



USAGE DE DROGUE ET PSYCHOPATHOLOGIE DANS LES PRISONS: UNE ETUDE EXPLORATOIRE POUR LE DEVELOPPEMENT D'UNE METHODOLOGIE

RESUME

**Joke De Wilde
Veerle Soyez
Stijn Vandevelde
Eric Broekaert
Tom Vander Beken
Rudy Guillaume
Elke Dumortier
Youri Caels**

La recherche s'inscrit dans le cadre du « Programme de recherches d'appui à la Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue » mis en oeuvre et financé par le SPP Politique scientifique.



CONTENU

1. Position du problème et contextualisation.....	3
1.1.Introduction.....	3
1.2.Contextualisation de l'étude.....	3
1.3.Objectifs.....	4
2. Etat des lieux.....	5
2.1. Exploration de la littérature.....	5
2.1.1. Co-morbidité dans les prisons.....	5
2.1.2. Dépistage et évaluation des doubles diagnostics dans la prison	6
2.2. Enquête dans les services psychosociaux.....	7
2.2.1. Introduction.....	7
2.2.2. Méthodologie.....	7
2.2.3. Résultats.....	8
2.3. Bilan des instruments existants pour le dépistage et l'évaluation du double diagnostic	9
3. Elaboration d'une méthode d'évaluation.....	10
4. Etude pilote.....	12
4.1. Introduction.....	12
4.2. Résultats.....	12
5. Conclusions et recommandations.....	14
5.1. Prévalence du double diagnostic	14
5.2. Evaluation du double diagnostic dans un contexte carcéral	16
6. Références.....	20

1. POSITION DU PROBLÈME ET CONTEXTUALISATION

1.1. Introduction

La survenance simultanée de l'abus de substances et d'un autre trouble psychiatrique majeur (double diagnostic ou co-morbidité) est un problème complexe. En raison de cette complexité notamment, un pourcentage significatif des personnes faisant l'objet d'un double diagnostic se retrouvent également en prison pour une peine de courte ou longue durée.

À ce jour, et certainement en Belgique, peu d'enquêtes ont été menées concernant le double diagnostic dans les prisons. Ainsi, on ignore par exemple le nombre de détenus dans des prisons belges qui sont concernés par la co-morbidité. Une telle situation souligne la nécessité d'une méthode systématique et appropriée visant à détecter et diagnostiquer le double diagnostic dans un environnement pénitentiaire. C'est donc dans ce contexte de réalité que le projet d'étude «*Usage de drogue et psychopathologie dans les prisons: Une étude exploratoire pour le développement d'une méthodologie*» a vu le jour. Le présent rapport aborde le déroulement et les résultats de ce projet.

1.2. Contextualisation de l'étude

Des études internationales révèlent un degré de prévalence élevé de la comorbidité chez les consommateurs de drogue, qu'il s'agit de l'apparition d'un trouble psychiatrique majeur (cfr. DSM-IV, Axe I et Axe II) combiné à l'abus de substances (Hasin et al., 1996). Dans un contexte pénitentiaire surtout, beaucoup de gens semblent satisfaire aux critères d'un «*dual diagnosis*» ou «*double diagnostic*» (Eden et al., 1997; Katz, 1999; Timmerman & Emmelkamp, 2001). Outre les conséquences négatives pour les clients individuels qui font face à une problématique de double diagnostic, notamment en raison du manque de structure de soins élaborée, le phénomène de comorbidité influence fortement l'atmosphère générale au sein de la prison.

Cependant, une enquête récente révèle que les chiffres de prévalence (généralement élevés) rapportés dépendent fortement de la méthodologie d'évaluation utilisée (Heilig et al., 2002). Cela souligne sans doute la nécessité de procédures plus systématiques, réfléchies, précises et complexes en vue de diagnostiquer la comorbidité (Heilig et al., 2002). En outre, le constat évoqué plus haut semble s'appliquer principalement dans des environnements spécifiques, comme les prisons, où la mise en œuvre de procédures d'évaluation dépend fortement de conditions périphériques particulières (Black et al., 2004). En effet, souvent, les instruments existants ne sont pas validés dans les environnements pénitentiaires; on y trouve (plus) souvent des réponses sociales souhaitables ou d'autres formes de réponses; et l'organisation de batteries de tests étendus représente fréquemment des difficultés pratiques et financières, ce qui a pour effet de limiter les protocoles d'évaluation actuels à l'utilisation d'instruments d'auto-évaluation par écrit (Megargee, 1995; Richards & Pai, 2003; Shearer & Carter, 1999).

Parallèlement à ces constats engendrés par des études internationales, il est donc naturel de contextualiser le projet d'étude décrit ici. Dans le monde pénitentiaire belge, à ce jour, l'utilisation de procédures de screening ou d'évaluation normalisées reste en effet limitée pour la détection du phénomène de comorbidité chez les détenus.

1.3. Objectifs de l'étude

La finalité de l'étude était l'élaboration d'une méthode d'évaluation adaptée pour le screening des troubles psychiatriques et de l'abus de substances chez les nouveaux détenus de toutes les prisons belges. Dans ce cadre, un *premier objectif* prévoyait de réaliser un tour d'horizon de la situation actuelle, en se concentrant sur les méthodes existantes. En outre, on s'est également efforcé de réaliser un inventaire (aussi complet que possible) des instruments utilisés. Un *deuxième objectif important* consistait à explorer la littérature scientifique existante nationale et internationale concernant l'évaluation des troubles psychiatriques et de l'abus de substances (« double diagnostic »). On s'est également penché sur l'exploration et la description de plusieurs exemples étrangers de « pratiques d'excellence ». Après une large sélection de littérature générale, on s'est concentré spécifiquement sur les études menées en environnement pénitentiaire et sur les caractéristiques pertinentes en la matière. On a également étudié la nécessité d'adopter des approches spécifiques de médecine légale. Sur cette base, le *troisième objectif* prévoyait de décrire et d'approfondir les « conditions périphériques spécifiques au contexte » (ex.: secret professionnel, cadre juridique, aspects de sécurité, etc.) et les implications financières et organisationnelles pour la procédure proposée. Le *quatrième* et dernier *objectif* prévoyait la réalisation concrète, l'évaluation et le réglage fin de la méthode d'évaluation adaptée.

Pour résumer, nous pouvons formuler les objectifs de la manière suivante :

Objectif principal. Développement d'une méthode d'évaluation adaptée des troubles psychiatriques et de l'usage abusif de drogue chez les condamnés et les internés, avec l'accent mis sur les conditions périphériques spécifiques.

Sous-objectif 1. Faire l'état des lieux des modes de diagnostic et des procédures d'évaluation en vigueur.

Sous-objectif 2. Développement d'une méthode d'évaluation adaptée et d'un manuel de procédure corrélé à cette méthode.

