

GUIDE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS EN MILIEU CARCÉRAL



SOMMAIRE

PRÉSENTATION : POURQUOI CE GUIDE ?

I - MÉTHODOLOGIE

1 - Le cadre législatif et réglementaire des TSO en milieu carcéral

2 - Les évolutions dans la prise en charge avec des TSO des personnes détenues

3 - Des difficultés dans la prise en charge avec des TSO des personnes détenues

II - FICHES PRATIQUES

4 - Présentation des recommandations pour de bonnes pratiques concernant les TSO en milieu pénitentiaire

5 - Bilan accueil arrivant

6 - Analyses urinaires

7 - Prescription à l'entrée en détention

8 - Renouvellement des prescriptions

9 - Circuit du médicament en milieu pénitentiaire

10 - Modification du médicament utilisé pour le TSO (switch)

11 - Délivrance des TSO

12 - Mésusage des TSO

13 - Co-prescriptions

14 - Globalité de la prise en charge

15 - Extractions, sorties, transferts

ANNEXES

PRÉSENTATION POURQUOI CE GUIDE ?

L'ACTUALISATION D'UN GUIDE RÉALISÉ EN 2003

En 2001, cinq ans après le lancement du processus de généralisation des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en France, la Commission nationale consultative des traitements de substitution, placée sous l'autorité du ministre de la Santé, avait lancé un programme de travail visant à améliorer la prise en charge par les TSO. Ce programme a été adopté lors de la séance du 27 septembre 2001. Un des axes de ce programme concernait la situation en détention. La Commission a souhaité que soit élaboré « un guide des bonnes pratiques de substitution en milieu carcéral, permettant aux professionnels d'adapter leurs pratiques au contexte du milieu et au dispositif local ».¹ Ce document, intitulé « L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral », avait été présenté et adopté lors de la séance du 1^{er} avril 2003 de la Commission.

Ce document présentait treize recommandations portant sur les points suivants: reconduction des TSO, initiation des TSO, place des contrôles urinaires, modalités de prescription des TSO, modalités de délivrance des TSO, co-prescriptions, prise en charge, confidentialité des soins, dossiers de soin, sorties/transferts, extractions, formation/information, accompagnement des équipes (recommandations accessibles sur le site de l'association des professionnels de santé exerçant en prison)².

Il a été largement diffusé aux services concernés et aux services déconcentrés du ministère de la Santé. Plus récemment, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011³ comporte, une fiche d'action thématique, intitulée « Améliorer la prise en charge et la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés ». Cette fiche prévoit l'élaboration et la diffusion d'un guide de bonnes pratiques

professionnelles, concernant les traitements de substitution aux opiacés (TSO). La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), en charge de l'application de ce plan, a confié au ministère de la Santé (Direction générale de la santé) la mise en œuvre de cette proposition concernant le guide. La MILDT et la DGS ont souhaité que ce guide permette une actualisation du rapport de 2003.

Enfin, le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes sous main de justice »⁴ renforce cet objectif d'amélioration d'accès aux TSO en inscrivant comme action la révision du guide et sa diffusion (action 12.2) ainsi qu'une dynamique d'accompagnement régional sur la base d'échanges de pratiques.

1. Selon les termes de la lettre de mission du Directeur général de la santé en date du 26 décembre 2001, adressée à deux des membres de la Commission, le Dr Laurent Michel, alors responsable du service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Bois d'Arcy, et Olivier Maguet, alors représentant de l'association AIDES.

2. <http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20101207224558304>

3. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000436/>

4. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

PRÉSENTATION POURQUOI CE GUIDE ?

CONTENU DU GUIDE 2011

→ Un cadre légal et réglementaire pour les TSO en milieu pénitentiaire comportant des évolutions limitées

Le cadre légal et réglementaire de la politique des TSO en France en général, et en milieu carcéral en particulier a relativement peu évolué dans la période 2003-2011, c'est-à-dire depuis la date du précédent rapport. Le seul changement majeur concerne la palette des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) à disposition des professionnels et des patients.

Cette palette a été étendue par les autorisations de mise sur le marché (AMM), entre mars 2006 et janvier 2011, de cinq produits génériques contenant de la buprénorphine haut dosage (venant ainsi compléter la seule offre de Subutex®, commercialisé dès février 1996) et, en septembre 2007, de l'AMM accordée à la formulation en gélule de la méthadone, selon des modalités particulières

Par ailleurs, deux textes sont venus expliciter les modalités de prise en charge des personnes détenues :

- Actualisation du « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues » publiée conjointement par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice en octobre 2012⁵.
- Instruction DGOS/DGS du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

CONTENU DES FICHES DU PRÉSENT GUIDE

LA FICHE 1 de ce guide présente les textes légaux et réglementaires encadrant les TSO en milieu carcéral ainsi que les autres documents officiels des pouvoirs publics produisant des recommandations à destination des professionnels.

→ Une amélioration de l'accès aux TSO depuis leur introduction en milieu carcéral

Plusieurs sources permettent de mesurer les évolutions depuis 1998 dans la prise en charge des personnes détenues bénéficiant de TSO: enquêtes institutionnelles, dispositifs de surveillance sanitaire, enquêtes scientifiques, rapports et études.

Ces évolutions traduisent de réelles améliorations en termes d'accessibilité et de taux de couverture, avec une tendance vers un rééquilibrage entre buprénorphine haut dosage et méthadone.

5. <http://www.sante.gouv.fr/prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

PRÉSENTATION POURQUOI CE GUIDE ?

LA FICHE 2 propose une synthèse des données existantes pour la période 1998-2011.

→ Mais des difficultés persistent dans la prise en charge

Certaines de ces sources documentaires font apparaître le maintien d'un décalage entre les pratiques en milieu libre et celles prévalant, dans certains cas, en milieu carcéral.

Ces difficultés repérées portent principalement sur :

- une diversification encore insuffisante des MSO proposés,
- des pratiques de limitation des posologies, en dessous des seuils présents dans les AMM,
- la continuité des soins à la sortie.

LA FICHE 3 décrit les difficultés dans la prise en charge avec des TSO des personnes détenues.

→ Recommandations et point de vue des professionnels de santé

Ce décalage entre milieu libre et détention nécessite des mesures correctives car il entraîne une rupture dans le principe d'égalité et de continuité des soins posé par la loi du 18 janvier 1994 et rappelé par la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009. Le seul rappel des recommandations de prise en charge, certes indispensable, ne saurait suffire. Pour mieux comprendre les difficultés de terrain et proposer des pistes d'amélioration des pratiques, il a été procédé à un recueil de la parole de professionnels de santé exerçant en milieu carcéral et impliqués dans le circuit de la prise en charge avec des TSO. Certains propos recueillis à ces occasions figurent dans ce document (en italique) sous la mention « Paroles de soignants ». Ils n'engagent pas les rédacteurs du document.

LES FICHES 4 À 14 présentent les recommandations pour de bonnes pratiques de prise en charge, en les mettant en regard avec le point de vue des professionnels concernés, l'expérience de ces derniers pouvant être capitalisée dans une perspective de renforcement des capacités.

MÉTHODOLOGIE

La DGS (Bureau des pratiques addictives et Bureau de la Santé des populations) et la MILDT ont confié le travail d'actualisation des recommandations au Dr Laurent Michel, (psychiatre, anciennement praticien hospitalier, Centre de Traitement des Addictions, Inserm U669, hôpital Emile Roux, AP-HP, actuellement directeur du CSAPA Pierre Nicolle), avec le soutien d'Olivier Maguet et Christine Calderon, consultants, qui ont recueilli le point de vue et l'expérience des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral. Les Drs Albert Herszkowicz et Christine Barbier ont été chargés du suivi de ce travail pour le ministère de la Santé et le Dr Ruth Gozlan pour la MILDT.

RECUEIL DES INFORMATIONS

Quatre-vingt-quinze établissements pénitentiaires ont été tirés au sort par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS). Dans chacun de ces établissements, un représentant des unités de consultation et soins ambulatoires (UCSA) a été invité à participer à un groupe de travail, par un courrier conjoint de la DGOS et de la DGS en date du 5 octobre 2010. Il a en effet été décidé de ne solliciter que les équipes des UCSA, compte tenu de leur rôle dans

la coordination des soins. Quatre rencontres ont été organisées : deux à Paris, une à Lyon et une à Bordeaux, permettant ainsi de couvrir les neuf directions interrégionales pénitentiaires.

Au total, les équipes de 30 établissements pénitentiaires ont répondu positivement, permettant d'impliquer 35 professionnels dans cette démarche d'actualisation du guide. Les invitations avaient été adressées aux chefs de service des UCSA, mais l'éventail des fonctions des participants était beaucoup plus large : médecins responsables d'UCSA, psychiatres, cadres de santé, infirmiers, psychologues, pharmaciens, éventail de fonctions et d'expériences qui a très clairement enrichi la matière des groupes de travail.

