



La prescription de médicaments psychotropes aux personnes incarcérées dans les prisons provinciales du Québec

Denis Lafortune*

Marion Vacheret**

Dans cet article, les auteurs tentent de mieux cerner la pratique de la prescription de médicaments psychotropes auprès des personnes incarcérées dans les prisons provinciales du Québec. Bien que la prescription de ces médicaments s'avère le « traitement psychiatrique » le plus utilisée, rares sont les études qui portent sur sa prévalence. L'étude porte sur un échantillon de 671 personnes détenues, soit 500 hommes et 171 femmes. Globalement, 40,3 % des incarcérés ont reçu au moins une ordonnance de médicament psychotrope dans la période comprise entre 2002 et 2007. Les résultats démontrent que les femmes sont plus susceptibles d'avoir fait usage de médicaments que les hommes. Les personnes incarcérées ayant reçu au moins une prescription sont en moyenne plus âgés que les autres. Une majorité d'ordonnances a été émise par des omnipraticiens et les cas de polypharmacie sont nombreux. Sur une période de cinq ans, la classe de médicaments la plus prescrite est celle des anxiolytiques/hypnotiques, suivie des antidépresseurs et des antipsychotiques. Les auteurs concluent qu'il faudra analyser davantage les facteurs associés à la prescription de cette classe de médicaments auprès des personnes criminalisées.

À l'heure actuelle, la réforme des politiques et des services de santé mentale dans le milieu carcéral constitue une priorité en Europe (Hodgins, 2001 ; Reed et Lyne, 2000), aux États-Unis (Fisher et al., 2006 ; Morris et al., 1997) et au Canada (Lafortune et al., 2007). Dans ce contexte, plusieurs chercheurs ou associations professionnelles ont formulé des recommandations en matière de prestation de services de santé mentale en milieu carcéral. On n'a qu'à penser, par exemple, aux lignes directrices de l'*American Psychiatric Association* (2000), la *Commission Kirby sur la maladie mentale, la santé mentale et la toxicomanie* (Kirby et Keon, 2006), le *Council of State Governments Justice Center* (2002), le *Department of Health* (2001) en Angleterre, le *National Institute of Justice* des États-Unis (Ford et Trestman, 2005), le

* École de criminologie, Université de Montréal.

** École de criminologie.

National Institute of Corrections des É-U (2003), l'Organisation mondiale de la santé (2007) et le Service correctionnel du Canada (2007). D'une manière assez convergente, ces recommandations favorisent : a) le dépistage systématique des problèmes de santé mentale lors de l'admission, b) une évaluation psychologique ou psychiatrique plus approfondie advenant un dépistage positif, c) le recours à la télémédecine pour les établissements situés en région rurale, d) l'implantation d'interventions psychosociales centrées sur la prévention de la récidive, la réduction des méfaits qui découle de la toxicomanie et de la réinsertion sociale ; e) l'usage approprié de médicaments psychotropes ; f) des possibilités d'hospitalisation lors d'états symptomatiques aigus, g) la gestion clinique du risque ; h) l'intégration horizontale (dans l'institution) et verticale (intra-muros et extra-muros) des services dispensés, i) et une planification rigoureuse et méthodique de la remise en liberté.

L'usage approprié de médicaments psychotropes demeure, parmi les énoncés de « bonnes pratiques », l'un des éléments les moins discutés. Pourtant, au sein des établissements de détention, il s'agit du « traitement psychiatrique le plus utilisé » (Ditton, 1999 ; Human Rights Watch, 2003 ; Young, 2003). Il y a dix ans aux États-Unis, pas moins de 51,5 % des 1013 jails distribuait déjà des médicaments psychotropes (Steadman et Veysey, 1997). À un niveau plus local, dans l'État de la Floride, un sondage sur les services de santé mentale en prison a démontré que dans pratiquement tous les *jails* des médicaments psychotropes étaient distribués. Par comparaison, dans moins de 70 % d'entre eux se faisait du dépistage des troubles mentaux et dans moins de 30 % une relation d'aide ou des services de counseling étaient accessibles (Borum et Rand, 2000). Aux États Unis toujours, Lund et al. (2002) se sont intéressés aux budgets associés à cette pratique. Se penchant plus spécifiquement sur les *prisons* et *jails* de l'Iowa, ils ont constaté que les dépenses en produits pharmaceutiques se sont multipliées de 2700 % en dix ans (passant de 3\$ par détenu en 1990 à 81\$ par détenu en 2000). Ils attribuent cette hausse à l'explosion du recours aux molécules anti dépressives. Selon Veysey et al. (2008), les médecins et psychiatres en milieu carcéral sont très conscients des enjeux budgétaires de leurs prescriptions et manifestent une « forte tendance à recourir aux médicaments moins chers » (p.203). Devant l'ampleur de ce phénomène, le Council of State Governments Justice Center (2002) soutient la « standardisation » de l'usage de médicaments psychotropes dans ces milieux, par exemple au moyen d'algorithmes de prescription.

Prévalence

Malgré les préoccupations quant à la dispensation des médicaments et leur coût, les données pharmacoépidémiologiques relatives aux prisons et aux pénitenciers restent assez rares. On sait que dans les prisons européennes, le recours aux médicaments psychotropes en cours d'incarcération touche entre 17 % (France, n = 59 155, Guérin, 2003) et 33 % des détenus (Norvège, n = 2 617 ; Kjelsberg et Hartvig, 2005). Aux États Unis, à notre connaissance, les indicateurs les plus fiables sont ceux de Beck et Maruschak (2001) qui ont analysé les données du *2000 Census of State and Federal Adult Correctional Facilities* regroupant des établissements fédéraux, d'États et privés (n = 1 088 023 incarcérés). Ces auteurs concluent qu'en juin 2000, 10 % des personnes incarcérées dans les établissements américains avaient une ordonnance de médicaments psychotropes. D'importantes variations ont pu toutefois être notées d'un État à l'autre, les taux variant entre 1,1 % (South Carolina) et 39,3 % (North Dakota).

Caractéristiques des usagers

Sommers et Baskin (1991) ont analysé les caractéristiques psychosociales associées à la prescription de médicaments psychotropes en milieu carcéral. Des analyses de régression leur ont permis de conclure que certaines caractéristiques sociodémographiques (par exemple, sexe, âge ou race/ethnie) sont corrélées à la décision de prescrire pour traiter un trouble *modéré* ou *transitoire*, mais qu'elles n'interviennent pas de façon significative dans la réponse à un trouble *sévère* ou *persistant*. Dans le *2000 Census of State and Federal Adult Correctional Facilities* (Beck et Maruschak, 2001), une différence importante se creuse entre la prévalence observée chez les hommes (9 %) et les femmes (22 %). La même tendance a été observée dans les prisons de la Nouvelle-Galles-du-Sud, en Australie, soit : 13 % chez les hommes et 25 % chez les femmes (Butler et al., 2004).