Sous-objectif 3. Faire l'état des lieux des conditions périphériques spécifiques en incluant les aspects liés au secret professionnel, au rôle des services psychosociaux, à l'exploration des conditions financières et organisationnelles de la méthode proposée.

2. ETAT DES LIEUX

2.1. Exploration de la littérature

2.1.1. Co-morbidité dans les prisons

Les études internationales révèlent un degré élevé de prévalence de la comorbidité chez les consommateurs de drogue (Carey & Correia, 1998; Fazel & Danesh, 2002; Hasin et al., 1996). Dans un article récent concernant le traitement des clients avec double diagnostic, Burnam & Watkins (2006) citent des études qui attestent que la prévalence de la comorbidité varie de 15% à 40% pour les troubles relatifs à l'usage de substances et les troubles psychiatriques. Encrenaz & Messiah (2006, p.378) citent des recherches attestant qu'il existe un degré élevé de comorbidité entre des troubles relatifs à l'usage de substances et d'autres troubles psychiatriques (non liés à l'usage de substances). Les troubles relatifs à l'abus des substances apparaissent plus fréquemment chez des personnes qui souffrent d'un trouble psychiatrique et vice versa : les toxicomanes souffrent plus fréquemment d'autres troubles psychiatriques, comme des troubles d'angoisse ou des épisodes dépressifs.

Dans le contexte des prisons, en particulier, il apparaît que beaucoup de personnes répondent aux critères du 'double diagnostic' (Eden et al., 1997; Timmerman & Emmelkamp, 2001). Peters et Bartoi (1997) réfèrent à des études qui estiment que 3% à 11% des détenus souffrent de troubles psychiques ainsi que de troubles d'abus ou de dépendance aux substances. Dans une étude récente de Black et al.. (2004), des chiffres encore plus élevés sont rapportés: près de 20% des adultes détenus auraient des troubles psychiques graves et 75% de ceux-ci auraient un trouble concomitant d'usage de drogues.

Une conclusion importante est que les personnes avec double diagnostic forment un groupe essentiellement hétérogène (Drake & Wallach, 2000; Lehman, 1996). Malgré cette hétérogénéité il existe un certain nombre de caractéristiques communes. Dans ce contexte, Peters & Bartoi (1997, p.3), Drake & Wallach (2000) et Eden, Peters & Hills (1997) donnent un aperçu des principales implications d'un double diagnostic¹:

- les détenus avec double diagnostics ont plus de difficultés concernant l'emploi, la famille et des relations sociales; il ont des problèmes médicaux plus prononcés et sont moins capables d'éviter une rechute
- les détenus avec double diagnostic courent plus le risque de quitter précocement des programmes de traitement
- ils présentent une transition plus rapide de la consommation initiale de drogues vers la dépendance
- ils présentent plus d'hospitalisations
- une prévalence élevée de dépression et de suicide
- des pronostics moins favorables concernant la finalisation du traitement
- non respect des prescriptions de médicaments et de traitement

¹ Pour un résumé des études sur lesquelles les résultats sont basés, voir Peters & Bartoi (1997)

- les programmes de traitement qui existent ne sont pas toujours adaptés aux nécessités et aux besoins des personnes avec un double diagnostic
- mauvais fonctionnement social, relations peu satisfaisantes; épisodes sans abri, violence et emprisonnement (détention)
- état fonctionnel diminué
- infection HIV
- comportements perturbants et violence
- réapparition plus rapide des symptômes après le traitement

2.1.2. Dépistage et évaluation des double-diagnostics en prison

Vu les problèmes spécifiques des clients à double diagnostic, le dépistage et l'évaluation sont extrêmement importants. C'est pourquoi le dépistage régulier des troubles concomittants, liés à l'usage de drogues et aux troubles psychiques, est déjà une procédure standardisée dans ou en dehors du contexte des prisons, dans différents pays dont les Etats-Unis, (Black et al., 2004; RachBeisel, Scott, & Dixon, 1999).

Les chiffres de prévalance rapportés semblent dépendre des méthodes de dépistage utilisées (Heilig et al., 2002; Peters & Bartoi, 1997). Plusieurs études indiquent que les problèmes relatifs à l'abus de substances ainsi que les troubles psychiatriques sont sous-diagnostiqués. Ce constat est aussi valable pour les programmes de traitement, mais il l'est d'autant plus dans des contextes spécifiques, tels les prisons, où l'implémentation de procédures de dépistages dépend de conditions particulières (Black et al., 2004).

Plusieurs études ont examiné la validité des diagnostics psychiatriques des personnes qui abusent des substances (Heilig et al., 2002; Kranzler et al., 1995). Les diagnostics établis par des thérapeutes, dans le cadre de leur pratique ordinaire, semblaient valides pour l'abus de substances, modérément valides pour les troubles de personnalité et peu valides pour des troubles d'angoisse, les épisodes dépressifs et les double diagnostics (cf. Crawford, Crome, & Clancy, 2003). Heilig et al. (2002) ont examiné dans ce contexte la validité du terme 'double diagnostic' utilisé par des travailleurs sociaux, en comparaison avec les résultats d'une évaluation structurée et systématique basée sur des critères DSM III-R. La conclusion la plus importante de cette étude était que des procédures bien élaborées et accomplies par un personnel qualifié, sont une condition sine que non pour établir s'il y a double diagnostic.

Il est évident qu'un diagnostic erroné a des conséquences importantes: prescriptions médicamenteuses inadéquates des troubles psychiques, traitement non approprié et absence de relais vers une forme de traitement approprié et inefficacité malgré le traitement dispensé (Peters & Bartoi, 1997). Une conséquence importante est la surreprésentation des personnes avec des troubles psychiques dans les prisons, où ils ne sont, fondamentalement, pas à leur place. Dans ce contexte, Rogers, Jackson, Salekin & Neuman (2003) attirent l'attention sur la nécessité d'une évaluation rapide et effective des troubles et symptômes de l'Axe 1, sur base de méthodes existantes d'interviews structurées.

Toutes ces études soulignent l'importance de mettre en place des procédures systématiques, effectives et efficace pour diagnostiquer la co-morbidité, en particulier dans les prisons (Heilig et

al., 2002). Malgré l'existence d'un grand nombre d'instruments (concernant l'abus de substances d'une part, et les troubles psychiques d'autre part), il manque toujours un protocole clair qui tienne compte des remarques ci-dessus (particulièrement en Belgique). Une piste possible discutée dans ce contexte par Roesch, Ogloff et Eaves (1995), est la nécessité d'un dépistage des troubles psychiques chez tous les détenus, suite à quoi une évaluation approfondie serait effectuée pour les personnes qui semblent présenter des problèmes psychiques. Black et al. (2004) insistent sur l'importance d'instruments de dépistage intégrés dans une approche plus large, par exemple avec une orientation vers un traitement si le dépistage confirme l'existence de certains symptômes.