Groupe Paris 1, 29 octobre 2010

Directions interrégionales concernées :

Paris, Lille, Rennes, Partie nord de la direction Est-Strasbourg, Parties nord et sud-ouest de la direction Centre-Est Dijon

Établissements	Catégorie
Angers	MA
Bourges	MA
Brest	MA
Caen	MA
Fleury-Mérogis	MA
Liancourt	MA/CD

MA : Maison d'Arrêt / CD : Centre de Détention / MC : Maison Centrale

MÉTHODOLOGIE

Paris 2, 21 janvier 2011

Directions interrégionales concernées :

Paris, Lille, Rennes, Partie nord de la direction Est-Strasbourg, Parties nord et sud-ouest de la direction Centre-Est Dijon

Établissements	Catégorie
Châlons-en-Champagne	MA
Chaumont	MA
Compiègne	MA
Ensisheim	MC
Fontenay-le-Comte	MA
Laon	MA/CD
Laval	MA
Metz	MA
Nanterre	MA

Lyon, 15 novembre 2010

Directions interrégionales concernées :

Lyon, Marseille, Parties des directions Est-Strasbourg et Centre-Est Dijon non couvertes par les groupes de Paris

Établissements	Catégorie
Avignon	MA/CD
Marseille Baumettes	MA/CD
Montbéliard	MA
Nîmes	MA
Riom	CD
Saint-Etienne	MA
Toulon	MA/CD
Villeneuve-lès-Maguelone	MA

Bordeaux, 26 janvier 2011

Directions interrégionales concernées :

Bordeaux, Partie de la direction Toulouse non couverte par le groupe de Lyon

Établissements	Catégorie
Angoulême	MA
Bédénac	CD
Cahors	MA
Montauban	MA
Neuvic	CD
Périgueux	MA
Poitiers	MA/CD

MÉTHODOLOGIE

Les 30 établissements, qui couvraient tous les régimes pénitentiaires mais avec une surreprésentation des maisons d'arrêt, représentaient plus de 16 000 personnes détenues [minimum : 57 ; maximum : 3 785] en 2010, soit environ un quart de la population détenue sur la période. Ils se situaient dans la moyenne nationale¹ en matière de TSO, avec un taux moyen de 9,2 % des personnes détenues en substitution (6,3 % avec la buprénorphine haut dosage et 2,9 % avec la méthadone). En outre, ils couvraient un spectre large de pratiques en matière de TSO, qu'il s'agisse de la molécule utilisée (méthadone et buprénorphine ou méthadone versus buprénorphine), des stratégies d'initiation (à tous les stades de la détention ou bien à l'entrée versus en cours de détention), de modalités de délivrance (dont le pilage ou la dilution). Ces situations disparates en matière de TSO se traduisaient aussi par un taux de couverture allant de 1,6 % à 40 %. Ces établissements ne représentaient cependant qu'une partie des établissements initialement sollicités (31 %) ; l'extrapolation à l'ensemble des établissements français reste donc impossible.

Les groupes de travail duraient une journée (10 h-16 h) et ont tous été animés en suivant la même trame : l'organisation des soins en matière de TSO, la prescription et la délivrance des TSO. Chaque professionnel exposait ses pratiques et les difficultés auxquelles il était confronté, puis des échanges en grand groupe avaient lieu. L'objectif était de documenter les motivations propres aux équipes ainsi que les contraintes d'environnement qui conduisent à la définition de stratégies thérapeutiques en matière de TSO.

RÉDACTION DU GUIDE

Le principe retenu pour les dix fiches relatives à la prise en charge est de mettre en vis-à-vis, autant que possible, le contenu technique de la recommandation et l'expérience des professionnels de santé. Cette présentation permet d'amener le lecteur à mieux identifier d'une part les questions que se posent ces professionnels, par rapport à leurs difficultés dans le contexte carcéral ainsi qu'aux obstacles, limites et contraintes qu'ils rencontrent ; d'autre part les innovations, les expéri-

mentations, ou encore les réflexions qui donnent à voir les avantages ou l'intérêt d'une pratique.

Ces propos n'ont pas vocation à être représentatifs de ce qu'expriment et vivent les professionnels de santé dans leur ensemble, mais de contribuer à la réflexion des équipes en matière de prise en charge par des TSO de personnes détenues.

La méthode de rédaction en fiches « autonomes » permet que chacune d'entre elles puisse être actualisée en fonction de leurs évolutions respectives : cadre légal et réglementaire, études et enquêtes sur les TSO en milieu carcéral, recommandations techniques, attitudes et expériences des professionnels de santé exerçant dans les établissements pénitentiaires.

Les phrases figurant en italique et signalées « paroles de soignants » dans les fiches 4, 6, 7, 10, 11 et 12 sont extraites des rencontres avec les professionnels.

1. 7,8 % dans l'enquête Prévacar (DGS/InVS, 2010) et 9 % dans l'enquête PRI2DE (ANRS).

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Elle réforme la santé en milieu pénitentiaire en confiant sa tutelle au ministère chargé de la santé et en la rattachant au secteur public hospitalier. « Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. » Elle pose le principe de l'égalité et de la continuité de soin entre milieu libre et milieu carcéral, précisé dans les textes d'application de la loi (Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale ; Circulaire n°27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale ; Circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice).

Circulaire n° 45 DH/DGS/DAP du 8 décembre 1994.

Elle précise le principe de la loi de 1994 : « assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population ».

Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de la méthadone (mars 1995) et du Subutex® (juillet 1995).

Ces AMM traduisent le lancement, par les pouvoirs publics, du processus de généralisation de l'accès aux TSO en France et seront complétées par plusieurs AMM pour la buprénorphine générique entre mars 2006 et janvier 2011 ainsi que l'AMM de la méthadone en formulation gélule en septembre 2007.

Circulaire n° 293/DGS/DH du 3 avril 1996.

Elle recommande la poursuite d'un traitement méthadone ou Subutex® (unique BHD sur le marché à ce moment là) à l'entrée en détention ainsi que l'initiation d'un traitement Subutex® dans une perspective de préparation à la sortie.

Circulaire n° 739/DGS/DH/AP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire.

Elle précise la possibilité de primo-prescrire de la méthadone par un médecin de centre de soins spécialisé en toxicomanie (CSST) présent en établissement pénitentiaire.

Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, décembre 2000 (DAP/DGS).

Il recommande de développer l'accès aux TSO, à une époque où le taux de couverture estimé est en moyenne de 2 %.

LE CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE DES TSO EN MILIEU CARCÉRAL

Circulaire n° 57/DGS/DHOS du 30 janvier 2002.

Elle autorise la primo-prescription de méthadone par tout praticien exerçant en établissement de santé, entraînant par conséquence cette possibilité pour tout médecin exerçant en UCSA. « La primo-prescription d'un traitement de substitution par des médecins exerçant en établissement de santé, donc par les médecins des UCSA, des SMPR et des secteurs de psychiatrie, doit également permettre de résoudre certaines difficultés spécifiques qui se posent en milieu pénitentiaire dans l'accès aux traitements de substitution ».

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues décembre 2012 (ministère de la Santé, ministère de la Justice).

Il rappelle que, dans le cadre de la prise en charge des personnes détenues repérées comme dépendantes aux opiacés, « il convient de proposer systématiquement la possibilité d'une poursuite d'un traitement de substitution dûment confirmé ».

Instruction n°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

Elle précise les principaux temps de la prise en charge des addictions, clarifie le rôle respectif des intervenants en détention, confie la fonction de pilotage et de coordination de la prise en charge des addictions à « une personne exerçant à l'UCSA (médecin, infirmier, etc.) » à partir d'un protocole organisationnel formalisé.

Le dispositif spécialisé en addictologie est inclus dans ce protocole, afin d'assurer la prise en charge adaptée aux besoins du patient, si besoin un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent est identifié dans ce but.

POINT CLÉ

→ Le cadre réglementaire d'organisation des soins en détention en France autorise des modalités d'initiation et de renouvellement des traitements de substitution aux opiacés strictement identiques à celles existant en milieu libre.

LES SOURCES

Différentes sources permettent de mesurer les évolutions en matière de prise en charge avec les TSO : enquêtes institutionnelles et scientifiques, rapports d'activité des UCSA, autres rapports et études.

- **Enquêtes DGS/DHOS un jour donné** (mars 1998, novembre 1999, décembre 2001, février 2004) calculant les taux de couverture en TSO (ministère de la Santé).
- **Rapport Michel & Maquet pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution** (2003).
- **Mémoire DU Santé Pénitentiaire F. Laval** (2008).

- **Enquête PRI2DE** (novembre 2009-mars 2010). Etat des lieux de l'accès aux outils de RDR dans les établissements pénitentiaires en France dans le cadre d'un projet de recherche financé par l'ANRS et Sidaction.
- **Enquête PREVACAR** (DGS-InVS avril-septembre 2010), portant sur la prévalence du VIH, du VHC et des TSO en milieu carcéral, et décrivant et analysant le dispositif de soin¹.
- **Observatoire des structures de santé des personnes détenues (Ossd)**² mis en place par la Direction Générale de l'Offre de Soins (cf. mesure 1.2 du plan politique de santé pour les personnes sous main de justice). Son recueil est basé sur les **rapports d'activité des UCSA**³, à compter de l'année 2009, renseignant la file active de personnes en traitement de substitution par BHD et par méthadone

NB : malgré des méthodologies différentes, les données de l'observatoire vont dans le même sens que celles de l'enquête Prévacar, s'agissant de la répartition entre les deux modalités de traitement et des constats de pratiques locales de diversification insuffisante de traitements.

1. <http://www.sante.gouv.fr/detenus,577.html>

2. L'observatoire a été mis en place début juillet 2010 sous la forme d'un site hébergé par le ministère de la santé sur une plateforme Internet après expérimentation auprès de 7 établissements de santé.

3. Les UCSA sont tenues de produire un rapport annuel d'activité. Dans un souci de cohérence un rapport d'activité standardisé au niveau national a été élaboré en 2008.

LES ÉVOLUTIONS DANS LA PRISE EN CHARGE AVEC DES TSO DES PERSONNES DÉTENUES (1998-2010)

Couverture des établissements pénitentiaires pour chaque source	1998	1999	2001	2003	2004	2008	2009	2010	2010
	DHOS-DGS	DHOS-DGS	Michel, Maguet	DHOS-DGS	Laval	Observatoire DGOS(Osssd)	PRI2DE	Prévacar	
UCSA ayant répondu	160	159	168	22	165	117	137	108 ⁽¹⁾	145/27 ⁽²⁾
% / nombre total d'UCSA	95 %	95 %	100 %	13 %	98 %	70 %	81 %	64 %	86 %/nr
Population détenue enquêtée	52 900	50 000	47 300	11 200	56 900	40 700	nc	45 400	
% / total population détenue	93 %	88 %	100 %	19 %	91 %	69 %	nc	72 %	

nc : non communiqué / nr : non relevant

(1) Mais seules les UCSA de 103 établissements ont été prises en compte dans l'analyse (données incomplètes pour les cinq autres).

(2) Rappel : Prévacar comportait deux volets, à savoir offre de soins et estimation des prévalences du VIH, du VHC et des personnes en TSO. Pour le volet offre de soins, 145 UCSA sur 168 ont répondu (soit 86 %). Pour le volet estimation des prévalences, l'étude a porté sur un échantillon de 27 UCSA, dans lesquelles 2 154 numéros d'écrou ont été tirés au sort (1 861 questionnaires exploitables pour le calcul des prévalences estimées), compte tenu de la méthodologie, le taux de couverture ne peut être calculé.