Qu'en est-il au Canada ? Pour permettre certaines comparaisons, il peut être utile de rappeler qu'en 2002, Statistique Canada a contacté 36 984 Canadiens afin de les interroger sur leur usage de médicaments psychotropes (Beck et al., 2005). Dans cet échantillon populationnel, 7,2 % des participants ont répondu avoir pris des médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois, les femmes (9,5 %) étant plus nombreuses que les hommes (5 %). Les antidépresseurs étaient les médicaments les plus utilisés, suivis des anxiolytiques/sédatifs hypnotiques. En 2005, dans les pénitenciers fédéraux, c'est 22 % des incarcérés masculins qui avaient au moins une ordonnance de médicaments

psychotropes (Enquêteur correctionnel, 2007a, 2007b¹). Chez les femmes incarcérées, Langner et al. (2002) ont mesuré trois ans auparavant un taux deux fois plus élevé, soit de 42 %.

Dans la population carcérale « âgée », l'incidence de problèmes multiples de santé physique et mentale s'avère très élevée (Brink et al., 2001; Ditton, 1999; Service correctionnel du Canada, 2005). La dépression est très répandue parmi les délinquants âgés (Flynn, 1992; Gal, 2002; Koenig et al., 1995). Néanmoins, dans un échantillon de 203 incarcérés anglais âgés de 60 ans et plus, Fazel et al. (2004) ont trouvé un taux de prescription de médicaments psychotropes ne dépassant pas les 9 %. Les auteurs concluent que les services de santé britanniques répondent mal aux besoins d'intervention pharmacologique de cette population carcérale spécifique.

Prescripteurs

À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore intéressée au statut des médecins prescripteurs (généralistes ou spécialistes) qui interviennent en milieu carcéral. La question n'est pas sans intérêt puisqu'il y a vingt ans, des études réalisées dans la collectivité ont démontré que les médecins généralistes de première ligne avaient des pratiques de prescription différentes de celles de leurs collègues psychiatres. Comparativement à ces derniers, les médecins généralistes avaient tendance à prescrire davantage d'anxiolytiques et d'antidépresseurs (Beardsley et al., 1988; Eisenberg, 1992; Kisely et al., 2000; Pincus et al., 1998).

Moments de la prescription

Pour mieux comprendre la prise en charge des problèmes de santé mentale, il peut être intéressant de savoir si les ordonnances ont été faites avant ou depuis le début de l'incarcération. Pour répondre à cette question, Wilper et Woolhandler (2009) utilisent les données du *2004 Survey of Inmates in State and Federal Correctional Facilities*. Parmi les détenus ayant une condition psychiatrique « traitée », seulement 25,5 % (ET = 7,5 %) des détenus fédéraux, 29,6 % (ET = 2,8 %) des détenus des prisons d'État, et 38,5 % (ET = 1,5 %) des *jails* locaux prenaient un médicament psychotrope au moment de leur arrestation. Par contre, 69,1 % (ET = 4,8 %), 68,6 % (ET = 1,9 %), et 45,5 % (ET = 1,6 %) d'entre eux étaient sous prescription après leur admission dans un établissement. De l'extérieur vers l'intérieur des milieux carcéraux, les taux de pharmaco prescription semblent donc avoir tendance à doubler.

Renouvellement des ordonnances

Selon le Department of Health en Angleterre (2005), un mode de dispensation adapté des médicaments psychotropes dans les prisons devrait faire partie du dispositif de soins en santé mentale. En effet, auprès de cette population, les problèmes d'observance sont suffisamment importants pour envisager un rythme rapproché de renouvellement des ordonnances et l'utilisation de piluliers ou *dispill* (Baillargeon et Contreras, 2000 ; Schwartz et al., 1998). À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à ce volet de la pratique.

Classes de médicaments

Nombreuses sont les molécules susceptibles d'être prescrites aux personnes incarcérées. Antipsychotiques typiques ou atypiques, anxiolytiques, antidépresseurs tricycliques ou de type ISRS ne sont que quelques-unes des options thérapeutiques (American Psychiatric Association, 2000 ; Baillargeon et al., 2001 ; Lewis, 2000 ; Quanbeck, 2006). Rares sont les études de prévalence qui, en milieu carcéral, comparent les grandes classes de molécules les unes aux autres. Les quelques données disponibles révèlent néanmoins un important écart d'un pays à l'autre. Ainsi, dans l'échantillon norvégien (Kjelsbert et Hartvig, 2005), les prescriptions d'antidépresseurs sont les plus répandues (21 % des détenus), suivies de celles d'antipsychotiques (7,4 %) et d'anxiolytiques (7,3 %). En France, Guérin (2003) rapporte que les médicaments prescrits sont « le plus souvent des anxiolytiques ou hypnotiques ». Sous cet angle, on observe que les études américaines et canadiennes ne distinguent habituellement pas les classes de molécules les unes des autres.

Depuis près de trente ans, les chercheurs et les praticiens se préoccupent pourtant de la prescription de benzodiazépines dans les prisons (Brown, 1978 ; Cleirec et al., 2005). En effet, une dépendance à cette classe de molécules peut s'installer au fil des mois. Les arrêts de traitement entraînent insomnie, anxiété ou irritabilité et les effets « rebond » justifient la reprise des comprimés. Compte tenu de l'importante consommation de substances illicites dans les milieux carcéraux, il existe des risques de remplacer une dépendance à un toxique par une dépendance à un traitement psychotrope, conclut Michel (2006). En Suisse, Elger et al. (2002) se sont inquiétés du fait que la proportion de détenus traités avec des benzodiazépines à la prison de Genève (48 %) était dix fois plus élevée que la proportion de patients traités avec ces molécules dans une polyclinique médicale (5 %). Lekka et al. (2003) ont pour leur part observé dans une prison de Patras (Grèce) que les détenus

qui reçoivent une ordonnance de benzodiazépine étaient plus susceptibles d'avoir reçu récemment un diagnostic d'abus de drogues illicites.

Baillargeon et al. (2001) se sont plutôt intéressés aux anti-dépresseurs, étudiant les « patterns » de prescription auprès de 5305 détenus des prisons du Texas qui montraient des symptômes dépressifs. Leurs résultats indiquent que dans 50 % des cas les symptômes ont été traités avec des tricycliques ; dans 31 % avec des ISRS et que dans 20 % aucun traitement n'a été prescrit. Cette prédominance des tricycliques tend, selon les auteurs, à montrer que les innovations thérapeutiques (dans ce cas-ci : les ISRS) ne sont pas adoptées aussi rapidement en prison que dans les autres types de cliniques.

Enfin, dans les établissements du Texas, il a été constaté que les médecins prescrivaient encore assez souvent des antipsychotiques traditionnels ou de première génération (qui sont souvent plus sédatifs et induisent plus d'effets secondaires). En 2001, dans l'échantillon de Baillargeon et Contreras, les molécules de première génération emportaient 89 % de l'ensemble des prescriptions d'antipsychotiques. Sept ans plus tard, Veysey et al. (2008) mentionnaient que la Stelazine ou le Haldol étaient encore couramment utilisés.