Consécutivement, Drake & Wallach (2000) indiquent que l'intégration du dépistage et du traitement du double diagnostic, ciblés sur les troubles psychiques autant que sur l'abus de substances, offre le plus de chances de succès.

2.2. Enquête dans les services psychosociaux

2.2.1. Introduction

Dans une première phase du projet de recherche, une enquête fut menée auprès des services psychosociaux (SPS) de toutes les prisons Belges et des unités de psychiatrie légale pour personnes internées en vue de développer une méthodologie adaptée. L'interrogation des SPS au sein des unités de psychiatrie légale (pour personnes internées) fut considérée très importante dans le cadre de cette étude, parce que ces services jouent un rôle d'exemple concernant le dépistage et l'évaluation des détenus.

L'option d'interroger les SPS plutôt que les services médicaux fut retenue vu que les SPS se chargent, pour le moment, d'une partie importante du dépistage et de l'évaluation de l'usage de drogues et de la psychopathologie des détenus. Il est très probable que cela changera suite à la loi du 12 janvier 2005 relative au régime pénitentiaire et à la situation juridique des détenus (M.B., 1er février 2005) et que les services médicaux auront alors une finalité de traitement. C'est pour cela que la méthodologie d'évaluation qui est développée est en principe destinée aux services médicaux.

2.2.2. Méthodologie

Après une étude de la littérature, un questionnaire identique fut établi pour la Flandre et la Wallonie. Ce questionnaire comprend deux parties. La première partie traite du dépistage médico-psychosocial des détenus (qui est soumis au dépistage ? qui effectue le dépistage ? quand et comment se déroule le dépistage ? quels sont les objectifs et implications du dépistage ? à l'aide de quels instruments de mesure se déroule le dépistage ?), l'offre de soins (soins médicaux et psychiatriques, prise en charge psychosociale, éducation et formation, mesures concrètes prises pour les cas de toxicomanie et / ou cas de troubles psychiques, et formation du personnel) et la prévalence du double diagnostic dans l'établissement. La deuxième part vise les conditions spécifiques à l'établissement (temps, personnel, espace et lieu, budget, cadre juridique et autres), les points positifs et points d'attention et les perspectives d'avenir concernant le dépistage médico-psycho-social.

Après avoir reçu de la Direction Générale de l'Exécution des Peines et des Mesures la permission d'effectuer l'étude, notre équipe prit contact par téléphone avec un membre du personnel du SPS (le directeur, le psychiatre, le psychologue ou un assistant social), dans toutes les prisons Belges (N=33) et toutes les unités de psychiatrie légale pour personnes internées (N=3), pour leur expliquer l'étude en cours. Ensuite, la première partie du questionnaire leur fut renvoyée par e-mail. Après que cette première partie fut complétée sur base électronique, une enquête téléphonique fut organisée pour la deuxième partie. Pendant cette interview téléphonique, qui durait en moyenne une heure et demi, le questionnaire électronique était parcouru (et, si nécessaire, complété) avant de passer aux questions de la deuxième partie.

2.2.3. Résultats

Tous les détenus sont examinés à l'entrée, dans toutes les prisons. Le contenu et l'ampleur de cet examen dépend de la taille de la prison, du personnel et du temps disponibles. Les différences trouvées concernant le dépistage médico-psycho-social sont davantage liés aux différences entre les institutions qu'à des différences entre la Flandre et la Wallonie.

Il y a bien une différence importante concernant l'offre de soins entre les prisons d'une part et les unités de psychiatrie légale pour personnes internées d'une autre part. Alors que dans les prisons on ne peut que travailler d'une façon pré-thérapeutique (surtout dans les grandes prisons), car il manque de temps pour voir régulièrement tous les détenus. Dans les unités de psychiatrie légale pour personnes internées, la norme est l'élaboration d'un plan de traitement et une offre de traitement. On approfondit ensuite les résultats du premier dépistage, toujours réalisé en prison. Si indiqué, les détenus sont orientés vers une unité de psychiatrie légale pour personnes internées, qui envisage une évaluation supplémentaire.

Il est important de garder à l'esprit quelques points névralgiques concernant cette enquête. Il est apparu, sur base de l'enquête téléphonique, que tous les répondants n'avaient pas interprété le terme 'screening' (dépistage) d'une même manière lorsqu'ils avaient complété le questionnaire électronique. Au cours de l'analyse des résultats les réponses différaient selon la fonction de la personne qui était interrogée et dépendaient du fait qu'il y ait eu, ou non, une concertation préalable entre les membres du personnel.

L'enquête sur les conditions de dépistage spécifiques aux établissements a révélé la position délicate du SPS: d'une part ils ont une mission d'expertise (donner un avis / préparer le reclassement), et d'autre part ils ont une mission de traitement et des conversations pré-thérapeutiques avec le détenu. Cela induit une confusion des rôles et explique partiellement les remarques contradictoires concernant le secret professionnel.

Différentes suggestions furent formulées pour le développement d'un instrument de dépistage et d'évaluation, mais là aussi est réapparue la zone de tension entre traitement et expertise. En plus, les répondants se posent des questions sur l'utilité du dépistage, vu les moyens limités pour prévoir une offre des soins ultérieure. Le manque de place dans les annexes psychiatriques et dans les centres de défense sociale fut régulièrement relevé, de même que le fait que les internés se trouvent au contact des condamnés, ce qui complique l'organisation d'un traitement approprié.

La nécessité d'une batterie de tests, identique pour tous les services pénitentiaires est clairement apparue et l'emploi d'un seul questionnaire est considéré comme insuffisant.

2.3. Bilan des instruments existants pour le dépistage et l'évaluation du double diagnostic

L'emploi d'instruments standardisés pour l'identification de la co-morbidité dans les contextes pénitentiaires est recommandé. En plus, l'emploi d'instruments comparables dans différentes institutions pénitentiaires peut stimuler une compréhension partagée du double diagnostic et de son approche. La littérature indique différents éléments essentiels du dépistage et de l'évaluation dans les contextes pénitentiaires: (1) le passé judiciaire, (2) l'identification des signes et symptômes des troubles psychiques majeurs ; (3) l'identification des symptômes de l'abus de substances, (4) indicateurs d'abus de substances récent ou actuel et (5) autres facteurs motivationnels et sanitaires qui peuvent influencer le traitement de ces individus.

Comme il n'existe pas, jusqu'à présent, d'instrument qui évalue ces cinq facteurs, différents instruments indépendants mesurant la psychopathologie et l'abus des substances sont combinés pour le dépistage de la co-morbidité (Peters & Bartoi, 1997). Cela apparaît dans la description des exemples de bonnes pratiques, qui peuvent être consultés dans le rapport de recherche.

