

Prescrire les psychotropes en milieu pénitentiaire

Prescription of psychotropic drugs in prison

T. Fovet*, M. Bertrand*, A. Amad*

Les prescriptions de médicaments psychotropes sont fréquentes en milieu pénitentiaire : environ 1 détenu sur 2 en bénéficie, d'après les données épidémiologiques (1-3). Le **tableau I** présente les prescriptions de psychotropes à la maison d'arrêt de Loos en août 2006 (1) ainsi que les données de la population générale dans le Nord-Pas-de-Calais (4) et met en évidence le fait que les prescriptions de traitements psychotropes sont largement plus importantes en milieu pénitentiaire que dans la population générale.

Ces chiffres apparaissent assez logiques, si l'on tient compte de la prévalence des pathologies psychiatriques en milieu carcéral. Bien que les études épidémiologiques modernes sur le sujet soient peu nombreuses et difficiles à mettre en place, les résultats des travaux disponibles sont sans appel : au moins 1 détenu sur 7 souffre d'une pathologie psychiatrique, ce qui correspond à une fréquence 4 à 10 fois supérieure à celle retrouvée dans la population générale (5, 6). En prison, toutes les pathologies psychiatriques sont surreprésentées : troubles psychotiques, troubles de l'humeur (7), troubles de la personnalité, troubles anxieux et pathologies addictives. Les patients souffrant de troubles psychiatriques regroupent à la fois des sujets dont les troubles préexistaient à l'incarcération et des sujets sans antécédent psychiatrique, mais avec un terrain de vulnérabilité propice à la révélation de pathologies sous l'effet des nombreux facteurs de stress de la détention.

Dans ce contexte, un certain nombre de spécificités logistiques doivent être mises en place afin d'assurer l'ensemble du circuit du médicament en milieu carcéral (8). En effet, les pharmacies des hôpitaux assurent la dispensation des produits pharmaceutiques auprès des unités médicales hospitalières implantées en milieu carcéral (2). Celles-ci doivent donc adapter la préparation, l'organisation et la délivrance des traitements aux contraintes du milieu pénitentiaire (traitements extrêmement nombreux, confidentialité difficile à respecter, circulation limitée, horaires de délivrance stricts) [9]. Ces contraintes sont assez variables selon les établissements, d'où une certaine hétérogénéité du circuit du médicament dans les prisons en France. Ainsi la liste même des spécialités disponibles peut-elle varier d'un établissement à un autre (les livrets thérapeutiques sont différents selon les établissements).

La prescription des traitements psychotropes et, de manière plus générale, l'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral doivent tenir compte de ces aspects spécifiques. Cependant, il nous paraît primordial d'insister ici sur le fait que la pratique de l'exercice médical en milieu pénitentiaire doit rester fondée sur les mêmes recommandations qu'en milieu libre. Même si un certain nombre de problématiques spécifiques (développées ci-après) se dégagent de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire, en particulier parce que la prison constitue un concentré de facteurs de stress, le respect des recommandations et des autorisations de mise sur le marché (AMM) doit demeurer la règle pour la prescription des traitements psychotropes en milieu carcéral (10).

Aspects psychiatriques spécifiques

Les nombreux facteurs de stress présents en milieu carcéral mettent à l'épreuve les capacités d'adaptation des détenus au quotidien. En effet, les conditions

* Pôle de psychiatrie, université Lille Nord de France, CHRU de Lille ; unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) de Seclin, CHRU de Lille.

Tableau I. Répartition des prescriptions des différentes classes de psychotropes en milieu pénitentiaire et dans la population générale (1, 4).

