

CAPL
Canadian Academy of
Psychiatry and the Law



ACPD
Académie canadienne
de psychiatrie et droit

RESSOURCE PRATIQUE POUR LA PRESCRIPTION DANS LES SERVICES CORRECTIONNELS

Graham Glancy, MB, ChB

Todd Tomita, MD

Jeff Waldman, MD

Kiran Patel, MBBS

Brad Booth, MD

Colin Cameron, MDCM

Samuel Iskander, MD

Rakesh Lamba, MBBS

Hygiea Casiano, MD

Brian Chaze, MD

Ce document est fondé sur le document

**Practice Resource for Prescribing in Corrections (ressource pour la prescription dans les services correctionnels)
de l'American Academy of Psychiatry and the Law.**

Auteurs du document original :

Anthony Tamburello, MD
Jeffrey Metzner, MD
Elizabeth Ferguson, MD
Michael Champion, MD, CCHP
Elizabeth Ford, MD
Graham Glancy, MD
Kenneth Appelbaum, MD
Joseph Penn, MD, CCHP
Kathryn Burns, MD
Jason Ourada, MD

Remerciements :

L'American Academy of Psychiatry and the Law remercie Steven Berger, MD; Nickolas Culpepper, MD; Jose Hidalgo, MD; Jerry McKee, PharmD, BCPP et Hal S. Wortzel, MD pour leur contribution à la rédaction du présent document.

Consultation et examen par :

Jeffrey S. Janofsky, MD, directeur médical, AAPL

Le sous-comité correctionnel de l'Académie canadienne de psychiatrie et droit tient à remercier M^{me} Katie Hardy et le personnel de l'Association des psychiatres du Canada de nous avoir aidés à produire ces lignes directrices. Nous aimerions également remercier M^{me} Marissa Heintzman d'avoir aidé à réviser le document. En outre, nous voulons remercier les psychiatres indéfectibles qui travaillent dans le système correctionnel depuis nombre d'années sans beaucoup de soutien ni de reconnaissance. Souhaitons que ce document leur facilite la vie.

La traduction du présent document a été rendue possible grâce à l'aide du Service correctionnel Canada. Les auteurs remercient le D^r Louis Morissette pour ses suggestions et son aide dans la préparation de la version française de ce document.

Date de création : 12 août 2019
Date d'approbation par le conseil d'administration de l'ACPD : 30 octobre 2019
Date de révision : 2024
Révisure : Eryn Kirkwood
Graphiste : Elizabeth Payne

TABLE DE MATIÈRES

1. Déclaration d'intention	2
2. Introduction et cadre juridique	2
3. Activités de soins de santé liées aux médicaments dans les établissements correctionnels	3
3.1 Administration de médicaments	3
4. Questions générales relatives à la prescription dans les établissements correctionnels	4
4.1 Continuité des soins.....	4
4.2 Coordination avec le personnel responsable de la détention	5
4.3 Coordination avec d'autres professionnels	6
4.4 Évaluation.....	7
4.5 Psychoéducation et psychothérapie.....	8
4.6 Consentement éclairé	8
4.7 Effets indésirables des médicaments.....	9
4.8 Non-observance à la prescription pharmacologique.....	9
4.9 Mauvais usage et détournement de médicaments psychotropes	11
5. Pratiques de prescription fondées sur des données probantes pour les établissements correctionnels	14
5.1 Schizophrénie et autres troubles psychotiques.....	15
5.2 Troubles bipolaires et troubles connexes.....	16
5.3 Troubles dépressifs	17
5.4 Troubles anxieux.....	19
5.5 Troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress	20
5.6 Troubles de contrôle des impulsions et agressivité.....	21
5.7 Troubles de la personnalité	22
5.8 Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	23
5.9 Insomnie et troubles d'alternance veille-sommeil.....	24
5.10 Troubles liés à une substance.....	26
5.11 Délinquants sexuels et troubles paraphiliques.....	26
6. Conclusions et orientations futures	27
Annexe A Conseils sur l'hygiène du sommeil.....	28
Annexe B Conseils sur l'autogestion de la dépression.....	29
Annexe C Entente pour le traitement avec les médicaments comportant un risque élevé de mauvais usage	30
Références	31

1. DÉCLARATION D'INTENTION

Cette ressource pour la pratique vise à fournir des conseils et de l'aide pour la prestation de traitements psychiatriques, plus particulièrement pour la psychopharmacologie dans les établissements correctionnels. Elle a d'abord été élaborée par des psychiatres correctionnels de l'American Academy of Psychiatry and the Law ayant des expériences variées, notamment en administration clinique, en consultation systémique, en recherche, en enseignement et en soins directs aux patients en détention. Certains collaborateurs participent activement à l'administration, à la supervision et à des projets universitaires liés à la prescription de médicaments psychiatriques dans les prisons et les pénitenciers. Le processus d'élaboration de ce document inclut un processus au cours duquel la rétroaction et les révisions ont été intégrées à la version finale.

Cette ressource pour la pratique a été examinée et approuvée par le conseil d'administration de l'American Academy of Psychiatry and the Law (AAPL) le 21 mai 2017. Il a été modifié et adapté au contexte canadien par les psychiatres correctionnels canadiens du sous-comité correctionnel de l'Académie canadienne de psychiatrie et droit (ACPD), avec la permission des auteurs du document original et du conseil d'administration de l'AAPL. L'une des principales différences entre le document original de l'AAPL et l'adaptation canadienne est l'absence du nombre de données probantes sur la prescription pharmacologique pour un grand nombre de troubles psychiatriques. Le document de référence sur la pratique adapté pour le Canada se limite aux troubles qui nécessitent particulièrement des considérations et des adaptations propres au contexte correctionnel par rapport aux lignes directrices sur le traitement en milieu communautaire fondées sur des données probantes. Cette adaptation canadienne modifiée du document Practice Resource for Prescribing in Corrections de l'AAPL a été approuvée par le conseil d'administration de l'ACPD le 30 octobre 2019.

Cette ressource sur la pratique reflète un consensus parmi les membres et les experts sur les principes et la pratique de la prescription de médicaments psychiatriques en milieu correctionnel. Même si des recommandations sont parfois formulées dans ce document, du fait qu'elles sont appuyées par des données probantes issues de la recherche, des normes éthiques ou l'opinion d'experts, le document ne doit pas être interprété comme dictant la norme de soin. Il vise plutôt à éclairer la pratique dans ce domaine. Les lignes directrices sur la pratique publiées il y a plus de cinq ans auraient peut-être besoin d'être mises à jour et ne sont pas considérées comme étant à jour par le National Institute of Medicine^{1,2}. Toutefois, ce document peut contenir des citations de sections de ces directives de pratique lorsque celles-ci sont considérées comme étant à jour, pertinentes et applicables à la pratique en milieu correctionnel. Les causes de jurisprudence citées sont propres à un système légal particulier et il est conseillé au lecteur de s'informer sur les lois et les règlements locaux.

Cette ressource sur la pratique ne présente pas toutes les méthodes actuelles acceptables d'évaluation et de traitement psychiatriques. Les éléments cliniques, les politiques institutionnelles pertinentes et le jugement du psychiatre sont les critères qui déterminent la façon de procéder dans des scénarios cliniques individuels. Les paramètres abordés ne visent pas à représenter toutes les méthodes acceptables, actuelles ou futures d'évaluation des patients dans les établissements correctionnels pour diagnostiquer des troubles médicaux ou de santé mentale et tirer des conclusions sur le traitement psychiatrique approprié. Cette ressource de pratique s'adresse aux psychiatres et autres cliniciens qui jouent un rôle clinique dans le processus d'évaluations et la formulation de recommandations liés au traitement des troubles mentaux en milieu correctionnel. Les termes « psychiatre », « fournisseur de soins psychiatriques » et « prescripteur » sont utilisés de façon interchangeable, mais ils visent à désigner un professionnel autorisé à fournir des services psychiatriques, y compris la prescription de médicaments psychotropes, dans un établissement correctionnel (y compris les médecins de soins primaires, les autres médecins et les infirmières praticiennes). On s'attend à ce que tout clinicien qui accepte de participer à une évaluation et à un traitement psychiatriques dans ces milieux possède les qualifications appropriées. Aux fins du présent document, nous utilisons le terme patient pour tout détenu qui est évalué ou suivi par le prescripteur.

2. INTRODUCTION ET CADRE JURIDIQUE

Les personnes atteintes d'une maladie mentale grave sont surreprésentées dans les établissements correctionnels, et les taux chez les personnes incarcérées varient entre 9 % et 20 %³. Les conséquences de ne pas détecter et traiter les maladies mentales graves sont bien documentées. Le surdiagnostic et les traitements inutiles ont leurs propres conséquences négatives qui nécessitent une attention particulière en milieu carcéral, où les patients peuvent être plus enclins à détourner et à abuser de médicaments ou à obtenir une attention particulière en raison d'une maladie possible. Le recours inutile à la psychopharmacologie entraîne un préjudice potentiel pour le patient lui-même ainsi que pour le milieu thérapeutique. Une évaluation exacte, optimale, judicieuse et un traitement pharmacologique rationnel sont aussi importants en milieu carcéral que dans les milieux de soins primaires.

Les psychiatres qui s'efforcent d'offrir des soins optimaux dans les prisons et les pénitenciers sont confrontés à de nombreux défis. Dans ces contextes, les préoccupations de sécurité ont souvent préséance sur la prestation de services de santé courants. La confidentialité peut être limitée, que ce soit par la loi, la réglementation, les politiques ou la proximité des agents correctionnels, ce qui suggère une reformulation du cadre déontologique⁴.

Les facteurs liés aux détenus, comme un taux élevé de troubles de la personnalité⁵ et la simulation⁵⁻⁷ qui peuvent

coexister avec une maladie mentale réelle et importante⁸, compliquent davantage l'évaluation et le traitement. La mauvaise utilisation et le détournement des médicaments sont également des préoccupations importantes en contexte correctionnel. Les psychiatres qui travaillent dans les prisons et les pénitenciers doivent composer avec des contraintes qui ne se retrouvent pas en milieu communautaire pour les patients hospitalisés ou en consultation externe, comme les restrictions relatives à la liste des médicaments, les horaires structurés d'administration des médicaments, les déplacements prévus des détenus et les arrêts de circulation imprévus. Lorsque les politiques et procédures correctionnelles influent sur la qualité du traitement psychiatrique des patients atteints d'une maladie mentale grave, les professionnels qui cherchent à apporter des changements peuvent se heurter à de la résistance.

Cette ressource sur la pratique vise à fournir un outil aux psychiatres et à d'autres personnes qui prescrivent des médicaments psychiatriques dans les établissements correctionnels. Elle résume les meilleures données probantes disponibles pour le traitement des problèmes de santé mentale chez les détenus ou applique des lignes directrices ou des ressources de pratique destinées au traitement général des troubles mentaux dans le contexte des milieux correctionnels. Lorsqu'aucune donnée probante s'appliquant particulièrement aux détenus n'est disponible, l'information fournie est issue d'un consensus d'experts et bien indiquée.

3. ACTIVITÉS DE SOINS DE SANTÉ LIÉES AUX MÉDICAMENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS

3.1 Administration de médicaments

S'assurer que le bon médicament est administré correctement au bon patient au bon moment dans un établissement correctionnel est un processus difficile et complexe qui nécessite de la coordination entre tous les membres du personnel, soit le personnel médical, le personnel de la santé mentale, les responsables des soins infirmiers, les pharmaciens et le personnel de détention. Cette section porte principalement sur les éléments essentiels de l'administration des médicaments, qui comprennent l'administration et la distribution de médicaments prescrits sans manquement¹.

Les médicaments psychotropes en milieu correctionnel sont habituellement administrés par le personnel infirmier individuellement à chaque patient, une dose à la fois (c.-à-d. thérapie sous observation directe ou TOD). Les médicaments psychotropes ne sont généralement pas « gardés avec soi » (c.-à-d. auto-administrés) en raison de problèmes d'observance du traitement et de préoccupations concernant le mauvais usage, y compris l'accumulation à des fins d'intoxication volontaire et de détournement (voir aussi les sections 4.8 Non-observance à la prescription pharmacologique et 4.9 Mauvais usage et détournement de médicaments psychotropes) contrairement aux médicaments auto-administrés, en particulier par carte hebdomadaire, qui

peuvent varier selon le type de médicament, l'établissement en question et le niveau de sécurité. Le prescripteur doit connaître ces enjeux et préciser un certain mode d'administration lorsque cela est jugé important. La raison du non-respect de la norme de TOD pour les médicaments psychotropes doit être documentée.

Les prescripteurs doivent connaître les routines et les pratiques de distribution de médicaments de l'établissement et de l'unité où le patient est actuellement placé. Il faut ensuite établir une correspondance avec l'horaire le plus approprié au médicament prescrit. Par exemple, les médicaments qui peuvent être administrés une fois par jour sont habituellement prescrits de cette façon, à moins que des doses divisées soient cliniquement appropriées. Lorsque la prise du médicament à l'heure du coucher est indiquée sur le plan clinique, il est approprié que les médicaments soient donnés en soirée après 20 h ou, lorsque c'est possible, soient donnés en tant que médicament à garder avec soi à des fins d'auto-administration.

Compte tenu des préoccupations concernant le mauvais usage des médicaments dans les établissements correctionnels, le prescripteur ou la politique de l'établissement exige souvent que le personnel infirmier écrase le médicament et l'administre dans du liquide, de la compote de pommes ou dans du pouding (c.-à-d. « mélange ») pour réduire le risque que le patient le cache dans ses joues ou dans sa paume pour l'utiliser ultérieurement ou le détourner. Écraser les comprimés requiert toujours beaucoup de temps pour le personnel infirmier et peut modifier la pharmacocinétique du médicament, accroître le risque de réactions indésirables aux médicaments, poser un danger pour le personnel infirmier exposée aux particules et être contre-indiqué par le fabricant⁹. Bien qu'il ait rarement été mentionné que cette pratique avait causé un préjudice grave, nous suggérons aux prescripteurs et aux établissements de consulter un pharmacien avant de demander au personnel infirmier de modifier la forme du médicament¹⁰. Si une forme liquide ou soluble du médicament est disponible, ces formes peuvent constituer une solution de rechange raisonnable à l'« écrasement et le mélange » du médicament. Dans la mesure du possible, les prescripteurs peuvent demander aux pharmacies institutionnelles de préparer les médicaments pour qu'ils se dissolvent rapidement ou soient disponibles sous forme liquide.

Les prescripteurs doivent connaître les politiques et les pratiques de l'établissement relatives à l'administration des médicaments ainsi que les programmes auxquels le patient participe, car ceux-ci peuvent avoir une incidence sur l'observance. Une présence à une activité pourrait empêcher un patient de se présenter à une séance de distribution de médicaments en particulier. Il est approprié d'envisager de prescrire la prise du médicament à un moment compatible avec l'horaire de travail et de programmation du patient. Les prescripteurs doivent également connaître l'heure à laquelle la distribution de médicaments est prévue et préconiser des heures appropriées d'administration des médicaments si

l'horaire actuel pose problème. Le moment de la distribution des pilules ne doit pas interférer avec les repas, les présences aux programmes, les visites ou les loisirs et doit être déterminée conjointement par le responsable des soins de santé et l'administrateur de l'établissement¹¹.

4. QUESTIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA PRESCRIPTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS

4.1 Continuité des soins

Un objectif ambitieux de la psychiatrie correctionnelle est de tenter d'offrir un accès rapide aux services de santé mentale et aux traitements psychotropes aux détenus qui en ont besoin, peu importe le statut légal, le statut disciplinaire et le lieu d'hébergement. Le traitement en santé mentale ne se limite pas à prescrire des médicaments psychotropes, et les psychiatres ne devraient pas se limiter à ce rôle¹². Les patients en détention doivent avoir accès à un traitement psychiatrique approprié qui correspond à celui qui devrait être offert dans la collectivité¹².

Assurer la continuité de l'administration des médicaments psychotropes est un défi de taille dans les milieux correctionnels. Par exemple, lors de l'évaluation ou à l'arrivée, lors de transfèrements dans le système (p. ex. un transfert d'un établissement de départ à un établissement médical autre) ou de l'évaluation initiale de la santé, les détenus atteints de troubles mentaux pourraient ne pas être en mesure de fournir des renseignements complets ou exacts sur leurs antécédents pharmacologiques (p. ex. le nom des médicaments, les doses et l'horaire de prise du médicament). Les renseignements fournis par les fournisseurs communautaires et les pharmacies accompagnent rarement les détenus lors de tels transfèrements. Habituellement, un formulaire de divulgation de renseignements signé est requis pour demander des dossiers médicaux. Le personnel d'admission peut être en mesure de communiquer avec la pharmacie communautaire pour vérifier l'ordonnance actuelle avant que le patient ne soit vu par un fournisseur¹³. Bien que les dossiers médicaux électroniques puissent faciliter la communication entre les fournisseurs, à moins qu'une entente inter-agences d'échange de renseignements n'ait été conclue, il y aura probablement des délais dans la vérification des médicaments psychotropes, des diagnostics et des dates récentes de traitements.

L'exigence d'effectuer un dépistage pour détecter les troubles mentaux et que les détenus dont le dépistage est positif fassent l'objet d'une évaluation de leur santé mentale est en voie de devenir la norme acceptée dans le domaine des soins de santé en milieu correctionnel^{30,31,15,14}. Le dépistage pour problèmes de santé mentale comprend des questions sur le traitement actuel avec des médicaments psychotropes. Certains agents psychoactifs ne sont pas immédiatement disponibles dans toutes les prisons et tous les pénitenciers, ce qui peut nuire à la continuité d'administration des médicaments pour les nouveaux détenus. De nombreux systèmes correctionnels ont établi des limites concernant la prescription de

médicaments contrôlés comme les benzodiazépines (sauf pour des usages limités comme le sevrage de l'alcool et des benzodiazépines) et les psychostimulants, qui présentent un risque élevé d'abus, de dépendance et de détournement. La plupart des systèmes correctionnels ont recours à la gestion de la liste des médicaments ou à d'autres stratégies pour limiter la disponibilité d'agents présentant un risque élevé d'abus et pour réduire le coût important des médicaments psychotropes de marque lorsqu'il existe des solutions de rechange aussi efficaces, mais moins coûteuses (voir aussi la section 4.9 Mauvais usage et détournement des médicaments psychotropes). Lorsqu'un médicament psychotrope particulier est cliniquement indiqué, mais n'est pas disponible, le psychiatre correctionnel doit trouver une solution de rechange appropriée ou faire pression pour obtenir l'accès au médicament (p. ex. auprès d'une pharmacie substitut) pour éviter l'interruption de la prescription.

Les retards dans la poursuite du traitement avec des médicaments psychotropes lorsque des détenus atteints d'une maladie mentale grave entrent dans un établissement correctionnel peuvent entraîner une détérioration clinique, une urgence en santé mentale ou d'autres événements indésirables. Les nouveaux détenus qui signalent avoir reçu un traitement récent doivent être évalués par le personnel des soins de santé et aiguillés vers du personnel en psychiatrie pour être évalués rapidement¹². Le personnel médical ou en psychiatrie peut commander des médicaments de transition, si cela est indiqué, avant cette évaluation. Toutefois, cette pratique exige de la prudence lorsque le personnel n'est pas en mesure de vérifier les antécédents pharmacologiques autodéclarés d'un détenu. Bien que les changements à une prescription médicale établie doivent être fondés sur une évaluation appropriée et un raisonnement clinique solide (voir aussi la section 4.4 Évaluation), l'incarcération offre l'occasion d'évaluer la nécessité ou la pertinence de continuer à prescrire les agents psychoactifs qu'un détenu recevait dans la collectivité¹⁵.

Dans certains cas, les détenus en situation de crise liée à la santé ou à la santé mentale peuvent être transférés à une clinique d'urgence locale, dans un hôpital communautaire ou dans un hôpital psychiatrique aux fins d'évaluation ou de traitement à l'hôpital. De même, les patients peuvent être envoyés à des hôpitaux de psychiatrie légale ou à d'autres hôpitaux psychiatriques pour subir des évaluations ordonnées par un tribunal ou être hospitalisés pour le traitement de troubles psychiatriques aigus en vertu des lois provinciales sur la santé mentale. Le retour des détenus de l'hôpital situé à l'extérieur des établissements correctionnels pose souvent des défis quant à la continuité de l'administration des médicaments. Par exemple, la liste des médicaments ou les procédures de traitement involontaire peuvent différer d'un établissement à l'autre. On conseille aux psychiatres qui prennent en charge ces patients à leur retour d'obtenir de l'information ou un résumé de séjour de l'établissement d'où arrive le patient.

Les dossiers consignants les traitements antérieurs peuvent faire partie intégrante des évaluations cliniques et de risque. Dans les prisons, où la durée du séjour peut être relativement courte, il peut être difficile d'obtenir ces documents en temps opportun. La durée d'incarcération plus longue des pénitenciers peut donner l'occasion d'obtenir des dossiers plus complets. Dans les prisons pour lesquelles le retour rapide dans la collectivité est fréquent, une communication efficace entre les psychiatres fait partie intégrante de la continuité des soins. La communication avec les cliniciens communautaires, si cela est possible, peut améliorer considérablement la qualité des soins et diminuer les retours en prison¹⁶.

Assurer la continuité de la prescription lorsque les détenus retournent dans la collectivité est un important objectif pour réduire le risque de rechute. Bien que les soins initiaux en milieu correctionnel puissent être axés sur la stabilisation dans l'établissement, les agents de liaison avec la communauté peuvent prendre des dispositions pour que l'approvisionnement en médicaments psychotropes ou les renouvellements durent jusqu'à ce que le patient puisse être vu par un fournisseur de services en santé mentale dans la collectivité. Les méthodes visant à accroître la probabilité de continuité des médicaments dans la collectivité comprennent : stabiliser la santé mentale d'un détenu avant sa mise en liberté, utiliser des médicaments psychotropes qui sont disponibles et qui ne coûtent pas trop cher dans la collectivité et utiliser des médicaments à action prolongée^{1,12}. Au moment de choisir les médicaments en établissement, il est important de tenir compte de la volonté des fournisseurs communautaires de continuer à les prescrire. Dans le cas des patients dont on prévoit la mise en liberté conditionnelle, il sera peut-être possible d'assurer la coordination avec le service de libération conditionnelle pour faire en sorte que l'observation du traitement en santé mentale devienne une condition de la libération conditionnelle. Les agents de liaison devraient tenter de prendre des rendez-vous pour les détenus atteints d'une maladie mentale grave auprès du personnel responsable des programmes communautaires de santé mentale¹⁷. Les services de suivi intensif dans la communauté peuvent aider les délinquants libérés à continuer de recevoir des services de santé mentale à long terme. De plus en plus de données probantes indiquent que les services intensifs de suivi dans la collectivité jouent un rôle dans l'amélioration de la continuité des soins aux détenus atteints d'une maladie mentale¹⁸.

4.2 Coordination avec le personnel responsable de la détention

La prestation de soins psychiatriques dans les établissements correctionnels exige une collaboration active avec le personnel en charge de la détention pour s'y retrouver efficacement dans l'ensemble complexe des règles officielles et non officielles, des rôles, des relations et des communications. Les efforts déployés pour établir des relations positives avec le personnel responsable de la détention peuvent être très bénéfiques pour les psychiatres et les patients. Les relations de collaboration contribuent à

réduire les obstacles à la prestation des soins, notamment elles facilitent l'accès aux escortes de sécurité, permettent plus de souplesse dans l'établissement des rendez-vous avec les détenus, accélèrent le déplacement des cliniciens dans un établissement et l'obtention de renseignements qui permettent au psychiatre de travailler plus efficacement avec les détenus et les autres membres du personnel.