Une étude de la littérature permet de faire un inventaire des instruments de dépistage et d'évaluation de l'un des facteurs énumérés ci-dessus. Cet inventaire a pour but de dresser un bilan des instruments de dépistage et d'évaluation existants, tant pour l'abus de substances que pour la psychopathologie et pour la co-morbidité. Il est important de noter que tous les instruments ne sont pas validés pour une population pénitentiaire. Le point de départ de cet inventaire était l'idée de faire un tour d'horizon des instruments de dépistage et d'évaluation. Néanmoins, chaque instrument fut examiné dans son adéquation pour l'emploi dans un contexte pénitentiaire, parce que cette information était importante pour les phases ultérieures de l'étude (voir Partie III du rapport de recherche pour plus d'informations).

Malgré l'étendue de l'inventaire, tous les instruments existants ne sont probablement pas mentionnés. Il y a une subdivision basée sur le genre d'instrument (dépistage ou évaluation); et le but (mesurer l'abus de substances, la psychopathologie, la co-morbidité, la disposition au changement ou la simulation de symptômes). L'inventaire peut être consulté en ligne sur le site Internet du Service Public Fédéral du Programmation Politique Scientifique (<http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=DR/26>).

3. ELABORATION D'UNE MÉTHODE D'ÉVALUATION

La méthode d'évaluation se base sur les résultats d'une exploration de la littérature; l'état des lieux actuel dans les prisons Belges fut établi grâce à une sélection d'un certain nombre d'instruments dans un large éventail. Cette sélection fut enrichie par les expériences étrangères en matière de « pratiques d'excellence ».

En première instance il était clair que les instruments sélectionnés doivent répondre à une série de conditions:

- (1) Les instruments utilisés doivent pouvoir donner rapidement un aperçu de la problématique qu'est susceptible d'éprouver une personne et ils doivent idéalement permettre de déceler quels sont ses besoins en matière de traitement.
- (2) La mise en œuvre des instruments ne doit (de préférence) pas dépasser la durée d'une heure.
- (3) La méthodologie proposée devra se composer de plusieurs outils pour permettre d'avoir une image aussi complète que possible de la personne : informations démographiques, consommation de drogues, psychopathologie, troubles co-morbides, motivation au traitement et historique des traitements reçus.
- (4) En fonction des problématiques individuelles, il peut être nécessaire de recourir à plus ou à moins d'outils pour parvenir à une évaluation de qualité et pour pouvoir formuler une proposition de traitement satisfaisante.

Les critères suivants ont donc été définis afin de sélectionner les instruments :

- validité et fiabilité (ils doivent de préférence avoir été également testés sur une population médico-légale);
- efficacité de l'instrument en milieu pénitentiaire;
- durée de la mise en œuvre;
- langues disponibles;
- coût;
- portée de la symptomatologie étudiée par l'instrument (elle doit porter sur plusieurs troubles);
- fonction de l'instrument (l'instrument doit être axé spécifiquement sur le dépistage ou le diagnostic et éventuellement sur le traitement ultérieur qui en découle).

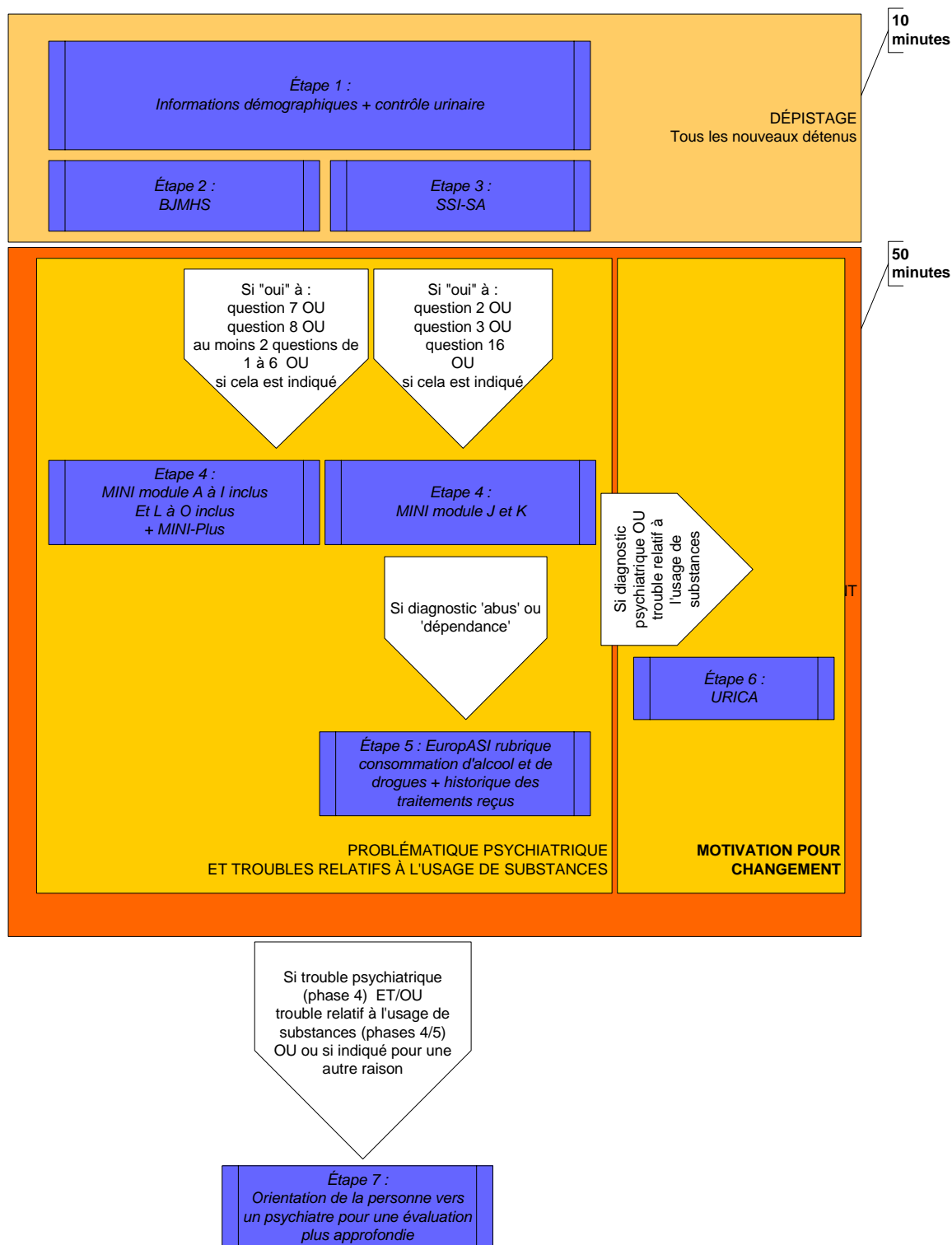
Les instruments contrôlant la simulation de n'ont pas été pris en compte. En effet, étant donné la finalité de l'évaluation - la nécessité ou non de la mise en place d'un traitement -, il ne nous semble pas opportun de recourir à ce type d'instruments car ils sont susceptibles de miner la relation de confiance entre le détenu et le soignant.