En somme, dans différents pays du monde, de 10 à 33 % des personnes détenues sont sous médication psychotrope. Il y a, au Québec, 17 établissements provinciaux de détention, soit deux pour femmes et 15 pour hommes (bien qu'il arrive que des femmes soient incarcérées dans une institution pour hommes). Ces établissements peuvent héberger de 24 personnes à plus de 1 100 personnes². La prise en charge des détenus ayant des problèmes de santé mentale y dépend surtout du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, le ministère de la Sécurité publique considérant généralement son rôle comme celui d'un intermédiaire entre les détenus et les divers services disponibles dans les réseaux publics. Aucune étude n'a encore cherché à établir la prévalence de ces ordonnances dans les prisons provinciales du Québec. Elles hébergent une population carcérale qui est probablement différente de celle qui se trouve dans les pénitenciers fédéraux, soit : des adultes admis en détention provisoire (c'est-à-dire placés sous garde en attendant leur procès ou la détermination de leur peine) ou qui doivent purger une peine d'emprisonnement de moins de deux ans.

Dans cette recherche, il s'agit : a) d'établir la proportion d'incarcérés ayant reçu au moins une ordonnance de médicaments psychotropes au cours des cinq dernières années et plus spécifiquement *durant* l'incarcération en cours ; b) d'analyser les tendances ou patterns de

prescription en fonction du sexe et de l'âge des incarcérés ; c) de décrire qui sont les prescripteurs impliqués (omnipraticiens ou spécialistes) ; d) d'analyser le moment (avant ou depuis l'incarcération) et le rythme de renouvellement des prescriptions (nombre de jours entre deux prescriptions pour une même personne) et e) d'analyser la distribution des grandes classes de médicaments psychotropes.

Méthodologie

Pour déterminer une taille d'échantillon adéquate, les données recueillies par différents chercheurs dans les établissements fédéraux de l'ensemble du Canada ont été examinées. Elles ont permis de faire l'hypothèse, qu'en excluant les troubles exclusivement liés à l'abus d'une substance, environ 60 % des personnes incarcérées dans les prisons provinciales satisferaient les critères diagnostiques d'au moins un trouble de l'Axe I au cours des cinq années précédant leur incarcération. Selon la formule proposée par Jenicek (1976) pour calculer la taille optimale d'un échantillon épidémiologique, un minimum de 576 cas est apparu nécessaire pour avoir une marge d'erreur qui ne dépasse pas les 4 %, avec un taux de confiance de 95 %, au moment de cerner des taux de prévalence.

Initialement, l'échantillonnage prévoyait une simple sélection aléatoire parmi les quelques 4000 personnes incarcérées une journée donnée, soit le 15 décembre 2006. Rapidement, il est apparu nécessaire d'ajouter deux critères : une durée minimale de séjour dans un établissement et une répartition en fonction du sexe. En effet, afin de ne pas inclure ceux qui n'auraient fait « qu'entrer et sortir » d'un établissement de détention provincial sans vraiment y passer un temps significatif, toute personne incarcérée pour une période inférieure à cinq jours a été exclue. Par ailleurs, une stratification en fonction du sexe a été prévue afin de permettre l'inclusion d'un nombre suffisant de femmes pour procéder à des analyses statistiques spécifiques pour ce sous-groupe. Cela n'aurait pas été assuré par un échantillon aléatoire simple étant donnée la faible proportion de femmes (6 %) au sein de la population carcérale. L'échantillon final sélectionné compte 671 personnes détenues, soit 500 hommes et 171 femmes.

Pour les 671 cas, des informations ont été extraites du système informatique DACOR du ministère de la Sécurité publique (date de naissance, sexe, date d'admission dans un des établissements de détention du Québec pour la prise en charge actuelle, statut légal au 15 décembre 2006, durée de la sentence si disponible et description du délit le plus grave pour la prise en charge actuelle). Ensuite, des données

ont été extraites du système informatique de la Régie de l'assurance maladie du Québec, pour une période de cinq ans, allant de mai 2002 à mai 2007 : acte médical posé, spécialité du professionnel ayant posé l'acte, diagnostic(s) posé(s) en fonction de la Classification internationale des maladies, date de prescription des médicaments, dénomination des médicaments et spécialité du prescripteur. Dans la base de données RAMQ, pour 671 incarcérés, le fichier initial contenait 71 098 ordonnances de médicaments (toutes catégories confondues). Une première sélection a permis de réduire le nombre d'entrées à 27 572 ordonnances de médicaments *psychotropes*. Les 55 types de médicaments psychotropes ont été regroupés en fonction de leur classe (antipsychotique, antidépresseur, anxiolytiques/hypnotiques ou psychostimulante), classes auxquelles ont été ajoutées quelques molécules spécifiques, telles que la clonidine (Catapres®), le méthylphénidate (Ritalin®) ou le naltrexone (ReVia®). La stratégie analytique a consisté à procéder d'abord à des analyses descriptives (telles que des distributions de fréquences, pourcentages, moyennes et médianes). Ensuite, certaines analyses bivariées (tests t et du chi carré) ont été menées, dans le but de comparer les résultats obtenus par deux sous-groupes de sujets (les hommes versus les femmes ; les sujets ayant reçu récemment au moins une prescription de médicaments psychotropes versus les autres). Étant donné qu'il s'agit d'une étude exploratoire et que très peu d'hypothèses peuvent être formulées *a priori*, le seuil alpha de signification statistique a été établi à 0,05.

Lors de leur admission pour la prise en charge actuelle, 262 cas ont été identifiés comme détenus (39,0 %), 407 l'ont été comme prévenus³ (60,7 %) tandis que deux autres purgeaient une peine discontinuée (pour une infraction en matière de circulation routière). L'âge moyen est de 36,1 ans (minimum = 18, maximum = 75) avec un écart type de 10,9 ans. Les délits les plus graves actuellement reprochés aux contrevenants de l'échantillon sont le plus souvent inclus dans trois catégories : les infractions contre la propriété (24,1 %), les infractions contre la personne (14,5 %) et les infractions en matière de stupéfiants (14,2 %). Au jour du 15 décembre 2006, 460 durées de sentence sont inscrites dans le système DACOR pour les 671 personnes contrevenantes. La sentence la plus courte est de 14 jours, la plus longue de 25 ans (peine fédérale), la durée médiane est de 300 jours, soit environ 10 mois.

Sur le plan de la santé mentale, dans les 671 dossiers de la RAMQ, on a surtout trouvé des : troubles «névrotiques»-anxieux (40 % états anxieux et dépressions névrotiques principalement), pharmacodépendances (25 %), troubles dépressifs (21 %), troubles de l'adaptation

(20 %) et troubles de la personnalité (18 %). S'y sont ajoutés, divers abus ou intoxications aux substances psychotropes (14 %), ainsi que des symptômes dits « généraux » tels que les troubles du sommeil (10 %). Par rapport aux troubles mentaux graves et persistants autres que les troubles dépressifs déjà mentionnés, on trouve 6 % de diagnostics de psychoses schizophréniques et 8,6 % de psychoses affectives. Au total, 58 % des hommes contre 69 % des femmes ont reçu au cours des cinq dernières années, au moins un diagnostic de problème de santé mentale. Parmi les individus ayant 50 ans ou plus au jour du 15 décembre 2006, 65 % ont reçu un diagnostic de trouble mental (quel qu'il soit) et 36 % ont reçu un diagnostic de trouble mental grave et persistant.

Résultats

Au total, 272 cas/671 (40,3 % de l'échantillon) ont reçu au moins une prescription de médicaments psychotropes au cours des cinq dernières années.