Pour que la collaboration soit efficace, elle doit reposer sur un respect mutuel, la coopération et la communication continue¹⁹. Les éléments clés nécessaires pour développer des relations de travail fructueuses avec le personnel chargé de la détention comprennent : la compréhension du rôle du personnel de la détention dans le maintien de la sécurité, la valorisation de l'approche multidisciplinaire et la reconnaissance des défis auxquels font face les agents et les détenus dans le milieu correctionnel. Les relations entre les psychiatres et le personnel de détention peuvent devenir tendues lorsque les interventions cliniques vont à l'encontre des pratiques correctionnelles standard¹².

Les psychiatres qui œuvrent dans le milieu correctionnel doivent communiquer et interagir efficacement avec le personnel qui travaille à l'intérieur d'une chaîne de commandement structurée. Cette chaîne hiérarchique est composée d'agents hiérarchiques aux superviseurs et comporte des postes de niveaux progressifs allant jusqu'au directeur de l'établissement ou à l'administrateur en chef. Une communication efficace permet d'appuyer à la fois les missions cliniques et les missions liées à la sécurité.

Les patients en milieu correctionnel ont droit à la confidentialité en ce qui a trait à leurs soins en santé mentale, à quelques exceptions près dont certaines sont communes avec celles des milieux communautaires et d'autres qui sont propres aux services correctionnels¹². Les limites de la confidentialité peuvent ou non être définies dans les lois ou les règlements provinciaux ou territoriaux ou dans une politique institutionnelle. Les exemples raisonnables comprennent le danger pour soi-même ou autrui, l'incapacité de prendre soin de soi-même ou constituer une menace pour la sécurité (p. ex. évasion, émeute ou distribution de drogues). Au besoin, la divulgation de renseignements par ailleurs confidentiels au personnel non clinique devrait se limiter à la norme minimale nécessaire¹².

Le succès de la coordination avec le personnel de détention dépend de la disponibilité pour la consultation, du maintien de la communication et des tentatives d'harmonisation des objectifs mutuels. Les détenus qui présentent des symptômes psychiatriques peuvent nuire à la sécurité et à l'efficacité des activités quotidiennes dans un établissement correctionnel. L'adaptation sous-optimale des détenus au milieu correctionnel peut entraîner un dérèglement du comportement et des perturbations qui accaparent les ressources humaines, engendrent du stress chez les agents et accroissent le risque de blessures pour les détenus et le personnel. La résolution de problèmes est plus efficace

lorsque la communication reconnaît la responsabilité partagée²⁰. Les psychiatres peuvent apporter une contribution importante à la stabilisation de l'environnement au profit des détenus et des agents. Les agents et les psychiatres peuvent s'entraider et, ce faisant, établir des relations positives fondées sur la confiance.

Les psychiatres peuvent participer à des séances de formation formelles ou informelles pour aider les agents à comprendre les signes et symptômes courants des maladies mentales chez les détenus ainsi que les manifestations psychologiques et comportementales de stress chez les détenus et le personnel. La formation peut également aider le personnel correctionnel à comprendre le rôle des médicaments dans le traitement de maladies psychiatriques particulières par opposition à l'utilisation hors indication non justifiée de médicaments psychotropes dans le but de traiter un comportement difficile ou agressif lorsque ce comportement ne découle pas d'une maladie mentale. Les psychiatres peuvent fournir des renseignements utiles pour aider un agent à déterminer quand un détenu présente des problèmes qui sont plus graves que la réaction attendue aux facteurs de stress typiques du milieu correctionnel et peut donc poser un risque pour lui-même, ses pairs ou le personnel. La prise en charge et l'atténuation des symptômes des détenus atteints de troubles mentaux réduisent le niveau de stress des détenus et du personnel de détention qui travaille avec eux.

Le personnel de détention peut faciliter le travail des psychiatres de diverses façons. Les psychiatres ont relativement peu de contacts avec les détenus par rapport au personnel de détention qui est présent dans l'établissement vingt-quatre heures par jour. Les agents peuvent donc être les « yeux et les oreilles » du psychiatre au sein de l'établissement et sont habituellement les premiers à déceler des changements dans la routine et le comportement d'un détenu. Les renseignements fournis par les agents peuvent aider le psychiatre à poser un diagnostic, à mettre en œuvre des plans de traitement et à évaluer et à gérer les risques de façon continue. Les renseignements utiles comprennent des observations sur les interactions interpersonnelles du détenu, ses réactions adaptées et méadaptées aux événements, son attitude, son style de personnalité et son hygiène. Les observations des agents peuvent appuyer l'évaluation clinique des signes et symptômes neurovégétatifs, ainsi que des effets secondaires des médicaments (p. ex. acathisie ou dyskinesie). Les renseignements fournis par le personnel de détention peuvent permettre d'expliquer la cohérence entre le comportement autodéclaré et le comportement observé, ce qui aide à cerner le diagnostic différentiel. Dans la plupart des établissements correctionnels, les agents accompagnent le personnel infirmier pendant l'administration des médicaments dans les blocs cellulaires ou dans les files de distribution de médicaments, ce qui leur permet d'interagir quotidiennement avec les détenus qui reçoivent des médicaments psychotropes. Les agents peuvent fournir de

l'information sur l'observance aux médicaments, l'utilisation (ou le mauvais usage) des médicaments que le détenu garde avec lui et qui sont disponibles dans la cellule du détenu et les comportements qui peuvent accroître le risque d'automutilation, y compris l'accumulation de médicaments en vente libre.

Les agents peuvent fournir des renseignements supplémentaires qui peuvent éclaircir le contexte, les circonstances et les conditions qui ont une incidence sur l'expérience d'un détenu. Cela comprend les changements dans la cote de sécurité de l'établissement, les résultats des fouilles de cellules, les rapports de visites personnelles et professionnelles, le contenu des notes d'observations quotidiennes et les registres de comportement. La description des facteurs de stress est particulièrement importante, y compris la réception par le détenu de nouvelles pénibles ou des changements de comportement pendant ou après les appels téléphoniques et les visites.

4.3 Coordination avec d'autres professionnels

Outre les psychiatres, d'autres professionnels qui ne font pas partie du personnel de détention offrent une vaste gamme de services et sont des partenaires clés dans les soins aux patients en détention. L'équipe de santé mentale peut comprendre des psychologues, des conseillers, des infirmiers en santé mentale et des techniciens en santé mentale. L'équipe de soins de santé élargie peut comprendre des médecins de soins primaires, des médecins spécialistes consultants, du personnel infirmier praticien, des adjoints au médecin, du personnel infirmier, du personnel infirmier auxiliaire, des techniciens en pharmacie et du personnel responsable des dossiers médicaux. Les services psychosociaux peuvent également être fournis par du personnel correctionnel qui n'est pas chargé de la détention (comme des gestionnaires de cas, des travailleurs sociaux, du personnel en loisirs, du personnel enseignant, des formateurs professionnels, des aumôniers, des aînés autochtones et des membres de la famille) et par des pairs qui peuvent également offrir un soutien psychosocial important. Les programmes de traitement sont administrés par des intervenants de programme qui ont de nombreux contacts avec les détenus. Les bénévoles de la collectivité peuvent offrir du tutorat, du counseling pastoral, des services religieux, des activités de loisirs et des services à l'appui des programmes des Alcooliques et des Narcotiques Anonymes. Le personnel professionnel qui interagit avec les détenus peut fournir de précieux renseignements pour faciliter le diagnostic, la mise en œuvre des plans de traitement ainsi que l'évaluation et la gestion continue des risques.

La composition de l'équipe de soins de santé dépend de la taille de l'établissement et de la population carcérale. Les prisons et les pénitenciers de grande taille peuvent compter de vastes équipes, tandis que les établissements plus petits peuvent n'avoir qu'un seul médecin. Les cliniciens des soins primaires peuvent évaluer les patients en détention dans

des cliniques de soins actifs, de soins généraux ou de soins chroniques (p. ex. diabète, maladie infectieuse, MPOC). Les systèmes correctionnels peuvent aussi établir des contrats avec des médecins spécialistes pour qu'ils tiennent des cliniques sur place, par télémédecine ou dans la collectivité.

Idéalement, les soins psychiatriques dans les établissements correctionnels sont dispensés dans un contexte médical collaboratif et multidisciplinaire. Une communication claire et ouverte entre l'équipe médicale de soins primaires et le psychiatre est un élément essentiel à la prestation de soins de santé efficaces et de qualité. L'équipe médicale peut consulter les psychiatres en milieu correctionnel pour diverses raisons, y compris de nouveaux symptômes psychiatriques, la détresse liée à des problèmes médicaux ou l'évaluation de la capacité d'un détenu à prendre des décisions en matière de traitement. Les psychiatres peuvent collaborer aux soins dans le cas de troubles médicaux complexes qui peuvent induire des symptômes émotionnels et psychologiques, y compris l'hépatite C, le VIH, le cancer ou une maladie chronique. Les cliniciens en soins primaires peuvent aider à monitorer les symptômes psychiatriques et à gérer les complications et les effets secondaires du traitement psychiatrique (p. ex. complications métaboliques, constipation).

La communication et la collaboration avec le personnel infirmier sont essentielles. Les membres du personnel infirmier ont généralement davantage de contacts cliniques avec les détenus et sont bien placés pour transmettre des observations et des renseignements importants au psychiatre. Le personnel infirmier offre habituellement des cliniques sans rendez-vous pour filtrer les demandes de soins et assurer le triage, le traitement initial approprié et l'aiguillage. Ce processus de triage peut être une source importante de consultation auprès d'un psychiatre. Le personnel infirmier dispense des médicaments que les détenus conservent avec eux et administre des médicaments TOD pendant les séances d'administration des médicaments. Le personnel infirmier peut également voir des détenus pendant la tournée des malades dans les unités de détention régulière ou les unités d'isolement. Le personnel infirmier peut transmettre de l'information comme les résultats d'analyses de laboratoire, le comportement des patients sous observation, l'observance aux médicaments et la réponse au traitement.

D'autres membres du personnel de santé mentale sont des partenaires importants dans la prestation et la surveillance des soins. Ces personnes peuvent fournir des services de dépistage aux détenus à l'admission, lors d'un transfèrement entre établissements et à des moments critiques, comme un transfèrement de la population générale à l'unité d'isolement. Elles peuvent être responsables des visites en isolement, qui constituent une composante importante de la surveillance clinique dans cet environnement. Les cliniciens en santé mentale peuvent offrir de la psychothérapie sous forme d'intervention de crise ou dans le cadre d'un plan de traitement global. Ces contacts cliniques supplémentaires peuvent être une source importante d'information sur les

réactions aux médicaments, l'observance au médicament et le fonctionnement adaptatif.

Les professionnels correctionnels non cliniques exercent une influence considérable sur les détenus et peuvent être d'autres alliés importants qui peuvent fournir des renseignements cliniques pertinents. Le personnel enseignant offre des cours de groupe et individuels, et il a souvent beaucoup de contacts avec les détenus. Les enseignants peuvent être les mieux placés pour décrire les capacités cognitives et comportementales d'un détenu, son attention, ses défis et sa réponse au traitement. Les gestionnaires de cas correctionnels surveillent la durée de la peine et les dates de libération et collaborent avec les détenus pour établir des plans de réintégration et des réseaux de soutien à l'intérieur et à l'extérieur de la prison. Les membres du personnel des loisirs interagissent fréquemment avec les détenus et peuvent échanger des renseignements importants sur les limites physiques et le comportement des détenus avec leurs pairs. Les aumôniers correctionnels et les aînés autochtones jouent un rôle important dans la vie spirituelle des détenus qui demandent leurs services. Ils offrent des services de counseling spirituel et de soutien qui sont conformes à la foi et aux croyances du détenu. Il est important de comprendre la signification de la spiritualité et le rôle de la pratique religieuse ou culturelle pour un détenu qui reçoit un traitement psychiatrique et de faire les références appropriées. Consulter l'aumônier ou l'aîné autochtone peut être approprié lorsqu'une pratique religieuse ou culturelle (p. ex. le jeûne) peut nuire au traitement. Un aumônier ou un aîné autochtone bien formé et sensible à la nécessité clinique peut faire partie intégrante de l'équipe de traitement élargie¹².

4.4 Évaluation

Une prise de décision pertinente en matière de prescription (y compris la décision de ne pas prescrire) est tributaire d'une évaluation de qualité. Les évaluations psychiatriques dans les prisons et les pénitenciers peuvent être difficiles en raison des aspects opérationnels et cliniques de ces institutions. Cette section décrit les éléments de l'évaluation psychiatrique qui sont les plus importants pour déterminer et documenter les besoins d'un détenu. Elle ne vise pas à décrire tous les éléments d'une évaluation psychiatrique exhaustive. Les évaluations pour des raisons administratives ou judiciaires et la façon d'effectuer une évaluation complète du risque de suicide et de violence dépassent la portée du présent document. Cette section s'appuie en grande partie sur les lignes directrices de l'American Academy of Psychiatry and the Law concernant les évaluations judiciaires (Guideline for Forensic Assessment)¹⁴ ainsi que les lignes directrices pour l'évaluation psychiatrique des adultes (Practice Guideline for the Psychiatric Assessments of Adults) de l'American Psychiatric Association, troisième édition²¹.

La référence pour une évaluation psychiatrique peut provenir de plusieurs sources : personnel de détention, administration, fournisseurs de soins médicaux, personnel infirmier, autres cliniciens en santé mentale, membres de

la famille ou auto-référence. Les principaux objectifs de l'évaluation psychiatrique initiale comprennent l'impression diagnostique préliminaire, l'évaluation du risque de suicide et de violence et les recommandations de traitement. Outre les antécédents du patient, des renseignements utiles peuvent être recueillis auprès de la source de la référence, du dossier médical de l'établissement, de l'examen physique, des tests diagnostiques, des dossiers de détention ou de classification, des dossiers médicaux externes et d'informateurs connexes.

Le lieu de l'évaluation (p. ex. clinique pour l'ensemble de la population, unité de santé mentale, unité d'infirmier ou cellule d'isolement) est un premier facteur important. Des mesures raisonnables doivent être prises pour empêcher d'autres personnes d'entendre l'entretien afin de préserver la confidentialité tout en respectant les besoins en matière de sécurité du clinicien et d'autres personnes. Dans le cas d'une cellule d'isolement, la confidentialité est améliorée en prenant des dispositions à l'avance avec le personnel de détention pour que l'évaluation ait lieu de manière à ce que les autres détenus ne puissent pas entendre.

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association, il est approprié d'avoir de forts soupçons concernant la simulation dans un contexte médico-légal²², car des études ont révélé des taux élevés de simulation dans les prisons⁶ et les pénitenciers⁷. Des incohérences entre les symptômes et le comportement, des symptômes atypiques et des motifs cachés possibles de présenter certains symptômes (p. ex. changements de cellule, privilèges spéciaux, évitement de la culpabilité ou de la peine pour les infractions en établissement et obtention de médicaments à des fins non cliniques) peuvent alerter les cliniciens correctionnels que le détenu feint ou exagère la maladie. Toutefois, la simulation et les maladies mentales graves ne sont pas mutuellement exclusives²³, et la simulation d'une maladie mentale peut être une méthode créative pour demander de l'aide en cas de problèmes institutionnels légitimes (p. ex. harcèlement ou autres conflits avec des pairs ou le personnel de détention).

Lorsque le patient ne parle pas la même langue que le psychiatre, l'obstacle à la communication qui en résulte présente un défi clinique important. Une pratique courante en milieu correctionnel consiste à faire appel à des détenus bilingues ou à du personnel non clinique pour l'interprétation. Les dangers de cette approche comprennent le manque de confidentialité, la réticence à communiquer l'information par l'intermédiaire d'un interprète non tenu à la confidentialité, l'influence indue conférée par un interprète et la piètre qualité de la traduction²⁴. À la lumière de ces préoccupations, dans le cas des évaluations psychiatriques non urgentes de détenus, il est recommandé d'avoir recours à du personnel clinique ou à un interprète qualifié et tenu à la confidentialité lorsque les services d'un interprète sont nécessaires. Certains organismes offrent maintenant des services d'interprètes certifiés par téléphone. Ce besoin doit être évalué en fonction de tout retard dans l'évaluation qui pourrait en résulter. Le

psychiatre devrait effectuer une évaluation aussi complète que le permettent les circonstances. Le jugement clinique peut permettre de déterminer la fréquence des visites de suivi. Nous suggérons d'avoir des contacts plus fréquents avec les patients présentant des symptômes psychiatriques actifs ou des effets secondaires, des changements récents dans les médicaments (y compris l'arrêt), des facteurs de stress institutionnels ou externes graves connus, ou des médicaments prescrits contre le gré conformément à la politique de l'établissement.

4.5 Psychoéducation et psychothérapie

L'efficacité de la psychothérapie pour de nombreux troubles psychiatriques, en monothérapie ou en complément des médicaments, est bien établie. Des résultats positifs du traitement combinant les médicaments et la psychothérapie ont été démontrés pour les troubles de l'humeur²⁵, les troubles anxieux²⁶, le trouble du déficit de l'attention chez les adultes²⁷ et les troubles de la personnalité²⁸, entre autres. La psychothérapie peut être utile même pour les maladies mentales les plus graves, y compris la schizophrénie²⁹.

La psychothérapie dans les prisons et les pénitenciers présente plusieurs défis uniques³⁰. Il se peut que les ressources professionnelles des établissements ne permettent pas d'offrir une psychothérapie significative qui va au-delà de la simple surveillance de l'état clinique du détenu. On s'attend à ce que le roulement fréquent des patients (en raison de libérations, de transfèrements entre établissements ou de transfert à l'intérieur d'une même installation) perturbe les psychothérapies à long terme. La limite de la confidentialité réelle ou perçue et la capacité intrinsèque peuvent être des obstacles à la participation³¹.

Il est utile que le personnel en santé mentale des établissements correctionnels, et plus particulièrement les psychiatres, obtienne la participation des patients à la psychoéducation concernant le diagnostic et le traitement. L'éducation des patients sur certains sujets peut, dans certains cas, réduire ou éliminer le besoin de pharmacothérapie (par exemple sur l'hygiène du sommeil [annexe A] et les activités d'autogestion de la dépression [annexe B]). Les fournisseurs de services de santé mentale peuvent choisir de faciliter ce processus en sélectionnant ou en créant des documents. Nous suggérons que le matériel éducatif pour les patients soit élaboré par un psychiatre ou en consultation avec lui et qu'il soit sensible aux limites de la liberté du patient, qu'il utilise un langage clair et qu'il évite le jargon. Ces documents doivent également être approuvés pour distribution aux détenus par un administrateur autorisé.

4.6 Consentement éclairé

Un prescripteur a généralement l'obligation éthique et légale de divulguer l'information raisonnablement nécessaire pour permettre à un patient de prendre une décision libre, volontaire et avec toute l'information appropriée concernant un médicament psychotrope recommandé³². Le fait de travailler avec des détenus ne le soustrait pas à cette responsabilité³³.

La question de savoir s'il est possible d'obtenir un consentement volontaire dans un milieu correctionnel, compte tenu de la nature coercitive inhérente à ces milieux, est controversée³³. Cela est particulièrement vrai pour le traitement avec des médicaments de réduction de la libido et d'autres médicaments (p. ex. pour contrôler les troubles psychotiques chroniques, les comportements violents ou l'agitation) où le niveau de sécurité, le choix de secteur cellulaire et les décisions de libération peuvent dépendre de l'observance aux médicaments. Les restrictions à la vie privée peuvent inciter un patient en détention à refuser de prendre les médicaments indiqués, car il peut craindre d'être perçu comme ayant une maladie mentale par ses pairs et les agents correctionnels s'il se rend à ses rendez-vous en santé mentale et va voir le personnel infirmier pour prendre des médicaments.

Les facteurs qui limitent la capacité d'un prescripteur à obtenir un consentement éclairé valide comprennent les restrictions dans la liste des médicaments, les obstacles linguistiques et culturels, le temps limité passé avec les patients et les rôles conflictuels à l'établissement; tous ces facteurs peuvent influencer la discussion sur les options de traitement et les risques. Certains symptômes ou syndromes psychiatriques, comme la psychose floride, la déficience intellectuelle et la démence, qui sont surreprésentées dans les milieux correctionnels, peuvent nuire à la capacité à donner son consentement. Cette question devrait être abordée dans le contexte des politiques et procédures de l'établissement et des lois applicables.

Malgré ces défis, une discussion qui favorise le consentement éclairé est une composante nécessaire et importante de toutes les interactions cliniques impliquant la prescription dans des situations non urgentes. À tout le moins, cette conversation doit porter sur l'indication du traitement, les risques communs et graves et les options de rechange, y compris les traitements raisonnables autres que ceux figurant sur la liste des médicaments assurés et les conséquences du refus du médicament, le cas échéant. Bien qu'il puisse être nécessaire de fournir des renseignements supplémentaires sur l'administration des médicaments dans un milieu correctionnel (p. ex. l'heure de distribution des médicaments établie en début de soirée qui pourrait compliquer la prescription d'un médicament sédatif), la discussion sur le consentement éclairé n'est essentiellement pas très différente de celle qui a lieu en milieu communautaire. Le défaut de documenter suffisamment le consentement éclairé pourrait entraîner une faute médico-légale. L'utilisation d'un formulaire de consentement officiel facilitera la documentation adéquate et minimisera le risque de faute médico-légale; une note individualisée inscrite au dossier décrivant la discussion avec le détenu est une solution de rechange acceptable³⁴.

4.7 Effets indésirables des médicaments

La gestion des effets indésirables des médicaments prescrits fait partie des soins psychiatriques optimaux dans tous les milieux. Les effets secondaires ont été identifiés comme

étant un important facteur de risque lié à la non-observance aux médicaments dans les prisons³⁵. Si possible, il faut surveiller tous les effets indésirables graves et courants des médicaments pris par les patients dans les prisons et les pénitenciers en respectant les mêmes normes que dans la collectivité, y compris les tests de laboratoire et les examens physiques ciblés. Ces tests et examens peuvent comprendre, entre autres, la surveillance périodique sur une base régulière des taux sériques des stabilisateurs de l'humeur (p. ex. lithium, carbamazépine et acide valproïque), l'utilisation des échelles de mouvements involontaires anormaux pour les antipsychotiques et des paramètres métaboliques pour les antipsychotiques de deuxième génération. Goldberg et Ernst présentent, dans leur manuel *Managing the Side Effects of Psychotropic Medications*, un résumé d'une approche fondée sur des données probantes pour les tests de laboratoire de routine associés aux médicaments psychotropes couramment prescrits³⁶. Il peut également être utile de sensibiliser le personnel correctionnel et les travailleurs de première ligne en santé mentale aux signes des effets secondaires plus graves, comme le syndrome sérotoninergique et le syndrome malin des neuroleptiques.

Si le prescripteur soupçonne qu'un médicament n'est pas indiqué et que le patient le prend pour des raisons non cliniques, nous recommandons une analyse minutieuse des risques et des avantages, particulièrement pour les médicaments qui présentent un risque plus élevé d'effets indésirables. Le maintien des médicaments non indiqués peut ne pas être inoffensif.