Les instruments suivants ont finalement été sélectionnés :

- (1) le **Brief Jail Mental Health Screen** (BJMHS),
- (2) le **Simple Screening Instrument for Substance Abuse** (SSI-SA),
- (3) la **Mini International Neuropsychiatric Interview** (MINI et MINI-PLUS),
- (4) le **European Addiction Severity Index** (EuropASI), et
- (5) la **University of Rhode Island Change Assessment Scale** (URICA-NL)

Pour plus d'information sur ces instruments, nous invitons le lecteur à consulter le rapport final.

La méthode d'évaluation, décrite dans le schéma ci-dessous, comprend deux grandes parties, subdivisées à leur tour en plusieurs phases. Les résultats du dépistage déterminent s'il faut ou non procéder à une évaluation plus approfondie et comment cette évaluation se fera.



4. ETUDE PILOTE

4.1. Introduction

La méthode développée fut testée sur un échantillon limité et sélectionné de détenus récemment incarcérés (N=91). Des données furent collectées jusqu'au moment où le nombre fixé de patients à double diagnostic fut représenté dans le groupe de recherche (N= 30 pour la Flandre et N= 30 pour la Wallonie). L'étude pilote fut réalisée dans deux prisons et deux centres de défense sociale (chaque fois une en Flandre et une en Wallonie). Pour la Flandre, il s'agissait de Gand et Merksplas participaient, pour la Wallonie : Mons et Paifve.

Les données récoltées furent analysées d'une manière quantitative et qualitative; l'analyse quantitative donne une première indication – très provisoire- de la quantité de personnes à double diagnostic en prison. Les chiffres sont mentionnés et discutés de manière détaillée dans le rapport final ainsi que l'effet de l'étude pilote sur la méthodologie développée. Le vade-mecum fut élaboré en perspective de l'implémentation de la méthodologie. L'analyse qualitative permit d'évaluer et d'adapter ce vade-mecum.

Pendant les mois de juin, juillet et août 2006 furent sélectionnés les détenus récemment incarcérés dans les institutions pénitentiaires participantes, afin de participer à l'étude pilote. Deux conditions supplémentaires étaient liées à la participation: le détenu devait parler et comprendre le Néerlandais ou le Français et il devait avoir la possibilité d'avoir une heure ou une heure et demi de disponibilité. Si la personne remplissait toutes ces conditions, elle recevait l'explication de la recherche et il lui était demandé d'y participer. Il était bien stipulé que les données étaient seulement utilisées dans le cadre d'une recherche scientifique, qu'elles seraient strictement confidentielles et rapportées de façon non nominative. L'information récoltée dans le cadre de cette recherche pouvait être transmise à une tierce personne, mais seulement avec l'accord formel du patient client.

Après signature du formulaire de consentement, l'enquête commençait. La méthodologie d'évaluation proposée (voir tableau schématique) était suivie le mieux possible, moyennant quelques adaptations (voir rapport final).

4.2. Résultats

Au cours de l'étude pilote, l'instrument de recherche fut appliqué à 91 détenus. Nous référons le lecteur intéressé des données quantitatives vers le rapport final. Les tests se sont bien déroulés, le déroulement variait selon les institutions, en fonction de l'organisation de la prison. Généralement une liste des détenus récemment incarcérés était mise à la disposition des chercheurs. Après sélection sur la base des critères prédéfinis (langue et temps), les gens étaient appelés, un par un, pour leur demander de coopérer à cette recherche. Dans quelques cas exceptionnels, un membre du service médical avait fait son tour dans la prison, éventuellement accompagné par le chercheur, pour expliquer la recherche et pour demander le consentement des détenus.

La disposition à collaborer variait entre les prisons et les centres de défense sociale. Alors qu'il y n'avait presque pas de refus dans les centres de défense sociale, les réticences apparaissaient plus clairement dans les prisons. Pour certaines personnes, particulièrement méfiantes, il était important de souligner que les données ne seraient pas transmises à la SPS ou à la justice. Certains détenus ont probablement collaboré en espérant que cela pourrait changer quelque chose à leur situation. Dans des cas exceptionnels, le déroulement du test fut difficile ou les données n'ont pu être récoltées que partiellement (N= 9 of 9.89%).

Dans les cas où il y avait trop peu de **nouveaux** détenus (par exemple dans les centres de défense sociale) entrant en ligne de compte pour l'étude pilote au moment de la récolte de données, on remontait dans le temps de début de détention. Ceci avait des conséquences sur le déroulement de l'expérimentation. Toutefois, ce problème se posera à un degré moindre quand l'instrumentation définitive sera implémentée dans toutes les prisons Belges, puisque dans ce cas, elle sera passée aussi rapidement que possible après l'arrivée dans la prison.

La durée de l'investigation variait d'une demi heure jusqu'à trois heures, avec une moyenne d'environ une heure. La durée du test dépendait de la quantité d'explications nécessaires pour que la personne comprenne les questions, et de l'étendue de ses réponses. Les détenus ont reçu l'occasion de raconter leur histoire, ce qui a favorisé la crédibilité des résultats.

5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La méthode d'évaluation appropriée pour le screening et l'évaluation de la consommation de drogues et la psychopathologie chez les détenus nouvellement répertoriés a pris forme sur la base des résultats des différentes études partielles. Dans un premier temps, on a procédé à une étude approfondie de la littérature qui a révélé les conditions auxquelles devaient répondre le screening et l'évaluation du double diagnostic dans les prisons. Un inventaire des instruments de screening et d'évaluation existants a permis de sélectionner les instruments les plus appropriés. L'enquête menée auprès des SPS de toutes les prisons belges et du FPE nous a permis d'identifier quelques goulots d'étranglement et de formuler des suggestions dont on a tenu compte lors de l'élaboration de la procédure d'évaluation pour le service médical.

Pour vérifier complètement la méthode élaborée, on a réalisé une étude pilote dans deux prisons et deux institutions de défense sociale en Flandre et en Wallonie de manière à obtenir un échantillon représentant 60 personnes souffrant d'un double diagnostic.

4.5. Prevalence du double diagnostic

Bien que d'une ampleur limitée – les résultats devant être interprétés avec la prudence nécessaire - l'étude pilote nous a permis d'obtenir quelques chiffres concernant la prévalence de la consommation de drogues et de la psychopathologie au sein d'une population carcérale.