Une analyse tenant compte du sexe montre qu'il en est ainsi pour 60,8 % des femmes et 33,6 % des hommes. La différence, qui frôle le rapport du simple au double, est statistiquement significative ($p < 0,000$)⁴. Par ailleurs, une analyse en fonction de l'âge révèle que les personnes qui ont reçu au moins une ordonnance sont significativement plus âgées (moyenne 39,0 ans) que les autres (moyenne 34,1 ans, $t = 5,80$, $p < 0,000$).

Les 272 personnes contrevenantes qui ont reçu des médicaments psychotropes au cours des cinq dernières années totalisent 27 572 ordonnances. Le nombre médian de prescriptions reçues est 24 au cours des 5 dernières années (min = 1 ; max = 2 279). La distribution est très asymétrique, et peut être décrite de la manière suivante : des 671 sujets, 50 % des sujets n'ont reçu aucune prescription, 25 % en ont reçu de 0 à 10 et 25 % en ont reçu entre 10 et 2 279. Autrement dit, un quartile de 167 sujets se démarque par sa tendance à recevoir 10 ordonnances et plus entre 2002 et 2007 (c'est-à-dire, 2 prescriptions et plus par année).

Une analyse tenant compte du sexe des répondants nous permet d'observer une différence significative. Pour les hommes, la médiane n'est d'aucune prescription au cours des cinq dernières années, tandis que pour les femmes elle est de 5 prescriptions au cours des cinq dernières années ($p < 0,000$).

Des 27 572 ordonnances de médicaments psychotropes identifiées pour la période 2002-2007, 74,1 % ont été émises par des omnipraticiens, 19,1 % par des psychiatres et 6,8 % par des médecins appartenant

à d'autres spécialités (santé communautaire, médecine interne, pédiatrie, obstétrique-gynécologie, neurologie, etc.). Si 74,1 % des ordonnances ont été émises par des omnipraticiens, cela tient notamment au fait que dix «cas extrêmes», qui ont été suivis par des généralistes, totalisent à eux seuls 9 203 prescriptions. Il est à noter que neuf de ces dix cas extrêmes sont des femmes. D'ailleurs, un plus grand nombre de prescriptions de médicaments psychotropes sont émises par un omnipraticien pour les femmes (78,3 %) que pour les hommes (66,5 %, $p < 0,05$). À l'inverse, un plus petit nombre de ces prescriptions sont signées par un psychiatre pour les femmes (12,4 %) que pour les hommes (31,4 %, $p < 0,01$).

La fusion des données DACOR et RAMQ permet de situer la date des prescriptions de médicaments psychotropes au cours des cinq dernières années par rapport à la plus récente admission dans un établissement des SCQ. Globalement, 399 des 671 cas (59,5 %) n'ont reçu aucune prescription de médicaments psychotropes depuis cinq ans (ni avant, ni depuis leur plus récente admission dans un établissement du SCQ). Parmi les autres, 146 personnes (22,2 %) ont reçu une telle prescription *avant, mais pas depuis* leur plus récente admission dans un établissement des SCQ. Dans un troisième groupe, 111 personnes (16,5 %) se sont fait prescrire des médicaments psychotropes avant leur admission au sein des SCQ et *continuent de le faire depuis*. Enfin, 12 personnes (1,8 %) ont *commencé à prendre* des médicaments psychotropes depuis leur plus récente admission. En somme, 18,3 % (16,5 % + 1,8 %) des personnes contrevenantes se sont fait prescrire au moins un médicament psychotrope lors de l'incarcération en cours le 15 décembre 2006.

La durée des traitements (par exemple, ordonnance pour 7 jours ou pour 30 jours) n'est pas disponible dans la base de données RAMQ. Il est donc difficile de connaître le rythme exact des renouvellements. Les données actuelles permettent néanmoins de calculer l'écart (en nombre de jours) entre deux prescriptions. Le tableau 1 montre bien qu'en majorité (57,4 %) ces écarts sont de «0» jour. Il s'agit probablement des cas de polypharmacie ou prescriptions concomitantes de molécules différentes. Viennent ensuite les écarts d'une semaine ou moins (25,6 % ; probablement des dosettes ou *dispills* avec renouvellement de l'ordonnance à toutes les semaines). Les autres écarts (16,3 %) permettent de supposer une pratique centrée sur des renouvellements/révisions aux quinzaines (4,9 %), aux mois (7,3 %) ou plus (4,1 %).

Tableau 1
Intervalle entre deux prescriptions pour une même personne

Intervalle entre deux prescriptions pour une même personne	Nombre et pourcentage
0	15 790 (57,8)
1 à 7 jours	7 045 (25,8)
8 à 14 jours	1 336 (4,9)
15 à 30 jours	1 994 (7,3)
31 à 180 jours	1 106 (4,1)
Ne s'applique pas (une seule prescription en 2002-2007)	29 (0)
Total	27 300 (100)

Pour départager les molécules les plus prescrites aux 272 contrevenants-usagers durant la période 2002-2007, deux stratégies sont possibles : par personne ou par prescription. La répartition « par personne » contrevenante montre (au tableau 2) qu'entre 2002 et 2007, 30,7 % des cas ont reçu au moins une ordonnance d'anxiolytiques/hypnotiques (par exemple, Lorazépam [Ativan®] ou Clonazépam [Rivotril®]), 27,6 % au moins une prescription d'antidépresseurs (Venlafaxine [Effexor®] ou Trazodone [Desyrel®] et 22,7 % au moins une prescription d'antipsychotiques (Quétiapine [Seroquel ®] ou Olanzapine [Zyprexa®]). Suivent les sujets ayant reçu au moins une ordonnance d'anticonvulsivants/stabilisateurs de l'humeur (9,4 % ; gabapentine [Neurontin®] ou divalproex sodique [Épival®]), d'agoniste-2 (2,5 % ; Clonidine), de psychostimulants (2,4 % ; méthylphénidate [Ritalin ®]), d'antiparkinsonniens (1,6 %) et d'antagonistes morphiniques (0,6 %).

Pour chacune des quatre classes principales de médicaments, la proportion de femmes contrevenantes qui en fait usage est toujours supérieure à celles des hommes ($p < 0,000$). Ainsi, plus de la moitié de l'échantillon féminin s'est vu prescrire au moins une fois en cinq ans des anxiolytiques/hypnotiques (51,5 %) et des antidépresseurs (53,8 %). Entre les utilisateurs des différentes classes de médicaments se creusent des différences d'âge statistiquement significatives ($p < 0,000$). En ordre décroissant, les utilisateurs d'anxiolytiques – hypnotiques s'avèrent les plus vieux (moy = 39,6 ans), suivis par les utilisateurs d'antiparkinsonniens (moy = 39,5 ans), d'antidépresseurs (moy = 38,6 ans), d'anticonvulsivants – stabilisateurs de l'humeur (moy = 37,2 ans), d'antipsy-

Tableau 2
**Répartition des utilisateurs par classes de médicaments
 psychotropes (2002-2007)**