Les patients des prisons et des pénitenciers sont plus susceptibles de tolérer les effets secondaires lorsqu'ils reconnaissent les bienfaits que leur procure le médicament³⁵. Ainsi, la psychoéducation sur les indications, les bienfaits et les effets secondaires des médicaments recommandés est essentielle (voir aussi la section 4.6 Consentement éclairé). Cela commence par une discussion sur le consentement éclairé, mais devrait se poursuivre tout au long du traitement. Cette approche peut procurer des avantages à long terme en ce qui concerne la participation au traitement et l'amélioration de l'observance à la prescription médicamenteuse, à la fois en établissement et dans la collectivité.

4.8 Non-observance à la prescription pharmacologique

La non-observance aux médicaments est un problème courant dans tous les milieux de traitement³⁷. Peu importe où le traitement a lieu, il est primordial de déterminer pourquoi un patient ne prend pas les médicaments prescrits. Contrairement aux fournisseurs de soins en consultation externe, le psychiatre correctionnel peut être rapidement alerté lorsqu'il se produit des problèmes d'observance (p. ex. par le personnel infirmier ou le personnel de détention). Dans certains cas, comme de simples oublis ou en raison de la fatigue liée à la gestion d'une maladie chronique, il peut suffire d'offrir de la psychoéducation, de rétablir l'alliance thérapeutique ou d'élaborer conjointement un nouveau plan de traitement.

La non-observance peut être directement liée aux effets de la maladie. Il n'est pas étonnant que la décompensation d'une maladie psychotique puisse entraîner des refus de prendre des médicaments en raison de pensées de persécution ou de méfiance généralisée. Les détenus qui refusent de prendre leurs médicaments sont également plus susceptibles d'être orientés vers la psychiatrie en raison de comportements menaçants et de menaces potentielles envers autrui³⁸. Dans ces situations, il pourrait être indiqué d'envisager un transfert vers un niveau de soins plus élevé ou une hospitalisation psychiatrique.

Les détenus peuvent refuser de prendre des médicaments ou de se rendre à une séance de distribution de médicaments en raison de la stigmatisation et de l'influence des pairs. Les détenus peuvent craindre qu'un diagnostic psychiatrique les fasse paraître faibles et peuvent alors devenir une cible de mauvais traitements ou d'extorsion. Il est important de tenir compte de la dynamique particulière pour établir une intervention permettant de régler le mieux possible les problèmes réels du milieu et perçus qui ont une incidence sur l'observance. Compte tenu de la perte importante de droits qui se produit pendant l'incarcération, les détenus peuvent chercher des moyens de contrôler leur environnement pour retrouver un sentiment de pouvoir. Lorsque les psychiatres prescrivent des médicaments sans faire participer le patient au processus de planification du traitement, cela suscite un sentiment d'impuissance chez le détenu et augmente la probabilité que le patient refuse de prendre les médicaments lors de la distribution des médicaments. Si le patient est disposé à s'engager et n'a pas de fortes caractéristiques antisociales, le psychiatre peut éviter cette dynamique en offrant des choix appropriés dans le contexte d'une discussion respectueuse et éclairée sur le consentement.

Certains médicaments sont prisés dans le système correctionnel en raison de leurs propriétés psychoactives (voir aussi la section 4.9 Mauvais usage et détournement de médicaments psychotropes). Les patients en détention à qui l'on prescrit légitimement des médicaments psychotropes peuvent feindre l'observance, mais garder les médicaments pour les vendre ou les troquer plus tard. Certains peuvent utiliser leurs médicaments à mauvais escient pour obtenir certains effets non prévus par le prescripteur, comme la sédation, l'euphorie, la stimulation ou les hallucinations. Dans ces situations, la non-observance est dissimulée. Au moment de la présentation de leurs médicaments, ils les acceptent, mais ne les prennent pas. Ils peuvent ensuite prendre les médicaments par une voie d'administration non prévue ou les accumuler pour ensuite prendre une dose élevée non prévue.

Il est important que le personnel infirmier qui travaille dans les prisons et les pénitenciers soit formé pour comprendre et surveiller la non-observance évidente et cachée des médicaments prescrits. Les signes de tricherie (lorsque le médicament est pris dans la bouche, mais qu'il n'est pas avalé) comprennent le refus de parler, le fait de se

détourner rapidement du personnel ou de se diriger vers les toilettes et des mouvements anormaux de la langue dans la bouche après la prise du médicament. Les interventions à faible coût visant à prévenir la tricherie comprennent de demander au patient d'ouvrir la bouche après la prise de médicaments (vérifications de la bouche), donner au patient un liquide pour qu'il se rince la bouche et l'avale après la prise de pilules et obliger le patient à rester avec le personnel pendant plusieurs minutes après la prise de médicaments. Le fait de dissimuler le médicament dans la main (lorsque le patient prend le médicament dans sa main et prétend le mettre dans sa bouche) peut être réduit au minimum en observant attentivement et en remplissant à l'avance de gobelets avec les pilules à administrer, ce qui évite ainsi de placer directement la ou les pilules dans la main du patient. Dans les cas les plus extrêmes, un détenu peut prendre le médicament par voie orale, puis le plus rapidement possible provoquer des vomissements pour le récupérer.

Les agents correctionnels ont également un rôle à jouer pour ce qui est d'aider les patients à prendre les médicaments prescrits pendant les périodes d'administration. Un agent qui travaille aux côtés du personnel infirmier offre un deuxième point de vue et augmente les chances de déceler un comportement inhabituel. La présence du personnel chargé de la détention envoie également le message que l'administration des médicaments est importante et que le défaut de prendre les médicaments prescrits se fait au risque de la santé du détenu. Un autre agent affecté à l'observation de la file de détenus peut servir à restreindre les contacts entre les détenus dans la file de distribution des pilules et à déceler les détenus qui partagent les médicaments administrés. Cet agent peut également observer si un détenu se rend immédiatement dans une salle de bain à proximité pour récupérer le médicament gardé dans la bouche ou pour provoquer des vomissements.

Certaines stratégies de prescription peuvent réduire le risque de non-observance cachée des médicaments administrés par voie orale. En raison des dangers de la mauvaise utilisation des médicaments psychotropes et des risques associés à la non-observance aux médicaments psychotropes dans les cas de maladies mentales graves et persistantes en milieu correctionnel, s'assurer que les médicaments sont pris tels que prescrits est une priorité. Faire du TOD une norme pour la prise de tous les médicaments psychotropes est l'une des étapes de l'observance aux médicaments psychotropes prescrits. L'autre avantage d'établir la TOD en tant que norme est que cette forme d'administration n'est pas considérée comme une punition ou un signe que l'on soupçonne que le détenu a eu recours à la simulation ou la non-observance. Il existe d'autres stratégies pour améliorer l'efficacité de la TOD. Par exemple, les comprimés à désintégration orale se dissolvent habituellement en moins de 10 secondes. Toutefois, ils ne sont pas absorbés par la muqueuse buccale et doivent quand même être avalés. En pratique, cela rend la tricherie plus difficile, mais un détenu déterminé peut tout

TABLEAU 1*Signes et stratégies pour prévenir la non-observance dissimulée*

Signes de furtifs non-observance dissimulée	Stratégies de prévention suggérées
Refus de parler	Vérification de la bouche
Bouger la langue dans la bouche	Utilisation de médicaments liquides ou d'eau pour prendre le médicament
Se retourner rapidement	Observation et intervention de l'agent
Aller aux toilettes	Restrictions relatives aux toilettes
Se tourner vers les détenus en file/à proximité	Restreindre le contact entre les détenus dans la file
Refus de montrer les mains	Mettre à l'avance les pilules dans un godet à remettre au patient

de même éviter de les prendre. De plus, les comprimés à désintégration orale coûtent généralement plus cher.

Par ailleurs, certains médicaments peuvent être broyés et mélangés dans des liquides, de la compote de pommes ou du pouding (c.-à-d. dilués). Il faut ensuite vérifier la bouche pour s'assurer que tout le liquide, la compote de pommes ou le pouding, et donc le médicament, ont été avalés. Les inconvénients de cette approche sont l'augmentation du temps passé par le personnel infirmier, l'ajout d'une étape dans le processus d'administration des médicaments, la modification des propriétés du médicament (comme l'absorption), le dosage incomplet en raison de la quantité résiduelle de médicaments laissée dans le gobelet jeté et la contre-indication d'écraser certains médicaments (comme les formes à libération prolongée). Le lecteur est invité à consulter la liste des médicaments « ne devant pas être écrasés » de l'Institute for Safe Medication Practice, accessible à l'adresse suivante : <http://www.ismp.org/tools/donotcrush.pdf>. Lorsqu'elles sont disponibles (p. ex. acide valproïque et citrate de lithium), les formes liquides permettent d'éviter bon nombre des inconvénients associés au broyage des médicaments, bien qu'elles exigent également plus de temps pour l'administration (en raison de la nécessité de les mesurer). Par conséquent, une politique générale pour empêcher l'utilisation de pilules psychotropes non modifiées est peu pratique dans la plupart des milieux correctionnels. Une ou plusieurs des stratégies mentionnées ci-dessus peuvent être utiles dans un plan de traitement personnalisé. Les signes susmentionnés de mauvais usage et les stratégies de prévention sont présentés au tableau 1. D'autres mesures préventives sont décrites au tableau 2.

Des tests de laboratoire, en particulier les taux sériques, peuvent être utilisés pour déterminer la dissimulation dans les cas de non-observance cachée. Il est important de déterminer les motifs du refus. Même si la nécessité d'une telle surveillance a été mentionnée dans la discussion initiale sur le consentement éclairé, le patient devrait être informé à nouveau des risques de ne pas obtenir les tests de laboratoire nécessaires. Si le patient n'accepte toujours pas de participer

aux tests de surveillance cliniquement indiqués, le psychiatre doit examiner attentivement les risques associés au maintien du médicament par rapport à ceux de la réduction ou de l'arrêt du médicament ou du changement de traitement.

Les antipsychotiques injectables à action prolongée (AIAP) présentent plusieurs avantages pour gérer les problèmes d'observance aux médicaments lorsqu'un antipsychotique est indiqué. Le recours à une stratégie comprenant des AIAP lorsqu'un antipsychotique est indiqué est peut-être la méthode la plus sûre pour éliminer le risque de non-observance dissimulée. Les recherches sur les AIAP ont montré qu'elles réduisent les hospitalisations récurrentes et améliorent l'observance³⁹. Bien que la préparation et l'administration d'un AIAP prennent du temps, elles entraînent une diminution nette du travail infirmier en ce sens qu'il élimine la nécessité d'administrer un antipsychotique quotidiennement ou plus souvent. Les patients en monothérapie peuvent préférer un AIAP pour des raisons de commodité et pour éviter d'avoir à se présenter régulièrement à la séance de distribution des médicaments. Le coût, particulièrement pour les AIAP de deuxième génération, peut constituer un désavantage. Les effets secondaires additionnels sont habituellement limités à la douleur et aux saignements au site d'injection⁴⁰.

4.9 Mauvais usage et détournement de médicaments psychotropes

Dans le milieu correctionnel, le personnel des soins de santé et le personnel responsable de la détention doivent demeurer très attentifs concernant le mauvais usage, le détournement et le trafic de médicaments prescrits. Les professionnels de la santé qui fournissent des services directs et indirects aux détenus (comme les services d'urgence, les hôpitaux régionaux, les cliniques et les spécialistes-conseils) peuvent ne pas être attentifs à ce risque, particulièrement concernant les médicaments non contrôlés. La prévalence des troubles liés à la consommation de substances est élevée chez les détenus, bien que l'accès aux drogues de la rue soit limité dans les établissements. La documentation publiée sur le mauvais usage des médicaments en milieu correctionnel

TABLEAU 2*Autres mesures préventives*

1. Offrir de la psychoéducation sur l'importance de l'observance aux médicaments et les risques de mauvais usage et de détournement des médicaments.
2. Informer le patient à l'avance des conséquences possibles d'une mauvaise utilisation, y compris le détournement, et de la possibilité que les médicaments à fort potentiel de mauvaise utilisation soient diminués ou arrêtés s'il y a des preuves évidentes d'une mauvaise utilisation ou de détournement des médicaments d'ordonnance ou de l'utilisation d'autres drogues (l'arrêt peut être à court terme, comme dans le cas d'un seul incident mineur ou à long terme s'il s'agit d'incidents graves ou répétés).
3. Passer en revue et signer une entente de traitement qui comprend une entente relative à la situation décrite au paragraphe ci-dessus (n° 2) s'il s'agit de prescrire un médicament qui présente un risque élevé de mauvais usage (voir l'annexe C qui contient un exemple d'une telle entente de traitement).
4. Avoir recours l'observation directe (TOD) pour tout médicament jugé à risque élevé d'être utilisé à mauvais escient et le mélanger dans de l'eau, de la compote de pommes ou du pouding si possible.
5. Permettre que le patient refuse de prendre des psychostimulants les jours où il ne croit pas en avoir besoin (p. ex. les jours où il ne travaille pas ou ne participe pas à un programme).
6. Offrir régulièrement des entrevues motivationnelles, un suivi des symptômes, de la psychoéducation et du soutien.
7. Effectuer des prélèvements aléatoires d'urine, par voie intranasale ou de salive pour le dépistage de drogues (à des fins médicales, sans communication des résultats à l'administrateur).
8. Encourager la participation au traitement de la toxicomanie tel qu'indiqué (p. ex. 12 étapes, rétablissement SMART, programmes correctionnels et services de santé mentale).

est limitée; par conséquent, les cliniciens dépendent des rapports anecdotiques d'autres cliniciens ou des « rumeurs qui circulent dans la cour » parmi les délinquants au sujet des médicaments ciblés pour un mauvais usage⁴¹.

Certains détenus peuvent demander un traitement pour obtenir des médicaments sur ordonnance pour des raisons non médicales. Des demandes peuvent être faites pour des médicaments, des formulations ou des doses spécifiques. Certains peuvent affirmer que tous les autres médicaments psychotropes ont échoué ou peuvent prétendre avoir des allergies médicamenteuses. Les détenus peuvent chercher à obtenir des médicaments en apparence inoffensifs parce qu'ils peuvent produire de la sédation, des hallucinations, ou de l'euphorie lorsqu'ils sont écrasés, inhalés, fumés, injectés ou pris à des doses plus élevées que prévu. Les autres effets souhaités comprennent l'augmentation de la fonction sexuelle, du poids ou de la masse musculaire et la potentialisation des effets d'autres médicaments⁴².

Les benzodiazépines sont des substances contrôlées bien connues qui présentent un risque de mauvais usage et de dépendance. Néanmoins, les fournisseurs de soins de santé en milieu correctionnel doivent y avoir un accès immédiat pour gérer les urgences comme les crises épileptiques aiguës, les syndromes de sevrage aux sédatifs et l'agitation aiguë. Les comités pharmacologique et thérapeutique peuvent envisager d'accorder aux fournisseurs un accès à court terme aux benzodiazépines sans autorisation préalable lorsque le risque est gérable (comme le lorazépam intramusculaire ou les benzodiazépines orales à action prolongée limitées

aux unités d'admission). Des psychostimulants contrôlés peuvent convenir à certains détenus, et la gestion des risques de mauvais usage de ceux-ci est abordée plus loin (voir la section 5.8 Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité).

Le risque de mauvais usage de médicaments non contrôlés en milieu correctionnel a été bien décrit. L'un des meilleurs exemples est la quétiapine, souvent appelée familièrement en prison Suzy Q ou bébé héroïne⁴²⁻⁴⁴. On soupçonne que la quétiapine est recherchée pour ses propriétés sédatives et anxiolytiques^{44,45}. L'auto-administration par voies intranasale, d'inhalation et intraveineuse de la quétiapine par les détenus a été décrite dans la littérature⁴⁶. La quétiapine peut également atténuer les symptômes du sevrage des opioïdes, ce qui peut contribuer aux taux élevés de mauvais usage de la quétiapine observés dans les populations correctionnelles^{44,47}.

Le mauvais usage du bupropion (wellies) en milieu correctionnel a également été bien décrit dans la littérature. Il possède une structure chimique semblable à celle de l'amphétamine⁴⁸, a des propriétés de stimulation légère et est parfois prescrit pour remplacer les psychostimulants⁴³. Le bupropion peut provoquer l'euphorie, mais seulement lorsque le métabolisme de premier passage est contourné par insufflation ou inhalation⁴⁸.

Les détenus peuvent demander des antidépresseurs tricycliques (ATC) en raison de leurs propriétés sédatives et anticholinergiques⁴⁶. Certains médicaments, comme l'amitriptyline, peuvent être prescrits pour des indications non psychiatriques comme la douleur neuropathique. Compte

tenu du risque élevé de morbidité et de mortalité associé à ces agents, d'autres traitements pourraient être envisagés. Lorsque c'est cliniquement nécessaire, les ATC devraient être administrés en tant que médicament TOD.

Bien qu'il existe peu de rapports sur le sujet, le mauvais usage d'autres antidépresseurs a également fait l'objet de préoccupations. Par exemple, des rapports anecdotiques font état que le nombre de demandes hors indication pour la venlafaxine a augmenté lorsque le système carcéral du Texas a imposé des restrictions à l'usage du bupropion⁴⁹. Lorsqu'elle est prise en fortes doses, la venlafaxine peut produire une euphorie semblable à celle produite par les amphétamines⁵⁰⁻⁵². Certains utilisateurs récréatifs de la venlafaxine comparent ses effets psychoactifs à ceux de la MDMA⁵³. Parmi les autres antidépresseurs soupçonnés d'être utilisés à mauvais escient en milieu correctionnel, mentionnons la fluoxétine, la mirtazapine, la trazodone et le citalopram^{46,54}.

Parmi les stabilisateurs de l'humeur, dont certains sont des médicaments antiépileptiques, c'est la gabapentine qui compte le plus de preuves de mauvais usage tant dans la collectivité^{55,56} qu'en milieu correctionnel⁵⁷. Le gabapentine a en outre été associé à l'abus de bupropion en milieu correctionnel⁵⁸. La gabapentine possède des propriétés anesthésiques topiques⁵⁹, et il existe des rapports anecdotiques sur les détenus qui utilisent sa poudre pour engourdir les voies nasales afin de prévenir l'irritation causée par l'insufflation du bupropion⁶⁰. Il existe des rapports de cas dans la collectivité d'abus de carbamazépine, parfois combiné à l'alcool^{61,62} et nous sommes au courant d'au moins deux rapports anecdotiques à ce sujet dans un milieu correctionnel⁶³.

Les anticholinergiques comme la benztrapine, la diphenhydramine et le trihexyphénidyle, font partie des autres médicaments reconnus pour leur mauvais usage dans la collectivité et en milieu correctionnel^{42,46}. Ils peuvent être recherchés pour leurs effets sédatifs ou hallucinatoires.

Les médicaments non contrôlés prescrits par des fournisseurs de soins médicaux généraux non psychiatriques peuvent également présenter un risque d'abus. Il existe un chevauchement des personnes qui prescrivent certains médicaments (comme la gabapentine, la diphenhydramine et la clonidine) et si les détenus sont autorisés à se faire prescrire des médicaments par des professionnels de la santé en tant que médicaments à garder sur soi, cela peut permettre d'éviter de dissimuler la non-observance lors de la séance de distribution des médicaments⁶⁴.

Il existe de nombreuses stratégies complémentaires pour gérer le risque de mauvais usage des médicaments psychotropes dans les prisons et les pénitenciers. Sur le plan administratif, les comités pharmaceutique et thérapeutique peuvent limiter l'accès aux médicaments à risque élevé en mettant en place des contrôles concernant l'usage des médicaments. Les systèmes correctionnels qui ont retiré ces agents de leur liste ont signalé une réduction importante des

taux de mauvais usage et de détournement⁴⁸. Une étude visant à évaluer les effets cliniques de l'élimination de la quétiapine de la liste des médicaments n'a révélé aucun changement statistiquement significatif dans les indicateurs objectifs du fonctionnement clinique (p. ex. transferts à des niveaux de soins plus élevés, comportement suicidaire ou infractions disciplinaires) chez les patients qui ont cessé d'utiliser la quétiapine⁶⁵. Toutefois, si l'on considère que les avantages de prescrire un médicament à risque élevé dépassent les risques pour un patient en particulier, les psychiatres en milieu correctionnel doivent être prêts à avoir recours au processus d'autorisation d'utilisation d'un médicament hors indication dans leur système carcéral. Du point de vue de l'amélioration de la qualité, les administrateurs des soins de santé en milieu correctionnel peuvent alerter les prescripteurs lorsque les habitudes systémiques de prescription changent, particulièrement lorsque l'utilisation de certains médicaments augmente soudainement.

La formation continue du personnel psychiatrique, infirmier, médical et de détention permettra de mieux faire connaître les tendances au niveau de l'unité ou de la région. À titre d'exemple, Reeves a décrit la mise en œuvre d'une directive et d'une comparaison confidentielle inter-pairs à l'intention des psychiatres membres du personnel afin de décourager le traitement de l'insomnie avec des benzodiazépines ou de la quétiapine à faible dose⁶⁶. Cette stratégie a permis de réduire ces pratiques dans l'ensemble du système carcéral de l'État.

Les agents correctionnels peuvent utiliser différentes méthodes pour réduire ou prévenir le mauvais usage de médicaments psychotropes et d'autres substances, notamment la fouille des cellules, des analyses toxicologiques médico-légales et d'autres activités de surveillance. Même si les psychiatres peuvent jouer un rôle consultatif à cet égard ou faire part de leurs préoccupations au sujet de la distribution des médicaments et des problèmes d'innocuité qui en découlent, ils doivent prendre soin d'éviter les conflits d'éthique liés à leur double allégeance et le bris de la confidentialité.

En ce qui concerne l'administration des médicaments, les problèmes de non-observance furtive et les méthodes à utiliser pour y remédier sont présentés à la section 4.8 Non-observance à la prescription pharmacologique.

Pour les fournisseurs de soins de santé, la réduction du mauvais usage des médicaments commence par la prestation de bons soins cliniques. Comme il a été mentionné précédemment, les troubles de toxicomanie concomitants, les troubles de la personnalité et la simulation sont très répandus dans les populations correctionnelles. Bien qu'aucun de ces troubles n'exclue la présence d'une maladie mentale grave, une évaluation appropriée des symptômes (voir la section 4.4 Évaluation) qui privilégie les indicateurs objectifs et l'information complémentaire plutôt que les autodéclarations minimisera les traitements inutiles. Les analyses de laboratoire sont parfois utiles pour vérifier l'observance aux médicaments prescrits (dans les cas où l'on

TABLEAU 3*Mesures correctives*

1. En cas de soupçon¹ ou de confirmation² de mauvais usage ou de détournement, offrir de nouveau de la psychoéducation sur l'importance de l'observance à la prescription médicamenteuse, les risques de mauvais usage des médicaments ou d'autres drogues et le détournement.
2. Si vous soupçonnez ou documentez un incident mineur ou une preuve d'effets délétères pour la première fois, rappeler au détenu les conséquences possibles d'un autre mauvais usage, y compris la possibilité que les médicaments à fort potentiel d'abus soient arrêtés (l'arrêt peut être à court terme, comme dans le cas d'un seul incident mineur ou à long terme s'il s'agit d'incidents très graves ou répétés).
3. En cas d'incidents graves ou répétés documentés dans lesquels le médicament qui a fait l'objet d'un mauvais usage ou d'un détournement n'est pas essentiel, arrêter ou réduire le médicament et les autres médicaments non essentiels qui présentent un risque élevé de mauvais usage. Envisager l'utilisation d'autres médicaments qui ne présentent pas de risque élevé de mauvais usage si l'arrêt est susceptible d'être à long terme.
4. Demander au patient de faire des devoirs pertinents (p. ex. démontrer leur compréhension de l'importance de l'observance aux médicaments, des risques d'un mauvais usage et du détournement des médicaments, des facteurs qui les exposent à un risque de mauvais usage ou de détournement, ce qu'ils peuvent faire pour atténuer ces risques à l'avenir, etc.).
5. Effectuer des prélèvements aléatoires d'urine, des prélèvements par voie intranasale ou de salive pour le dépistage de drogues (à des fins médicales, sans communication des résultats à l'administration).
6. Envisager de prescrire de nouveau le ou les médicaments qui ont été arrêtés si, après un certain temps, il n'y a pas d'autres signes de mauvais usage et si les devoirs indiquent un engagement à prendre le ou les médicaments conformément à l'ordonnance (p. ex. après 2 à 4 semaines dans le cas d'un mauvais usage ou de détournement pour la première fois, plus longtemps s'il s'agit d'une récurrence). Envisager l'utilisation d'autres médicaments qui ne présentent pas de risque élevé de mauvais usage si l'arrêt est susceptible d'être à long terme.