LES ÉVOLUTIONS DANS LA PRISE EN CHARGE AVEC DES TSO DES PERSONNES DÉTENUES (1998-2010)

Les évolutions, relevant d'enquêtes à méthodologies différentes et à caractère parfois partiel montrent dans l'ensemble les mêmes tendances :

	1998	1999	2001	2003	2004	2008	2009	2010	2010
	DHOS-DGS	DHOS-DGS	DHOS-DGS	Michel, Maguet	DHOS-DGS	Laval	Rapports UCSA	PRI2DE	Prévacar
• Une augmentation régulière des taux de couverture en TSO									
Population enquêtée	52 900	50 000	47 300	11 200	56 900	40 700	nc	45 400	63 000
Nombre de personnes détenues en TSO	1 036	1 653	2 548	870	3 793	3 869	nc	4 049	5 000
Taux de couverture TSO	2 %	3,3 %	5,4 %	7,8 %	6,7 %	9,5 %	nc	8,9 %	7,9 % ⁽¹⁾
• Un rééquilibrage au profit de la méthadone									
Méthadone	15,2 %	16,5 %	14,4 %	18,5 %	20,4 %	29,1 %	30 % ⁽²⁾	32,4 %	31,5 %
Buprénorphine	84,8 %	83,5 %	85,6 %	81,5 %	79,6 %	70,9 %	70 % ⁽²⁾	67,6 %	68,5 %

(1) : IC= 6.49-9.79. La prévalence des personnes en TSO est significativement plus élevée chez les femmes. Elle est plus importante en maison d'arrêt.

(2) Avec de très grandes variations entre les sites pour la répartition entre les deux types de traitement. Pour l'ensemble des CD ayant répondu (21), la proportion de méthadone apparaît un peu plus élevée (37% vs 63% pour BHD). 7 UCSA n'ont pas déclaré de file active BHD, dont quatre CD, une MC et une MA (déclarant par ailleurs une file active méthadone), 3 UCSA n'ont pas déclaré de file active méthadone (une MC et 2 CD).

LES ÉVOLUTIONS DANS LA PRISE EN CHARGE AVEC DES TSO DES PERSONNES DÉTENUES (1998-2010)

Le volet prévalence de l'enquête Prévacar apporte des informations supplémentaires par rapport aux autres sources : chez les personnes sous TSO, les prévalences sont nettement plus élevées que dans le reste de la population carcérale, tant pour le VIH (3,6% [IC=1.1-11.8] vs 2% [IC=0.95-4 ;23]) que pour le

VHC (26,3% [IC=16.8-38.7] vs 4,8% [IC= 3.53-6.50]). En outre, 70 % des contaminations VHC sont liées à l'usage de drogues.

D'un point de vue général, de réelles améliorations dans l'accessibilité aux TSO en milieu carcéral ont été constatées sur la période, traduisant

de meilleures pratiques en termes de reconduction et d'initiation des TSO. Aujourd'hui, d'après les enquêtes déclaratives récentes, les TSO sont accessibles dans l'ensemble des établissements ; a minima, on constate une poursuite, avec ou sans modification de traitement.

La comparaison entre la situation en 1998 et celle en 2010 illustre ces améliorations qualitatives et quantitatives :

1998	2010
<p>Il n'y avait aucune personne détenue en TSO dans 44 établissements pénitentiaires sur 160 (28%)</p> <p>Plus de 80 % des TSO étaient des poursuites du traitement antérieur</p> <p>De nombreuses interruptions de traitement étaient constatées chez les entrants en TSO (41% des entrants avec buprénorphine, 29% des entrants avec méthadone)</p>	<p>PRIZDE</p> <p>Dans la moitié des établissements pénitentiaires enquêtés, toutes les modalités d'initiation de TSO sont accessibles (à l'entrée et en cours de détention, avec les deux molécules)</p> <p>Dans les 13 établissements où il n'y a aucune initiation, les TSO sont poursuivis</p> <p>Il n'y a quasiment plus aucun établissement sans détenu en TSO (une exception sur 108 - une maison centrale)</p> <p>Prévacar</p> <p>Il existe un accès à au moins un TSO dans toutes les UCSA</p> <p>La diversification est insuffisante: 4 UCSA ne proposant que la méthadone et 4 que la BHD</p> <p>Hétérogénéité dans l'organisation de la dispensation : dans 63 % des établissements, elle est effectuée seulement par les UCSA, dans 14 % par les équipes psychiatriques seulement et dans 23 % par les deux</p> <p>31 % des traitements ont été initiés pendant l'incarcération</p>

L'ACCESSIBILITÉ ET LA DIVERSIFICATION

Malgré les améliorations présentées dans la fiche 2, l'accessibilité réelle à ces traitements reste toutefois très disparate. Le principe de la loi de 1994 devrait conduire à une équivalence des modalités d'initiation de TSO en milieu carcéral par rapport à celles existant en milieu libre, c'est-à-dire choix de la molécule et possibilité d'initier à toutes les étapes de la détention. Cette possibilité concerne à ce jour uniquement la moitié des établissements pénitentiaires, selon les données de l'échantillon de l'enquête PRI2DE. L'enquête Prévacar montre des résultats concordants (cf supra fiche 2.2) et détaille les modalités de dispensation : celles-ci sont variables suivant les établissements, s'agissant des rôles respectifs des équipes somatiques et psychiatriques.

Concrètement, cela signifie qu'il existe dans certains établissements des choix privilégiant une seule modalité d'initiation (à l'entrée versus au cours de la détention) ou une seule molécule (méthadone versus buprénorphine).

LE NON RESPECT DES AMM

Il est parfois constaté l'existence de posologies maximales pour la méthadone, qui ne sont pourtant pas prévues par l'AMM de mars 1995 ou celle de septembre 2007, ainsi que des posologies maximales inférieures à celles autorisées par l'AMM de la buprénorphine. De plus, une part non négligeable des établissements continue de pratiquer le pilage ou la dilution pour les comprimés de buprénorphine (un cinquième des établissements selon les données de l'enquête PRI2DE).

LA PRÉPARATION À LA SORTIE

D'après l'enquête PREVACAR 2010, seules 55 % des UCSA ont déclaré avoir formalisé une procédure de préparation à la sortie visant à garantir la continuité des TSO.

Ainsi ces difficultés conduisent à une faiblesse globale du dispositif des TSO en milieu carcéral, reflétant une adhésion insuffisante aux recommandations officielles.

Récemment, l'étude PRI2DE¹ a montré que seuls 27 % des 103 établissements pénitentiaires ayant répondu à l'enquête appliquaient dans leur intégralité les recommandations officielles en matière de TSO en milieu pénitentiaire ; ces recommandations découlent des dispositions contenues dans la circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire et dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, dans sa version réactualisée en 2004 et 2012.

Dans cette étude, les trois items reflétant l'adhésion aux recommandations officielles (avant tout, pour le cas particulier des TSO, le respect du principe d'équivalence des soins avec le milieu libre) sont :

- Initiation de TSO à l'entrée en détention en maison d'arrêt plus initiation de TSO en cours de détention (tous établissements pénitentiaires) plus continuité des TSO à l'entrée en détention (tous établissements pénitentiaires)
- Pas de posologie plafond (méthadone) ou inférieures à l'AMM (buprénorphine)
- Pas de pilage ou de dilution de buprénorphine.

1. Michel et al. BMC Public Health 2011, 11:400

Des actions d'éducation pour la santé sont ainsi réalisées sur le thème des addictions et de leurs complications (infections virales notamment), dans le cadre des programmes d'éducation pour la santé. Les intervenants peuvent être des personnels de l'UCSA, des addictologues d'un CSAPA ou d'un CAARUD (voir encadré fiche 14), ou des partenaires associatifs. Ces actions peuvent prendre diverses formes : réunion d'information, groupes de parole, expression artistique. Les interventions de type « éducation par les pairs » n'ont pas été évaluées en France. Elles peuvent poser des questions particulières, notamment sur la place et la perception des pairs éducateurs et nécessitent une démarche rigoureuse et une évaluation.

Les financements de ces actions sont majoritairement des financements des agences régionales de santé (ARS) ou de la MILDT.

Il convient d'articuler et coordonner ces actions d'éducation pour la santé avec la politique de réduction des risques dans l'établissement. Le cas échéant, ces actions seront renforcées. Le comité de pilotage de l'éducation pour la santé doit être le lieu de cette coordination et de l'évaluation des besoins en la matière à l'échelle de l'établissement.

FONCTION DES ÉQUIPES INFIRMIÈRES

Les équipes infirmières sont particulièrement investies dans deux tâches essentielles du circuit des TSO : la préparation des médicaments et leur distribution. Une difficulté caractérise la fonction de préparation : le fait de préparer les médicaments permet certes de rester vigilant sur le suivi des patients, mais le temps consacré à cette préparation réduit d'autant celui consacré au contact direct avec les personnes. Mais dans tous les cas, il convient de souligner l'importance de la fonction d'observation et de repérage de l'équipe infirmière, souvent en contact quotidien avec les patients : effets secondaires des traitements, situation de patients n'ayant pas eu de consultation médicale récente, etc. Cette fonction, qui permet de jouer un rôle d'alerte auprès du médecin traitant (par exemple inscription prioritaire pour une consultation), est primordiale dans la perspective des prolongations temporaires de délinquance. Outre cet aspect, les équipes infirmières, en raison de leurs contacts quotidiens avec les patients en détention, peuvent aussi jouer un rôle important en matière d'écoute et de soutien, voire d'éducation thérapeutique. Certaines UCSA ont ainsi mis en place de véritables programmes

POINT CLÉ

→ Le cadre réglementaire permet une équivalence des conditions d'initiation et de renouvellement des TSO avec le milieu libre, mais d'importantes disparités existent encore actuellement dans l'accessibilité, la diversification ainsi que les modalités de prescription ou de dispensation de ces thérapeutiques.

de formation sur la promotion de la santé et la réduction des risques infectieux, programmes portés par des membres de l'équipe infirmière. Au quotidien, cela peut aussi se traduire par un dialogue sur le mésusage des médicaments, en particulier lorsque le sniff supplée la voie orale.