Classe de médicament	Nombre et pourcentage de contrevenants		
	Total	Hommes	Femmes
Anxiolytiques et hypnotiques <i>Lorazépam*</i> , <i>clonazépam</i> , <i>oxazépam</i> , témazépam, <i>flurazépam</i> , diazépam, chlordiazépoxyde, alprazolam, nitrazépam, bromazépam et buspirone	206 (30,7)	118 (23,6)	88 (51,5)
Antidépresseurs <i>Venlafaxine</i> , <i>trazodone</i> , <i>citalopram</i> , <i>paroxétine</i> , <i>amitriptyline</i> , <i>mirtazapine</i> , bupropion, doxépine, sertraline, fluoxétine, néfazodone, imipramine, nortriptyline et clomipramine	185 (27,6)	106 (21,2)	92 (53,8)
Antipsychotiques <i>Quétiapine</i> , <i>olanzapine</i> , <i>rispéridone</i> , méthotriméprazine, prométhazine, halopéridol, chlorpromazine, pimozide, loxapine, halopéridol (décanoate), clozapine, perphénazine, trifluopérazine, flupenthixol (décanoate), zuclopenthixol (décanoate) et zuclopenthixol (dichlorhydrate)	152 (22,7)	86 (17,2)	66 (38,6)
Anticonvulsivants et stabilisateurs de l'humeur gabapentine, divalproex sodique, topiramate, lithium, carbamazépine, lamotrigine, clobazam et valproate sodique.	63 (9,4)	32 (6,4)	31 (18,1)
Agoniste alpha2 adrénergique Clonidine	17 (2,5)	15 (3,0)	2 (1,1)
Psychostimulants méthylphénidate	16 (2,4)	10 (2,0)	6 (3,5)
Antiparkinsonniens Benztropine, procyclidine	11 (1,6)	8 (1,6)	3 (1,8)
Antagonistes morphiniques naltrexone	4 (0,6)	1 (0,2)	3 (1,8)

* Italique = molécule prescrite à plus de 4 % des personnes contrevenantes de l'échantillon

chotiques (moy = 36,9 ans), de clonidine (moy = 31,8 ans) et de psychostimulants (moy = 30,5 ans).

Lorsque les grandes classes sont fractionnées et que les médicaments sont considérés un à un (tableau 3), dix d'entre eux s'avèrent très souvent prescrits. Dans ce groupe, figurent : deux antipsychotiques (Quétiapine et Olanzapine), quatre anxiolytiques/hypnotiques (Lorazépam, Clonazépam, Oxazépam et Témazépam) et quatre antidépresseurs (Venlafaxine, Trazodone, Citalopram et Paroxétine).

Tableau 3
Répartition des utilisateurs par types de médicaments psychotropes (2002-2007)

Molécules (nom scientifique/ nom commercial)	Famille de contrevenants	Nombre et pourcentage
Quétiapine (Seroquel®)	Antipsychotique	110 (9,1)
Lorazépam (Ativan®)	Anxiolytique	107 (8,8)
Clonazépam (Rivotril®)	Anxiolytique	103 (8,5)
Venlafaxine (Effexor®)	Antidépresseur	76 (6,3)
Trazodone (Desyrel®)	Antidépresseur	73 (6,0)
Oxazépam (Serax®)	Anxiolytique	58 (4,8)
Olanzapine (Zyprexa®)	Antipsychotique	57 (4,7)
Citalopram (Celexa®)	Antidépresseur	48 (4,0)
Témazépam (Restoril®)	Hypnotique	41 (3,4)
Paroxétine (Paxil®)	Antidépresseur	40 (3,3)

La mise en parallèle des molécules prescrites avant et depuis l'incarcération en cours le 15 décembre 2006 met en évidence une redistribution des grandes classes pharmacologiques. En effet, si avant l'admission dans un établissement correctionnel, l'ordre des familles les plus prescrites est : les anxiolytiques/hypnotiques (35,7 %), les antidépresseurs (25,7 %) et les antipsychotiques (24,4 %). Une fois que les personnes contrevenantes sont incarcérées, la proportion d'anxiolytiques/hypnotiques diminue de 15 % (20,4 %) tandis que celle d'antipsychotiques augmente de façon substantielle (31,9 % ; $p < 0,000$) et devient la plus élevée.

Discussion

D'entrée de jeu, il faut mentionner les difficultés liées à l'analyse de la consommation réelle des médicaments en milieu carcéral. En effet, les problèmes d'observance étant nombreux, un médicament prescrit et dispensé par une pharmacie ne signifie pas qu'il est pour autant

Tableau 4
Comparaison des classes de médicaments psychotropes prescrits
« avant et après » l'incarcération

Classes de molécule	Nombre et pourcentage de prescriptions		
	Total	Avant l'incarcération en cours	Depuis l'incarcération en cours
Anxiolytiques et hypnotiques	9 566 (34,7)	9 196 (35,7)	370 (20,4)*
Antidépresseurs	7 617 (27,6)	7 080 (27,5)	537 (29,6)
Antipsychotiques	6 852 (24,9)	6 274 (24,4)	578 (31,9)*
Anticonvulsivants et stabilisateurs de l'humeur	2 555 (9,3)	2 345 (9,1)	210 (11,6)
Agoniste alpha2 adrénergique	177 (0,6)	142 (0,6)	35 (1,9)
Psychostimulants	516 (1,9)	457 (1,8)	59 (3,3)
Antiparkinsonniens	248 (0,9)	225 (0,9)	23 (1,3)
Antagonistes morphiniques	41 (0,1)	41 (0,2)	0 (0)
Total	27 572	25 760	1 812

consommé. Il sera donc important que le lecteur garde cette limite en tête en parcourant les lignes qui suivent.

Dans cet échantillon, 40,3 % des 671 incarcérés ont reçu au moins une prescription de médicament psychotrope dans la période comprise entre 2002 et 2007. Si, malgré les différences de méthodologie (étude de dossiers médicaux versus enquête téléphonique) et de période (cinq ans versus 12 mois), cette statistique est comparée au taux de 7,2 % observé par Beck et al. (2005) dans l'ensemble de la population canadienne, il s'avère que l'écart est considérable. Cela n'est pas tellement surprenant, dans la mesure où la prévalence des troubles mentaux dans les milieux carcéraux (60 % ; Blaauw et al., 2000) dépasse celle des troubles mentaux dans la collectivité (20 %, Santé Canada, 2002). Il n'en demeure pas moins que la population criminalisée reçoit beaucoup de médicaments psychotropes, surtout lorsqu'elle est hors des murs de la prison, tel que mentionné ci haut.

Aux États Unis, Sommers et Baskin (1991) ont déjà constaté que la prescription de médicaments psychotropes en milieu carcéral était associée à certaines caractéristiques psychosociales, telles que le sexe ou l'âge, lorsque le diagnostic principal en est un trouble mental modéré ou transitoire. Dans cette étude, les femmes sont effectivement plus médicalisées que les hommes (60,8 % versus 33,6 %)⁵. Ce résultat est assez cohérent avec le fait que, de manière générale dans la population, les

femmes consomment plus de médicaments psychotropes (Cooperstock, 1976, 1978) et que, dans cet échantillon, elles sont plus nombreuses à avoir reçu au moins un diagnostic de trouble mental modéré ou transitoire (69 % versus 58 % des hommes, avec une prédominance des états anxieux, de dépression névrotique et de pharmacodépendance). Il recoupe aussi la constatation d'une forte consommation de médicaments psychotropes chez les femmes provenant de milieux défavorisés (Langner et al., 2002 ; MSSS, 2001).