¹ **Mauvais usage soupçonné ou détournement** = changement d'attitude ou de comportement, soupçon d'un employé en l'absence d'analyse de laboratoire ou un employé est témoin d'un mauvais usage, d'un détournement ou de contrebande, signalement par les pairs.

² **Mauvais usage ou détournement confirmé** = membre du personnel témoin d'un mauvais usage ou d'un détournement de médicaments, contrebande trouvée pendant la fouille de la cellule ou de la personne, dépistage positif de drogues non prescrites ou haut niveau lors de l'écouvillonnage nasal, dépistage négatif de drogues prescrites, admission du patient.

soupçonne un détournement). Il peut être approprié, surtout pour les détenus plus vulnérables, de demander directement au détenu s'il subit de la coercition ou de l'extorsion pour se défaire de ses médicaments⁴².

Les détenus peuvent déposer des griefs, faire des menaces de poursuite, déposer des plaintes auprès des collègues médicaux provinciaux, avoir recours à l'intimidation et à des menaces de blessures ou recruter des représentants de l'extérieur pour faire pression sur le fournisseur responsable afin qu'il prescrive le ou les médicaments qu'ils préfèrent⁴². Les psychiatres correctionnels doivent faire preuve d'ouverture d'esprit en ce qui concerne les soins appropriés à prodiguer à un patient en particulier. Toutefois, il faut les préparer à faire face à une forte résistance lorsque les médicaments à risque élevé sont jugés cliniquement inappropriés, respectent des pratiques de prescription prudentes et documentent clairement le processus de prise de décisions cliniques.

Enfin, il est important que les fournisseurs demeurent à l'affût et fassent le suivi des informations de l'administration, du personnel de détention, du personnel des soins de santé et même des détenus concernant les substances susceptibles d'être ciblées à des fins de mauvais usage. Le problème de

la mauvaise utilisation des médicaments est dynamique, et la liste des médicaments préoccupants évolue constamment, de même que les combinaisons et les méthodes de mauvaise utilisation et de détournement⁶⁷. Dans le but d'améliorer les soins et la cohérence de l'approche, en plus de réduire les risques médico-légaux, consultez le tableau 3 ci-dessous pour obtenir des conseils sur la façon d'aborder la mauvaise utilisation ou le détournement soupçonné ou documenté.

5. PRATIQUES DE PRESCRIPTION FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES POUR LES ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS

Les psychiatres qui travaillent dans les établissements correctionnels devraient se fonder sur les pratiques de prescription de psychotropes fondées sur des données probantes ou éclairées par ces données. Des lignes directrices de traitement sont disponibles pour les troubles psychiatriques courants, comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les traumatismes et les troubles associés au stress et les troubles neurocognitifs. Un examen des lignes directrices pour chaque type de trouble psychiatrique dépasse la portée de cette ressource sur la pratique. L'enjeu relatif à la prescription dans

les établissements correctionnels est l'absence de directives sur la façon d'adapter les lignes directrices de traitement fondées sur des données probantes pour la prescription dans un contexte correctionnel. La comorbidité est souvent la règle plutôt que l'exception et lorsqu'elle implique des troubles de toxicomanie et des troubles de la personnalité, il faut tenir compte de considérations additionnelles pour la prescription dans le contexte correctionnel. Enfin, certains patients dans la population carcérale souffrent de troubles psychiatriques qui sont rares dans la collectivité, mais courants dans les établissements correctionnels, comme les paraphilies. Dans cette section, nous examinerons les facteurs qui doivent être pris en considération au moment de prescrire des médicaments dans les établissements correctionnels.

5.1 Schizophrénie et autres troubles psychotiques

L'identification et la gestion appropriées de la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques constituent une composante essentielle pour des soins de santé mentale adéquats. Selon une méta-analyse de la prévalence des troubles mentaux graves en milieu carcéral, des taux de 3,7 % pour les hommes et de 4 % pour les femmes indiquent que les troubles psychotiques sont beaucoup plus répandus en milieu carcéral que dans la collectivité⁶⁸.

Les données provenant d'échantillons de la collectivité indiquent que la psychose non traitée ou sous-traitée est associée à une mauvaise qualité de vie, une espérance de vie plus courte, de la violence, de la victimisation par les autres, l'automutilation et la résistance au traitement⁶⁹⁻⁷¹. Un diagnostic fondé sur une évaluation adéquate assurera un traitement approprié et réduira le risque associé à la prescription inutile d'antipsychotiques. Les facteurs environnementaux dans les prisons et les pénitenciers peuvent compliquer l'évaluation des symptômes psychotiques. La méfiance, par exemple, peut être fondée sur la réalité et potentiellement adaptative. Pour distinguer les troubles psychotiques d'une maladie simulée, il est utile de prendre note des signes objectifs, comme les symptômes négatifs, le trouble de la pensée formelle et le comportement désorganisé et d'obtenir des renseignements complémentaires pertinents auprès de la famille ou du personnel qui a observé le patient. En cas de doute, lorsque cela ne nuit pas à la sécurité, envisagez de retarder le traitement jusqu'à ce que le patient ait été suffisamment observé (de préférence dans un service de santé mentale spécifique) et qu'un diagnostic fiable ait été posé.

Les lignes directrices de pratique pour le traitement des patients atteints de schizophrénie de 2004 (Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia) de l'American Psychiatric Association visent trois objectifs : 1) réduire ou éliminer les symptômes, 2) maximiser la qualité de vie et le fonctionnement adaptatif et 3) promouvoir et maintenir le plus possible le rétablissement des effets débilissants de la maladie¹⁷. Ces objectifs demeurent pertinents en milieu correctionnel. Le fonctionnement d'un patient dans une prison ou un pénitencier peut se refléter dans sa participation à des activités comme le travail ou les

programmes, le respect des règles de l'établissement et des directives du personnel, les interactions interpersonnelles et l'hygiène personnelle.

L'utilisation d'antipsychotiques est indiquée pour le traitement de maladies psychotiques dans n'importe quel milieu, et selon les plus récentes lignes directrices du NICE, il n'existe aucune donnée probante sur l'efficacité qui permet de recommander un antipsychotique plutôt qu'un autre pour un traitement de première intention^{72,73}. Au moment de choisir un antipsychotique pour le traitement initial, il faut tenir compte de la réaction antérieure du patient au médicament, des antécédents d'effets secondaires, des antécédents de non-observance au traitement, des troubles médicaux concomitants et du risque d'interactions médicamenteuses⁷⁴. Il est important de tenir compte du profil des effets secondaires du médicament (p. ex. sédation, activation) par rapport aux symptômes du patient, ainsi que de ses préférences, dans la mesure où la liste des médicaments et les considérations de sécurité de l'établissement le permettent (voir la section 4.9 Mauvais usage et détournement de médicaments psychotropes). Bien que la prescription de médicaments figurant sur la liste soit plus pratique, le psychiatre pourrait devoir préconiser l'utilisation d'un médicament non inscrit sur la liste lorsqu'il s'agit d'un meilleur choix clinique. Dans une telle situation, nous suggérons que le psychiatre soit prêt à obtenir des renseignements complémentaires pour appuyer la demande de médicaments non inscrits sur la liste.

L'utilisation des benzodiazépines comme traitement auxiliaire de la catatonie, de l'agitation ou de l'anxiété durant la phase aiguë devrait être prise en considération⁷⁴. Nous recommandons que les benzodiazépines fassent l'objet d'une surveillance étroite, qu'elles soient administrées sous forme broyée et qu'elles soient prescrites à court terme pour le traitement adjuvant de la psychose, étant donné qu'elles présentent un risque inhérent de mauvais usage et de détournement.

Les patients atteints de troubles psychotiques doivent faire l'objet d'une surveillance étroite durant la phase aiguë du traitement. La dose d'antipsychotiques peut être titrée jusqu'à l'effet voulu, selon la tolérance⁷⁴. S'il n'y a pas de réponse au traitement choisi, envisagez la nonobservance évidente ou dissimulée (voir aussi la section 4.8 Non-observance à la prescription pharmacologique). Bien que les taux sériques d'antipsychotiques soient d'une utilité clinique variable, cette stratégie peut être utile pour repérer les cas de non-observance⁷⁵. Les antipsychotiques injectables à action prolongée constituent une autre stratégie pour réduire la non-observance^{54,69}. Si le patient refuse le traitement et que sa capacité décisionnelle est altérée, envisagez de prescrire les médicaments malgré l'objection, conformément aux lois et règlements locaux et aux politiques institutionnelles.

En général, il est recommandé de prévoir au moins quatre à six semaines pour que l'essai soit considéré comme étant adéquat⁷⁴. Si un patient observant ne répond pas aux antipsychotiques, assurez-vous que la dose a été optimisée, que le délai alloué pour la réponse est suffisant et que le

médicament est administré de manière à obtenir une efficacité optimale. Les facteurs à prendre en considération comprennent le moment et la fréquence de l'administration, les interactions médicamenteuses et la relation entre le moment de l'administration du médicament et les repas. Pour certains antipsychotiques comme la ziprasidone⁷⁶ ou la lurasidone⁷⁷, des problèmes d'absorption peuvent survenir lorsque les heures de repas prévues à l'horaire de l'établissement ne sont pas coordonnées avec les séances programmées de distribution des médicaments.

Lorsque deux essais adéquats de médicaments antipsychotiques ont échoué, le patient pourrait être admissible à recevoir la clozapine⁷⁸. Les exigences en matière de surveillance hématologique et de déclaration⁷⁹ peuvent constituer des difficultés logistiques pour les prescripteurs en milieu correctionnel. Toutefois, il a été démontré que la clozapine est efficace dans plusieurs milieux carcéraux^{80,81} et qu'elle peut réduire le risque d'infractions disciplinaires chez les patients pour qui elle est indiquée. Une étude récente a montré que le délai de récurrence chez les détenus d'un pénitencier canadien à qui on avait prescrit de la clozapine au moment de leur libération était beaucoup plus long que celui des détenus à qui on avait prescrit d'autres antipsychotiques⁸².

Les lignes directrices de pratique communautaire recommandent de continuer à administrer des antipsychotiques pendant la phase de maintien afin de réduire le risque de rechute, en utilisant la dose la plus faible qui permet d'atteindre cet objectif tout en minimisant les effets secondaires⁷⁴. Compte tenu des risques de nouveaux effets secondaires et de rechute, nous recommandons un meilleur suivi des patients chaque fois que les doses de médicaments augmentent ou diminuent. Nous vous recommandons également de faire preuve de prudence lorsque vous arrêtez la prise d'antipsychotiques chez des patients dont le diagnostic de maladie psychotique chronique est confirmé. Des symptômes psychotiques transitoires, en particulier des idées délirantes de persécution non bizarres, ont été observés chez les détenus et peuvent être attribuables à des facteurs de stress environnementaux⁸³ ou à une exposition à un traumatisme. Dans de tels cas, lorsque les symptômes disparaissent, un essai de médicament avec une surveillance attentive peut être approprié.

La polypharmacie et la prescription de doses élevées d'antipsychotiques sont des pratiques qui ont été relevées dans certains milieux correctionnels⁸⁴. Bien que cette approche puisse convenir à quelques patients, nous vous recommandons de faire preuve de prudence. La polypharmacie associée à la prise d'antipsychotiques est associée à une incidence plus élevée d'effets secondaires, et il existe peu de données probantes qui font état d'un avantage clinique pour la plupart des patients⁷².

5.2 Troubles bipolaires et troubles connexes

On estime que la prévalence du trouble bipolaire varie de 2 % à 7 % dans les pénitenciers⁸⁵. Le trouble bipolaire, ainsi que les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues,

a une grande incidence sur la récurrence de crimes violents⁸⁶. Les personnes ayant un trouble bipolaire, comparativement aux autres personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale grave, semblent également afficher le taux de récurrence criminelle le plus élevé¹⁷.

Les lignes directrices communautaires^{6,7} recommandent l'utilisation de lithium, de divalproex de sodium ou d'un antipsychotique de deuxième génération pour le traitement de première intention des épisodes maniaques aigus ou mixtes. Un antipsychotique peut être combiné au lithium ou au divalproex de sodium en cas d'épisode grave ou en présence de symptômes psychotiques. La lamotrigine n'est pas recommandée pour le traitement d'une maladie bipolaire aiguë⁶ en raison de la nécessité d'un titrage graduel à une dose efficace pour réduire au minimum le risque d'éruptions cutanées potentiellement mortelles. Même si elles comportent un risque d'abus ou de détournement, en particulier dans le milieu correctionnel⁸⁷, l'utilisation à court terme de benzodiazépines peut être appropriée pour traiter l'agitation ou la manie⁶. Les stratégies appropriées de gestion des risques associés aux benzodiazépines en milieu correctionnel comprennent le broyage des comprimés et le traitement sous observation directe (c.-à-d. l'administration par le personnel infirmier de médicaments avec vérification buccale; voir aussi les sections 4.8 Non-observance à la prescription pharmacologique et 4.9 Mauvais usage et détournement des médicaments psychotropes).

Dans le cas de la dépression bipolaire, des données probantes appuient l'utilisation de l'olanzapine en combinaison avec la fluoxétine, l'olanzapine en monothérapie, la quétiapine ou la lurasidone^{6,7,88}. La plus récente mise à jour des lignes directrices de l'American Psychiatric Association (APA) pour le traitement des patients souffrant de troubles bipolaires suggère qu'il existe des preuves modérées préconisant l'utilisation d'antidépresseurs combinés à des médicaments traditionnels de stabilisation de l'humeur pour traiter la dépression bipolaire⁶. Cette publication suggère de ne pas prescrire un antidépresseur en monothérapie chez les patients atteints d'une maladie bipolaire⁶. En général, les antidépresseurs devraient être utilisés avec prudence chez les patients souffrant de dépression bipolaire. Les experts recommandent de les réserver pour les cas graves et de les arrêter une fois l'épisode dépressif résolu⁸⁹.

En général, le maintien de l'agent utilisé dans la phase aiguë du traitement est approprié, s'il est efficace et toléré⁷. Si un patient souffrant de trouble bipolaire présente une récurrence d'un épisode thymique, envisagez de vérifier le taux sérique (s'il s'agit d'un agent pour lequel ce taux est disponible) pour optimiser le traitement⁷ et vérifier l'observance. Envisagez également la consommation active de substances ou un état pathologique comorbide⁶ et ciblez les analyses en laboratoire en conséquence.

Dans le cas des patients à qui on a prescrit du lithium, les lignes directrices du NICE recommandent de vérifier les taux sériques une semaine après le début du traitement au

lithium et après chaque changement de dosage. Dans le cas des patients en traitement d'entretien, vérifiez les taux sériques tous les trois mois pendant la première année de traitement et par la suite tous les six mois. Une surveillance plus fréquente peut être appropriée pour les personnes plus âgées, en cas d'insuffisance rénale, et pour les personnes présentant des symptômes bipolaires continus, des antécédents de non-observance ou des niveaux de 0,8 mmol/l ou plus⁷. Conformément à ces lignes directrices, nous suggérons de collaborer avec les fournisseurs de soins médicaux pour éviter de prescrire par inadvertance des médicaments susceptibles d'interagir avec le lithium, d'éduquer les patients sur ces risques s'ils ont accès à des médicaments anti-inflammatoires en vente libre, et offrir une consultation si nécessaire pour des cas particuliers.

Bien que certaines lignes directrices communautaires ne recommandent pas une surveillance systématique des taux sériques de valproate, celle-ci pourrait être utile pour régler les problèmes liés à l'efficacité, à la tolérance ou à l'observance. Pour les patients prenant du valproate, la FDA recommande de vérifier le niveau des transaminases au départ, puis après six mois⁹⁰ ainsi que les taux sériques aux changements de dose et « chaque fois que des médicaments entraînant une induction ou une inhibition enzymatique sont débutés ou retirés »⁹¹. Comme le recommandent les lignes directrices du NICE, envisagez la vérification des niveaux de base de la fonction hépatique et d'une formule sanguine complète et ensuite après six mois, puis annuellement par la suite⁷.

Lorsqu'on choisit un antipsychotique pour traiter les troubles bipolaires en milieu correctionnel, les mises en garde mentionnées au sujet de l'abus et du détournement (voir la section 4.9 Mauvais usage et détournement de médicaments psychotropes) s'appliquent.

La pharmacothérapie fondée sur des algorithmes pour le trouble bipolaire chez les prisonniers a été évaluée systématiquement dans le cadre de deux études^{92,93} au Connecticut, qui ont montré une amélioration des résultats sur l'échelle des symptômes et de la qualité de vie. Un examen détaillé de l'algorithme Texas Implementation of Medication Algorithms (TIMA) dépasse la portée du présent document, car il est considéré comme désuet⁹⁴; toutefois, le lecteur intéressé peut le consulter en ligne⁹⁵. Néanmoins, ces études sont prometteuses en ce qui a trait à l'utilisation d'une approche structurée et progressive pour la gestion du trouble bipolaire en milieu correctionnel.

D'autres recherches ont été réalisées pour évaluer l'utilité des stabilisateurs de l'humeur en milieu correctionnel. Un examen des dossiers des patients des services correctionnels du Connecticut appuie l'utilisation du divalproex de sodium pour traiter l'impulsivité et la labilité de l'humeur, bien que des avantages pour le traitement de ces problèmes ont aussi été observés chez les sujets non atteints de trouble bipolaire⁹⁶. Des résultats positifs similaires ont été notés pour l'agression impulsive et la violence chez les « prisonniers »

(sic) avec le lithium, qui ne sont pas nécessairement liées à un diagnostic particulier⁹⁷.

À notre connaissance, le traitement psychopharmacologique des troubles cyclothymiques n'a jamais fait l'objet d'études systématiques dans les populations correctionnelles. Les patients atteints de cyclothymie peuvent être particulièrement enclins à des changements d'humeur liés aux antidépresseurs et aux effets secondaires causés par des antipsychotiques⁹⁸. Les psychiatres en milieu correctionnel rencontrent souvent des patients éprouvant des symptômes cyclothymiques, mais ils doivent garder à l'esprit qu'aucun des médicaments utilisés pour traiter les troubles bipolaires n'a été approuvé par la FDA pour traiter le trouble cyclothymique, ni même fait l'objet d'études particulières à cet égard.

5.3 Troubles dépressifs

Pour l'évaluation des symptômes dépressifs usuels en milieu correctionnel, nous suggérons aux psychiatres d'aborder ces cas en faisant un diagnostic différentiel général qui tient compte des comorbidités et des autres explications des symptômes de l'humeur chez les personnes incarcérées. En particulier chez les personnes qui ont récemment été dans la collectivité (p. ex. détenus en attente de leur procès, contrevenants aux conditions de libération conditionnelle, personnes qui reviennent d'une maison de transition), il faut tenir compte des problèmes d'adaptation aigus ou des symptômes susceptibles de signaler une intoxication ou le sevrage d'une substance. Les symptômes de dépression transitoire ou sous-cliniques peuvent être mieux expliqués par un trouble de la personnalité ou des problèmes d'adaptation chroniques (voir aussi la section 5.5 Troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress).

Néanmoins, comme dans la collectivité, le trouble dépressif majeur est la maladie mentale grave la plus courante dans les milieux carcéraux. Dans un examen systématique des taux de prévalence dans les services correctionnels, la dépression majeure a été constatée chez 12 % des femmes et 10 % des hommes⁶⁸. Une étude sur la dépression chez les détenus en détention avant le procès au moyen d'instruments psychologiques a révélé que le taux de symptômes de dépression modérée à grave se situait entre 25,3 % et 28,4 %⁹⁹.

Certaines lignes directrices communautaires recommandent d'utiliser des échelles de cotation pour évaluer la dépression et surveiller la réponse au traitement¹⁰⁰, car elles peuvent être utiles pour différencier une dépression transitoire d'une dépression pour laquelle la pharmacothérapie pourrait être utile. Bien que des instruments d'évaluation aient été utilisés dans les études sur les détenus souffrant de dépression, à notre connaissance, aucune étude n'a été effectuée jusqu'à maintenant pour vérifier la validité des échelles d'évaluation de la dépression dans les prisons ou les pénitenciers. Compte tenu des réalités de l'incarcération, les résultats de telles échelles peuvent être faussés dans les milieux correctionnels en raison des questions sur la perte

d'intérêt, l'incapacité de prendre des décisions et la perte de libido⁹⁹. Nous émettons des réserves concernant les auto-évaluations, compte tenu des taux élevés de simulation dans ces milieux (voir la section 4.4 Évaluation), mais les échelles notées par les cliniciens comme l'inventaire rapide des symptômes de dépression (QIDS-C)¹⁰¹ peuvent être utiles. À ce jour, aucune étude n'a été effectuée pour vérifier la validité du QIDS-C en milieu correctionnel.

La thérapie cognitivo-comportementale ou la psychothérapie interpersonnelle sont les meilleurs traitements fondés sur des données probantes pour traiter les symptômes de dépression sub-cliniques¹⁰². Cependant, même pour les épisodes dépressifs majeurs légers à modérés, les médicaments antidépresseurs sont recommandés dans les versions les plus récentes des lignes directrices communautaires^{100,102}. Dans le cas d'épisodes plus graves (y compris la dépression complexe, la dépression avec caractéristiques psychotiques ou l'auto-négligence grave, ou s'ils comportent un danger de mort), l'utilisation des médicaments est nécessaire, et les électrochocs peuvent être envisagés¹⁰⁰. Bien que l'utilité clinique des antidépresseurs pour les cas moins graves de dépression ait été remise en question¹⁰³ dans certains milieux correctionnels, comme les prisons ou les cellules d'isolement, la psychothérapie peut ne pas être disponible ou pratique. Quoi qu'il en soit, l'éducation des patients (y compris l'autogestion de la dépression, voir la figure 2) et les techniques psychothérapeutiques sont utiles pour traiter la dépression de toute gravité et devraient être fournies dans la mesure du possible et lorsque cela est approprié (voir aussi la section 4.5 Éducation du patient et psychothérapie). Pour les patients qui se plaignent d'insomnie en combinaison avec un trouble dépressif, des conseils sur l'hygiène du sommeil peuvent être utiles (voir aussi l'annexe A et la section 5.9 Insomnie et troubles d'alternance veille-sommeil)¹⁰⁴.