De ce point de vue, les équipes sont incitées à instaurer des infirmiers/infirmières référent(e)s sur les TSO.

Les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine) ont été intégrés en 2005 à la liste complémentaire des médicaments dits essentiels de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette liste comprend les médicaments considérés comme « essentiels pour des maladies prioritaires pour lesquelles des moyens de diagnostic ou de surveillance spécifiques et/ou des soins médicaux spécialisés et/ou une formation spécialisée sont nécessaires ». L'OMS insiste ainsi sur le caractère essentiel de ces thérapeutiques et sur la formation ou l'accompagnement que justifie leur usage.

Par ailleurs, dès 1993, l'OMS soulignait le droit des personnes détenues à bénéficier de soins et de mesures de prévention équivalents en milieu carcéral à ceux existants en milieu libre. La loi de 1994 et ses textes d'application (Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale ; Circulaire n° 27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale ; Circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire

des personnes placées sous main de justice) réaffirment le principe d'équivalence des soins entre le milieu libre et la milieu carcéral : « Le dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues a pour objectif de leur assurer une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population » (chapitre du guide méthodologique consacré aux « principes de la prise en charge sanitaire »).

Les établissements pénitentiaires concentrent une population présentant plus fréquemment qu'au dehors des conduites addictives, mais aussi des troubles psychiatriques ou des difficultés sociales parfois majeures. Un grand nombre de personnes détenues entrent pour la première fois en contact avec le système de soins spécialisé, en addictologie mais aussi en psychiatrie, lors d'une incarcération. Si la prison n'est pas, et ne devrait pas être, un lieu de soin, elle est bien souvent un lieu d'initiation des soins, notamment pour les personnes les plus vulnérables. Les TSO, au même titre qu'en milieu libre, font partie des soins élémentaires devant être proposés aux sujets présentant une dépendance majeure aux opiacés, et ce, dans le cadre d'une prise en charge globale. Ils ont montré en milieu carcéral leur capacité à réduire les pratiques à risques chez les usagers de drogues

Paroles de soignants : « La prison n'est pas un lieu de soin ; c'est un lieu d'enfermement dans lequel on peut avoir des soins. »

vis-à-vis du VIH et des hépatites, l'incidence du VHC, la mortalité à la sortie de prison et aussi à favoriser la réinsertion et réduire le nombre de réincarcérations.

Les personnes incarcérées qui sont usagères actives, sont confrontées à leur arrivée en détention à un arrêt des consommations de produits psychoactifs illicites ou détournés de leur usage médical. Cette situation peut conduire au développement de pratiques à risque en détention, à une reprise de la consommation d'opiacés et de l'activité délinquante à la sortie de détention, mais surtout à un risque majeur d'overdose dans les deux premières semaines suivant la libération.

L'incarcération constitue une opportunité pour initier un traitement de substitution pour réduire les risques associés au sevrage brutal d'opiacés illicites mais surtout pour insérer ces patients dans une démarche de soins visant à terme la stabilisation des conduites addictives et la réinsertion.

PRÉSENTATION DES RECOMMANDATIONS POUR DES BONNES PRATIQUES CONCERNANT LES TSO EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Ce travail est cependant plus complexe qu'au dehors, les sujets ne venant pas volontairement consulter dans un lieu de soin choisi et subissant un environnement anxiogène. Le médecin leur est également imposé. L'abord des personnes détenues, dépendantes aux opiacés, doit en tenir compte et être facilitateur de la reconduction ou de l'initiation des TSO.

La diversité des pratiques soignantes et les difficultés qu'évoquent les équipes dans la prise en charge au quotidien des patients bénéficiant d'un traitement de substitution, témoignent de la particularité de ces thérapeutiques.

Les principes posés par la loi de 1994, (principe de continuité et d'équivalence des soins entre milieu carcéral et milieu libre), sont confrontés à des difficultés de mise en œuvre dans le domaine de la

substitution. Le milieu carcéral ne fait sans doute que cristalliser des difficultés latentes en milieu libre.

Compte-tenu du contexte décrit ci-dessus, il est nécessaire d'actualiser des recommandations concrètes, utiles pour la pratique des équipes. Ces recommandations sont explicitées dans les dix fiches suivantes :

- Bilan accueil arrivant
- Analyses urinaires
- Prescriptions à l'entrée en détention
- Renouvellement des prescriptions
- Circuit du médicament en milieu pénitentiaire
- Modification du médicament utilisé pour le TSO (switch)

- Délivrance des TSO
- Mésusage des TSO
- Co-prescriptions
- Globalité de la prise en charge
- Extractions, sorties, transferts.

Les recommandations destinées à améliorer la prise en charge des personnes détenues, dépendantes aux opiacés, ne seront efficaces que si le repérage de ces dépendances est correctement réalisé. L'examen médical d'entrée des personnes venant de l'état de liberté¹ constitue un temps essentiel de ce repérage, que les personnes aient ou non une expérience antérieure des traitements de substitution aux opiacés (TSO). L'examen clinique (antécédents, étapes de l'usage de drogues, examen physique, sites d'injection, symptomatologie de manque...) est l'élément clé de l'évaluation. Il suffit le plus souvent à faire un état des lieux de la consommation d'opiacés, d'un éventuel abus ou d'une dépendance et son intensité ainsi que des principales complications associées.

Lorsque la personne détenue déclare être en cours de traitement par TSO, l'entretien initial, s'il n'est pas effectué par un médecin, doit être suivi d'une rencontre avec ce dernier afin d'assurer la continuité du traitement.

En cas de traitement préalable par TSO, un contact avec le médecin ou la structure prescriptrices, avec l'accord du patient, est nécessaire pour informer de l'incarcération, prendre connaissance de l'histoire

clinique et confirmer les posologies. Il est indispensable en cas de traitement par méthadone. En cas de refus, le traitement sera considéré comme une initiation. Un contact avec le pharmacien effectuant habituellement la délivrance peut également permettre de confirmer l'existence d'un traitement récent ainsi que les posologies, notamment lorsque les prescripteurs habituels ne sont pas joignables.

Néanmoins, un nombre non négligeable d'usagers sont substitués hors prescription officielle, surtout par buprénorphine, moins souvent par méthadone. L'incarcération constitue une opportunité d'insérer ces patients dans une filière de soins.

Dans toutes ces situations, les analyses urinaires constituent un outil d'aide au repérage des consommations et à l'évaluation des dépendances (voir fiche n°6).

L'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention précise les principaux temps de la prise en charge des addictions : le repérage, réalisé à l'occasion de la consultation médicale arrivant prévue par les textes, puis le diagnostic, qui doit être posé par un professionnel spécialisé en addictologie. Doit alors être défini un projet

POINT CLÉ

→ Le bilan accueil arrivant est un temps essentiel d'évaluation, de repérage des conduites addictives et pour assurer la continuité des soins. Il permet l'orientation ou la réintégration de nombreux sujets dans une filière de soins.

de soin adapté au patient, intégrant la préparation à la sortie. Tout au long du parcours de soin, une attention doit être portée à la réduction des risques infectieux. Conformément à cette instruction, cette prise en charge doit être coordonnée par une personne exerçant à l'UCSA.

Pour aider les professionnels dans la première étape de repérage des conduites addictives, l'instruction propose un questionnaire simplifié (11 questions). Celui-ci se substitue au précédent outil proposé par la note interministérielle santé/justice du 9 août 2001 (questionnaire Minigrade), qui a été peu utilisé par les équipes sur le terrain.

1. Examen systématique conformément au code de procédure pénale

5

BILAN ACCUEIL ARRIVANT

TABAC

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fumez-vous du tabac tous les jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Souhaitez-vous vous arrêter à l'occasion de votre incarcération ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Souhaitez-vous recevoir un traitement d'aide au sevrage ?
(gommes, comprimés, patchs...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALCOOL

4. Combien de verres buvez-vous dans une journée « ordinaire » ?

(une journée représentative de votre façon de boire)

(le verre fait référence au verre standard de 10 g d'alcool pur)

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Vous arrive-t-il de boire une boisson alcoolisée moins de deux heures après votre réveil, pour calmer votre nervosité ou d'autres symptômes ? | Oui, tous les jours | Oui, quelquefois | Non |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres ou plus lors d'une même soirée ?

- | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Quatre fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si le patient répond « oui, tous les jours » à la question 5, il est nécessaire d'évaluer le risque de syndrome de sevrage sévère, par exemple, avec le score de Cushman (cf en annexe à la fin du guide).

DROGUES ILLICITES ET PRODUITS PSYCHOTROPES DÉTOURNÉS

	Dans le passé	Juste avant l'incarcération
7. Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié de la prescription d'un traitement de substitution ? méthadone ou buprénorphine haut dosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Consommez-vous ou avez-vous consommé...		
▶ des traitements de substitution hors prescription ? méthadone ou buprénorphine haut dosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ des calmants hors prescription ou des doses plus importantes que ce qui vous est prescrit ? (valium®, lexomil®, lysanxia®, seresta®, temesta®, xanax®, rivotril®, somnifères...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ du cannabis ? (shit, herbe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ de l'héroïne ou d'autres opiacés ? (codéine, morphine...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ de la cocaïne ou du crack, free-base ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ des amphétamines ou des hallucinogènes ? (LSD, ecstasy, champignons...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
9. Avez-vous déjà pris une drogue par injection ? (shoot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous déjà consulté en rapport avec la consommation de l'un ou l'autre des produits cités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Souhaitez-vous que l'on prenne contact avec la personne que vous aviez rencontrée alors ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBJECTIF

Les analyses urinaires peuvent s'avérer particulièrement utiles en milieu carcéral dans deux situations :

- **à l'entrée en détention.** La recherche de toxiques ou de médicaments de substitution aux opiacés (buprénorphine, méthadone) dans les urines présente un intérêt clinique évident à l'entrée en détention afin de compléter l'évaluation clinique. Les analyses urinaires peuvent contribuer à l'éventuelle authentification d'une prise de médicaments de substitution à l'entrée en prison.
- **pendant la détention.** Lors d'impasses thérapeutiques en cours de traitement (consommations évidentes et déniées, doutes sur la prise de traitement...), elles permettent d'objectiver les produits consommés.