Sous l'angle de l'âge, dans notre échantillon, les incarcérés ayant reçu au moins une prescription de médicaments psychotropes sont en moyenne plus vieux que les autres. Rappelons aussi que, parmi les individus ayant 50 ans ou plus au jour du 15 décembre 2006, 65 % ont reçu un diagnostic de trouble mental. À première vue, nos données ne corroborent pas la crainte formulée par Fazel et al. (2004) sur la possibilité d'une mauvaise réponse psychopharmacologique aux besoins des incarcérés âgés, au sens d'une tendance à la sous-prescription. Au contraire, dans ce cas-ci, le sous-groupe des personnes âgées est fortement médicalisé. Il reste bien sûr à voir quels sont les rapports entre les diagnostics posés et les molécules prescrites, une question qui devrait l'objet d'analyses ultérieures.

Les analyses ont fourni plusieurs précisions supplémentaires quant à la pharmaco prescription en milieu de détention. On constate d'abord que pour la période 2002-2007, une majorité de prescriptions ont été émises par des omnipraticiens. Plusieurs cas recevant abondamment de médicaments étaient d'ailleurs des femmes suivies par des omnipraticiens. Des travaux ultérieurs seront nécessaires pour mieux comprendre les tenants et aboutissants d'une telle situation. On sait que maints travaux ont comparé les pratiques de prescriptions de généralistes et de spécialistes. Par exemple, dans une étude analysant les pratiques dans 14 pays différents, Kisely et al. (2000) ont constaté que les généralistes prescrivent plus souvent des anxiolytiques et des antidépresseurs indépendamment du diagnostic posé. Il faut donc se demander si la répartition des médicaments prescrits pourrait être associée à la tendance des femmes criminalisées à aller consulter des omnipraticiens lorsqu'elles sont dans la collectivité.

Durant l'incarcération en cours le 15 décembre 2006, 18,3 % des incarcérés (34,5 % des femmes et 12,8 % des hommes) se sont fait prescrire au moins un médicament psychotrope. Un tel taux de prescription intra-muros se rapproche de celui de 17 % constaté en France par Guérin (2003). Il est inférieur toutefois à ceux rapportés récemment dans les pénitenciers fédéraux par Langner et al. (2002 ;

42 % des femmes) et par l'Enquêteur correctionnel (2007b ; 22 % des hommes). Il est en deçà aussi de la prévalence des diagnostics de troubles mentaux au cours de cinq dernières années (58 % des hommes et 69 % des femmes). Enfin, il a été noté que chez 22,2 % des personnes, la prescription a été interrompue suite à l'incarcération, tandis que chez seulement 1,8 % des personnes, une prescription a été amorcée. L'ensemble de ces données fournit donc un portrait contraire à celui observé par Wilper et Woolhandler (2009) : de l'extérieur vers l'intérieur des prisons provinciales, les taux de pharmaco prescription semblent avoir tendance à diminuer plutôt qu'augmenter. Cela pourrait relever d'une difficulté au niveau du dépistage des troubles mentaux au moment de l'admission.

Dans l'ensemble, les médecins impliqués prescrivent souvent deux molécules de façon concomitante (57,8 % des intervalles entre deux ordonnances pour une même personne = 0) et renouvellent les prescriptions sur des intervalles assez courts (1 à 7 jours pour 25 % des cas). L'usage de piluliers ou *dispills* pourrait expliquer cette tendance. Mais une autre possibilité est que cette pratique reflète la volonté des prescripteurs d'éviter l'accumulation ou le « magasinage » auprès de différents médecins qui seraient mal à l'aise de refuser la prescription, tout en doutant de son bien fondé.

Sur une période de cinq ans, la classe de médicaments la plus prescrite est celle des anxiolytiques/hypnotiques, suivie des antidépresseurs et des antipsychotiques. Toutefois, depuis l'incarcération en cours, la classe de médicaments la plus prescrite est celle des antipsychotiques, suivie des antidépresseurs et des anxiolytiques/hypnotiques. Cette distribution diffère passablement de celle qui a déjà observée dans les établissements norvégiens ou français. De l'extérieur vers l'intérieur des prisons provinciales, la prescription d'anxiolytiques est réduite, au profit de celle d'antipsychotiques de nouvelle génération. Comparativement à ce qu'ont relevé Veysey et al. aux États-Unis, l'usage de la Stelazine ou du Haldol n'est pas très répandu. Le mode de remboursement du prix des médicaments n'est pas le même au Québec qu'aux États Unis et cela pourrait expliquer cette différence de pratique. Un usage fréquent de benzodiazépines durant l'incarcération avait déjà été noté en France (Guérin, 2003 ; Jaeger et Monceau, 1996), en Suisse (Elger et al., 2002) et en Grèce (Lekka et al., 2003). Or, dans ce cas-ci, une constatation importante est la grande consommation d'anxiolytiques avant l'incarcération, c'est-à-dire dans la collectivité. Des analyses supplémentaires seront nécessaires pour bien comprendre ce phénomène. Il faudrait mieux connaître le profil clinique de ces personnes et mieux connaître

les motifs, ainsi que les circonstances de la prescription faite dans la collectivité. On pourrait avancer l'hypothèse que certaines personnes ont un problème d'abus de médicaments.

Cette étude est, à notre connaissance, la première qui cerne l'ampleur du phénomène de la pharmacoprescription de psychotropes dans les prisons provinciales du Québec. Elle met en évidence l'importance du recours aux benzodiazépines, de même que certains antipsychotiques atypiques. Puisque ces molécules peuvent faire l'objet d'abus et de dépendance par les personnes enclines à avoir des problèmes de consommation de psychotropes illicites (par exemple, la quetiapine; Hussain et al., 2005; Keltner et Vance, 2008; Pinta et Taylor, 2007), il va sans dire qu'avec les personnes criminalisées, les questions d'inobservance, d'extorsion, de trafic et de revente de médicaments psychotropes devraient mériter une attention particulière.

Notes

1. Selon Boe et Vuong, 2002, le taux de détenus à qui on prescrit des médicaments psychotropes à l'admission a doublé sur une période de dix ans.
2. Il faut ajouter que, pour répondre aux besoins particuliers des détenus autochtones, des unités spécifiques ont été aménagées dans certains établissements.
3. Les prisons provinciales/territoriales peuvent accueillir des personnes accusées d'infractions criminelles (prévenues) en attendant qu'elles ne comparaissent de nouveau à la Cour.
4. Il est à noter que pour 14 de ces 272 personnes, des médicaments psychotropes ont été prescrits pour des périodes de deux à huit semaines, sans qu'il n'y ait établissement d'un diagnostic de trouble mental. En de tels cas, ce sont généralement des anxiolytiques/hypnotiques qui ont été prescrits pour calmer l'anxiété ou aider à dormir des patients présentant : hépatite, cirrhose alcoolique du foie, entorse dans la région dorsale, plaie à l'oreille, infection aiguë des voies respiratoire, dyspepsie et autres troubles gastriques.
5. Il faut aussi rappeler que neuf des dix « cas extrêmes », cumulant un très grand nombre de prescriptions (... jusqu'à près de 2 000 en cinq ans dans un des cas), sont des femmes.