Si la pharmacothérapie est indiquée, les facteurs à prendre en considération au moment de choisir un antidépresseur initial comprennent le profil des effets secondaires du médicament, ses propriétés pharmacologiques (p. ex. la fréquence à laquelle la dose doit être évaluée) et la réponse antérieure au traitement³⁶. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) ou les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine-norépinéphrine (ISRSN) sont appropriés pour le traitement de première intention de la dépression dans cette population. Les ISRS, en particulier, sont aussi efficaces que les autres antidépresseurs, ont un profil de risque davantage favorable et ont rarement été identifiés comme faisant l'objet d'une mauvaise utilisation en milieu correctionnel. Même si certaines recherches semblent indiquer que certains ISRS du groupe sont supérieurs, la validité clinique de ces différences n'est pas bien établie^{100,105}. La plus grande toxicité de certains antidépresseurs, comme les ATC, en cas de surdose¹⁰², est un facteur qui devrait être pris en considération chez les détenus qui présentent un plus grand risque de suicide ou qui pourraient rechercher

leurs propriétés sédatives (voir aussi la section 4.9 Mauvais usage et détournement de médicaments psychotropes).

Comme le TDAH est un trouble concomitant courant de la dépression, surtout en milieu correctionnel (voir aussi la section 5.8 Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité), il peut être utile d'envisager de prescrire du bupropion, de la desipramine, de la nortriptyline ou de la venlafaxine¹⁰⁶, dont l'utilisation chez les adultes souffrant de dépression majeure et de TDAH est appuyée par des données probantes. Cependant, le bupropion présente un potentiel d'abus important, et son utilisation devrait faire l'objet d'une surveillance étroite dans le milieu correctionnel⁴⁶. Dans les cas de dépression accompagnée d'insomnie comorbide qui ne répondent pas aux interventions psychologiques, les données relatives à la mirtazapine confirment son efficacité pour le traitement de l'insomnie¹⁰⁷ (voir aussi la section 5.9 Insomnie et troubles d'alternance veille-sommeil). La prescription d'inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) en milieu correctionnel n'est pas recommandée à moins qu'il soit possible de s'assurer que le patient aura un accès fiable à un régime sans tyramine.

Si le patient ne répond pas au premier choix d'antidépresseur, déterminez si le diagnostic est exact, si l'observance est un facteur, si un délai suffisant a été accordé pour la réponse et si la dose a été optimisée¹⁰⁰. Même si un échec du traitement en raison de la consommation continue de substances peut ne pas être probable dans un milieu carcéral, l'abus continu de substances illégales, contrôlées ou autres est certainement possible^{46,87,108} et pourrait être plus fréquente dans la population gardée en détention en attente d'un procès.

S'il n'y a pas de réponse à une dose thérapeutique d'un agent après quatre semaines ou si les effets secondaires sont inacceptables, envisagez d'essayer un autre antidépresseur. L'étude STAR*D a démontré l'efficacité de l'utilisation subséquente du bupropion SR, de la sertraline ou de la venlafaxine après l'échec de l'essai d'un ISRS, bien qu'aucun de ces choix ne soit supérieur¹⁰⁹. Une autre approche pouvant être utile dans ces cas est la suivante : l'augmentation^{100,102,105} qui renvoie à l'utilisation conjointe d'un autre médicament non antidépresseur ou de deux antidépresseurs ensemble. Les combinaisons de médicaments comportent un risque accru d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires¹⁰². Les stratégies d'augmentation fondées sur des données probantes comprennent le lithium, la mirtazapine ou les antipsychotiques de deuxième génération comme l'aripiprazole, l'olanzapine, la quétiapine ou la rispéridone^{100,102}.

Certaines lignes directrices recommandent de poursuivre le traitement pour les patients qui ont connu deux épisodes dépressifs ou plus ou qui ont eu des épisodes graves ou prolongés. La période de deux ans est généralement considérée comme souhaitable avant d'envisager la réduction du médicament en vue de son abandon. Une diminution graduelle sur au moins quatre semaines est recommandée^{100,102}.

5.4 Troubles anxieux

On demande fréquemment aux psychiatres correctionnels de voir des patients qui se plaignent principalement d'anxiété. Les personnes qui ont récemment été arrêtées ou condamnées font face à diverses pertes réelles ou potentielles (p. ex. liberté, réputation, relations, emploi, logement et incertitude quant à l'avenir), doivent vivre l'abstinence forcée à l'alcool et à d'autres substances et doivent composer avec un changement soudain d'environnement. Il n'est donc pas surprenant que les problèmes d'anxiété soient courants dans les services correctionnels. Les enquêtes qui se sont penchées sur la prévalence des troubles anxieux dans cette population sont rares. Une étude récente sur les prisons brésiliennes a révélé une prévalence à vie de troubles anxieux ou phobiques de 50 % chez les hommes et de 35 % chez les femmes et une prévalence sur un an de 27,7 % chez les femmes et de 13,6 % chez les hommes¹¹⁰. Une étude sur les détenus du Québec atteints d'un trouble de la personnalité antisociale comorbide a révélé que la prévalence à vie de tout trouble anxieux (y compris le syndrome de stress post-traumatique [TSPT]) était de 68,5 %¹¹¹.

Dans cette population, la comorbidité est extrêmement courante : les troubles dépressifs, les troubles liés à la consommation de substances, le sevrage de substances et les troubles de la personnalité sont les plus évidents. Les symptômes de sevrage doivent être gérés avant de pouvoir effectuer une évaluation valide d'un trouble anxieux indépendant. Dans le cas d'un trouble dépressif comorbide, les lignes directrices du NICE préconisent de traiter d'abord la dépression¹¹². Il est également important de tenir compte de la présence d'un trouble de la personnalité lors du diagnostic différentiel, particulièrement le trouble de la personnalité limite, puisque le traitement peut être différent (voir aussi la section 5.7 Troubles de la personnalité).

Au cours des premières étapes du traitement, envisagez la psychoéducation, les programmes d'entraide, les groupes psychoéducatifs (lorsque disponibles) et les évaluations régulières¹¹². Lorsqu'un trouble d'anxiété diagnostiqué ne répond pas aux modes de gestion susmentionnés ou cause une atteinte fonctionnelle importante, des traitements psychosociaux plus intensifs, lorsqu'ils sont disponibles, ainsi que la pharmacothérapie doivent être envisagés¹¹².

Le traitement psychopharmacologique de première intention pour les troubles anxieux est un ISRS ou un IRSN^{112,113}. Il est prudent de commencer par une faible dose, puis de l'augmenter graduellement jusqu'à une dose modérément élevée. Parfois, il faut avoir recours à des doses à l'extrémité supérieure de la fourchette de prescription pour traiter les troubles anxieux, bien que 75 % des patients répondent à la faible dose initiale d'un ISRS pour un trouble anxieux, sauf dans les cas de troubles obsessionnels-compulsifs, qui nécessitent généralement une dose plus élevée¹¹⁴. Certains échecs du traitement à l'ISRS peuvent être évités en évitant un dosage trop agressif et en avertissant les patients du risque initial d'activation à court terme (c.-à-d. que leur

anxiété peut être aggravée à court terme). De plus, il est approprié d'informer les patients que la réponse prévue à un antidépresseur devrait être graduelle sur une période de plusieurs semaines. Parfois, le prescripteur doit faire preuve d'une détermination inébranlable, avec le soutien du patient, pour franchir cette période initiale. Les thérapies psychosociales comme la relaxation, la pleine conscience et (si possible) la thérapie cognitivo-comportementale doivent être poursuivies ou amorcées en complément à la pharmacothérapie.

Si l'ISRS initial n'est pas toléré, on peut essayer un autre ISRS. L'IRSN venlafaxine peut être très efficace, mais il faut du temps pour la doser afin d'obtenir une dose thérapeutique^{112,114}. Un autre IRSN à prendre en considération est la duloxétine, qui est indiquée par la FDA pour certaines douleurs chroniques qui sont souvent présentes comme troubles concomitants dans la population carcérale¹¹⁵. Certaines données laissent croire que la duloxétine peut être un traitement de deuxième intention efficace pour les symptômes de TDAH¹¹⁶ qui sont souvent des comorbidités dans les services correctionnels (voir aussi la section 5.8 Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité). Les autres traitements de deuxième intention comprennent les ATC, particulièrement l'imipramine et la clomipramine, qui sont bien établis dans le traitement des troubles anxieux, particulièrement le trouble panique et le trouble obsessionnel-compulsif¹¹⁴. Les ATC peuvent être recherchés par les patients dans les milieux correctionnels pour leurs propriétés sédatives, surtout les ATC tertiaires (p. ex. doxépine ou amitriptyline), et le prescripteur doit faire preuve de prudence compte tenu du risque de complications cardiaques et de leur létalité potentielle⁴⁶. Les autres traitements de deuxième intention comprennent la buspirone, qui est indiquée pour les troubles anxieux généralisés et est généralement bien tolérée; la mirtazapine et la trazodone, qui ne sont indiquées que pour le trouble dépressif majeur même si les deux ont des effets anxiolytiques et hypnotiques bien connus^{117,118} et peuvent être utilisées dans le milieu correctionnel⁴⁶.

Les lignes directrices du NICE conseillent clairement *de ne pas* prescrire de benzodiazépines, sauf à très court terme, en soulignant que ces médicaments ne sont pas efficaces pour le traitement à long terme de l'anxiété¹¹². Les lignes directrices de la World Federation of Biological Psychiatry concluent que les benzodiazépines ne sont pas efficaces dans les cas de trouble obsessionnel-compulsif et qu'elles devraient généralement être exclues des traitements prescrits aux personnes ayant des troubles liés à la consommation de substances¹¹⁴. Les benzodiazépines, bien qu'efficaces pour l'anxiété, sont des médicaments contrôlés dont le potentiel d'abus est connu. Li, Brewer et Reeves concluent qu'elles ne devraient pas être prescrites comme traitement de première intention de l'anxiété en milieu correctionnel⁸⁷.

Les lignes directrices communautaires recommandent la prégabaline pour le traitement des troubles anxieux^{112,114}. Il peut être approprié d'envisager cette possibilité pour un

patient anxieux présentant une affection concomitante comme l'épilepsie, la neuropathie diabétique, la névralgie post-herpétique ou la fibromyalgie. Les abus de la prégabaline ont été décrites dans les rapports de cas communautaires⁴⁶. Certains antipsychotiques (comme la quétiapine) peuvent avoir des propriétés anxiolytiques hors indication.

5.5 Troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress

Une méta-analyse des études sur le TSPT chez les populations carcérales a recensé des taux allant de 4 % à 21 % , qui sont plus élevés que les taux déclarés dans la collectivité, et les femmes sont touchées de façon disproportionnée¹¹⁹. Avant leur arrivée en prison ou dans un pénitencier, bon nombre d'entre elles ont déjà été exposées à des traumatismes. Dans une étude, les taux de violence sexuelle subie durant l'enfance étaient de 70 % chez les détenues et de 50 % chez les détenus¹²⁰. Il n'est pas rare que les anciens combattants en milieu correctionnel aient des antécédents d'expériences traumatisantes. Dans un sondage mené auprès de 128 anciens combattants dans le système carcéral du comté King dans l'État de Washington, 39 % ont obtenu un résultat positif pour le TSPT¹²¹.

Les détenus peuvent avoir subi un traumatisme avant ou pendant leur incarcération. Selon une enquête nationale menée auprès d'ex-détenus en 2008 (National Former Prisoner Survey of 2008), 9,6 % des ex-détenus de l'État ont signalé avoir été victimes d'au moins un incident d'ordre sexuel par des pairs ou des membres du personnel pendant leur plus récent séjour dans une prison, un pénitencier ou dans un établissement de traitement communautaire qu'ils ont fréquenté après leur libération¹²². En 2004, 15,9 % des détenus ont déclaré avoir été blessés dans une bagarre depuis leur arrivée en prison¹²³. Les détenus atteints d'une maladie mentale sont plus susceptibles d'être physiquement ou sexuellement victimisés, et les personnes agressées présentent un risque accru de suicide^{124,125}.

Le TSPT complexe peut comprendre une plus vaste gamme de présentations qui ne sont pas explicitement incluses dans le DSM-5, notamment la dysrégulation émotionnelle, des problèmes de relations interpersonnelles et des symptômes dissociatifs, qui se manifestent souvent en présence d'antécédents de traumatismes graves et prolongés¹²⁶. Selon les recherches préliminaires, les symptômes correspondant à un TSPT complexe sont courants chez les détenus¹²⁷. La gestion de cette variante pourrait être plus difficile.

Nous n'avons pas trouvé d'études publiées traitant spécifiquement de la pharmacothérapie pour les détenus souffrant de traumatismes. Selon les lignes directrices communautaires, les ISRS ou les IRSN doivent être utilisés comme traitement psychopharmacologique de première intention pour le TSPT¹²⁸. Les données probantes sont les plus convaincantes pour l'utilisation de la paroxétine, la sertraline et la fluoxétine; les deux premiers médicaments ont été approuvés par la FDA pour le traitement du TSPT¹²⁸.

Dans plusieurs études, l'efficacité des ISRS pour les traumatismes liés au combat avait été remise en question¹²⁸; toutefois, une méta-analyse plus récente des études sur le traitement du TSPT chez les anciens combattants appuyait l'utilisation des ISRS et des ATC pour traiter les symptômes du TSPT, de l'anxiété et de la dépression dans ce groupe¹²⁹. Une étude ouverte subséquente a révélé que la mirtazapine était efficace pour traiter le TSPT lié au combat¹³⁰. Les lignes directrices du NICE pour la gestion du TPST remettent en question les données probantes relatives à son traitement par les ISRS en général, et mentionnent une indication plus solide pour la mirtazapine, l'amitriptyline et la phénelzine¹³¹.

En ce qui concerne les traitements complémentaires pour le TSPT, un solide ensemble de données probantes appuie l'utilisation hors indication de la prazosine pour traiter les cauchemars liés aux traumatismes et les troubles du sommeil, avec une dose efficace typique de 3 à 15 mg au coucher¹²⁸. Plusieurs antipsychotiques de deuxième génération se sont montrés prometteurs comme stratégie d'augmentation¹²⁸, bien que certains aient laissé entendre que leurs bienfaits se limitent à leurs effets sédatifs¹³².

Des recherches ont démontré que les benzodiazépines sont inefficaces pour les troubles de stress aigu et le TSPT¹¹⁴. La recommandation initiale de l'APA pour le TSPT déconseille l'utilisation des benzodiazépines en monothérapie¹³³ et les recommandations concernant cette classe de médicaments n'ont pas été révisées dans la plus récente mise à jour¹²⁸.

Plusieurs études ont été publiées sur les psychothérapies de groupe efficaces pour le TSPT chez les personnes incarcérées, qui sont décrites de façon détaillée dans d'autres publications¹³⁴.

Le trouble d'adaptation, qui est abordé ailleurs dans le présent document (voir aussi la section 5.3 Troubles dépressifs), figure dans le chapitre sur les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress du DSM-5²². Les personnes susceptibles d'être incarcérées présentent une plus grande prévalence de traits de personnalité qui peuvent les prédisposer à une réaction mésadaptée au stress, ainsi qu'à de nombreux problèmes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. La perte de liberté et de ses attributs, la perte de relations extérieures, l'exposition aux difficultés intrinsèques à un établissement correctionnel, les conflits interpersonnels, les problèmes juridiques en suspens (p. ex. procès, détermination de la peine, appels, tribunal de la famille), les changements environnementaux (y compris le transfert dans un milieu à sécurité supérieure) et les problèmes et sanctions disciplinaires sont des stressseurs courants précédant l'apparition de symptômes d'adaptation aigus chez les détenus. Les études sur la prévalence sont limitées, mais indiquent un taux de 11,48 % chez les détenus en détention provisoire et de 7,7 % chez les détenus ayant reçu un diagnostic de l'axe I¹³⁵. Il s'agit probablement de sous-estimations, car les taux de troubles d'adaptation en soins primaires varient de 11 % à 18 % , et en psychiatrie de consultation-liaison, de 10 % à 35 % ¹³⁶.

Comme dans le cas des traumatismes aigus, le traitement pharmacologique des symptômes d'anxiété ou d'insomnie liés aux problèmes d'adaptation peut être approprié, mais la nécessité de poursuivre le traitement devrait être évaluée de façon continue¹³⁵. Il n'existe aucune donnée probante solide pour appuyer ou réfuter l'utilisation d'un antidépresseur pour traiter un trouble d'adaptation¹³⁶. Si les symptômes s'aggravent ou ne se résorbent pas rapidement avec la résolution du facteur de stress déclencheur, nous conseillons au psychiatre de réévaluer le diagnostic et le traitement.

5.6 Troubles de contrôle des impulsions et agressivité

Il arrive fréquemment que les détenus présentent des comportements impulsifs et agressifs, ce qui peut être difficile à gérer pour les fournisseurs de soins de santé en milieu correctionnel¹³⁷. Felthous¹³⁸ définit l'agression impulsive comme suit : un comportement « de colère ou de rage, soudain, imprévu et caractérisé par un manque de maîtrise de soi »¹³⁸. Un tel comportement peut ou non faire partie d'une maladie mentale comme un trouble explosif intermittent (TEI), bien que le DSM-5 énumère les troubles antisociaux ou les autres troubles de la personnalité comme critère d'exclusion si ceux-ci permettent de mieux expliquer l'agression²². L'agressivité a été associée aux traumatismes cérébraux (TC)¹³⁹; alors que jusqu'à 82 % des personnes incarcérées ont déclaré avoir de tels antécédents¹⁴¹. Une étude menée dans le système carcéral de la Caroline du Sud a révélé un taux de TC médicalement traités, c'est-à-dire des traumatismes qui ont été vérifiés dans les dossiers d'hôpitaux ou de services d'urgence de l'État, de 5,65 % chez les détenus de sexe masculin et de 6,22 % chez les détenues¹⁴¹. Dans ces deux groupes, et surtout chez les femmes, on a observé un taux plus élevé d'infractions disciplinaires avec violence¹⁴¹.

En termes pratiques, il peut être difficile, en milieu correctionnel, de déterminer si le comportement agressif est attribuable à une pathologie de la personnalité ou à un autre trouble mental. Quoi qu'il en soit, l'intervention psychologique, lorsqu'elle est disponible, constitue un traitement de première intention approprié pour des cas non urgents¹³⁵. Un traitement médicamenteux pour l'agression peut être réservé à l'agression impulsive principalement attribuable à un trouble mental sous-jacent ou être utilisé à titre de traitement auxiliaire.

Même s'il n'existe pas de médicaments approuvés par la FDA expressément pour la gestion des comportements agressifs, des algorithmes de traitement de l'agression ont été proposés^{138,142-145}. Si une évaluation diagnostique révèle la présence d'un trouble mental (p. ex. schizophrénie, trouble de l'humeur ou trouble neurocognitif), le traitement du trouble sous-jacent avec les médicaments indiqués constitue une première étape appropriée.

De nombreuses études font état de l'efficacité des stabilisateurs de l'humeur pour traiter l'agression associée à un trouble bipolaire¹⁴⁶ et un trouble schizo-affectif¹⁴⁷⁻¹⁴⁹. La

carbamazépine¹⁵⁰, ou comme il a été récemment suggéré, l'oxcarbazépine¹⁵¹, peut être particulièrement appropriée si l'agression est associée à l'épilepsie ou d'autres affections neurologiques. Un certain nombre d'études ont montré que le divalproex de sodium avait un effet anti-agressif^{152,153}. Hollander et coll. a démontré que le divalproex réduisait l'agressivité chez les patients atteints d'un trouble de la personnalité limite¹⁵⁴. Les données suggèrent fortement que les sels de lithium ont un effet anti-agressif spécifique dans une variété de troubles; la première étude clinique sur le lithium à cette fin, publiée en 1971, a révélé une résolution des épisodes de colère chez les détenus agressifs qui prenaient du lithium dans le cadre d'un essai à simple insu selon une méthodologie de prise et arrêt du médicament en alternance¹⁵⁵.

Les antipsychotiques atypiques peuvent avoir des effets anti-agressifs spécifiques. La clozapine s'est révélée particulièrement efficace pour traiter l'agression associée à la schizophrénie^{156,157} et est approuvée par la FDA pour réduire le risque de comportement suicidaire chez les patients atteints de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif¹⁵⁸. On a également constaté que la rispéridone réduisait l'hostilité indépendamment de son efficacité pour le traitement de la psychose sous-jacente¹⁵⁹.

Certaines études appuient l'utilisation des ISRS pour traiter l'agression associée aux troubles de la personnalité^{160,161}. Une étude a montré que la fluoxétine était bénéfique pour un sous-ensemble de patients déprimés présentant des niveaux plus élevés d'hostilité, d'irritabilité et de paroxysmes de la colère¹⁶². D'autres recherches appuient l'utilisation des ISRS pour traiter les agressions liées aux TC¹³⁹. Felthous propose que la fluoxétine soit considérée en premier lieu dans les sujets atteints d'un TEI, et comme traitement de deuxième intention chez ceux qui ont des crises agressives dans le contexte d'un trouble de la personnalité limite¹³⁸. Certains patients peuvent manifester une agression paradoxale peu de temps après le début de la prise d'ISRS, mais cela est rarement observé dans la pratique¹⁶³.

Plusieurs autres médicaments ont été étudiés pour traiter l'agression dans d'autres milieux. Un certain nombre d'études ont démontré l'efficacité de bêtabloquants, comme le propranolol, le nadolol et le pindolol, chez les patients atteints de troubles psychotiques^{164,165}, les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle¹⁶⁶ et les personnes atteintes de démence grave¹⁶⁷. En pratique, ces médicaments produisent très peu d'effets secondaires et peuvent être utiles même à des doses relativement faibles. Il existe des preuves de l'efficacité de la buspirone comme médicament anti-agressif pour un éventail de troubles^{144,168}. La trazodone peut réduire l'agressivité liée à la maladie d'Alzheimer¹⁶⁹.

L'agression liée au TDAH chez l'adulte peut se manifester en milieu correctionnel (voir aussi la section 5.8 Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité). L'utilisation de stimulants pour lutter contre l'agression dans les prisons

et les pénitenciers est controversée et, comme nous l'avons mentionné à la section 5.8, les problèmes de conduite à eux seuls ne justifient pas la prescription de psychostimulants. Les psychostimulants réduisent les comportements agressifs chez les enfants atteints de TDAH, mais ne sont pas efficaces chez les personnes ayant un trouble du comportement¹³⁸. Compte tenu de cette considération et du risque d'abus, Felthous indique que l'utilisation de psychostimulants est « fortement déconseillée dans les prisons et les pénitenciers »¹⁷⁰.

En pratique, les détenus à qui on a prescrit des benzodiazépines pour traiter l'agression, qui peuvent avoir été prescrits initialement ou renouvelés par des omnipraticiens dans la collectivité, résistent souvent au changement de traitement (voir aussi la section 4.1 Continuité des soins). Les détenus peuvent exiger des benzodiazépines même si l'évidence scientifique indique qu'elles peuvent paradoxalement exacerber l'agression^{142,143,145}. Felthous conclut que les benzodiazépines devraient être évitées chez les personnes présentant un problème d'agressivité¹³⁸.