Elle a cependant également ses limites. Des faux positifs ou faux négatifs peuvent être observés, en fonction de la technique utilisée (limites des tests immunologiques utilisés en pratique courante en première intention).

Les bilans urinaires sont réalisés dans l'intérêt du patient et doivent être considérés comme des outils de dialogue et non comme des outils de

« contrôle ». Ils sont partie constitutive du dossier médical et répondent aux mêmes règles de secret médical. De même, l'équipe doit veiller au respect de la confidentialité entourant la transmission de leurs résultats.

MODALITÉS

Les analyses d'urines peuvent être effectuées :

- soit par recueil des urines et utilisation d'une méthode le plus souvent immunoenzymatique en laboratoire pour le screening des molécules recherchées ; dans ce cas on obtient une forte sensibilité mais une faible spécificité. Les résultats sont alors qualitatifs : présence/absence. Des faux positifs (interférences possibles avec certains médicaments) ou faux négatifs, par dilution volontaire ou involontaire, ou adultération sont possibles. La chromatographie permet une confirmation en cas de doute; sensibilité et spécificité sont alors fortes.
- soit par utilisation de bandelettes urinaires d'utilisation facile et de lecture simplifiée. Elles donnent un résultat instantané et fiable, et constituent une alternative intéressante, notamment pour les personnes entrantes. C'est pourquoi elles suscitent un intérêt largement partagé chez les

professionnels de santé exerçant en milieu carcéral. Elles ne fournissent cependant que des informations qualitatives (de type présence/absence) mais peuvent se décliner pour tous les produits (buprénorphine, méthadone, opiacés, cocaïne, benzodiazépines...). Leur coût est moins élevé que les analyses d'urines effectuées au laboratoire, mais dépend cependant du nombre de substances dépistées.

EXPÉRIENCE DES PROFESSIONNELS

Dans le cadre d'une reconduction de TSO (situation la plus fréquente) et lorsque la prescription ne peut pas être identifiée immédiatement, l'utilisation de bandelettes urinaires évite d'avoir recours à un protocole de sevrage.

L'utilisation des bandelettes représente un avantage certain pour la prise en charge des personnes détenues avec des TSO. Néanmoins, l'attitude à l'égard d'un résultat positif témoignant de la présence d'un produit peut conduire parfois, dans certaines équipes, à une décision thérapeutique

Paroles de soignants : « Ça nous a complètement transformé la vie et aussi pour les patients qui sont apaisés quant au renouvellement du traitement. »

relevant plus de la sanction (l'arrêt du traitement) que d'une approche privilégiant l'éducation thérapeutique et l'accompagnement du patient autour des difficultés rencontrées avec son traitement.

Paroles de soignants : « *Ils se sont mis en danger, ils nous ont mis en danger et après la crédibilité du service est en jeu.* »

Ce dernier point, touchant à la mise en danger et à la crédibilité du service, fait écho à une autre préoccupation chez les professionnels de santé: la responsabilité juridique face à un incident potentiel de type overdose en cellule ou accident avec la prise de méthadone. Cette préoccupation est par ailleurs légitime dans la mesure où des équipes soignantes ont effectivement pu être mises en cause dans ces situations (enquête préliminaire, convocation chez le juge).

En revanche, les analyses urinaires ne permettront pas, en tant que telles, de modifier la pression environnementale qui pèse sur les équipes. Cette pression a pu conduire certaines d'entre elles à refuser l'introduction des bandelettes en anticipant une éventuelle récupération de l'usage de cet outil par les services de l'administration pénitentiaire.

A titre d'exemple, suite à ce type de pressions, des analyses urinaires aléatoires sont réalisées par des unités sanitaires, dans la seule visée d'identifier les toxiques circulant illégalement en détention. Cette pratique des analyses urinaires à visée de surveillance relève d'une logique étrangère au

Paroles de soignants : « *Si un jour il arrive un accident grave en cellule, on pourra prouver qu'on a surveillé comme il fallait.* »

soin, et n'a donc pas sa place dans les pratiques d'une équipe soignante.

EN PRATIQUE

► Chez les sujets déclarant une consommation régulière d'héroïne préalable à l'incarcération et souhaitant bénéficier d'un traitement de substitution, la recherche d'opiacés dans les urines est requise sur un plan réglementaire. Le dépistage peut cependant être négatif si le délai entre la dernière prise d'héroïne et le test est long, notamment en cas de garde à vue prolongée. Le dépistage peut également être négatif en cas de délai important entre la dernière prise d'opiacés et le test. Les durées de détection dans les urines sont : quelques heures pour l'héroïne, 48 heures pour la morphine, 4 jours pour la codéine, 2 à 4 jours pour la buprénorphine, 4 à 8 jours pour la méthadone. La recherche d'opiacés standard dans les urines ne détecte pas la méthadone ou la buprénorphine qui doivent être demandées séparément. Par ailleurs, un délai existe entre le recueil des urines et le retour des résultats. L'usage de bandelettes urinaires peut ici trouver son intérêt en permettant une analyse fiable et instantanée. La négativité des résultats urinaires ne peut à elle seule infirmer l'existence d'une dépendance aux opiacés ou d'un TSO préalable à l'incarcération.

► Chez les patients déclarant bénéficier d'un TSO préalablement à l'incarcération, le dépistage urinaire permet d'objectiver la prise de TSO mais aussi de faire le point sur d'autres consommations éventuelles. Si l'authentification de la prescription antérieure est difficile à obtenir (prescripteur et pharmacie non joignables, absence d'ordonnance...), un contrôle urinaire doit être systématiquement proposé.

Deux situations sont à distinguer : la reconduction d'un traitement existant (situation la plus courante) et l'initiation.

RECONDUCTION D'UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Il importe de respecter le principe d'équivalence et de continuité des soins entre milieu libre et milieu carcéral pour les TSO lorsqu'ils préexistent à l'incarcération. Différents cas de figure peuvent cependant se présenter en fonction de l'authentification de la prescription antérieure, d'une initiation récente (cas de la garde à vue) ou du type d'établissement pénitentiaire concerné.

Traitement authentifié

En pratique, lorsque la prescription d'un TSO a pu être authentifiée lors de l'incarcération d'une personne détenue, cette prescription doit être poursuivie. Authentifier une prescription signifie avoir eu une confirmation du médecin prescripteur ou du pharmacien (téléphone, télécopie), ou à défaut la présentation de l'ordonnance en attente de confirmation et les analyses urinaires.

Le principe de continuité implique que la posologie prescrite à l'extérieur soit reconduite en milieu carcéral surtout si le patient est stabilisé dans le respect de l'AMM (maximum de 16 mg/j en une prise pour la buprénorphine).

Concernant la forme gélule de méthadone, elle peut être dispensée en détention au même titre que la forme solution bien que certaines équipes choisissent de n'utiliser que la forme solution, dont la supervision est plus aisée. Un relais éventuel d'une forme solution vers la forme gélule est également possible, dans les mêmes conditions qu'au dehors, à savoir :

- Patients traités par méthadone depuis au moins 1 an
- Stabilisés cliniquement
- Première prescription effectuée par un médecin spécialisé (CSAPA ou hospitaliers, ce qui inclut les praticiens exerçant en milieu pénitentiaire)
- Nécessité d'une délégation de prescription à la libération de la personne détenue, si le médecin prescripteur est un médecin ne répondant pas aux conditions ci-dessus (cette délégation est devenue permanente depuis juin 2011)¹

- Établissement d'un protocole d'affection longue durée (ALD) tenant compte des éventuelles comorbidités.

Mais il est parfois nécessaire d'ajuster la posologie.

- En effet, l'anxiété associée à l'incarcération peut déstabiliser certains sujets jusqu'alors équilibrés et rendre nécessaire un ajustement posologique dans le sens d'une augmentation.

- Dans le cas d'une prescription authentifiée de méthadone et lorsqu'un délai de plusieurs jours a eu lieu depuis la dernière prise, il est recommandé de réduire la posologie initiale (afin d'éviter un surdosage) avant d'atteindre à nouveau la posologie habituelle du patient, selon les indications suivantes :

- pour les patients recevant une dose supérieure à 40mg :
 - délai entre 3-5 jours → réduire la dose de moitié
 - délai supérieur à 5 jours → ne pas dépasser la dose de 40 mg.
- pour les patients recevant une dose de 40 mg ou moins, il faudra réduire la dose de réinitialisation

1. Lettre AFSSAPS du 28 septembre 2011.

d'environ 5 à 10 mg et revoir le patient après 24 à 48 heures pour ajuster la dose.

- Pour les posologies élevées ou hors AMM :

- Méthadone :

- les patients « métaboliseurs rapides » (présentant un pic initial plus élevé et une dégradation hépatique plus rapide de la méthadone avec sous-dosage en fin de journée) sont peu fréquents et en général connus des CSAPA. Les posologies dépassent fréquemment 100 mg, leur traitement doit être fractionné en 2 prises.

- certains autres patients ne peuvent être stabilisés cliniquement qu'à des posologies supérieures à 100 mg. Si le CSAPA prescripteur confirme la nécessité de ce dépassement, il doit être maintenu moyennant évaluation et attention clinique particulière et si besoin dosage de la méthadonémie.

- Buprénorphine : la règle est de s'en tenir à l'AMM, soit 16 mg maximum par jour (cf. Mise au point buprénorphine, Groupe expert AFSSAPS)². Mais certains patients, peu fréquents, ne sont stabilisés qu'à des posologies supérieures à 16 mg/j (à noter que dans de nombreux autres pays, l'AMM permet de prescrire jusqu'à 32 mg/jour).

Prescription non-authentifiée

La réponse doit être nuancée dans les cas suivants : lorsque la prescription ne peut être authentifiée, lorsqu'elle est discontinuée ou « nomade », ou bien lorsque les traitements sont obtenus en marge du système de soin (marché noir, dépannage, substitution du copain ou du conjoint plus ou moins régulièrement partagée, etc.).