	Loos, 2006	Population générale, Nord-Pas-de-Calais, 2011
Effectif total	582	3 370 000
Patients sous psychotrope (%)	48	-
Hypnotiques	40,9	8,9
Anxiolytiques	43,6	16,9
Antidépresseurs	20,6	8,3
Antipsychotiques	10,7	1,7
Traitement substitutif aux opiacés	21,3	0,4

Points forts⁺

- » La prescription des traitements psychotropes en milieu pénitentiaire doit, de la même façon qu'en milieu libre, respecter les autorisations de mise sur le marché (AMM) et les recommandations.
- » Compte tenu de la prévalence importante des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire, la fréquence des prescriptions de traitements psychotropes y est élevée (environ 1 détenu sur 2).
- » Les prescriptions de traitements psychotropes en milieu carcéral doivent s'inscrire dans une prise en charge globale, et les mesures non médicamenteuses (règles hygiéno-diététiques, psychothérapie) ne doivent pas être négligées, malgré les contraintes liées à l'environnement.

d'incarcération actuelles sont particulièrement difficiles : promiscuité, insalubrité, perte d'intimité, inactivité, violence, etc. (11). Le 1^{er} juin 2014, le nombre de personnes sous écrou s'élevait à 80 874, et celui des personnes détenues atteignait 68 648, pour 57 740 places opérationnelles (12). Cette surpopulation constitue également un facteur majeur de limitation de l'accès aux soins, pour une population dont les besoins en termes de santé mentale sont considérables.

Nous nous intéresserons tout d'abord aux spécificités psychiatriques à considérer dans la pratique clinique et la prescription des traitements psychotropes en milieu carcéral.

L'anxiété

L'anxiété est un motif de consultation fréquent. L'isolement affectif, la succession d'événements judiciaires (audiences, confrontations, comparutions, procès, notamment devant la cour d'assises) et les pressions exercées par l'administration pénitentiaire constituent de grands pourvoyeurs de symptomatologie anxieuse. Répétés au quotidien, ces événements stressants peuvent être à l'origine de véritables décompensations aiguës (crise suicidaire ou décompensation délirante [13]), surtout au regard du nombre de détenus présentant une vulnérabilité à certaines pathologies psychiatriques. Il convient donc de ne pas banaliser cette dimension. Certaines périodes d'incarcération sont particulièrement sensibles : début de l'incarcération, approche d'une libération ou d'un transfèrement, périodes d'isolement (dues à des sanctions pénitentiaires [quartier disciplinaire] ou non [quartier d'isolement]), etc.

L'insomnie

L'insomnie tient aussi une place toute particulière dans ce contexte. La demande de traitement hypnotique s'associe la plupart du temps à l'attente, de la part des patients, d'une réponse thérapeutique immédiate. En prison, les nuits sont très longues : la fermeture des cellules a lieu entre 18 et 19 heures, et le réveil est fixé entre 7 et 8 heures. À cela s'ajoutent les conditions d'emprisonnement souvent peu propices à un sommeil de qualité (promiscuité, matelas posé à même le sol, hygiène de vie précaire, etc.). Il s'avère alors souvent extrêmement délicat d'évaluer le

tableau clinique dans lequel peut s'inscrire le symptôme insomnie. Une évaluation clinique rigoureuse est pourtant fondamentale dans le cas d'une demande qui peut paraître banale. Même si la sollicitation d'un traitement médicamenteux apparaît au premier plan, la recherche de symptômes dépressifs, d'idées suicidaires ou délirantes doit être systématique. Soulignons ici qu'un soignant réticent à toute demande de traitement psychotrope peut générer chez son patient un sentiment de rejet, sentiment qui obérisera l'alliance thérapeutique et limitera l'examen clinique psychiatrique. Il s'agit donc de trouver un équilibre entre prescription médicalement justifiée, adaptée au patient, et risque lié à la multiplication des traitements médicamenteux.

Le suicide

Le suicide constitue une problématique majeure dans la population carcérale. En France, en 2010, le taux de mortalité par suicide était de 14,6 pour 10 000 placements sous écrou, soit 1 suicide tous les 3 jours (11). Le rôle des conditions d'incarcération est incontournable, mais l'insuffisance d'accès aux soins peut également être mise en cause. Le rapport de la commission présidée par le Dr Louis Albrand sur la prévention du suicide en milieu carcéral, en 2009, insiste sur les lacunes dans le traitement des troubles psychiques comme la dépression, mettant en avant que cette pathologie, lorsqu'elle n'est pas traitée, constitue la première cause de suicide (14). L'amélioration des moyens à disposition pour la prise en charge des pathologies psychiatriques en milieu pénitentiaire est donc centrale dans la prévention du suicide en prison.