5.7 Troubles de la personnalité

Il est important d'adopter une approche interdisciplinaire uniforme pour traiter les patients ayant des troubles de la personnalité dans les systèmes correctionnels. Les principales caractéristiques des troubles de la personnalité entraînent souvent des difficultés dans les relations de collaboration entre les détenus et les fournisseurs de soins de santé et les autres membres du personnel. Comme dans les centres de traitement dans la communauté, le traitement des patients incarcérés ayant des troubles de la personnalité est remis en question en raison du manque de données disponibles pour définir le type de traitement et de la complexité des présentations des patients. Les milieux carcéraux, où les traits de caractère mésadaptés sont peut-être moins tolérés que dans d'autres milieux, peuvent en compliquer davantage la gestion. La présence de troubles psychiatriques concomitants, y compris les troubles de l'humeur, les troubles d'anxiété, les troubles liés aux traumatismes et au stress ainsi que les troubles psychotiques et les troubles liés à la consommation de substances, est courante chez les personnes incarcérées ayant des troubles de la personnalité¹⁷¹. Cette section mettra l'accent sur la prescription rationnelle des médicaments pour les troubles de la personnalité de manière à minimiser le risque de préjudice dans les établissements correctionnels tout en atténuant les souffrances des patients incarcérés.

Parmi ces affections, le trouble de la personnalité limite (TPL), le trouble de la personnalité antisociale (TPA), le trouble de la personnalité narcissique et le trouble de la personnalité paranoïaque sont ceux dont la prévalence est la plus élevée en milieu correctionnel⁵. Au lieu de se concentrer sur le diagnostic, les publications portent sur le regroupement de symptômes. Une approche pharmacologique pour le traitement des patients atteints de troubles de la personnalité repose sur l'évidence scientifique que certaines dimensions

de la personnalité sont médiées par des variations dans la physiologie des neurotransmetteurs et sont sensibles aux effets pharmacologiques¹⁷². Obtenir les antécédents précis de la constellation de symptômes d'un patient incarcéré liés à la pathologie de la personnalité et aux troubles psychiatriques comorbides est une première étape cruciale de la gestion pharmacologique.

Un ouvrage publié par la World Federation of Societies of Biological Psychiatry¹⁷³ ainsi que les revues de Cochrane^{174,175} indiquent que les agents pharmacologiques peuvent être utiles pour le traitement des troubles de la personnalité. La pharmacothérapie pour traiter les troubles de la personnalité, bien qu'elle ne soit pas rare sur le plan clinique, n'est pas appuyée par de solides recherches sur le TPL^{49,176} et le TPA¹⁷⁷ qui soulignent qu'aucun médicament n'est autorisé au Royaume-Uni pour le traitement d'un trouble de la personnalité. De même, aucun agent pharmacologique n'est approuvé par Santé Canada pour le traitement de tout trouble de la personnalité au Canada (ou par la FDA aux États-Unis). Selon les lignes directrices du NICE, aucune preuve concordante, y compris dans les études non contrôlées, n'appuie l'utilisation de médicaments pour traiter les troubles de la personnalité antisociale ou pour traiter le comportement et les symptômes sous-jacents aux critères diagnostiques spécifiques du trouble de la personnalité antisociale¹⁷⁷. Toutefois, il existe de nombreuses données probantes indiquant que les médicaments peuvent être utiles pour les problèmes de colère¹⁴²⁻¹⁴⁵. Les lignes directrices du NICE stipulent que le traitement médicamenteux ne devrait pas être utilisé spécifiquement pour le TPL ni pour les symptômes ou comportements individuels qui y sont associés (p. ex. automutilation répétée, instabilité émotionnelle marquée, comportement de prise de risque et symptômes psychotiques transitoires). En fait, ces lignes directrices soulignent que la polypharmacie est un problème courant chez les patients TPL, souvent causée par des changements lors de crises et recommandent d'examiner le traitement des personnes qui n'ont pas reçu de diagnostic de maladie mentale ou physique concomitante, dans le but de réduire et de cesser les traitements médicamenteux inutiles⁴⁹. Notamment, il a été constaté que l'olanzapine, en particulier, était peu utile pour les patients TPL.

Certaines exceptions sont mentionnées dans les lignes directrices du NICE. Les comorbidités, par exemple, peuvent être traitées conformément aux directives particulières qui s'appliquent à elles. Par exemple, le TPA peut être associé à des problèmes d'anxiété chronique ou de colère, qui peuvent être traités en conséquence. Dans un essai contrôlé randomisé de 1997, il a été démontré que la phénytoïne avait un effet modeste, mais non significatif comparativement au placebo sur l'agressivité chez les patients incarcérés atteints de TPA. Les lignes directrices du NICE mentionnent les ISRS, qui augmentent le comportement coopératif chez les personnes normales, comme une intervention possible auprès des patients

atteints du TPA dans les pénitenciers¹⁷⁷. Selon les lignes directrices du NICE, les interventions pharmacologiques pour le détenu TPL devraient être réservées aux crises; les « sédatifs » sont le traitement privilégié; les doses devraient se situer dans la marge thérapeutique normale et les troubles concomitants devraient être ciblés, plutôt que le trouble TPL en particulier ou les symptômes qui y sont uniquement attribuables⁴⁹. Dans la pratique, le traitement de l'anxiété, de la dépression ou de l'impulsivité concomitantes est souvent effectué.

Il est difficile d'extrapoler à partir des données limitées et des opinions divergentes décrites ci-dessus pour le traitement des patients incarcérés atteints de troubles de la personnalité et d'affections comorbides en raison de la complexité des milieux correctionnels et des pressions cliniques qui ne sont pas nécessairement présentes dans les milieux communautaires. Il existe peu de données sur les interventions pharmacologiques chez les patients incarcérés ayant des troubles de la personnalité. Cependant, une forte opposition à l'administration de médicaments aux patients atteints de troubles de la personnalité pourrait être contre-productive dans les milieux correctionnels. Comme dans toute décision clinique, les fournisseurs de soins psychiatriques devraient évaluer les risques et les avantages du traitement médicamenteux et appliquer la même analyse à l'option de ne pas prescrire de médicament. Lorsque des essais de médicaments sont effectués, le processus de consentement éclairé doit inclure la divulgation de la nature des traitements hors indication proposés, le cas échéant. Le traitement doit viser des critères cliniques clairement définis, être évalué régulièrement et être cessé s'il n'est pas efficace. La polypharmacie devrait être évitée si possible³¹. La recherche sur la pharmacothérapie des troubles de la personnalité en milieu correctionnel est primordiale et encouragée.

5.8 Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Les estimations de la prévalence du TDAH chez les détenus se situent généralement entre 9 % et 50 %, mais toutes les études présentent des lacunes méthodologiques qui limitent leur fiabilité¹⁷⁸. Bien que la prévalence réelle chez les détenus demeure imprécise, ce trouble peut causer des dysfonctions importantes chez certains d'entre eux. Le TDAH peut nuire à la capacité d'un détenu de participer à des programmes, à des services éducatifs et à des activités professionnelles. Il peut également contribuer à des comportements perturbateurs qui compromettent les opérations et la sécurité. Un traitement efficace pourrait entraîner des améliorations fonctionnelles qui seraient avantageuses tant pour le détenu que l'établissement.

Le traitement des détenus atteints de TDAH peut toutefois avoir des conséquences négatives. Les médicaments stimulants, qui sont la pierre angulaire du traitement du TDAH, présentent un potentiel élevé de mauvais usage. Certains détenus feignent des symptômes pour avoir accès à ces médicaments, et l'évaluation de ces personnes accapare le temps du trop peu d'intervenants disponibles

en psychiatrie. La manipulation et l'administration de substances contrôlées exigent du temps supplémentaire de la part du personnel infirmier. Les médicaments pourraient faire l'objet de détournement, que ce soit volontairement pour faire des profits ou involontairement, lorsque les patients sont contraints par d'autres détenus de remettre leurs médicaments (voir également la section 4.9 Mauvais usage et détournement des médicaments psychotropes). Bien que les lignes directrices du NICE sur le traitement du TDAH chez les adultes suggèrent d'utiliser des stimulants en premier lieu, elles suggèrent aussi l'atomoxétine, qui est une molécule non stimulante, comme traitement médicamenteux de première intention dans les milieux carcéraux et dans tout autre scénario de mauvais usage ou de détournement^{179,180}.

Néanmoins, les avantages et les risques associés à l'utilisation de stimulants pour traiter les détenus atteints de TDAH ont des similitudes avec leur utilisation en milieu communautaire. L'interdiction généralisée de l'accès à des traitements efficaces dans les établissements correctionnels ou à l'extérieur de ceux-ci est controversée. Les psychiatres correctionnels doivent relever le défi d'assurer l'accès aux patients qui ont besoin d'un traitement tout en minimisant les risques potentiels. Dans une décision récente, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (dossier n° 110550) a souligné que le seuil de prescription de stimulants dans les centres de détention est très élevé en raison du mauvais usage et de l'abus fréquent de ces médicaments. Ils ont noté que le patient ne participait à aucune activité significative qui nécessiterait de la concentration. Ils ont également fait remarquer qu'on ne devrait pas prescrire de stimulants aux patients ayant une dépendance aux médicaments, sauf dans des circonstances exceptionnelles. Cette décision semble être conforme aux lignes directrices proposées dans le présent document.

La façon d'identifier et de traiter les détenus atteints de TDAH est une source de controverse. Un modèle conçu pour être utilisé dans le système carcéral du Massachusetts¹⁸¹, et décrit dans la troisième édition de *Psychiatric Services in Correctional Facilities*¹², tente de réduire les risques associés à la prescription de substances contrôlées de manière à fournir un traitement approprié aux détenus. Les caractéristiques principales de ce modèle sont les suivantes :

- Évaluer et traiter uniquement les détenus qui ont des déficiences fonctionnelles actuelles et persistantes qui les empêchent de participer activement aux programmes, aux activités éducatives et aux affectations de travail.
- Dans la mesure du possible, effectuer une évaluation diagnostique exhaustive comprenant un examen clinique, les antécédents des symptômes, des examens des dossiers, des observations par des tiers, des échelles d'évaluation des symptômes et, si possible, des échelles de détection de la simulation.

- Traiter avec des médicaments non stimulants et des interventions non pharmacologiques chaque fois que cela est faisable et efficace.
- Ne pas entreprendre ou continuer l'utilisation de médicaments stimulants pour les détenus qui ne participent pas de façon significative aux thérapies éducatives et non pharmacologiques recommandées.
- Lorsque des stimulants sont nécessaires, administrer le traitement sous observation directe avec un liquide ou dilué pour réduire le risque de détournement.
- Réduire la fréquence nécessaire de l'administration des médicaments en synchronisant l'utilisation de stimulants à action plus courte avec les activités importantes.
- Arrêter les stimulants pour les détenus qui utilisent leurs médicaments à mauvais escient ou qui les détournent.

Ce modèle exclut le traitement avec des stimulants pour les détenus qui ont des déficiences uniquement dans leurs loisirs ou leurs activités récréatives. Elle permet également d'éviter l'utilisation de stimulants pour les détenus en se basant uniquement sur des comportements perturbateurs afin de décourager l'inconduite intentionnellement pour avoir accès à des médicaments. En plus de limiter le traitement aux détenus ayant des déficiences fonctionnelles significatives, ces critères permettent d'éviter les évaluations diagnostiques inutiles et de réduire ainsi les demandes adressées au personnel psychiatrique et infirmier. Ce modèle reconnaît également que le manque de temps et de ressources peut limiter la capacité de certains programmes correctionnels de santé mentale de recueillir des données historiques et de l'information de tiers, effectuer des tests et effectuer d'autres évaluations approfondies du patient.

Dans un système correctionnel de santé mentale doté de ressources adéquates, Appelbaum a rapporté que la prévalence de traitement avec des stimulants se situait à environ 1 % sur une période de deux ans. Ce modèle tente d'atteindre un équilibre selon lequel les personnes qui peuvent en tirer des avantages importants reçoivent un traitement tout en limitant les problèmes qui peuvent survenir avec la disponibilité de stimulants dans les établissements correctionnels. Lorsque les psychiatres en milieu correctionnel présents à l'assemblée annuelle de l'American Academy of Psychiatry and the Law en 2016 ont été interrogés au sujet de l'approche à privilégier pour la prescription de stimulants dans les prisons et les pénitenciers, la majorité (64 %) a appuyé une approche équilibrée comme celle décrite ci-dessus et dans la littérature. Beaucoup moins de participants étaient en faveur d'une interdiction généralisée (29 %) ou d'une utilisation de première intention (2 %) des stimulants¹⁸². Un protocole récent a été conçu pour être utilisé dans un centre de détention canadien à fort volume et a été mis en œuvre avec succès, avec la collaboration de l'équipe de santé mentale et de tous les psychiatres concernés¹⁸³. Ce protocole respecte en grande partie les lignes directrices mentionnées précédemment.

5.9 *Insomnie et troubles d'alternance veille-sommeil*

L'insomnie ou une insatisfaction à l'égard du sommeil pendant au moins trois nuits par semaine sur une période d'au moins trois mois est le trouble d'éveil-sommeil le plus fréquent chez les populations incarcérées¹².

L'insomnie peut être un problème secondaire à un problème médical ou psychiatrique, un effet secondaire médicamenteux ou être due à la consommation ou au sevrage de substances, mais peut aussi être un trouble indépendant.

Au moins 40 % des personnes incarcérées¹⁸⁴ se plaignent d'un sommeil insuffisamment réparateur; le taux étant probablement plus élevé dans les populations carcérales en raison du changement soudain par rapport à la vie dans la collectivité. Les taux de prévalence des troubles d'insomnie en milieu correctionnel varient considérablement (11 à 81 %) en raison de l'incohérence des définitions et des méthodes de recherche¹⁸⁵. Quoi qu'il en soit, l'insomnie peut provoquer un impact important sur la qualité de vie et constitue un facteur de risque sur les troubles de l'humeur, de maladie cardiovasculaire, de suicide et de mortalité globale^{131,185}. L'insomnie et les troubles du sommeil non traités ont été associés à l'agression, du moins chez les adolescents et les jeunes adultes incarcérés⁶⁹.

Comme dans la collectivité, il faut prendre soin de rechercher les causes sous-jacentes de l'insomnie. Il faut faire une distinction entre les problèmes de sommeil aigus ou situationnels et l'insomnie chronique. Il faut mettre l'accent sur les stratégies non médicamenteuses pour traiter l'insomnie chronique, et veiller à faire la psychoéducation du patient, y compris faire les mises en garde selon lesquelles les médicaments n'ont qu'un effet limité et pour des durées limitées pour les troubles d'insomnie chronique (voir l'annexe A pour connaître les stratégies d'hygiène du sommeil).

Comme dans la collectivité, avant d'amorcer un traitement, les psychiatres dans les prisons et les pénitenciers peuvent trouver utile d'établir un calendrier des troubles du sommeil et des liens avec les troubles psychiatriques ou médicaux concomitants et les facteurs de stress externes. Bien qu'il puisse être difficile de déterminer avec certitude si l'insomnie est un facteur causal ou une complication de troubles médicaux ou psychiatriques comorbides, recueillir des antécédents détaillés peut aider à établir un traitement particulier.

Les conditions de détention — l'isolement, le manque d'activité physique, les craintes légitimes au sujet de la sécurité personnelle, le manque de contrôle de la lumière et de la température, le temps d'inactivité durant la journée qui favorise la sieste, la piètre qualité des matelas, les préoccupations considérables de l'établissement au sujet du détournement des médicaments font en sorte que l'environnement de détention entraîne des considérations particulières pour la gestion de l'insomnie. L'attente de pouvoir obtenir huit heures de sommeil reposant et ininterrompu peut ne pas être réaliste. Chaque patient ayant des problèmes

de sommeil peut être éduqué sur ces facteurs dans le cadre du processus de collaboration visant à établir des objectifs raisonnables de traitement. Si les habitudes de sommeil du patient se situent dans les limites normales, ne pas traiter peut être approprié (p. ex. si le patient souhaite dormir plus que ce qui est nécessaire pour un adulte en santé).

Les options de traitement doivent être réalistes pour le milieu carcéral et offrir les meilleures chances de résolution des symptômes. L'hygiène de base du sommeil (voir l'annexe A) et les approches de TCC comportent le moins de risques et ont les plus grandes chances de succès pour la résolution à long terme des symptômes⁷⁴ et devraient être considérées comme un traitement de première intention, seul ou en combinaison avec un médicament⁵⁴. Conformément à cette recommandation, l'American College of Physicians, dans ses lignes directrices de 2016 sur le traitement de l'insomnie chronique chez les adultes, a fortement recommandé la TCC comme traitement de première intention, que des médicaments soient ou non prescrits pour ce problème¹⁸⁶. Toutefois, il se peut que les milieux correctionnels, particulièrement les prisons dans lesquelles les séjours sont plus courts et moins prévisibles, ne soient pas en mesure d'offrir la TCC.

Les études sur les pratiques de prescription pour l'insomnie dans les prisons et les pénitenciers sont rares, et il n'y a aucune recommandation fondée sur des données probantes pour la pharmacothérapie dans ces milieux. Les médicaments approuvés par Santé Canada pour traiter l'insomnie comprennent les benzodiazépines et les hypnotiques non benzodiazépines (p. ex. zolpidem, zopiclone, mélatonine, L-tryptophane, hydrate de chloral)¹³¹. Selon l'American Academy of Sleep Medicine (AASM), un agoniste benzodiazépinique à action courte ou intermédiaire ou un agoniste des récepteurs de la mélatonine devraient être le premier et le deuxième choix, respectivement¹⁸⁷. Toutefois, l'utilisation de benzodiazépines présente des problèmes en milieu correctionnel. Si ni l'un ni l'autre de ces médicaments est efficace, le L-tryptophane ou un antidépresseur sédatif à faible dose peut être considéré. Les antihistaminiques doivent être évités en raison du risque d'effets indésirables (p. ex. effets secondaires anticholinergiques, agitation paradoxale et autres effets secondaires néfastes)¹⁸⁸.

En dépit des recommandations de l'AASM, les milieux correctionnels limitent ou découragent activement la prescription de benzodiazépines pour des conditions autres que le sevrage de l'alcool et des benzodiazépines en raison du potentiel de mauvais usage et de détournement (voir aussi la section 4.9 Mauvais usage et détournement des médicaments psychotropes). Bon nombre d'entre eux limitent également l'utilisation de certains hypnotiques non benzodiazépines (p. ex. zolpidem, zopiclone).

Pour des raisons de sécurité et de restrictions à la liste des médicaments, les pratiques de prescription des troubles du sommeil dans les prisons et les pénitenciers n'ont pas évolué de façon cohérente. Les

ATC sédatifs, les antipsychotiques atypiques (p. ex. la quétiapine, l'olanzapine) et les antihistaminiques (p. ex. la diphénhydramine) sont fréquemment utilisés malgré le risque d'effets indésirables et les preuves limitées d'efficacité^{107,189}. Une exception peut être la mirtazapine, bien qu'elle ne soit pas indiquée pour l'insomnie et qu'elle comporte un risque de gain de poids important¹⁰⁷. Des études ont appuyé l'utilisation de la trazodone¹⁹⁰ et de la doxépine à faible dose pour améliorer la durée totale du sommeil, l'efficacité du sommeil et la qualité du sommeil, sans preuve de dépendance ou d'aggravation de l'insomnie après la discontinuation¹⁰⁰.

Il est approprié de choisir un médicament qui correspond le mieux au profil des symptômes du patient et qui tient compte des troubles concomitants. L'utilisation hors indication d'un médicament pour l'insomnie doit être divulguée dans le processus de consentement éclairé (voir aussi la section 4.6 Consentement éclairé). Dans de tels scénarios, il est prudent d'utiliser la plus faible dose efficace et la plus courte durée de traitement nécessaire. Le psychiatre devrait documenter clairement les raisons du choix du médicament, la durée prévue et les objectifs de traitement qui permettront d'établir s'il convient de modifier ou de cesser la pharmacothérapie.

Les patients peuvent présenter des troubles de l'humeur le jour, de l'irritabilité et des troubles du sommeil, ainsi que des plaintes de ronflement (souvent formulées par des compagnons de cellule). Une enquête menée auprès de 438 femmes dans un pénitencier à sécurité maximale a révélé que 10 % d'entre elles couraient un risque plus élevé de souffrir d'apnée du sommeil¹⁰². À notre connaissance, l'utilisation d'un appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (VSPPC) dans les prisons ou les pénitenciers n'a pas fait l'objet d'études formelles. Lors de l'assemblée annuelle de 2016 de l'American Academy of Psychiatry and the Law, dans le cadre d'un sondage mené auprès de psychiatres en milieu correctionnel, plus de 92 % des personnes au courant de la politique de l'établissement sur les appareils VSPPC ont indiqué que ceux-ci étaient disponibles pour les détenus et 77 % ont déclaré que cet équipement était fourni par l'établissement ou le fournisseur de soins de santé¹⁸². Nous recommandons que dans les cas soupçonnés d'apnée du sommeil, le psychiatre collabore avec le fournisseur autorisé approprié de l'établissement pour gérer cette pathologie (voir aussi la section 4.3 Coordination avec d'autres professionnels).

Les autres troubles du sommeil et d'éveil figurant dans le DSM-5 n'ont pas été décrits comme étant liés aux milieux correctionnels. Dans la mesure du possible, la gestion psychopharmacologique de ces troubles devrait refléter les normes de traitement dans la communauté.

5.10 Troubles liés à une substance

Les troubles liés à la consommation de substances sont peut-être les troubles mentaux les plus répandus chez les personnes

incarcérées alors que plus de la moitié des prisonniers de l'État répondent aux critères d'un ou de plusieurs troubles liés à la consommation de substances¹⁹¹. Des taux encore plus élevés ont été observés chez les détenus dans les prisons¹⁸⁸, chez les femmes incarcérées¹⁹² et chez les personnes incarcérées ayant des problèmes de santé mentale concomitants¹⁹³. La consommation de drogues et d'alcool est fortement liée à la perpétration de crimes dans la collectivité¹⁹⁴⁻¹⁹⁶ et, bien que cela soit certainement plus difficile, la consommation peut se poursuivre durant l'incarcération¹⁰⁸. De plus, la consommation de substances recommence souvent dans la collectivité et est associée à un risque important de rechute¹²³ et de mortalité¹⁹⁷. Une étude récente des rapports du coroner sur les décès par surdose de médicaments en Ontario a révélé que plus de 10 % des personnes décédées avaient été libérées d'établissements carcéraux provinciaux depuis moins d'un an et que pour 20 % d'entre elles, la remise en liberté remontait à la semaine précédant leur décès¹²⁵.

La désintoxication est un sevrage médicalement supervisé; elle ne traite pas le trouble sous-jacent. Les interventions psychosociales validées pour le traitement des troubles de consommation liés à une substance en milieu correctionnel, comme la thérapie cognitivo-comportementale, la formation en prévention des rechutes et les communautés thérapeutiques sont des interventions appropriées à inclure dans le plan de traitement du patient^{11,198}. Bien que les médicaments ne constituent pas le pilier du traitement des troubles liés à la consommation de substances, le traitement pharmacologique pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes est un traitement fondé sur des données probantes.

La méthadone est un agoniste opioïde à action prolongée contrôlé dont l'utilisation est appuyée dans les publications portant sur le traitement de maintien des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes¹⁹⁹. Des essais randomisés contrôlés du traitement de maintien à la méthadone (TMM) auprès des détenus *libérés* ont démontré une participation accrue au traitement, une réduction de la consommation d'héroïne²⁰¹ et une réduction du partage des aiguilles²⁰¹.

La buprénorphine est une autre option de traitement médicamenteux qui présente des avantages pour les patients en détention qui prévoient retourner dans la collectivité. Bien qu'il s'agisse encore d'une substance contrôlée, la buprénorphine est un agoniste opioïde partiel pour laquelle les effets euphoriques et la dépression respiratoire sont limités. Les études ont démontré que la buprénorphine avait une efficacité similaire à la méthadone pour réduire la consommation de drogues illicites et l'activité criminelle et améliorer l'observance au traitement¹⁹¹. Contrairement à la méthadone, elle peut être administrée à la clinique d'un médecin, est plus acceptable pour les anciens détenus et peut être plus rapidement titrée à une dose efficace¹⁹¹. Dans une revue de Cochrane, il est mentionné que la méthadone était supérieure à la buprénorphine pour ce qui est de garder les patients en traitement²⁰².