L'expérience montre que ces situations sont loin d'être exceptionnelles, en particulier parmi les patients usagers de drogues fréquemment incarcérés. Elles relèvent d'une prise en charge thérapeutique particulière et justifient une adaptation de l'encadrement thérapeutique (ajustement posologique, prise en charge des comorbidités...).

L'évaluation clinique doit primer.

La prise de décision médicale doit reposer sur :

- l'évaluation clinique (éléments du syndrome de sevrage, habitudes de consommation, résultats des analyses urinaires, parcours dans la toxicomanie, connaissance des produits) ;
- l'écoute des besoins de la personne détenue et la formulation de sa demande.

Lorsque la personne détenue entrante a déjà été précédemment incarcéré dans le même établissement et est connu par l'équipe soignante qui lui avait alors prescrit un TSO, il peut être indiqué, en l'absence d'authentification de la prescription extérieure et dans une perspective de préparation à la sortie, de poursuivre le traitement en se basant sur l'évaluation clinique, et en limitant préférentiellement cette option au seul traitement avec la BHD.

Prise en charge des éventuelles manifestations de « manque » dans l'attente de l'authentification ou de la décision d'une prescription de TSO

Lorsque l'authentification n'a pu être réalisée dès l'admission et en attente des résultats de contrôles urinaires (intérêt ici des bandelettes urinaires permettant une lecture instantanée et fiable) la prise en charge des éventuelles manifestations de manque doit être prévue et faire l'objet d'un protocole. Chaque établissement doit organiser la permanence des soins. La mise en place d'une procédure clairement identifiée avec les partenaires amenés à intervenir hors des horaires de présence médicale à l'UCSA est nécessaire.

2. "Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage », Mise au point, octobre 2011, AFSSAPS.
[http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Initiation-et-suivi-du-traitement-substitutif-de-la-pharmacodépendance-majeure-aux-opiacés-par-buprenorphine-haut-dosage-BHD-Mise-au-point/\(langage\)/fr-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Initiation-et-suivi-du-traitement-substitutif-de-la-pharmacodépendance-majeure-aux-opiacés-par-buprenorphine-haut-dosage-BHD-Mise-au-point/(langage)/fr-FR)

Lorsque la dépendance aux opiacés est avérée mais la prescription n'a pu être authentifiée

La formalisation d'une prescription est alors assimilable à une primo-prescription et envisagée comme telle. Elle doit être associée à un travail d'information du patient et à la mise en place d'un cadre thérapeutique. Un suivi médical rapproché doit être programmé pour évaluer la posologie adaptée avec le patient.

- Buprénorphine :
 - Quand cela est possible, une analyse urinaire préalable peut être faite à la recherche de buprénorphine mais aussi d'autres toxiques (et médicaments) afin de prendre un « cliché » des consommations précédant directement l'incarcération, de façon à mieux évaluer la réponse thérapeutique.
 - Lorsque le traitement antérieur était la buprénorphine, une posologie initiale de 2 ou 4 mg en fonction de l'état clinique peut être instaurée. Les symptômes de manque peuvent être quasi-absents si la dernière prise date de moins de 48 heures, ou se réduire à des symptômes psychiques (anxiété, irritabilité, agressivité...). **La posologie initiale ne dépassera alors pas 2 mg et l'état clinique sera réévalué dans les**

heures qui suivent afin de décider d'un ajustement posologique complémentaire.

- Une période minimale d'une à deux semaines d'encadrement de la délivrance devant un personnel soignant doit permettre d'évaluer les habitudes de prise du traitement, d'informer sur le risque des mésusages, d'établir un lien thérapeutique.
- Méthadone :
 - Un prélèvement urinaire préalable authentifiera la prise éventuelle de méthadone. Mais il convient de rappeler qu'une substitution « sauvage » et régulière par méthadone est plus rare.
 - Si l'indication est posée, la posologie initiale sera prudente (pas plus de 30 mg), surtout si la dernière prise est éloignée, et l'état clinique rapidement réévalué. On y veillera d'autant plus si d'autres substances psychoactives ont été prises récemment (en particulier si des benzodiazépines ont été prescrites en garde à vue).
 - La perspective du relais à l'issue de l'incarcération doit être envisagée dès la première prescription, comme dans le cas d'une primo prescription.

Situation particulière des centres de détention et des maisons centrales

L'indication thérapeutique découle de la situation clinique de la personne détenue et non de son statut pénal. Il n'y a donc aucune justification à l'arrêt systématique, à l'entrée en centre de détention ou en maison centrale, d'un traitement de substitution préexistant en maison d'arrêt. Dans une logique de maintenance, un traitement au long cours est pertinent lors d'incarcérations pour de longues peines, même si un débat peut être ouvert sur leur sens dans ce contexte.

Le repérage, par les autres personnes détenues, du va-et-vient quotidien pour la prise du traitement de substitution est sans doute un élément dissuasif pour qui sait devoir gérer une coexistence confinée avec les mêmes autres personnes détenues pendant plusieurs années. Aussi, la question de la confidentialité et de sa gestion est sans doute encore plus à travailler en centre de détention et en maison centrale qu'en maison d'arrêt.

Situation particulière de l'initiation d'un TSO en garde à vue

La conférence de consensus portant sur « l'intervention du médecin auprès des personnes en

garde à vue »³ (2006), en accord avec les conclusions de la conférence de consensus « Stratégie thérapeutique pour les personnes dépendantes aux opiacés » (2004), rappelle que la garde à vue ne devrait pas être le moment d'une initiation d'un traitement de substitution aux opiacés, les conditions d'évaluation, d'accompagnement et de surveillance médicales n'étant pas réunies. Cependant, il peut arriver qu'un entrant se soit vu prescrire un médicament de substitution pendant la garde à vue ; dans ce cas de figure, il convient de considérer la situation de cette personne entrante comme celle d'une initiation d'un traitement de substitution et de procéder en conséquence à une évaluation clinique à l'entrée en détention. Les conditions de prescription sont alors celles d'une initiation (voir ci-dessous).

Situation particulière des femmes enceintes

Lorsque une femme enceinte est incarcérée, le traitement de substitution aux opiacés doit être maintenu, les risques d'une interruption du traitement étant importants pour le fœtus et la mère.

« La prescription d'un MSO apparaît comme une excellente indication chez une femme dépendante des opiacés, au mieux avant une grossesse désirée ou au 1^{er} voire au 2^e trimestre. L'initialisation d'un MSO en fin de grossesse est en revanche discutée. Les effets périnataux de la méthadone et de la BHD sont identiques. Il n'y a donc aucune raison objective de modifier un TSO lors de la découverte d'une grossesse. »⁴

Par ailleurs, les posologies permettant une stabilisation clinique de la mère doivent être maintenues. Comme le souligne l'expertise collective Inserm sur la réduction des risques chez les usagers de drogues « les inconvénients d'une baisse de posologie paraissent supérieurs, car il existe un risque que la mère trouve un équilibre par une consommation de produits plus tératoogènes... »⁵

Les posologies doivent au contraire le plus souvent être ajustées à la hausse en fin de grossesse en raison de la prise de poids et de modifications métaboliques significatives.

« Ces femmes doivent être bien équilibrées en fin de grossesse et dans la période du post-partum,

quitte à augmenter la posologie. Une posologie insuffisante du traitement de substitution favorise la consommation d'autres produits psychotropes, et tout particulièrement d'alcool et de tabac. De plus, la modification de la pharmacocinétique de la méthadone en fin de grossesse peut nécessiter une augmentation transitoire de posologie, en s'aidant si nécessaire des résultats de dosages plasmatiques. »

Enfin, le faible passage des TSO dans le lait maternel ne contre-indique pas l'allaitement ; sa seule contre-indication est l'infection par le VIH.

INITIATION D'UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

La prison est fréquemment un lieu d'initiation de soin pour les personnes qui se trouvaient à distance du dispositif sanitaire lorsqu'ils étaient en milieu libre. Pour ceux présentant des pratiques addictives, surreprésentés en détention comparativement à la population générale, l'arrêt des consommations de produits psychoactifs illicites ou détournés de leur usage médical est imposé

3. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Garde_vue_long.pdf

4. (Haute Autorité de Santé - Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution ; Conférence de consensus, juin 2004).

5. Réduction des risques chez les usagers de drogues, Expertise Collective, Inserm, 2010. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

par l'incarcération. Dès lors, les unités de soins ont à définir une stratégie d'accompagnement des personnes dans cette situation si elles ont été repérées lors du bilan accueil arrivant. Cet accompagnement doit permettre de décider de l'option thérapeutique paraissant la plus adaptée à la situation clinique du patient (TSO, sevrage). En tout état de cause, le choix entre les deux médicaments de substitution actuellement disponibles en France doit pouvoir être offert.

Les indications pour l'initiation sont identiques à celles au dehors (pharmacodépendance majeure aux opiacés). Elles doivent de plus tenir compte des circonstances particulières associées à l'incarcération et favoriser :

- la prévention de l'usage de substances psychoactives en détention et à la libération avec un risque majeur de rechute à la sortie ;
- la prévention des pratiques à risque, en tenant compte de l'absence d'accessibilité à des programmes d'échange de seringues en milieu carcéral, alors qu'en milieu libre ils sont intégrés à la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue, visant à prévenir la transmission des infections ;
- l'intégration durable dans une filière de soin en

détention puis au dehors, avec réduction de la mortalité, des réincarcérations, des pratiques à risques et de l'incidence des affections virales ;

- la prévention des overdoses à la sortie.

Choix de la molécule

Le traitement substitutif de la pharmacodépendance aux opiacés fait appel à deux médicaments : la méthadone et la buprénorphine. En milieu libre, les règles de prescription différentes entre la buprénorphine et la méthadone et la disparité dans l'offre de soins spécialisées dans les addictions influent plus sur le choix de la molécule que le service médical rendu de chacun des deux médicaments : les possibilités de primo-prescription sont beaucoup plus importantes pour la buprénorphine, ce qui contribue à un ratio de 80% des patients en TSO avec la buprénorphine. Cette contrainte de l'offre de soin est levée en milieu carcéral, où aucun obstacle ne s'oppose à une primo-prescription égale de l'un ou l'autre de ces médicaments. Dès lors, certains critères cliniques et sociaux peuvent plus facilement être pris en compte dans le choix de la molécule.