Psychotropes et stigmatisation

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

Mots-clés

Prison
Psychotropes
Addictions
Respect des recommandations

Highlights

- » *Respect for guidelines and recommendations is the rule for prescribing psychotropic drugs in prison.*
- » *Given the high prevalence of psychiatric disorders in prison, prescriptions of psychotropic drugs are numerous (about 1 in 2 inmates).*
- » *Prescribing psychotropic drugs in prison must be part of a comprehensive care, and nonpharmacologic therapy (lifestyle and dietary rules, psychotherapy) should not be neglected, despite the constraints of the environment.*

Keywords

Prison
Psychotropic drugs
Addiction
Respect for guidelines

Adaptations envisageables du traitement psychotrope

Les indications des traitements médicamenteux restent les mêmes qu'en milieu libre. Elles sont conditionnées par l'établissement de diagnostics précis sur des critères validés. Cependant, les spécificités cliniques abordées dans cet article peuvent conduire à la prescription préférentielle de certaines molécules, notamment de celles ayant un effet sédatif.

Les aspects galéniques devraient également être pris en considération. Par exemple, un traitement intramusculaire dans le deltoïde (quand cela est possible) peut paraître moins stigmatisant à un patient qu'un traitement injecté dans le grand fessier. Le [tableau II](#) liste un certain nombre de propositions visant à améliorer la prescription de médicaments psychotropes en milieu carcéral.

Aspects addictologiques spécifiques

Dépendance aux opiacés et traitements de substitution

Les stratégies de substitution, dont les bénéfices thérapeutiques ne sont plus à démontrer (15), tiennent une place importante dans la prise en charge des patients souffrant de dépendance aux opiacés. La gestion de ces traitements de substitution en milieu pénitentiaire ne va pas sans poser un certain nombre de problèmes dans la plupart des établissements (distribution peu discrète, relais complexes avec les structures extérieures, etc.).

L. Michel et O. Maguet ont proposé, en 2005, un guide de bonnes pratiques pour les traitements de substitution en milieu carcéral, qu'ils soient instaurés en milieu pénitentiaire ou poursuivis durant l'incarcération (16). Un certain nombre de points importants qui émergent de ce travail quant à la gestion de ces traitements sont regroupés dans le [tableau III](#).

Sevrage à l'entrée

Les addictions sont extrêmement fréquentes dans la population carcérale (17) : 34,7 % des détenus y seraient confrontés, tous produits confondus (18). Dans ce contexte, le sevrage des arrivants en milieu pénitentiaire prend toute son importance. Les dépendances à l'alcool, aux opiacés ou aux benzodiazépines doivent être recherchées à l'interrogatoire, ainsi que les signes de sevrage. Le caractère forcé du sevrage, inhérent au nouvel environnement, nécessite une vigilance considérable du personnel médical et paramédical lors de l'entretien d'accueil. Il n'est pas inutile de rappeler que le sevrage de l'alcool constitue une urgence médicale. Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) précisant les modalités du sevrage de l'alcool doivent être respectées (19).

Mésusage des traitements psychotropes

Le mésusage est défini par la conférence de consensus de la HAS de juin 2004 comme la consommation d'une ou de plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques, de dommages ou de dépendance (15). Il peut donc s'agir de prises fractionnées d'un traitement, d'une majoration des doses, d'une polyconsommation (usage concomitant de plusieurs substances psychoactives), d'injections

Tableau II. Améliorer la prescription des psychotropes en milieu pénitentiaire : propositions.

Recommandations
Respecter les AMM et les conférences de consensus
Privilégier des molécules sédatives
Proposer les traitements antipsychotiques retard en intramusculaire dans le deltoïde quand cela est possible
Ne pas négliger l'éducation thérapeutique
Ne pas négliger les règles hygiénodétériques
Veiller au secret médical et rappeler aux patients qu'il constitue une obligation légale pour les professionnels de santé

Tableau III. Propositions pour améliorer la prescription des traitements de substitution en milieu carcéral (d'après L. Michel et O. Maguet [16]).