Si l'on compare les résultats de cette étude pilote avec ceux de l'étude internationale, nous remarquons tout d'abord une restriction importante : notre étude a bénéficié de la participation des détenus qui venaient d'être incarcérés et de ceux qui séjournèrent en prison depuis un certain temps. Cela n'est généralement pas le cas dans l'étude internationale où l'on fait une distinction entre les deux groupes sur la base de l'hypothèse selon laquelle un environnement pénitentiaire peut renforcer certains symptômes et en amoindrir d'autres (Blaauw et al., 2000; Brinded et al., 2001). Ainsi, pour réaliser une comparaison efficace, cela signifie que nous devons séparer les deux groupes et créer ensuite une catégorie séparée pour les internés. Cette dernière catégorie ne fait pas toujours l'objet d'une distinction dans la littérature: généralement, on utilise le terme générique "détenus".

Malgré l'échantillon limité et les restrictions précitées, nous constatons que les résultats de cette étude reflètent toutefois la prévalence des principaux troubles Axe I au sein de la population carcérale, des résultats comparables à ceux des études internationales.

Le trouble Axe I le plus fréquent chez les détenus est un trouble relatif à la consommation de substances (abus de drogues ou d'alcool ou trouble de dépendance) (Andersen, 2004). Cela se confirme dans notre étude. Nous avons constaté des prévalences de 38 à 62% pour l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool et de 43 à 57% pour l'abus de drogue ou la dépendance à la drogue. Notre étude ne permet pas de contrôler quels détenus obtiennent pour la première fois un diagnostic pour un trouble lié à des substances en prison; elle révèle toutefois des informations sur le type de drogue consommée par les personnes ayant participé à cette étude. Les drogues les plus fréquemment utilisées par les personnes composant l'échantillon sont l'héroïne, les médicaments, la cocaïne et le cannabis. Cela correspond aux résultats d'autres

études concernant la consommation de drogues dans les environnements pénitentiaires en Belgique (Hariga et al., 2004; in Sleiman, 2004).

Outre les troubles liés à la consommation de substances, les personnes composant notre échantillon citent souvent les problèmes psychiques. Ce constat correspond également aux études internationales. Une enquête allemande menée récemment révèle ainsi que 88% des détenus présentent au moins un trouble psychique (von Schönfeld et al., 2006). Cette étude a également analysé la prévalence des troubles DSM-IV Axe II. Cela n'a pas été fait dans notre étude pilote étant donné que des enquêtes ont démontré qu'en catégorie Axe II, on pose souvent des diagnostics erronés ou on a tendance à poser des "surdiagnostics" (Eden et al., 1997). Pour pouvoir diagnostiquer correctement un trouble de type Axe II, un examen psychiatrique complet s'avère nécessaire, avec ou sans un entretien structuré de longue haleine. Cela n'était pas réalisable, en raison d'un des critères que la procédure d'évaluation à élaborer devait satisfaire, à savoir le fait que l'acquisition des instruments ne pouvait durer plus d'une heure.

L'étude de von Schönfeld et de ses collègues mentionne également des différences significatives entre les détenus masculins et les détenus féminins. En raison du nombre restreint de femmes dans notre échantillon (N= 9/91), nous ne pouvons nous prononcer en la matière. Le pourcentage de femmes représentées dans notre échantillon (9,8%) correspond au pourcentage de femmes dans l'ensemble de la population carcérale (Service Public Fédéral Justice, 2005). En raison de cette sous-représentation des femmes dans les institutions pénitentiaires belges, il est nécessaire de constituer un échantillon plus important pour pouvoir se prononcer sur les différences éventuelles entre les détenus masculins et les détenus féminins.

Dans les études des troubles psychiques chez les détenus, on mentionne principalement les troubles de l'humeur et d'adaptation, les angoisses et les troubles psychotiques; ces troubles sont plus fréquents chez les détenus que dans la population générale (Blaauw et al., 2000; Fazel & Danesh, 2002). Ce sont également ces troubles que l'on retrouve le plus souvent chez les détenus de notre échantillon. En outre, il semble que les détenus de notre population carcérale mentionnent en moyenne 4 troubles. Cette constatation est également comparable à une autre étude qui mentionne une moyenne de 3,5 troubles par détenu (von Schönfeld et al., 2006). Les observations précitées soulignent clairement la prévalence élevée de la co-morbidité et du problème des troubles multiples. Plusieurs enquêtes révèlent qu'il existe un degré élevé de comorbidité entre les troubles liés à la consommation de substances et d'autres troubles psychiatriques (non liés aux substances) (Encrenaz & Messiah, 2006). Sur la base de la définition utilisée dans ce projet d'étude - *la présence combinée d'un trouble psychiatrique majeur (DSM IV, Axe I) et d'un trouble lié à la consommation de substances* on peut ainsi attribuer une étiquette de "double diagnostic" à 66% des personnes interrogées. D'autres études mentionnent des chiffres situés entre 3 et 11% (Peters & Bartoi, 1997), et d'autres encore parlent de 75% des détenus. Les grandes différences dans les chiffres de prévalence trouvent sans doute leur origine dans le fait que le "double diagnostic" n'est pas toujours défini de la même manière (Drake & Wallach, 2000). Une autre explication possible pour ces chiffres de prévalence incohérents peut être le manque de méthode adaptée qui utilise des instruments normalisés (Heilig et al., 2002). Néanmoins, ce groupe cible nécessite justement un screening et une évaluation approfondis (cfr. 2.1.1). Finalement, il est également plausible que les chiffres de prévalence que nous avons calculés soient relativement élevés par rapport à certaines autres études car nous avons inclus les internés dans l'échantillon.

5.2. Evaluation du double diagnostic dans un environnement carcéral

Dans la première partie de cette étude, dans laquelle le service psychosocial de chaque prison belge a été invité à participer, le screening et l'évaluation des détenus présentant un double diagnostic semblait soumis à un certain nombre de difficultés spécifiques au contexte carcéral.

L'une des principales conditions périphériques spécifiques au contexte pour l'acquisition des instruments en matière de double diagnostic découlait de la nature même du système pénitentiaire. En l'occurrence, nous sommes confrontés à des gens obligés de vivre dans un environnement carcéral. Le screening d'une telle population dans la perspective d'un traitement n'est donc pas du tout évident. D'autre part, l'étude pilote réalisée dans le cadre de ce projet de recherche démontre qu'un tel screening n'est certainement pas impossible et qu'il peut constituer le fondement d'un traitement bien structuré.

Indépendamment du fait que le traitement dans un contexte "imposé" engendre un certain nombre de problèmes intrinsèques de "volonté" dans une situation de soutien, la situation des personnes incarcérées est également rendue plus complexe par la dualité des interventions médicales, psychiatriques et psychosociales. D'une part, ces personnes sont "enfermées" et elles sont encouragées à participer à des recherches et des traitements médicaux et psychosociaux parce que cela peut s'avérer utile dans le cadre de leur resocialisation. Une partie de ces interventions (expertises) sont "soumises à un contrôle" et leurs résultats sont généralement utilisés pour compléter le dossier pénitentiaire de l'intéressé. D'autre part, ces personnes, comme la population générale, ont besoin de soins et demandent donc une attention médicale et psychosociale. Les interventions réalisées dans ce contexte sont axées sur le soutien et par définition, elles ne sont pas "soumises à un contrôle". Dans ce contexte, les résultats des recherches et du screening concernent un patient et pas un détenu. Par conséquent, ils ne sont pas destinés au dossier pénitentiaire.