Références

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000, *Psychiatric services in jails and prisons : a task force report of the American Psychiatric Association* (2nd ed), American Psychiatric Association Washington.

- BAILLARGEON J., BLACK S. A., CONTRERAS, S., GRADY J., PULVINO, J., 2001, Anti-depressant prescribing patterns for prison inmates with depressive disorders, *Journal of Affective Disorders*, 63, 1-3, 225-31.
- BAILLARGEON, J., CONTRERAS S., 2001, Antipsychotic prescribing patterns in the Texas prison system, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 1, 48-53.
- BAILLARGEON, J., CONTRERAS, S., GRADY, J. J., BLACK, S. A., MURRAY, O., 2000, Compliance with antidepressant medication among prison inmates with depressive disorders, *Psychiatric Services*, 51, 1444-1446.
- BEARDSLEY, R. S., GARDOCKI, G. J., LARSON, D. B., HIDALGO, J., 1988, Prescribing of psychotropic medication by primary care physicians and psychiatrists, *Archives of General Psychiatry*, 45, 12, 1117-1119.
- BECK, A. J., MARUSCHAK, J., 2001, *Mental Health Treatment in State Prisons, Justice Statistics, Special Report*. Washington, DC: U.S. Department of Justice (NCJ Publication No (188215).
- BECK, C. A., WILLIAMS, J, WANG, J. L., KASSAM, A., EL-GUEBALY, N. CURRIE, MAXWELL, C. J., PATTEN, S. B., 2005, Psychotropic medication use in Canada, *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 10, 605-13
- BLANCHETTE, K., MOTIUK, L., 1996, *Les problèmes graves de santé mentale chez les délinquantes: enquête comparative*, Service correctionnel du Canada.
- BLAAUW, E., ROESCH, R., KERKHOF, A., 2000, Mental disorders in European prison systems, Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 5-6, 649-663.
- BOE, R., VUONG, B., 2002, Les tendances en matière de santé mentale parmi les détenus sous responsabilité fédérale, *FORUM: Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 14, 2.
- BORUM, R., RAND, M., 2000, Mental health diagnostic and treatment services in Florida's jails, *Journal of Correctional Health Care*, 7, 2, 189-207.
- BRINK, J. H., DOHERTY, D., BOER, A., 2001, Mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study, *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 339-356.
- BROWN, C. R., 1978, The use of benzodiazepines in prison populations, *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 219-222.
- BUTLER, T. A., KARIMINIA, A. LEVY, M., MURPHY, M., 2004, The self-reported health status of prisoners in New South Wales, Australian and New Zealand *Journal of Public Health*, 28, 4, 344-350.

- CLEIREC, P., FASSEUR, P.B., LATOURELLE, J., PREVOST, P., 2005, Prescription des psychotropes en milieu carcéral, *Information psychiatrique*, 81, 437-40.
- COOPERSTOCK, R., 1976, Psychotropic drug use among women, *Canadian Medical Association Journal*, 115, 760-763.
- COOPERSTOCK, R., 1978, *A Review of Women's Psychotropic Drug Use, Women and Addictions : A Resource Kit*, Health and Welfare, Canada
- CÔTÉ, G., HODGINS, S., 2003, Les troubles mentaux et le comportement criminel, in Le Blanc, M., Ouimet, M., Szabo, D., eds., *Traité de criminologie empirique*, Les Presses de l'Université de Montréal, 503-548.
- COUNCIL OF STATE GOVERNMENTS JUSTICE CENTER, 2002, *Criminal Justice/ Mental Health Consensus Project*, Council of State Governments, New York.
- DEPARTMENT OF HEALTH, 2005, *Offender Mental Health Pathway*, Department of Health, London, UK.
- DEPARTMENT OF HEALTH, 2001, *Changing the Outlook : A Strategy for Developing and Modernising Mental Health Services in Prisons*, Department of Health, London, UK.
- DITTON, P. M., 1999, *Mental Health and Treatment of Inmates and Probationers, Bureau of Justice Statistics, Special Report*, U.S. Department of Justice (NCJ Publication No. (1744690), Washington, DC.
- EISENBERG, L., 1992, Treating depression and anxiety in primary care : closing the gap between knowledge and practice, *New England Journal of MEDICINE*, 326, 1080-1084.
- ELGER, J. S., GOEHRING, C., ANTONINI REVAZ, S., MORABIA, A., 2002, Prescription of hypnotics and tranquilisers at the Geneva prison's outpatient service in comparison to an urban outpatient medical Service, *Sozial- und Präventivmedizin*, 47, 1, 39-43.
- ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL, 2007a. Conférence internationale 2007 sur la détention et les soins, En ligne : http://www.oci-bec.gc.ca/reports/pdf/custodyconf_f.pdf.
- ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL, 2007b, Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2006-2007, En ligne : http://www.oci-bec.gc.ca/reports/pdf/AR200607_f.pdf.
- FAZEL, S., HOPE, T., O'DONNELL, I., JACOBY, R., 2004, Unmet treatment needs of older prisoners : A primary care survey, *Age and Ageing*, 33, 4, 396-398.
- FISHER, W. H., SILVER, E., WOLFF, N., 2006, Beyond criminalization : Toward a criminologically informed mental health policy and services research,

- Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 5, 544-555.
- FORD, J, TRESTMAN, R. L., 2005, *Evidence Based Enhancement of the Detection, Prevention, and Treatment of Mental Illness in Correctional Systems*, National Institute of Justice, Washington, D.C., <http://www.ncjrs.gov/pdffiles/nij/grants/210829.pdf>.
- GAL, M., 2002, La santé physique et mentale des délinquants âgés, *FORUM : Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 14, 2.
- GUÉRIN, G., 2003, La population carcérale, *Actualité et dossier en santé publique*, 44, 21-25.
- HODGINS, S., 2001, The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing, *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 427-446.
- HUMAN RIGHT WATCH, 2003, *Ill-Equipped: U.S. Prisons and Offenders with Mental Illness*, Human Right Watch, New York.
- HUSSAIN, M. Z., WAHEED, W., HUSSAIN, W., 2005, Intravenous quetiapine abuse, *American Journal of Psychiatry*, 162, 1755-1756.
- JAEGER M., MONCEAU, M., 1996, *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, Ramonville Saint-Agne, Éditions Erès.
- KELTNER, N. L., VANCE, D. E., 2008, Incarcerated care and quetiapine abuse, *Perspectives in Psychiatric Care*, 44, 3, 202-206.
- KOENIG, H., JOHNSON, S., BELLARD, J., DENKER, M., FENLON, R., 1995, Depression and anxiety disorder among older male inmates at a federal correctional facility, *Psychiatric Services*, 46, 4, 399-401.
- KIRBY, M. J. L., KEON, W. J., 2006, *De l'ombre à la lumière, la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/rep02may06-f.htm>
- KJELSBERG E., HARTVIG, P., 2005, Too much or too little? Prescription drug use in a nationwide prison, *International Journal of Prisoner Health*, 1, 75-87.
- KISELY, S., LINDEN, M., BELLANTUONO, C., SIMON, G., JONES, J., 2000, Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study, *Psychological Medicine*, 30, 5, 1217-1225.
- LANGNER, N., BARTON, J., MCDONAGH, D., NOËL, C., BOUCHARD, F., 2002, Taux de consommation de médicaments prescrits chez les détenues, *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 14, 2.