Recommandations
Instauration du traitement
- Les indications d'instauration et les modalités de prescription des traitements de substitution sont les mêmes qu'en milieu libre
- Pour les patients qui bénéficiaient d'un traitement de substitution avant la détention, toute prescription antérieure devrait être reconduite
- Si l'authentification d'une prescription antérieure est difficile à obtenir chez un détenu qui entre en détention, l'évaluation clinique doit primer, et la prescription peut alors être envisagée comme une instauration
Délivrance du traitement
- Pour les modalités de délivrance, l'individualisation et la confidentialité doivent primer sur le contrôle
- Une délivrance quotidienne est préconisée. La délivrance pour plusieurs jours peut être envisagée chez les patients les plus "compliants", en particulier dans les grands établissements
- Le pilage des comprimés est à proscrire
Renouvellement
- Le suivi clinique de ces patients devrait être régulier afin d'éviter les renouvellements automatiques sans évaluation clinique
- Les contrôles urinaires doivent constituer un outil relationnel plus que de contrôle ; ils trouvent surtout leur place en début d'incarcération et dans les situations d'impasse thérapeutique
- Il convient de rester vigilant en cas d'association avec les benzodiazépines
Prise en charge à long terme
- La perspective de la sortie doit être envisagée dès la première prescription
- La prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement de substitution doit être globale. Les évaluations sociale et psychologique devraient être systématiquement proposées

intraveineuses ou de prises par voie nasale d'un produit permettant un effet psychoactif immédiat (20).

Comme l'ensemble des éléments soulignés dans cet article, les mésusages ne sont pas l'apanage du milieu pénitentiaire, mais cet environnement les amplifie et leur donne une visibilité accrue. Insistons sur le fait que trafic et mésusages sont courants en milieu libre (21) et que la majorité des trafics en milieu carcéral proviennent de l'extérieur, et sont introduits via les parloirs, ou encore par jet dans la cours de promenade (les "missiles").

Les substances illicites constituent une grande partie de ce trafic, en particulier le cannabis, la cocaïne ou l'héroïne. Cependant, de par leur disponibilité et leur utilisation moins "risquée" au niveau pénitentiaire, les médicaments psychotropes peuvent également être utilisés de façon détournée.

Ainsi certains patients troquent-ils divers médicaments psychotropes en échange de cigarettes, de vêtements, etc. Ces détenus consomment en général des doses extrêmement importantes de psychotropes, à des fins de sédation massive. Ce type de mésusage donne fréquemment lieu à des interactions médicamenteuses imprévues ou à des surdosages. Ces pratiques constituent souvent des mises en danger importantes,

dont les conséquences peuvent être lourdes lorsque des psychotropes sont consommés au cours du travail ou d'activités sportives, par exemple. Les traitements de substitution aux opiacés sont particulièrement prisés. Parfois, certains détenus bénéficient d'un traitement de substitution, et ne le prennent que s'ils ne parviennent pas à se procurer d'héroïne. Ils consomment alors souvent des doses massives et risquent un surdosage. Les pratiques de "snif" ou d'injection sont également répandues avec ces traitements.

Afin de limiter les mésusages des traitements psychotropes, un certain nombre de mesures peuvent être instaurées. En premier lieu, le suivi régulier des patients et la réévaluation symptomatique sont importants afin d'éviter les renouvellements de prescription automatiques. Il faut donc surveiller soigneusement la durée des prescriptions. Le choix de la molécule peut également entrer en considération. Par exemple, l'utilisation du zopiclone, de par sa demi-vie longue, semble plus logique que celle du zolpidem, qui peut être utilisé par certains patients à la recherche d'un effet psychoactif immédiat. Enfin, en termes de posologie, l'AMM de la molécule choisie doit être respectée. Il en est de même avec les traitements par benzodiazépines. En cas de recrudescences anxieuses majeures, les traitements anxiolytiques autres que

les benzodiazépines (l'hydroxyzine, notamment) peuvent être utilisés en association. L'association de 2 benzodiazépines est bien évidemment à proscrire.