Dans sa communication la plus récente sur le sujet (avis de la commission de transparence sur

le Suboxone, en date du 16 avril 2008), la Haute Autorité de Santé (HAS) a précisé les situations dans lesquelles la méthadone pouvait être préférée à la buprénorphine : dépendance sévère, difficulté à renoncer à l'injection, comorbidité psychiatrique, polyconsommation (alcool, benzodiazépines, cocaïne, etc.), situation de grande précarité sociale, patients pour lesquels un traitement antalgique morphinique est nécessaire. A cette liste peut être ajoutée un critère supplémentaire : patients présentant un mésusage passé de buprénorphine (sniff, inhalation, injection).

Conditions d'initiation

Elles sont identiques à celles au dehors. Pour la méthadone, il convient d'être prudent lorsqu'un délai prolongé entre la dernière prise d'opiacés et l'initiation rend difficile l'évaluation de la tolérance du patient (par exemple, garde à vue prolongée, parfois supérieure à 48 heures suivie d'un délai en détention avant la première prise de TSO).

Une fois la posologie initiale choisie (30 à 40 mg au maximum sont la règle), une évaluation clinique dans les heures qui suivent est nécessaire afin de préciser l'état clinique du patient et éventuellement réajuster le trai-

tement si les manifestations objectives de manque restent marquées.

Situation particulière des initiations au cours de la détention

Toutes les personnes entrantes dépendantes aux opiacés ne sont pas forcément repérées comme telles à l'entrée. Les équipes soignantes devraient en particulier être vigilantes à ces deux situations : Certaines personnes vont en effet privilégier, lors de leur incarcération, la poursuite d'une consom-

mation illégale. Mais un changement dans l'organisation des trafics en détention peut conduire une personne à solliciter les équipes de soin au cours de son incarcération (par exemple lorsque le prix des produits en circulation augmente ou que le « dealer » est sorti).

D'autres vont utiliser leur incarcération comme une opportunité de se sevrer elle-même, en dehors de toute prise en charge médicale. Ces tentatives aboutissent parfois à des échecs, qui conduiront alors la personne détenue à avoir recours à un

Paroles de soignants : « *Le patient s'engage à bien prendre son traitement et en contrepartie, nous, on s'engage à bien le soigner. Je ne pense pas qu'on ait besoin d'un contrat pour assurer au patient qu'on va bien le prendre en charge. C'est notre travail de s'occuper des patients.* »

soin en addictologie, qui peut alors être l'occasion d'initier un traitement de substitution (en particulier en prévision d'une sortie proche).

PROTOCOLES ET CONTRATS DE SOIN

Les procédures en matière de reconduction et d'initiation de TSO doivent faire l'objet d'un protocole, en particulier pour que l'ensemble des médecins intervenant dans le cadre de la permanence des soins, en dehors des horaires de présence de personnels de l'unité sanitaire, aient connaissance de ces règles. Ces protocoles sont à destination des professionnels.

Certaines équipes souhaitent en outre utiliser un contrat de soin avec le patient, qu'il soit formalisé ou non. Ce contrat de soin avec le patient doit être très clairement dissocié des protocoles à destination des professionnels. Il n'est en aucun cas obligatoire, mais peut parfois présenter une utilité dans la qualité de la prise en charge, s'il est clairement au bénéfice du projet thérapeutique en substitution.

Dans tous les cas, la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient doit être au premier plan, constituant en prison, plus encore qu'ailleurs, la garantie d'un possible travail thérapeutique et de l'émergence d'un processus de changement.

POINT CLÉ

→ **Lors de l'appréciation de l'indication à initier ou reconduire un TSO en détention, l'évaluation clinique doit primer. Les besoins du patient doivent être attentivement évalués et les conditions de prescriptions et d'accompagnement définies dans l'objectif d'une alliance thérapeutique avec le patient.**

LE MÊME PRINCIPE QU'EN MILIEU LIBRE

Les prescriptions de traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral obéissent aux mêmes règles et principes que ce qui est prévu en milieu ouvert, à savoir : prescription pour une durée maximale de 14 jours pour la méthadone et pour une durée maximale de 28 jours pour la buprénorphine, après examen du patient détenu. Le renouvellement de la prescription suppose donc une consultation médicale avec le praticien chargé du suivi du patient.

LES PROLONGATIONS TEMPORAIRES DE DÉLIVRANCE

On constate qu'il peut être difficile, dans certains cas, de respecter cette obligation de consultation systématique de renouvellement en raison des contraintes pesant sur l'organisation des soins en milieu carcéral (effectifs sanitaires souvent insuffisants au regard de la population détenue et contraintes liées aux mouvements des personnes

détenues au sein de l'établissement pénitentiaire). Il existe donc un risque fort qu'un retard dans la consultation médicale de renouvellement remette en cause la continuité du traitement d'un patient.

Pour pallier ce risque, des équipes ont mis en place des prolongations temporaires (portant sur une période de quelques jours) pour la délivrance des médicaments de substitution chez les personnes n'ayant pas pu avoir de consultation médicale de renouvellement. Cette prolongation doit toutefois être encadrée par l'existence a minima d'une ordonnance valide (ordonnance-relais signée par le médecin ou mention « renouvelable » sur l'ordonnance, en accord avec la pharmacie). La fiche numéro 9 rappelle les étapes successives du circuit du médicament en milieu pénitentiaire.

Cette pratique est rendue possible en milieu carcéral par le fait que le fonctionnement dans une unité sanitaire se rapproche plus des pratiques en CSAPA que de celles en médecine de ville, garantissant ainsi une forte proximité et une bonne connaissance des patients. En effet, le contact avec un

soignant est souvent quotidien pour la délivrance des médicaments de substitution (toujours pour la méthadone, souvent pour la buprénorphine) ou bien a lieu dans un intervalle resserré (2 à 3 fois par semaine, plus rarement hebdomadaire, pour la buprénorphine). Ce sont ainsi autant d'infirmiers en charge de la délivrance qui ont une réelle fonction d'observation des patients.

Le contact très fréquent avec des professionnels sensibilisés aux conduites addictives permet, dans les CSAPA, que le renouvellement des prescriptions ne soit pas systématiquement associé à une consultation médicale avec le patient mais repose temporairement sur l'appréciation de l'équipe, quand le patient est cliniquement stabilisé. De la même façon, pour les patients stabilisés dans leur traitement et rencontrant régulièrement les soignants, il est envisageable que le renouvellement de la prescription de TSO ne soit pas systématiquement associé à une consultation médicale. Les soignants doivent être sensibilisés aux symptômes évocateurs d'un sous-dosage, pouvant être à l'origine d'un mésusage ou d'un détournement

du TSO. Ces symptômes peuvent être subjectifs : appétence pour les opiacés voire craving, anxiété et inconfort en fin de journée, frissons (chaud-froid) en fin de nuit, troubles du sommeil. Ils peuvent aussi être objectifs : bâillements, rhinorrhée, larmolement, piloérection, tremblements. L'utilisation d'un outil d'évaluation type score de Handelsman (voir en annexe à la fin du guide), permettant de coter les signes de manque, peut être utile.

Cette possibilité exige cependant une « protocolisation », afin d'éviter que l'exception ne devienne la règle et qu'une prolongation temporaire de prescription destinée à éviter l'interruption brutale d'un traitement non renouvelé en temps et en heure par le médecin ne se prolonge indéfiniment.

En revanche, il n'est pas acceptable qu'un traitement fasse l'objet d'un renouvellement automatique tout au long de l'incarcération sans évaluation médicale.

POINT CLÉ

→ Les pratiques en détention se rapprochent par certains aspects de celles rencontrées en CSAPA et doivent être axées sur la continuité des soins et le maintien d'une proximité clinique avec les patients.

LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Le circuit du médicament est composé d'une série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents : la prescription est un acte médical, la dispensation¹ est un acte pharmaceutique et l'administration un acte infirmier ou médical.

LA PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS

A. Obligations générales

Les prescriptions faites aux patients détenus obéissent aux règles de droit commun de la prescription.

La prescription de médicaments est rédigée après examen du patient détenu, sur une ordonnance et indique lisiblement :

- le nom, la qualité et le cas échéant, la qualification, le titre ou la spécialité du prescripteur telle que définit à l'article R. 5121-91 du code de

la santé publique, son identifiant lorsqu'il existe, nom, adresse de l'établissement et coordonnées téléphoniques et électroniques auxquelles il peut être contacté, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;

- la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie, et le mode d'administration et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;
- la durée de traitement ;
- les nom et prénom, le sexe, l'âge du malade, sa taille et son poids.

La prescription peut être rédigée, conservée et transmise de manière informatisée sous réserve qu'elle soit identifiée et authentifiée par une signature électronique et que son édition sur papier soit possible.

La prescription est assurée par un professionnel habilité, c'est-à-dire tous les intervenants médi-

caux pratiquant au sein des structures sanitaires : médecins généralistes, spécialistes, psychiatres, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes.

B. Spécificités

Le médecin tient compte du milieu carcéral et des risques encourus par le patient en cas de mauvaise utilisation ou d'utilisation détournée des médicaments.

S'il apparaît que des précautions particulières doivent être prises, le médecin le notifie sur l'ordonnance.

Les prescriptions effectuées pendant la détention sont des éléments du dossier du patient, donc soumises aux règles de confidentialité. Les ordonnances font l'objet d'un archivage.

Par ailleurs, le médecin remet à la personne détenue un double de sa prescription.

Les règles générales de prescription doivent être respectées lors des transferts de patients.

1. Selon l'article R.4235-48 du code de la santé publique, « le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

1° l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;

2° la préparation éventuelle des doses à administrer ;

3° la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »

Dispensation et administration

L'administration des médicaments est effectuée par du personnel appartenant aux catégories définies réglementairement comme autorisées à administrer des médicaments.