Toutefois, la réalité des prisons belges révèle que les interventions présentant une finalité de contrôle (expertises) et les interventions présentant une finalité du traitement sont étroitement imbriquées. Généralement, le personnel chargé de remplir des missions médicales et psychosociales dans les prisons n'est pas entièrement divisé sur la base de la finalité parce qu'il y a pour le moins, et cela est compréhensible, des contacts fréquents et intenses entre les deux approches. Par conséquent, il est souvent difficile de distinguer le contrôle et le traitement dans la pratique, et certainement pour les personnes incarcérées concernées, ce qui suscite toutes sortes de débats concernant l'échange d'informations. La législation relative au secret professionnel (art. 458 du Code pénal.) interdit aux praticiens de "partager" leurs informations et appréciations avec des collègues en dehors de la sphère de contrôle. Dans la pratique, cela n'est pas du tout évident : il est parfois nécessaire de réaliser deux fois le même examen, il s'agit de collègues qui travaillent avec la même personne, etc.

La loi fondamentale du 12 janvier 2005 relative au régime pénitentiaire et à la situation juridique des détenus (M.B., 1er février 2005) qui, à cet égard, n'est pas encore d'application, éclaircit quelque peu cette question.

Selon l'art. 96 de cette loi, les praticiens conservent leur indépendance professionnelle et leurs évaluations et décisions relatives à la santé du détenu peuvent être uniquement fondées sur des critères médicaux. Ils ne peuvent être obligés à imposer des traitements qui nuiraient à leur

relation de confiance avec le détenu. Leur fonction de praticien est considéré comme incompatible avec une mission d'expert au sein de la prison.

Selon les articles 100 et suivants de cette loi, l'expertise médicale est dissociée de la prestation de soins et elle doit être réalisée par des médecins-conseils dont la fonction est incompatible avec la mission de praticien au sein de la prison.

En vertu de la loi (art. 101), l'expertise médicale et psychosociale dans les prisons englobe les services assurés par des experts afin de poser un diagnostic et de fournir des conseils dans le cadre des processus décisionnels relatifs notamment :

1. au plan de détention individuel;
2. au placement et au déplacement des détenus;
3. au départ temporaire de l'institution pénale;
4. aux formes particulières d'exécution de la peine et
5. à la libération anticipée.

Comme évoqué plus haut, la fonction de cet expert est incompatible avec la mission de praticien dans la prison.

Il apparaît clairement de ce qui précède qu'une distinction complète s'impose entre les services de traitement et les services d'expertise. Étant donné que la loi fondamentale relative au régime pénitentiaire et la situation juridique des détenus (M.B. 1er février 2005) prévoit que le service médical et le service psychosocial fonctionneront à l'avenir de manière entièrement indépendante, ces services nécessitent une méthode d'évaluation "appropriée". En effet, la finalité de cette évaluation sera différente dans les deux services : le service médical (actuel) aura une finalité de traitement et au sein de ce service, l'évaluation servira principalement à élaborer un plan de traitement. Le SPS devient, quant à lui, un service doté d'une finalité de contrôle; au sein de ce service, l'évaluation sera utilisée en fonction de l'élaboration d'un plan de détention et/ou de reclassement.

Sur la base de cette distinction, il conviendra de résoudre les nombreux problèmes évoqués dans cette étude par le SPS, à savoir le manque de temps qui engendre un screening/évaluation et un suivi des dossiers limités, l'imprécision concernant la transmission des informations à d'autres services, les relations de confiance aléatoires avec le détenu en raison d'un double rôle (expertise versus traitement) (cfr. également le chapitre 2, partie 2).

C'est dans ce contexte que la méthode d'évaluation que nous avons élaborée prend réellement tout son sens. Par exemple, cette évaluation devant intervenir uniquement dans l'intérêt du détenu, il ne nous a pas semblé indiqué d'acquérir un instrument permettant de contrôler la dissimulation de symptômes (propension à la malignité) parce que cela pourrait nuire à la relation de confiance entre le "praticien" et le "patient". Dans le contexte actuel, l'acquisition d'un tel instrument devrait se faire au niveau du SPS. Toutefois, si cela est indiqué, l'acquisition d'un tel instrument peut également être envisagée dans le contexte de la méthode d'évaluation que nous avons élaborée. Les instruments les plus courants qui mesurent la dissimulation de symptômes sont repris dans l'aperçu des instruments existants pour le screening et le diagnostic du double diagnostic (Partie 2 ; Chapitre 4).

En outre, un screening et une évaluation efficaces sont soumis à un certain nombre de conditions périphériques complémentaires. Ainsi, le personnel chargé du screening et de l'évaluation

(notamment) devra être parfaitement formé et préparé à l'acquisition des différents instruments et à la reconnaissance des symptômes. De cette manière, on évitera autant que possible de "rater" certains diagnostics ou de poser des diagnostics erronés. Par ailleurs, il est important dans ce contexte de se rappeler qu'aucun instrument de screening ne sera efficace à 100 %. Néanmoins, vu les conséquences de l'absence de traitement efficace ou de la réorientation de personnes présentant un double diagnostic, il est essentiel d'éviter autant que possible les diagnostics erronés (et surtout les diagnostics sous-estimés). Lorsqu'on compare les résultats de l'étude pilote relatifs aux BJMHS avec les résultats de l'étude de validation de cet instrument, (Steadman et al., 2005), on obtient des conclusions comparables. Dans leur étude, Steadman et ses collègues (2005) font toutefois une distinction entre les hommes et les femmes: 73,5% des hommes viennent d'être classifiés, 14,6% d'entre eux semblaient faux-négatifs; pour les femmes, ils ont calculé des pourcentages respectifs de 61,6% de classification correcte et 34,7% de faux-négatifs (non réorientées mais avec toutefois un diagnostic DSM-IV Axe I). Dans notre étude pilote, 67% ont été correctement classifiés, tandis que 10% étaient faux-négatifs. Par ailleurs, il convient d'indiquer que dans notre étude, l'échantillon contenait un nombre restreint de femmes. En outre, nous avons basé l'appréciation de la précision du BJMHS sur le MINI. Dans l'étude de Steadman et ses collègues (Steadman et al., 2005), on a utilisé le Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID).