- LEKKA, N. P., PASCHALIS, C., PAPADOURAKIS, A., BERATIS, S., 2003, Characteristics of Inmates Receiving Prescribed Benzodiazepines in a High-Security Greek Prison, *Comprehensive Psychiatry*, 44, 5, 409-414.
- LEWIS, C. F., 2000, Successfully Treating Aggression in Mentally Ill Prison Inmates, *Psychiatric Quarterly*, 71, 4, 331-343.
- LUND, B. C., FLAUM, M., ADAM, L. A., PERRY, P. J., 2002, Psychiatric prescribing trends and practices in Iowa's prisons, *Psychiatric Services*, 53, 8, 1023-1024.
- MSSS, 2001, *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie – Orientations – Axes d'intervention – Actions*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- MICHEL, L., 2006, Addictions aux substances psychoactives illicites – polytoxicomanies, *Annales médico-psychologiques*, 164, 247-254.
- MORRIS, S. M., STEADMAN, H. J., VEYSEY, B. M., 1997, Mental health services in United States jails : a survey of innovative practices, *Criminal Justice and Behavior*, 24, 3-19.
- NATIONAL INSTITUTE OF CORRECTIONS, 2003, *Corrections Agency Collaborations with Public Health. Special Issues in Corrections*, National Institute of Corrections, <http://www.nic.org/Library/019101>.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2007, *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*, http://www.who.int/mental_health/resources/resource_jails_prisons_french
- PINCUS, H. A., TANIELIAN, T. L., MARCUS, S. C., OLFSON, M., ZARIN, D., THOMPSON, J., ZITO, J. M., 1998, Prescribing trends in psychotropic medications, Primary care, psychiatry and other medical specialties, *JAMA*. 279, 526-531.
- PINTA, E. R., TAYLOR, R. E., 2007, Quetiapine addiction? *American Journal of Psychiatry*, 164, 174-175.
- QUANBECK, C., 2006, Forensic psychiatric aspects of inpatient violence, *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 3, 743-760.
- REED, J. L., LYNE, M., 2000, Inpatient care of mentally ill people in prison : Results of a year's programme of semistructured inspections, *British Medical Journal*, 15, 320, 1031-1034.
- SANTÉ CANADA, 2002, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada.
- SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, 2005, *Questions et défis auxquels le SCC doit faire face*, <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/sb-go/pdf/06-fra.pdf>

- SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, 2007, *Stratégie en matière de santé mentale*, <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/ql/11-fra.pdf>
- SOMMERS, I., BASKIN, D. R., 1991, Assessing the appropriateness of the prescription of psychiatric medications in prison, *Journal of Nervous and Mental Disease* 179, 267-273.
- STEADMAN, H., VEYSEY, B. M., 1997, *Providing services for jail inmates with mental disorders*, Series, NIJ Research in Brief Published.
- SWARTZ, M. S., SWANSON, J. W., HIDAY, V. A., BORUM, R. WAGNER, H. R., BURNS, B. J., 1998, Violence and Severe Mental Illness : The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication, *American Journal of Psychiatry*, 155, 2, 226-231.
- THORNBURN, K. M., 1995, Health care in correctional facilities, *Western Journal of Medicine*, 163, 6, 560-564
- VEYSEY, B. M., STENIUS, V., MAZADE, SCHACHT, L., 2008, Costs, control or just good clinical practice ? *Journal of Offender Rehabilitation*, 45, 1, 189-206.
- WILPER, A. P., WOOLHANDLER, S., 2009, The health and health care of US prisoners : results of a nationwide survey, *American Journal of Public Health*, 99, 4, 666-72.
- YOUNG, D. S., 2003, Co-occurring disorders among jail inmates : bridging the treatment gap, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 3, 3, 63-85.

ABSTRACT

Prescription of psychotropic medication in inmates of Québec's correctional facilities

In this article, the authors attempt to better examine the practice of prescription of psychotropic medication of inmates of Québec's correctional facilities. Although prescription of this medication is considered the most widespread "psychiatric treatment," studies on the prevalence of these prescriptions remain scarce. The study includes a sample of 671 inmates, 500 men and 171 women. Globally, 40,3 % of inmates have received at least one prescription for psychotropic medication in the period between 2002 and 2007. Results show that women are more likely than men to have been prescribed medication. Inmates who have received at least one prescription are older than other inmates. Most prescriptions have been given by physicians and the cases of polypharmacy are numerous. On a period of five years, the class of medication

the most widely prescribed is the following: anxiety/hypnotic medication, antidepressants and antipsychotic medication. The authors conclude that further analysis of factors associated with prescription of this class of medication of this population is needed.

RESUMEN

La prescripción de medicamentos psicotrópicos a las personas encarceladas en las prisiones provinciales de Quebec

En este artículo, los autores intentan delimitar mejor la práctica de prescribir medicamentos psicotrópicos a las personas encarceladas en las prisiones provinciales de Quebec. A pesar de que la prescripción de estos medicamentos es el “tratamiento psiquiátrico” más utilizado, raros son los estudios sobre la prevalencia de estas prescripciones. El estudio se realizó en una muestra de 671 personas detenidas, es decir, 500 hombres y 171 mujeres. Globalmente, a 40.3% de los encarcelados se les recetó al menos en una ocasión un medicamento psicotrópico, en el período que comprende de 2002 a 2007. Los resultados muestran que las mujeres son más susceptibles de haber utilizado estos medicamentos que los hombres. Las personas encarceladas que fueron recetadas por lo menos una vez son en promedio de mayor edad que las otras. La mayoría de las recetas fueron dadas por médicos generales y los casos de polifarmacia son comunes. En un período de cinco años, el tipo de medicamentos más recetados son los ansiolíticos/hipnóticos, seguidos de antidepresores y antipsicóticos. Los autores concluyen que habrá que analizar más a fondo los factores asociados con la prescripción de este tipo de medicamentos en las personas criminalizadas.

RESUMO

Prescrição de medicamentos psicotrópicos às pessoas detentas nas prisões provinciais do Quebec

Neste artigo, os autores tentam melhor compreender a prática da prescrição de medicamentos psicotrópicos às pessoas detentas nas prisões provinciais do Quebec. Apesar da prescrição destes medicamentos ser o “tratamento psiquiátrico” mais utilizado, raros são os estudos da prevalência destas prescrições. O estudo foi realizado em uma amostragem de 671 detentos, seja 500 homens e 171 mulheres. Em geral, 40,3% dos detentos receberam pelo menos uma prescrição de medicamento psicotrópico no período entre 2002 e 2007. Os resultados demonstram que as mulheres são mais susceptíveis de usar estes medicamentos que os homens. Os detentos que receberam pelo menos

uma prescrição são, em média, mais idosos que os outros. Uma maioria de prescrições foram emitidas por médicos generalistas e os casos de polifarmácia são numerosos. Em um período de cinco anos, a classe de medicamentos mais prescrita é a de ansiolíticos/hipnóticos, seguida dos antidepressivos e antipsicóticos. Os autores concluem que será necessário analisar melhor os fatores associados à prescrição desta classe de medicamentos junto às pessoas criminalizadas.