Conclusion

Compte tenu de leur fréquence, les traitements psychotropes représentent une véritable problématique en milieu pénitentiaire. Outre le fait que les caractéristiques de cet environnement nécessitent des aménagements logistiques et organisationnels, leur maniement par les médecins prescripteurs doit aussi tenir compte des spécificités cliniques de la psychiatrie en milieu carcéral. Cependant, le respect des AMM et des recommandations doit rester la règle en milieu pénitentiaire, de la même façon qu'en milieu libre. Par ailleurs, comme en milieu libre, la prescription d'un traitement psychotrope en milieu pénitentiaire doit s'inscrire dans une prise en charge plus globale et s'articuler avec la psychothérapie (22) et l'éducation thérapeutique : celles-ci conservent toute leur pertinence dans un milieu qui bouleverse les repères environnementaux du sujet. ■

T. Fovet déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références bibliographiques

- Cougnenc O. Les prescriptions de médicaments psychotropes à la maison d'arrêt de Loos [Mémoire du diplôme d'études spécialisées de pharmacie spécialisée]. Université de Lille-II. Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, 2007.
- Harcouët L. L'exercice pharmaceutique hospitalier en milieu carcéral. *Ann Pharm Fr* 2010;68(5):286-90.
- Lafortune D, Vacheret M. La prescription de médicaments psychotropes aux personnes incarcérées dans les prisons provinciales du Québec. *Sante Ment Que* 2009;34(2):147.
- Fédération régionale de recherche en santé mentale. Le recours aux médicaments psychotropes dans le Nord-Pas-de-Calais en 2011. 2013.
- Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359(9306):545-50.
- Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012;200(5):364-73.
- Amad A, Adins C. Le bipolaire, la prison et la loi. *La Lettre du Psychiatre* 2013;9(1):20-3.
- Cabelguenne D, Harcouët L, Aubin F. Le circuit du médicament en milieu carcéral français : état des lieux et principales recommandations en vue de son optimisation. *Le Pharmacien hospitalier* 2006;41(164):13-23.
- Harcouët L, Hazebroucq G. Particularités de l'exercice pharmaceutique en prison : expérience de la pharmacie de l'Unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt Paris-La Santé. *Journal de pharmacie clinique* 2000;19(2):149-56.
- Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM. *Presse Med* 2014;43(5):520-8.
- Raimbourg D, Huyghe S. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale. Assemblée nationale : rapport n° 652, 2013.
- Direction de l'administration pénitentiaire, bureau des études et de la prospective (PMJ5). Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France. 2014. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_juin_2014.pdf
- Soliman A, O'Driscoll GA, Pruessner J et al. Stress-induced dopamine release in humans at risk of psychosis: a [¹¹C]raclopride PET study. *Neuropsychopharmacology* 2008;33(8):2033-41.
- La prévention du suicide en milieu carcéral - Commission présidée par le docteur Louis Albrand. Paris : ministère de la Justice, 2009. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000387/index.shtml>
- Haute Autorité de santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Lyon, 2004.
- Michel L, Maguet O. Traitements de substitution en milieu carcéral : guide des bonnes pratiques. *Encephale* 2005;31(1):92-7.
- Coldefy M, Faure P, Prieto M. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. *DREES Études et résultats* 2002;(181).
- Obradovic I. Addictions en milieu carcéral - Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. OFDT. 2003;99.
- Haute Autorité de santé. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. 1999.
- Combris M, Sautereau M, Giret G, Meunier F. Mésusage des traitements de substitution de la dépendance aux opiacés en milieu carcéral. *Le Courrier des Addictions* 2008;10(3):10-4.
- Sec I, Questel F, Rey C, Pourriat JL. Mésusage de médicaments psychotropes au sein d'une population de gardés à vue à Paris. *Thérapie* 2009;64(2):129-34.
- Bertrand M. Les psychothérapies en prison. *Psychiatrie en milieu carcéral*. Paris : Elsevier Masson, 2012:93-112.