Dans une étude longitudinale d'une cohorte réalisée en Nouvelle-Galles du Sud sur les thérapies agonistes (méthadone ou buprénorphine) chez les détenus en transition vers la collectivité, le risque de réincarcération a été réduit de 20 %²⁰³. Une étude réalisée par le même groupe a démontré une réduction de 74 % de toutes les causes de décès chez les détenus dépendants des opioïdes qui ont commencé à suivre un traitement agoniste durant leur incarcération²⁰⁴. Un essai randomisé non à double insu chez des détenus purgeant une peine de moins de six mois au Rhode Island a montré que le maintien de la TMM durant l'incarcération augmentait les chances de poursuivre leur traitement après la libération²⁰⁵.

Dans un énoncé de politique publié en 2013, la National Association of State Alcohol & Drug Abuse Directors semble avoir renversé une recommandation contre l'utilisation de la TMM chez les personnes incarcérées ayant un trouble de consommation de substances²⁶. Le National Institute on Drug Abuse (NIDA), qui cite une étude favorable montrant que les détenus qui avaient commencé à prendre de la méthadone avant leur mise en liberté avaient obtenu de meilleurs résultats dans la collectivité, recommande cette stratégie pour les détenus atteints de troubles liés à la consommation d'opioïdes¹⁷⁴. L'utilisation de méthadone et de la buprénorphine est généralement acceptée dans de nombreux établissements correctionnels canadiens. Ces molécules sont généralement prescrites par les omnipraticiens en milieu correctionnel. Les psychiatres doivent être au courant de ces ordonnances et en tenir compte lorsqu'ils prescrivent d'autres médicaments psychotropes.

De façon générale, au Canada, d'autres traitements psychopharmacologiques pour les toxicomanies sont rarement utilisés¹⁹⁴. Les récentes lignes directrices du NICE suggèrent la gamme de traitements fondés sur des données probantes qui méritent d'être examinés, et nous invitons le lecteur à les consulter.

5.11 Délinquants sexuels et troubles paraphiliques

Bien qu'ils constituent une faible minorité des crimes commis, les crimes sexuels sont très redoutés et stigmatisés par la société. Bien que le public les considère comme étant impossibles à arrêter, il a été démontré que seulement 5,3 % des délinquants sexuels ont commis un autre crime sexuel dans les trois ans suivant leur mise en liberté¹²⁸. Bien qu'un crime sexuel puisse ou non se produire dans le contexte d'une maladie mentale préexistante¹²⁸, la présence de maladies mentales est souvent observée dans cette population. Une enquête menée auprès de 113 délinquants sexuels de sexe masculin gardés en prison, dans des pénitenciers ou dans des placements en liberté conditionnelle a permis de constater des taux élevés de troubles liés la consommation de substances (74 %), de troubles de l'humeur (35 %), de troubles de contrôle de l'impulsivité (23 %), de troubles anxieux (9 %) et de troubles de la personnalité antisociale (56 %)²⁰⁶. Les délinquants sexuels sont considérés comme étant au bas de la

hiérarchie sociale dans les milieux carcéraux et sont souvent victimes de harcèlement, d'exploitation et d'agressions par leurs pairs¹³³. Ces personnes sont donc exposées à des expériences qui peuvent accroître le risque de développer un nouveau trouble de l'humeur, un traumatisme ou un trouble lié au stress durant leur incarcération. Les délinquants sexuels peuvent présenter un trouble paraphilique pouvant être diagnostiqué. D'après les entretiens cliniques menés auprès d'un groupe de délinquants sexuels de sexe masculin aiguillés vers un établissement de traitement résidentiel à partir d'une prison, d'un pénitencier ou d'un établissement de probation, un trouble paraphilique recensé dans le DSM-IV a été identifié dans 58 % des cas²⁰⁶. Bien que la gestion d'autres troubles mentaux soit abordée ailleurs, cette section vise à traiter spécifiquement les troubles paraphiliques en milieu correctionnel.

L'APA a publié en 1999 un rapport d'un groupe de travail qui faisait état des pratiques exemplaires en matière de traitement des troubles paraphiliques²⁰⁷. Les publications de l'époque préconisaient l'utilisation de médicaments de réduction de la libido tels les antiandrogènes (p. ex. acétate de cyprotérone [AC] et acétate de médroxyprogestérone [MPA]) comme interventions efficaces pour réduire la récidive chez les délinquants sexuels, bien que le groupe de travail mentionne que ces médicaments sont moins efficaces lorsqu'ils sont administrés involontairement comme seule forme de traitement. Donc, il a été recommandé de les combiner à des approches psychothérapeutiques²⁰⁷. Plus récemment, la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) a publié une ligne directrice sur le traitement des troubles paraphiliques en 2010²⁰⁸. La WFSBP recommande une approche par étape qui commence par offrir une psychothérapie seule, puis un ISRS (à des doses plus élevées semblables à celles qui conviennent pour le trouble obsessionnel-compulsif), puis des médicaments antiandrogènes (p. ex. MPA ou CPA), puis des agonistes des récepteurs de l'hormone libérant de la gonadotropine à action prolongée (p. ex. la triptoréline ou le leuprolide) en terminant par diverses combinaisons des stratégies mentionnées²⁰⁸. La WFSBP recommande de ne pas administrer de traitement antiandrogène aux délinquants qui ne donnent pas librement un consentement éclairé²⁰⁸.

L'utilisation de médicaments pour réduire la testostérone chez les personnes incarcérées peut soulever des préoccupations d'ordre éthique. Toutefois, ces traitements peuvent soulager la souffrance et réduire le risque de récidive. Dans de nombreux établissements correctionnels, il peut y avoir un manque d'accès ou de connaissance du traitement fondé sur des données probantes des troubles paraphiliques en conjonction avec des médicaments qui réduisent la libido. Souvent, les psychiatres qui travaillent en milieu correctionnel peuvent avoir besoin d'éduquer les patients et les autres membres du personnel sur les indications et les risques par rapport aux avantages de tels médicaments. Lorsque c'est cliniquement approprié, ces médicaments

devraient être offerts dans le cadre du traitement aux patients des établissements correctionnels qui sont en mesure de donner un consentement éclairé. Chaque cas devrait être évalué sur une base individuelle. Dans certains cas, il peut être inapproprié d'administrer des médicaments pour réduire la libido, par exemple, chez un pédophile actuellement incarcéré. Dans d'autres cas, notamment en présence d'hypersexualité ou d'exhibitionnisme, il faut envisager la possibilité d'avoir recours aux médicaments de réduction de la libido dans le système correctionnel.

6. CONCLUSIONS ET ORIENTATIONS FUTURES

Cette ressource sur la pratique présente les considérations essentielles pour la prescription dans les établissements correctionnels. Elle reconnaît que les preuves scientifiques disponibles portant spécifiquement sur la gestion pharmacologique de la maladie mentale chez les personnes incarcérées sont généralement limitées en termes de quantité et de qualité. Les personnes atteintes d'une maladie mentale grave sont surreprésentées dans les établissements correctionnels, et leur maladie est souvent compliquée par des comorbidités, y compris la consommation de substances et les troubles de la personnalité, dans une plus grande proportion que dans d'autres milieux, ce qui souligne la nécessité de mener d'autres études limitées à cette population.

Il n'existe pas de lignes directrices établies sur la prescription de médicaments psychiatriques dans les établissements correctionnels. Les lignes directrices communautaires ou les ressources usuelles peuvent être utiles pour les psychiatres dans ces milieux, mais il n'y a pas suffisamment d'études visant à valider les pratiques communautaires dans les prisons et les pénitenciers. Même lorsqu'elles sont à jour, les lignes directrices générales peuvent être difficiles à mettre en œuvre dans leur intégralité dans un milieu correctionnel. Le traitement des patients dans un contexte correctionnel est différent du traitement offert dans la collectivité. La section sur les questions de prescription générale dans les établissements correctionnels passe en revue ces considérations et souligne que même si le traitement est fondé sur une évaluation clinique solide, les plans de soins doivent intégrer des questions opérationnelles spécifiques aux établissements correctionnels qui ne sont pas prises en compte dans les lignes directrices générales.

Les préoccupations éthiques relatives à la vulnérabilité des personnes incarcérées en tant que sujets de recherche ont limité considérablement les travaux dans ce domaine, bien que l'intérêt pour la relance de la recherche auprès de cette population ait augmenté²⁰⁹. Nous recommandons de mobiliser les comités de recherche des établissements pour encourager la recherche de grande qualité sur l'évaluation, la gestion pharmacologique et la surveillance des maladies mentales graves dans les prisons et les pénitenciers. La validation de lignes directrices ou de pratiques (nouvelles ou existantes) pour le traitement des maladies psychiatriques chez les personnes incarcérées serait particulièrement utile.

ANNEXE A

Conseils sur l'hygiène du sommeil

Ne vous inquiétez pas si vous passez occasionnellement une nuit sans dormir. Même si vous ne dormez seulement quelques heures, vous pourrez fonctionner le lendemain. Vous dormirez probablement mieux la nuit suivante.

Respectez un horaire régulier de sommeil et d'éveil. Allez au lit à la même heure et réveillez-vous à la même heure, peu importe la quantité de sommeil que vous avez eue la veille. Cela peut vous aider à planifier votre horaire de sommeil et de réveil en fonction d'un événement régulier comme les dénombrements, la cantine ou les séances de distribution de médicaments.

Ne faites pas de sieste durant la journée. Si vous faites la sieste pendant la journée, vous réinitialisez votre « horloge » de sommeil et votre corps pourrait ne pas être prêt à dormir lorsqu'il est censé l'être.

L'exercice et les autres activités de la journée prépareront votre corps à dormir la nuit. L'exercice pendant les trois heures précédant le sommeil peut toutefois vous tenir éveillé.

Mangez sainement. Ne buvez pas de boissons caféinées (comme du café, du thé ou des sodas foncés) après midi. Certains aliments comme le chocolat peuvent aussi contribuer aux troubles du sommeil. Évitez les repas lourds avant le coucher. Si vous avez faim, une légère collation peut vous aider à vous endormir.

Ne buvez pas beaucoup de liquides avant de vous endormir. Vous devrez alors peut-être vous réveiller pour uriner et ne pourrez peut-être plus vous rendormir.

Planifiez un rituel de sommeil relaxant que vous pratiquerez 30 minutes avant de vous coucher (comme la lecture). Ne parlez pas de questions émotionnelles immédiatement avant d'aller au lit.

Dans la mesure du possible, éteignez les lumières la nuit et gardez votre cellule fraîche et silencieuse. Si l'éclairage de votre cellule vous dérange, songez à couvrir vos yeux d'un tissu propre (comme une chaussette ou une débarbouillette). Si votre cellule est trop chaude, utilisez un ventilateur. Pendant la journée, exposez-vous le plus possible à la lumière. Si vous avez un compagnon de cellule, convenez des heures de silence pendant lesquelles la radio ou la télévision seront éteintes ou utilisées avec des écouteurs.

Ne vous couchez pas à moins que vous prévoyiez dormir. Utilisez le lit uniquement pour dormir, sauf si d'autres activités (comme la lecture) font partie de votre rituel du sommeil. N'essayez pas de vous endormir à tout prix, si : après 30 minutes au lit, vous êtes incapable de dormir, levez-vous et faites une activité relaxante. Ne retournez pas au lit avant de vous sentir somnolent.

Sachez que certains médicaments (comme les opiacés, les stéroïdes, certains antidépresseurs, l'interféron) et des problèmes médicaux (comme la douleur chronique, l'asthme, l'ulcère gastro-duodéal) peuvent également nuire au sommeil. Demandez au fournisseur qui vous prescrit des médicaments pour vos problèmes médicaux ou de santé mentale si ces problèmes ou les médicaments que vous prenez peuvent jouer un rôle dans votre difficulté à dormir.

Si ce qui précède ne fonctionne pas, essayez la restriction du sommeil. Additionnez le nombre total d'heures de sommeil par jour, puis restez au lit seulement pendant ce nombre d'heures chaque nuit. Une autre approche est celle de l'intention paradoxale, qui consiste à faire l'extrême opposé de ce que l'on veut ou craint. Par exemple, au lieu de faire des activités menant au sommeil, préparez-vous à rester éveillé et faites quelque chose d'énergique. Ou, si l'inquiétude est un facteur d'insomnie, forcez-vous à vous inquiéter excessivement.

Le soutien émotionnel et l'expression de vos sentiments peuvent réduire le stress et vous aider à dormir.

ANNEXE B

Conseils sur l'autogestion de la dépression

La dépression touche beaucoup de personnes incarcérées. Vous aider à vous sentir mieux est un objectif important de votre équipe de traitement. VOUS faites partie de cette équipe et il y a beaucoup de choses que vous pouvez faire entre vos rendez-vous pour vous sentir mieux. Vous n'êtes peut-être pas en mesure de faire toutes ces choses, mais même en faire quelques-unes vous aidera. Il serait utile de commencer votre journée en planifiant faire quelque chose que vous aimez habituellement.

Augmenter votre activité physique

- À moins que votre médecin vous l'interdise, essayez de marcher, de faire du jogging ou de pratiquer des sports.
- Si vous faites déjà ces activités, essayez de les faire plus longtemps ou plus souvent.

Planifier des activités plaisantes

- Lisez un livre.
- Regardez un film ou votre programme de télévision préféré.
- Écrivez une lettre.
- Appelez un ami ou un membre de votre famille.
- Planifiez une visite.
- Jouez à un jeu.
- Écrivez vos sentiments dans un journal intime.

Faire des activités pour vous détendre

- Prenez une douche.
- Écoutez de la musique.
- Méditez.
- Respirez profondément.
- Allez dans la cour pour prendre de l'air frais.

Participer à votre plan de traitement

- Prenez les médicaments prescrits par un médecin.
- Assistez à toutes les séances de thérapie individuelle et de groupe qui vous sont proposées.

Se tenir occupé

- Rester occupé est bon pour votre estime de soi.
- Si vous travaillez, faites le meilleur travail possible.
- Gardez votre cellule propre.
- Aidez quelqu'un.

Saines habitudes de sommeil

- Ayez des heures régulières de sommeil et de réveil — évitez les siestes pendant la journée.
- Évitez la caféine et le chocolat, surtout après midi.
- Cessez de fumer ou réduisez le nombre de cigarettes.
- N'allez pas au lit, sauf pour dormir.
- Évitez de faire de l'exercice, de manger ou de boire beaucoup de liquides juste avant le coucher.
- Évitez les somnifères.

Manger sainement

- Évitez la malbouffe.
- Consommez davantage de fruits et de légumes.
- **Ne** consommez ni alcool ni drogues.

Spiritualité

- Si c'est votre pratique habituelle, priez, lisez les Écritures et assistez à des services religieux.
- Si ce n'est pas le cas, pensez aux personnes, aux idées et aux choses qui sont importantes pour vous et donnent un sens à votre vie.

ANNEXE C

Entente pour le traitement avec les médicaments comportant un risque élevé de mauvais usage

Je comprends qu'on me prescrit _____ et que ce médicament comporte un potentiel élevé de dépendance physique et psychologique et de mauvais usage.

Je reconnais que l'utilisation appropriée des médicaments est très importante pour la santé et la sécurité dans les établissements correctionnels.

Je comprends que le respect de cette entente est essentiel pour établir et maintenir la confiance dans la relation entre le médecin/le personnel infirmier et le patient.

Je ne prendrai pas ce médicament ou tout autre médicament d'une manière autre que celle prescrite par mon médecin ou mon infirmière praticienne (ou infirmier) (p. ex. je ne prendrai pas de médicaments en plus grande quantité, plus fréquemment ou par une voie autre que celle prescrite).

Je n'échangerai, ni ne vendrai, ni ne donnerai mes médicaments à personne d'autre.

Je n'utiliserai pas de substances non autorisées ni d'autres médicaments non autorisés par mon médecin ou mon infirmière praticienne (ou infirmier).

Je participerai de façon constructive à d'autres traitements non médicamenteux recommandés pour mon état.

Je n'adopterai pas de comportement menaçant (verbal ou physique) envers mon médecin/personnel infirmier, ni envers aucun autre membre du personnel de santé.

J'accepte de collaborer aux vérifications régulières de la bouche et de fournir des échantillons aléatoires d'urine, de salive, d'écouvillonnage nasal ou de sang à des fins d'analyse à la demande de mon médecin ou de mon infirmière (remarque : ceci est uniquement à des fins de soins de santé et les résultats de tout dépistage de drogues ne seront pas communiqués à d'autres personnes à l'extérieur de mon équipe de traitement).

Je comprends que mon médecin ou le personnel infirmier praticien peut envisager d'arrêter ou de réduire tous les médicaments présentant un risque élevé de mauvais usage s'il y a des inquiétudes liées au non-respect de cette entente. Si cela se produit, mon médecin/un membre du personnel infirmier praticien me rencontrera en personne pour discuter des inquiétudes et de la raison de cette rencontre. Des préoccupations mineures documentées pourraient être des motifs d'arrêter ou de réduire la prescription du médicament sans mon consentement pour une période limitée, et des préoccupations mineures répétées ou une préoccupation majeure pourraient être des motifs de le faire à plus long terme. Si cela devait se produire, mon médecin ou le personnel infirmier praticien m'expliquera ce que je dois faire pendant cette période jusqu'à ce que l'on envisage de rétablir le dosage initial ou de reprendre le médicament.

Médecin/personnel infirmier traitant _____

Date _____

Préoccupations mineures :

- Exiger ou demander à maintes reprises des médicaments non indiqués, non inscrits sur la liste ou à des doses plus élevées que celles recommandées
- Utilisation de médicaments à des fins autres que celles prévues (p. ex. analgésiques pour l'anxiété)
- Augmentation de la dose sans autorisation
- Manquer de médicaments fréquemment avant la date de renouvellement

Préoccupations importantes :

- Vendre ou donner des médicaments à des pairs
- Consommer des drogues illicites
- Voler des médicaments, y compris prendre des médicaments prescrits à des pairs
- S'injecter, fumer ou inhaler des formes orales liquide ou sous forme de timbre du médicament

RÉFÉRENCES

1. Knox CM. Medication administration and management: directly observed therapy. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry*. 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 159–164.
2. Shekelle GPOrtiz E, Rhodes S, et coll. Validity of the agency for healthcare research and quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA*. 2001;286:1461–1467.
3. Scott C, Falls B. Mental illness management in corrections. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry*. 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 8–12.
4. Glancy G, Simpson A. Ethics dilemmas in correctional institutions. Dans : Griffiths EE, ed. *Ethics challenges in forensic psychiatry and psychology practice*. New York (NY): Columbia University Press; 2018.
5. Viridi S, Trestman R. Personality disorders. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry*. 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 195–199.
6. McDermott BE, Sokolov G. Malingering in a correctional setting: the use of the Structured Interview of Reported Symptoms in a jail sample. *Behav Sci Law*. 2009;27:753–765.
7. Pollock HP, Quigley B, Worley KO et coll. Feigned mental disorder in prisoners referred to forensic mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1997;4:9–15.
8. Knoll J. Evaluation of malingering in corrections. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry*. 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 117–122.
9. Paparella S. Identified safety risks with splitting and crushing oral medications. *J Emerg Nurs*. 2010;36:156–158.
10. Stubbs J, Haw C, Dickens G. Dose form modification — a common but potentially hazardous practice. A literature review and study of medication administration to older psychiatric inpatients. *Int Psychogeriatr*. 2008;20:616–627.
11. National Commission on Correctional Health Care (NCCCHC) : Standards for mental health services in correctional facilities. Chicago (IL): NCCCHC; 2015.
12. American Psychiatric Association. Work Group to Revise the APA Guidelines on Psychiatric Services in Correctional Facilities, American Psychiatric Association. Task Force to Revise the APA Guidelines on Psychiatric Services in Jails and Prisons.: *Psychiatric services in correctional facilities*. 3^e éd. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2016.
13. Burrow GF, Knox MC, Villanueva H. Nursing in the primary care setting. Dans : Puiasis M, ed. *Clinical practice in correctional medicine*. 2^e éd. Philadelphia (PA): Mosby Elsevier; 2006. pp. 426–459.
14. Glancy DG, Ash P, Bath EP, et coll. AAPL practice guideline for the forensic assessment. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2015;43:S3–S3.
15. Appelbaum KL. The mental health professional in a correctional culture. Dans : Scott CL, ed. *Handbook of correctional mental health*. 2^e éd. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2010. pp. 91–118.
16. Group for the Advancement of Psychiatry. Committee on Psychiatry and the Community, American Psychiatric Association: People with mental illness in the criminal justice system: answering a cry for help. 1^{ère} éd. Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing; 2016.
17. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, et coll. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry*. 2009;166:103–109.
18. Baillargeon J, Hoge S, Penn J. Addressing the challenge of community reentry among released inmates with serious mental illness. *Am J Community Psychol*. 2010;46:361–375.
19. Appelbaum KL, Hickey JM, Packer I. The role of correctional officers in multidisciplinary mental health care in prisons. *Psychiatr Serv*. 2001;52:1343–1347.
20. Aufderheide D. Communication in correctional psychiatry. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry*. 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 46–49.
21. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. [Consulté 2016 juillet 4.] À l'adresse : <http://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760>.
22. American Psychiatric Association, Force D-T. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5^e éd., Washington (DC) : American Psychiatric Association; 2013
23. Rogers R, Sewell KW, Goldstein A. Explanatory models of malingering: a prototypical analysis. *Law and Human Behavior*. 1994;18:543–552.
24. Martinez-Gomez A. Interpreting in prison settings An international overview. *Interpreting*. 2014;16:233–259.
25. Picardi A, Gaetano P. Psychotherapy of mood disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014;10:140–158.
26. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, et coll. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*. 2014;13:56–67.
27. Emilsson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, et coll. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2011;11:116.
28. Vaslamatzis G, Theodoropoulos P, Vondikaki S, et coll. Is the residential combined (psychotherapy plus medication) treatment of patients with severe personality disorder effective in terms of suicidality and impulsivity? *J Nerv Ment Dis*. 2014;202:138–143.
29. Dickerson FB, Lehman AF. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia: 2011 update. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199:520–526.
30. Oxelson E. Group psychotherapy in a state prison. *Group*. 2010;24:225–238.
31. Stoffers JM, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder — current evidence and recent trends. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17:534.
32. Tepper MA, Elwork A. Competence to consent to treatment as a psycholegal construct. *Law and Human Behavior*. 1984;8:205–223.
33. Dlugacz H, Wimmer C. Legal aspects of administration antipsychotic medications to jail and prison inmates. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36:213–228.