Steadman et ses collègues expliquent le nombre de faux-négatifs par le fait que le BJMHS comptabilise uniquement les symptômes actuels. D'autres faux-négatifs s'expliquent par le fait que le BJMHS ne comptabilise pas la dépression et les angoisses que l'on retrouve souvent chez les femmes (Steadman et al., 2005). Dans une étude à paraître dans laquelle les mêmes auteurs retravaillent le BJMHS à partir des résultats de leur étude précédente, ils arrivent à la conclusion que l'ajout d'éléments supplémentaires pour le screening des angoisses et de la dépression n'engendre aucune amélioration substantielle de l'instrument étant donné que de cette manière, le nombre de faux-positifs augmente fortement (communication personnelle Steadman, 31/08/06).

Pour les mêmes raisons (à savoir le risque d'augmentation des faux-positifs), on s'en est tenu à la traduction originale pour "l'élément 8" : "avez-vous déjà été hospitalisé pour des problèmes émotionnels ou psychiques ?". En d'autres termes, on n'a pas opté pour "avez-vous déjà été traité pour des problèmes émotionnels ou psychiques ?". Sur la base de cette version originale, nous pouvons sélectionner les personnes présentant des problèmes graves et nous pouvons empêcher la réorientation d'un trop grand nombre de personnes (par exemple, des gens qui ont déjà subi un traitement ambulatoire pour des problèmes émotionnels ou psychiques et qui n'ont plus de problèmes actuellement). En raison du contexte dans lequel le screening et l'évaluation sont réalisés, il sera important de réorienter uniquement les personnes qui nécessitent vraiment une évaluation approfondie.

Dans un premier temps, la mise en œuvre de la nouvelle méthode d'évaluation dans le service médical de toutes les prisons belges impliquera certainement un investissement. Pour pouvoir appliquer le screening et l'évaluation de manière sérieuse, il conviendra d'embaucher du personnel formé supplémentaire. En outre, le personnel infirmier actuel devra suivre une formation pour pouvoir utiliser correctement les instruments. Toutefois, la formation ne sera pas suffisante: le comportement du personnel à l'égard des détenus sera au moins aussi important. Ce n'est que lorsqu'on aura pu établir une certaine relation de confiance avec le détenu que l'on parviendra à obtenir les informations utiles nécessaires à l'élaboration d'un plan de traitement.

Il va sans dire que le temps consacré à chaque détenu influencera la qualité de l'acquisition des instruments. À cet égard, l'équipe de recherche désire insister sur le fait que la méthode élaborée sera efficace uniquement si elle est appliquée de manière sérieuse, ce qui implique que l'on consacre suffisamment de temps à l'application de la procédure d'évaluation.

Cependant, malgré les investissements, cette nouvelle méthode d'évaluation permettra de réaliser des économies à long terme : si les gens bénéficient d'un meilleur screening et d'un meilleur diagnostic, les orientations et les traitements seront plus efficaces. À terme, cela pourrait réduire le nombre de récidives et diminuer la population carcérale.

REFERENCES

- Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations, a review - with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(Suppl. 424), 5-59.
- Blaauw, E., Roesch, R., & Kerkhof, A. (2000). Mental disorders in European prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison system of 13 European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 649-663.
- Black, D. W., Arndt, S., Hale, N., & Rogerson, R. (2004). Use of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) as a screening tool in prisons: Results of a preliminary study. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 158-162.
- Brinded, P. M. J., Simpson, A. I. F., Laidlaw, T. M., Fairley, N., & Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 166-173.
- Burnam, A., & Watkins, K. (2006). Substance abuse with mental disorders: Specialized public systems and integrated care. *Health Affairs*, 25(3), 648-658.
- Carey, K. B., & Correia, C. J. (1998). Severe mental illness and addictions: assessment considerations. *Addictive Behaviors*, 23(6), 735-748.
- Crawford, V., Crome, I. B., & Clancy, C. (2003). Co-existing problems of mental health and substance misuse (dual diagnosis): A literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10, S1-S74.
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 51(9), 1126-1129.
- Eden, J. F., Peters, R. H., & Hills, H. A. (1997). Treating prison inmates with co-occurring disorders: An integrative review of existing programs. *Behavioral Sciences and the Law*, 15, 439-457.
- Encrenaz, G., & Messiah, A. (2006). Lifetime psychiatric comorbidity with substance use disorders: Does healthcare use modify the strength of associations? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 378-385.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.
- Hariga, F., Todts, S., Doulou, M., M, M., & (2004). *Toxicomanie en prison: monitoring des risques sanitaires. Une enquête dans 10 prisons Belges, SPF Justice Bruxelles.*
- Hasin, D. S., Trautman, K. D., Miele, G. M., Samet, S., Smith, M., & Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1195-1201.
- Heilig, M., Forslund, K., Åsberg, M., & Rydberg, U. (2002). The dual-diagnosis concept used by Swedish social workers: limited validity upon examination using a structured diagnostic approach. *European Psychiatry*, 17, 363-365.
- Katz, R. I. (1999). The addiction treatment unit: A dual diagnosis program at the California Medical Facility - A descriptive report. *Journal of Psychoactive Drugs* 31(3), 41-46.
- Kranzler, H. R., Kadden, R. M., Bureson, J. A., Babor, T. F., Apter, A., & Rousaville, B. J. (1995). Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance abuse disorders - Is the interview more important than the interviewer. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4), 278-288.
- Lehman, A. F. (1996). Heterogeneity of person and place: Assessing co-occurring addictive and mental disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 32-41.
- Megargee, E. I. (1995). Assessment research in correctional settings: Methodological issues and practical problems. *Psychological Assessment*, 7(3), 359-366.
- Peters, R. H., & Bartoi, M. G. (1997). *Screening and assessment of co-occurring disorders in the justice system.* Unpublished manuscript, Florida: National GAINS Center.
- RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11), 1427-1434.
- Richards, H. J., & Pai, S. M. (2003). Deception in prison assessment of substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 121-128.
- Roesch, R., Ogloff, J. R. P., & Eaves, D. (1995). Mental health research in the criminal justice system: The need for common approaches and international perspectives. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(1), 1-14.
- Rogers, R., Jackson, R. L., Salekin, K. L., & Neuman, C. S. (2003). Assessing axis I symptomatology on the SADS-C in two correctional samples: The validation of subscales and a screen for malingered presentations. *Journal of Personality Assessment*, 81(3), 281-290.
- Shearer, R. A., & Carter, C. R. (1999). Screening and assessing substance abusing offenders: Quantity and Quality. *Federal Probation*, 63(1), 30-34.
- Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., Agnese, T. K., & Robbins, P. C. (2005). Validation of the brief jail mental health screen. *Psychiatric Services*, 56(7), 816-822.

- Timmerman, I. G. H., & Emmelkamp, P. M. G. (2001). The prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II pathology in a group of forensic patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(2), 198-213.
- von Schönfeld, C.-E., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U., & Driesen, M. (2006). Prevalence of psychiatric disorders, psychopathology, and the need for treatment in female and male prisoners. *Der Nervenarzt*, 77, 830-841.