34. Deiter P. Informed consent and consent forms. *Perm J*. 2008;12:53–54.
35. Shelton D, Ehret MJ, Wakai S, et coll. Psychotropic medication adherence in correctional facilities: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17:603–613.
36. Goldberg JF, Ernst CL, American Psychiatric Publishing: Managing the side effects of psychotropic medications. 1^{re} éd. Washington (DC) : American Psychiatric Publishing; 2012.
37. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353:487–497.
38. Smith LD. Medication refusals and the rehospitalized mentally ill inmate. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40:491–496.
39. Marcus SC, Zummo J, Pettit AR, et coll. Antipsychotic adherence and rehospitalization in schizophrenia patients receiving oral versus long-acting injectable antipsychotics following hospital discharge. *J Manag Care Spec Pharm*. 2015;21:754–768.
40. Mattick RP, Breen C, Kimber J, et coll. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009:CD002209.
41. McKee J, Penn JJ, Koranek A. Psychoactive medication misadventuring in correctional health care. *J Correct Health Care*. 2014;20:249–260.
42. Pilkinton PD, Pilkinton JC. Prescribing in prison: minimizing psychotropic drug diversion in correctional practice. *J Correct Health Care*. 2014;20:95–104.
43. Burns KA. The top ten reasons to limit prescription of controlled substances in prisons. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009;37:50–52.
44. Hanley MJ, Kenna GA. Quetiapine: treatment for substance abuse and drug of abuse. *Am J Health Syst Pharm*. 2008;65:611–618.
45. Pierre JM, Shnyder I, Wirshing DA, et coll. Intranasal quetiapine abuse. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1718.
46. Tamburello AC. Prescribed medication abuse: limitless creativity. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry*. 1^{re} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 165–169.
47. Pacino M, Santucci B, Maremmani I. Requests for quetiapine from jailed substance abusers: are they a form of abuse or self-medication in response to long-term opioid dysphoria? *Heroin Addict Relat Clin Probl*. 2014;16:35–40.
48. Hilliard WT, Barloon L, Farley P, et coll. Bupropion diversion and misuse in the correctional facility. *J Correct Health Care*. 2013;19:211–217.
49. Penn J et McKee J. Communications personnelles, mai 2016.
50. Namdari B. Venlafaxine abuse in a patient with schizophrenia and prior history of substance dependence: a case report. *J Addict Dis*. 2013;32:393–395.
51. Quaglio G, Schifano F, Lugoboni F. Venlafaxine dependence in a patient with a history of alcohol and amineptine misuse. *Addiction*. 2008;103:1572–1574.
52. Sattar SP, Grant KM, Bhatia SC. A case of venlafaxine abuse. *N Engl J Med*. 2003;348:764–765; discussion 764–765.
53. Francesconi G, Orsolini L, Papanti D, et coll. Venlafaxine as the 'baby ecstasy'? Literature overview and analysis of web-based misusers' experiences. *Hum Psychopharmacol*. 2015;30:255–261.
54. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, et coll. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2012;13:40.
55. Pittenger C, Desan HP. Gabapentin abuse, and delirium tremens upon gabapentin withdrawal. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:483–484.
56. Kruszewski SP, Paczynski RP, Kahn DA. Gabapentin-induced delirium and dependence. *J Psychiatr Pract*. 2009;15:314–319.
57. Reccoppa L, Malcolm R, Ware M. Gabapentin abuse in inmates with prior history of cocaine dependence. *Am J Addict*. 2004;13:321–323.
58. DelPaggio D. Psychotropic medication abuse in correctional facilities. *Bay Area Psychopharmacology Newsletter*. 2005;8:1–6.
59. Prommer EE. Topical analgesic combinations for bortezomib neuropathy. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37:e3–5.
60. Hamel E. Communications personnelles, octobre 2013.
61. Sullivan G, Davis S. Is carbamazepine a potential drug of abuse? *J Psychopharmacol*. 1997;11:93–94.
62. Stuppaek CH, Whitworth AB, Fleischhacker WW. Abuse potential of carbamazepine. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181:519–520.
63. Glancy G, Trestman R, Metzner J, et coll. Correctional psychiatry: journey into the heart of darkness. Dans : American Psychiatric Association. Atlanta (GA); 2016.
64. Tamburello AC, Kathpal A, Reeves R. Characteristics of inmates who misuse medication. *J Correct Health Care*. 2017;23:449–458.
65. Tamburello AC, Lieberman JA, Baum RM, et coll. Successful removal of quetiapine from a correctional formulary. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2012;40:502–508.
66. Reeves R. Guideline, education, and peer comparison to reduce prescriptions of benzodiazepines and low-dose quetiapine in prison. *J Correct Health Care*. 2012;18:45–52.
67. Volpe KD. Intervention reduces abuse of psychotropic medications in correctional facilities. *Pharmacy Practice News*. 2005;32.
68. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359:545–550.
69. Ireland JL, Culpin V. The relationship between sleeping problems and aggression, anger, and impulsivity in a population of juvenile and young offenders. *J Adolesc Health*. 2006;38:649–655.
70. Haynes VS, Zhu B, Stauffer VL, et coll. Long-term healthcare costs and functional outcomes associated with lack of remission in schizophrenia: a post-hoc analysis of a prospective observational study. *BMC Psychiatry*. 2012;12:222.
71. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25:83–88.
72. Barnes TR. Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2011;25:567–620.

73. Hartling L, Abou-Setta A, Dursun S, et coll. Antipsychotics in adults with schizophrenia: comparative effectiveness of first-generation versus second-generation medications: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2012;157:498–511.
74. Doghramji PP. Integrating modern concepts of insomnia and its contemporary treatment into primary care. *Postgrad Med.* 2014;126:82–101.
75. Lopez LV, Kane JM. Recommendations for the monitoring of serum concentrations of antipsychotic drugs in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2015;76:1249–1250.
76. Labbate LA. *Handbook of psychiatric drug therapy.* 6^e éd. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
77. Scarff JR, Casey DA. Newer oral atypical antipsychotic agents: a review. *P T.* 2011;36:832–838.
78. Buchanan R, Kreyenbuhl J, Kelly D, et coll. The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull.* 2010;36:71–93.
79. Bowring c. Godwin, 551 F.2d 44, 4^e Cir.; 1977.
80. Balbuena L, Mela M, Wong S, et coll. Does clozapine promote employability and reduce offending among mentally disordered offenders? *Can J Psychiatry.* 2010;55:50–56.
81. Martin A, O'Driscoll C, Samuels A. Clozapine use in a forensic population in a New South Wales prison hospital. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42:141–146.
82. Mela M, Depiang G. Clozapine's effect on recidivism among offenders with mental disorders. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2016;44:82–90.
83. Sarlon E, Duburcq A, Neveu X, et coll. Imprisonment, alcohol dependence and risk of delusional disorder: a cross-sectional study. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2012;60:197–203.
84. Griffiths EV, Willis J, Spark MJ. A systematic review of psychotropic drug prescribing for prisoners. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012;46:407–421.
85. Fovet T, Geoffroy PA. Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatr Serv.* 2015;66:348–353.
86. Chang Z, Larsson H, Lichtenstein P, et coll. Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *Psychiatry Lancet.* 2015;2:891–900.
87. Li I BA, Reeves R. Hypnotic agents and controlled substances. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry.* 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 155–159.
88. Sanford M, Dhillon S. Lurasidone: a review of its use in adult patients with bipolar I depression. *CNS Drugs.* 2015;29:253–263.
89. Ghaemi S, Hsu D, Soldani F, et coll. Antidepressants in bipolar disorder: the case for caution. *Bipolar Disord.* 2003;5:421–433.
90. Care NCoCH. Standards for health services in jails and prisons. Standard I-03 Forensic Information (Important). Chicago (IL) : NCCCHC; 2008.
91. Depakote ER (divalproex sodium) tablets prescribing information. [consulté 2016 octobre 9.] À l'adresse : http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021168s015lbl.pdf.
92. Kamath J, Zhang W, Kesten K, et coll. Algorithm-driven pharmacological management of bipolar disorder in Connecticut prisons. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2013;57:251–264.
93. Kamath J, Wakai S, Zhang W, et coll. Adaptation of the Texas implementation medication algorithm for bipolar disorder in adult female offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2016;60:1315–1326.
94. Trestman R, Appelbaum K, Metzner J. Communications personnelles, janvier 2016.
95. Suppes TD, Denney EB. TIMA procedural manual: bipolar disorder algorithms. [consulté 2019 octobre 12.] À l'adresse : <https://www.sccgov.org/sites/mhd/Providers/PharmacyInformation/MedicationAppendices/TMAP-Bipolar.pdf>.
96. Kamath J, Temporini HD, Quarti S, et coll. Psychiatric use and utility of divalproex sodium in Connecticut prisons. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2008;52:358–370.
97. Muller-Oerlinghausen B, Lewitzka U. Lithium reduces pathological aggression and suicidality: a mini-review. *Neuropsychobiology.* 2010;62:43–49.
98. Perugi G, Hantouche E, Vannucchi G, et coll. Cyclothymia reloaded: a reappraisal of the most misconceived affective disorder. *J Affect Disord.* 2015;183:119–133.
99. Cassau JS, Goodwin DE. The phenomenology and course of depressive syndromes in pre-trial detention. *Int J Law Psychiatry.* 2012;35:231–235.
100. Weber J, Siddiqui MA, Wagstaff AJ, et coll. Low-dose doxepin: in the treatment of insomnia. *CNS Drugs.* 2010;24:713–720.
101. Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) and Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS). [consulté 2019 octobre 12.] À l'adresse : <http://www.ids-qids.org/>.
102. Harner HM, Budescu M. Sleep quality and risk for sleep apnea in incarcerated women. *Nurs Res.* 2014;63:158–169.
103. Cameron IM, Reid IC, MacGillivray SA. Efficacy and tolerability of antidepressants for sub-threshold depression and for mild major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2014;166:48–58.
104. Elger BS. Management of sleep complaints in correctional settings. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry.* 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 85–89.
105. Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord.* 2009;117 Suppl 1:S26–43.
106. Bond DJ, Hadjipavlou G, Lam RW, et coll. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann Clin Psychiatry.* 2012;24:23–37.
107. McCall C, McCall WV. What is the role of sedating antidepressants, antipsychotics, and anticonvulsants in the management of insomnia? *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14:494–502.
108. Ourada JD, Appelbaum KL. Intoxication and drugs in facilities. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry.* 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 123–127.

109. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et coll. Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med.* 2006;354:1231–1242.
110. Andreoli SB, Dos Santos MM, Quintana MI, et coll. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. *PLoS One.* 2014;9:e88836.
111. Hodgins S, De Brito S, Chhabra P, et coll. Anxiety disorders among offenders with antisocial personality disorders: a distinct subtype? *Can J Psychiatry.* 2010;55:784–791.
112. Rand MR, Sabol WJ. Alcohol and crime: data from 2002 to 2008. [consulté 2016 février 12.] À l'adresse suivante : <http://www.bjs.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=2313>.
113. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et coll. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry.* 2014;14 Suppl 1:S1.
114. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, et coll. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2012;16:77–84.
115. Croft M, Mayhew R. Prevalence of chronic non-cancer pain in a UK prison environment. *Br J Pain.* 2015;9:96–108.
116. Bilodeau M, Simon T, Beauchamp MH, et coll. Duloxetine in adults with ADHD: a randomized, placebo-controlled pilot study. *J Atten Disord.* 2014;18:169–175.
117. Andrisano C, Chiesa A, Serretti A. Newer antidepressants and panic disorder: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol.* 2013;28:33–45.
118. Bossini L, Casolaro I, Koukouna D, et coll. Off-label uses of trazodone: a review. *Expert Opin Pharmacother.* 2012;13:1707–1717.
119. Goff A, Rose E, Rose S, et coll. Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Crim Behav Ment Health.* 2007;17:152–162.
120. Briere J, Agee E, Dietrich A. Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. *Psychol Trauma.* 2016;8:439–446.
121. Saxon AJ, Davis TM, Sloan KL, et coll. Trauma, symptoms of posttraumatic stress disorder, and associated problems among incarcerated veterans. *Psychiatr Serv.* 2001;52:959–964.
122. Carson EA, Sabol WJ. Prisoners in 2011. [consulté 2016 février 12.] À l'adresse: www.bjs.gov/content/pub/pdf/p11.pdf.
123. Kinlock TW, Gordon MS, Schwartz RP, et coll. A study of methadone maintenance for male prisoners: 3-month postrelease outcomes. *Crim Justice Behav.* 2008;35:34–47.
124. Struckman-Johnson C, Struckman-Johnson D. Sexual coercion rates in seven Midwestern prison facilities for men. *Prison J.* 2008;80:616–627.
125. Groot E, Kouyoumdjian FG, Kiefer L, et coll. Drug toxicity deaths after release from incarceration in Ontario, 2006–2013: review of coroner's cases. *PLoS One.* 2016;11:e0157512.
126. De Jongh A, Resick PA, Zoellner LA, et coll. Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depress Anxiety.* 2016;33:359–369.
127. Ardino V, Milani L, Di Blasio P, et coll. Assessment of complex PTSD in prison populations: the role of CECA-Q (abstract). *Eur J Psychotramatol.* 2011;2:17.
128. Saleh FM, Grudzinskas AJ, Malin HM. Treatment of incarcerated sex offenders. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry.* 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 336–340.
129. Puetz TW, Youngstedt SD, Herring MP. Effects of pharmacotherapy on combat-related PTSD, anxiety, and depression: a systematic review and meta-regression analysis. *PLoS One.* 2015;10:e0126529.
130. Alderman CP, Condon JT, Gilbert AL. An open-label study of mirtazapine as treatment for combat-related PTSD. *Ann Pharmacother.* 2009;43:1220–1226.
131. Schwartz TL, Goradia V. Managing insomnia: an overview of insomnia and pharmacologic treatment strategies in use and on the horizon. *Drugs Context.* 2013:212257.
132. Hermes E, Sernyak M, Rosenheck R. The use of second generation antipsychotics for post-traumatic stress disorder in a US Veterans Health Administration Medical Center. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2014;23:281–288.
133. Schwaeb C. Learning to pass: sex offenders' strategies for establishing a viable identity in the prison general population. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2005;49:614–625.
134. Chain S, Brizendine B. Group psychotherapy. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry.* 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 229–234.
135. Glancy G, Treffers S. Adjustment disorders. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry.* 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 95–98.
136. Casey P. Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs.* 2009;23:927–938.
137. Trestman R. Aggression. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry.* 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 275–281.
138. Felthous AR, Stanford MS. A proposed algorithm for the pharmacotherapy of impulsive aggression. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2015;43:456–467.
139. Arciniegas DB, Wortzel HS. Emotional and behavioral dyscontrol after traumatic brain injury. *Psychiatr Clin North Am.* 2014;37:31–53.
140. Allely CS. Prevalence and assessment of traumatic brain injury in prison inmates: a systematic PRISMA review. *Brain Inj.* 2016;30:1161–1180.
141. Shiroma EJ, Pickelsimer EE, Ferguson PL, et coll. Association of medically attended traumatic brain injury and in-prison behavioral infractions: a statewide longitudinal study. *J Correct Health Care.* 2010;16:273–286.
142. Glancy G, Knott T. Part I: the psychopharmacology of long-term aggression – toward an evidence-based algorithm. *CPA Bull.* 2002;34:13–18.
143. Glancy G, Knott T. Part II: the psychopharmacology of long-term aggression – toward an evidence-based algorithm. *CPA Bull.* 2002;34:19–24.
144. Glancy G, Knott T. Psychopharmacology of violence: Part IV. *J Am Acad Psychiatry Law Newsletter.* 2003;28:12–13.
145. Glancy G, Knott T. Part III: the psychopharmacology of long-term aggression – toward an evidence-based algorithm. *CPA Bull.* 2003;35:13–18.

146. Jones RM, Arlidge J, Gillham R, et coll. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2011;198:93–98.
147. Ebrahim GM, Gibler B, Gacono CB, et coll. Patient response to clozapine in a forensic psychiatric hospital. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45:271–273.
148. Lindenmayer JP, Kotsaftis A. Use of sodium valproate in violent and aggressive behaviors: a critical review. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:123–128.
149. Stein DJ, Simeon D, Frenkel M, et coll. An open trial of valproate in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 1995;56:506–510.
150. Cowdry RW, Gardner DL. Pharmacotherapy of borderline personality disorder. alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:111–119.
151. Mattes JA. Oxcarbazepine in patients with impulsive aggression: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2005;25:575–579.
152. Haas S, Vincent K, Holt J, et coll. Divalproex: a possible treatment alternative for demented, elderly aggressive patients. *Ann Clin Psychiatry*. 1997;9:145–147.
153. Kunik ME, Puryear L, Orengo CA, et coll. The efficacy and tolerability of divalproex sodium in elderly demented patients with behavioral disturbances. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13:29–34.
154. Hollander E, Allen A, Lopez RP, et coll. A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:199–203.
155. Comai S, Tau M, Gobbi G. The psychopharmacology of aggressive behavior: a translational approach: part 1: neurobiology. *J Clin Psychopharmacol*. 2012;32:83–94.
156. Buckley P, Ibrahim Z, Singer B, et coll. Aggression and schizophrenia: efficacy of risperidone. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1997;25:173–181.
157. Spivak B, Shabash E, Sheitman B, et coll. The effects of clozapine versus haloperidol on measures of impulsive aggression and suicidality in chronic schizophrenia patients: an open, nonrandomized, 6-month study. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:755–760.
158. Clozapine prescribing information. [consulté 2016 juin 15.] À l'adresse : http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/019758s062lbl.pdf.
159. Czobor P, Volavka J, Meibach RC. Effect of risperidone on hostility in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 1995;15:243–249.
160. Coccaro EF, Astill JL, Herbert JL, et coll. Fluoxetine treatment of impulsive aggression in DSM-III-R personality disorder patients. *J Clin Psychopharmacol*. 1990;10:373–375.
161. Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, et coll. Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 1995;15:23–29.
162. Fava M, Rosenbaum J, Pava J, et coll. Anger attacks in unipolar depression, Part 1: clinical correlates and response to fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1158–1163.
163. Glancy G. A possible link between SSRIs and anti-social behaviours. *J Forens Psychiatry*. 1996;7:387–391.
164. Allan E, Alpert M, Sison C, et coll. Adjunctive nadolol in the treatment of acutely aggressive schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:455–459.
165. Caspi N, Modai I, Barak P, et coll. Pindolol augmentation in aggressive schizophrenic patients: a double-blind crossover randomized study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2001;16:111–115.
166. Connor DF, Ozbayrak KR, Benjamin S, et coll. A pilot study of nadolol for overt aggression in developmentally delayed individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:826–834.
167. Greendyke RM, Kanter DR. Therapeutic effects of pindolol on behavioral disturbances associated with organic brain disease: a double-blind study. *J Clin Psychiatry*. 1986;47:423–426.
168. Cherek DR, Moeller FG, Khan-Dawood F, et coll. Prolactin response to buspirone was reduced in violent compared to nonviolent parolees. *Psychopharmacology (Berl)*. 1999;142:144–148.
169. Lebert F, Pasquier F, Petit H. Behavioral effects of trazodone in Alzheimer's disease. *J Clin Psychiatry*. 1994;55:536–538.
170. Felthous AR, Stanford MS. A proposed algorithm for the pharmacotherapy of impulsive aggression. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2015;43:465.
171. Trestman RL. Behind bars: personality disorders. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2000;28:232–235.
172. Soloff PH. Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioral dysregulation. *Bull Menninger Clin*. 1998;62:195–214.
173. Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, et coll. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8:212–244.
174. Khalifa N, Duggan C, Stoffers J, et coll. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;8:CD007667.
175. Stoffers J, Vollm BA, Rucker G, et coll. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;6:CD005653.
176. Excellence NifHaC. Borderline personality disorder: treatment, management and prevention. NICE Clinical Guideline 78. [consulté 2016 mai 1.] À l'adresse : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11765/42993/42993.pdf>.
177. Excellence NifHaC. Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. NICE Clinical Guideline 77. [consulté 2016 novembre 15.] À l'adresse : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77>.
178. Appelbaum K, Murphy K. Attention deficit disorders. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry*. 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 200–204.
179. Namdari B. Venlafaxine abuse in a patient with schizophrenia and prior history of substance dependence: a case report. *J Addict Dis*. 2013;32:393–395.
180. Excellence NifHaC. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. [consulté 2016 juin 21.] À l'adresse : <https://www.nice.org.uk/guidance/CG72/chapter/Recommendations#treatment-of-adults-with-adhd>.

181. Appelbaum KL. Stimulant use under a prison treatment protocol for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Correct Health Care*. 2011;17:218–225.
182. Tamburello A, Metzner J, Ferguson E, et coll. A proposed resource document on prescribing in corrections. Dans : Annual Meeting of the American Academy of Psychiatry and the Law. Portland (OR).
183. Glancy G. Communication personnelle, octobre 2019.
184. Elger BS. Prisoners' insomnia: to treat or not to treat? Medical decision-making in places of detention. *Med Sci Law*. 2008;48:307–316.
185. Dewa LH, Kyle SD, Hassan L, et coll. Prevalence, associated factors and management of insomnia in prison populations: An integrative review. *Sleep Med Rev*. 2015;24:13–27.
186. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, et coll. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016;165:125–133.
187. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, et coll. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 2008;4:487–504.
188. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet*. 2012;379:1129–1141.
189. Culpepper L, Wingertzahn MA. Over-the-counter agents for the treatment of occasional disturbed sleep or transient insomnia: a systematic review of efficacy and safety. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015;17(6).
190. Everitt H, Baldwin DS, Stuart B, et coll. Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5:CD010753.
191. Wakeman SE, Rich JD. Pharmacotherapy for substance use disorders within correctional facilities. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry*. 1^{ère} éd. New York (NY) : Oxford University Press; 2015. pp. 260–265.
192. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*. 2006;101:181–191.
193. Practitioners RCoG. Safer prescribing in prisons, guidance for clinicians. [consulté 2019 octobre 12.] À l'adresse : <http://www.rpharms.com/news-story-downloads/prescribinginprison.pdf>.
194. Excellence NifHaC. Drug use disorders in adults (NICE quality standard). [consulté 2019 octobre 12.] À l'adresse : <http://www.nice.org.uk/guidance/qs23>.
195. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, et coll. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9^e éd. Philadelphie (PA): Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
196. Burns KA. Pharmacotherapy in correctional settings. Dans : Scott CL, ed. *Handbook of correctional mental health*. 2^e éd. Washington (DC) : American Psychiatric Publishing; 2010. pp. 321–344.
197. Binswanger IA, Nowels C, Corsi KF, et coll. Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors. *Addict Sci Clin Pract*. 2012;7:3.
198. Hairston P, Binswanger I. Programming. Dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry*. 1^{ère} éd. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 247–253.
199. Mattick RP, Breen C, Kimber J, et coll. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009:CD002209.
200. Gordon MS, Kinlock TW, Schwartz RP, et coll. A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: findings at 6 months post-release. *Addiction*. 2008;103:1333–1342.
201. Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, et coll. A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug Alcohol Depend*. 2003;72:59–65.
202. Mattick RP, Breen C, Kimber J, et coll. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2:CD002207.
203. Larney S, Toson B, Burns L, et coll. Effect of prison-based opioid substitution treatment and post-release retention in treatment on risk of re-incarceration. *Addiction*. 2012;107:372–380.
204. Larney S, Gisev N, Farrell M, et coll. Opioid substitution therapy as a strategy to reduce deaths in prison: retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2014;4:e004666.
205. Rich JD, McKenzie M, Larney S, et coll. Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. *Lancet*. 2015;386:350–359.
206. Dunsieath NW, Jr., Nelson EB, Brusman-Lovins LA, et coll. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:293–300.
207. American Psychiatric Association. Dangerous sex offenders: a task force report of the American Psychiatric Association. 1^{re} éd. Washington (DC) : American Psychiatric Association; 1999.
208. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, et coll. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11:604–655.
209. Cislo AM, Trestman R. Challenges and solutions for conducting research in correctional settings: the U.S. experience. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36:304–310.