Ainsi, elle peut être réalisée par le personnel infirmier conformément à l'article R. 4311-7 du code de la santé publique (CSP) ou par certains prescripteurs (article L. 4161-1 du CSP). L'administration des médicaments nécessite la vérification:

- de l'identité du patient et des médicaments à administrer, au regard de la prescription médicale ;
- de la date de péremption des médicaments et leur aspect ;
- du mode d'administration;
- de la surveillance de leurs effets.

La dispensation et l'administration des médicaments sont assurées de manière individualisée ; quotidienne, pluriquotidienne, hebdomadaire, voire plus espacée.

Les modalités de ces étapes sont établies en fonction de la nature du produit, du profil du patient (risque suicidaire...) mais aussi de son environnement (codétenu...).

De même les interruptions de traitement sont effectivement des situations à envisager, comme en milieu libre, et relèvent de la vigilance et des échanges entre personnels de santé et pénitentiaires.

Une attention particulière doit être portée à la continuité des traitements y compris les week-ends et jours fériés.

Selon le type d'établissement et son organisation, le patient détenu pourra prendre son traitement soit au sein des unités de soins de rattachement, soit en détention, y compris dans les quartiers disciplinaires et d'isolement.

Lorsque la distribution des médicaments s'effectue en détention, le personnel infirmier ou le préparateur en pharmacie est nécessairement accompagné d'un personnel de surveillance. Les horaires de ces distributions doivent être réfléchies avec les directions des établissements pénitentiaires afin d'assurer le maximum de sécurité pour les personnels soignants et de permettre une distribution répondant aux bonnes pratiques (remise en main propre du pilulier, distribution lorsque les portes des cellules sont fermées afin d'éviter tout rassemblement autour du chariot). Si la personne détenue est absente de sa cellule, il

est préférable de ne pas laisser le traitement dans celle-ci.

L'administration pénitentiaire doit également veiller à ce que tous les changements de cellules soient portés à la connaissance du personnel sanitaire organisant la dispensation et l'administration des médicaments.

La surveillance thérapeutique de la personne détenue (bénéfice rendu et effets indésirables) doit être établie par le prescripteur. Le dossier du patient doit être mis à jour en conséquence.

Une information sur le traitement est délivrée à la personne détenue sous forme adaptée et le cas échéant, une éducation thérapeutique est mise en œuvre, notamment dans les cas de pathologies chroniques.

Les règles de prescription et de dispensation des médicaments classés stupéfiants sont les règles du droit commun.

Les dispositions concernant les médicaments classés comme stupéfiants sont définies dans l'arrêté du 6 avril 2011 (article 14). Cet article précise notamment que les médicaments classés comme stupéfiants sont détenus séparément dans une armoire ou un compartiment spécial banalisé

réservé à cet usage et lui-même fermé à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Des mesures particulières de sécurité contre toute effraction sont prévues.

Détention des médicaments en cellule

Dans un souci de responsabilisation des personnes détenues au regard des soins et des traitements qui leur sont dispensés, l'article D. 273 al 3 du CPP prévoit qu'une personne détenue peut garder à sa disposition en cellule des médicaments, des matériels et des appareillages médicaux, selon les modalités prescrites par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

Si pour des raisons d'ordre et de sécurité, le chef d'établissement pénitentiaire s'oppose à ce qu'une personne détenue détienne des médicaments en cellule, il doit prendre une décision **individuelle et motivée** et en informer immédiatement le médecin responsable de l'unité de soins de rattachement (article D. 273).

Tous stocks de médicaments trouvés par l'administration pénitentiaire durant les fouilles doivent être transmis aux services médicaux, dans le respect du secret médical. Si nécessaire la personne détenue sera reçue au service médical pour une sensibilisation au risque encouru par le mésurage des substances médicamenteuses.

INDICATIONS GÉNÉRALES

Dans tous les cas de figure (passage de la buprénorphine à la méthadone ou passage de la méthadone à la buprénorphine), la modification d'un médicament de substitution constitue un facteur de déstabilisation et de rupture d'un équilibre. Ce changement ne devrait donc s'envisager que si le bénéfice clinique paraît manifeste. Il doit s'accompagner d'une plus grande vigilance et d'un soutien accru au patient.

Passage de la buprénorphine à la méthadone

La particularité du passage de la buprénorphine à la méthadone tient au fait qu'en raison de sa très importante affinité pour les récepteurs opiacés, la buprénorphine bloque l'activité de la méthadone tant qu'elle est en mesure de saturer ses récepteurs. Les effets de la méthadone sont donc partiellement bloqués et plus lents à se manifester. Les effets de la méthadone ne s'exprimeront pleinement que lorsque la buprénorphine aura été suffisamment éliminée. Les conditions d'initiation de la méthadone sont par ailleurs superposables à celles rencontrées en pratique courante pour d'autres opiacés.

Si un patient est à posologie stable de buprénorphine, la méthadone peut être débutée 24 heures après la dernière dose, à une posologie quotidienne initiale pouvant aller jusqu'à 40 mg. La posologie dépend de la posologie de buprénorphine et des facteurs individuels habituellement pris en compte lors de l'initiation d'un TSO. Les ajustements se font ensuite par paliers de 5 à 10 mg. En cas de posologies initiales élevées de buprénorphine, une réduction progressive sur plusieurs jours est souhaitable avant d'initier le traitement par méthadone.

Le tableau suivant donne une orientation, la posologie de méthadone devant cependant être ajustée en fonction de la réponse clinique. Il faut avoir à l'esprit l'effet de blocage résiduel de la buprénorphine (atténuant les effets de la méthadone) qui peut durer plusieurs jours et la longue demi-vie de la méthadone : ceci suggère de prévoir une période suffisante d'élimination de la buprénorphine avant d'augmenter de manière marquée la posologie de méthadone.

Posologie initiale de buprénorphine	Posologie pour le passage à la méthadone
> 8 mg	40 mg
4 mg	20 mg
2 mg	10 mg

[Source: Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care - Royal College of General Practitioners - Ford C, Morton S Lintzeris N, Bury J, Gerada C - 2004].

Passage de la méthadone à la buprénorphine

Le principal risque du passage de la méthadone à la buprénorphine est d'induire un syndrome de sevrage pénible en délivrant trop tôt la buprénorphine. Son affinité pour les récepteurs opiacés est en effet puissante et en mesure de chasser la méthadone des récepteurs sans en reproduire complètement les effets.

• Posologie initiale de méthadone \leq 40 mg/j

Pour des posologies initiales de 40 mg par jour de méthadone ou moins, une dose initiale de 2 mg peut être délivrée au moins 24 heures après la dernière prise et en tout cas lorsque les premiers signes de manque apparaissent. Si une heure après la prise initiale de buprénorphine, les

10 MODIFICATION DU MÉDICAMENT UTILISÉ POUR LE TSO (SWITCH)

symptômes de manque sont en partie soulagés, une posologie supplémentaire de 4 mg peut être délivrée. Une posologie de 4 à 8 mg peut à nouveau être délivrée 1 ou 2 heures après afin d'aboutir le premier jour à une dose de charge de 10 à 14 mg. Le lendemain, une dose d'entretien de 8 mg peut être maintenue avec des ajustements progressifs en fonction de l'état clinique du patient. Dans tous les cas, l'évaluation clinique attentive permet d'ajuster au mieux la posologie du patient et de le rassurer également.

Posologie initiale de méthadone > 40 mg/j.

L'initiation de buprénorphine est plus délicate et doit se faire avec plus de prudence en raison du risque d'induire un syndrome de manque pénible. Lorsque c'est possible, une réduction préalable sur quelques jours de la méthadone doit être envisagée afin d'aboutir à des posologies plus faibles. La règle est d'attendre les premiers signes de manque, qui peuvent apparaître pour des posologies élevées parfois 72 heures après la dernière prise de méthadone. La dose initiale de buprénorphine sera de 2 mg avec paliers très progressifs de 2 mg. Un traitement symptomatique du manque peut être délivré si les doses initiales de buprénorphine sont mal tolérées. La

surveillance clinique restera attentive durant les premiers jours.

Sources :

National Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Dependence. Lintzeris N, Clark N, Winstock A, Dunlop A, Muhleisen P, Gowing L, Ali R, Ritter A, Bell J, Quigley A, Mattick RP, Monheit B, White J. Australian Government, National drug strategy, 2006. <http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/buprenorphine-guide>

Dépendance aux opioïdes : Traitements basés sur la substitution. Recommandations de l'Office fédéral de la santé Publique (OFSP) de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM) de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS). Berne, 2009. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/index.html?lang=fr>

INDICATIONS SPÉCIFIQUES AU MILIEU CARCÉRAL

Ces recommandations correspondent exactement aux indications prévalant en milieu libre. Mais des situations spécifiques au milieu carcéral conduisent à considérer sous un autre angle la modification d'un médicament de substitution. En effet, le passage d'une molécule à l'autre, que ce changement soit opéré à l'entrée en détention (initiation ou reconduction) ou bien en cours de détention, répond souvent à trois motivations différentes, présentées ci-dessous. S'il est un domaine où il

impossible de définir une pratique unique ou une recommandation consensuelle, c'est bien celui de la modification de la molécule utilisée, qui répond à des visées et des situations tellement différentes que l'évaluation de l'opportunité de changer de molécule doit se faire au cas par cas.

Une modification proposée pour consolider le projet thérapeutique en substitution pendant l'incarcération

Deux situations sont apparues, définies par le stade de la détention. La première concerne plutôt les débuts de la détention, période d'observation du patient qui permet de repérer des difficultés ou des fragilités (par exemple le mésusage de la buprénorphine) nécessitant un suivi rapproché ; en raison même de ses modalités de délivrance, la méthadone sera alors privilégiée par certaines équipes. La seconde situation s'inscrit dans le processus de la préparation à la sortie, qui peut constituer une étape où la modification de la molécule sera proposée au patient afin de faciliter une continuité aisée du traitement après la levée d'écrou ; dans cette perspective, le passage à la buprénorphine, plus facilement accessible, semble privilégié.

Ces deux situations montrent clairement qu'il n'existe pas intrinsèquement de « bon » ou de « mauvais » médicament de substitution, mais plutôt des molécules plus ou moins adaptées aux besoins et à la situation des patients. **C'est pour cette raison qu'il convient, autant que faire se peut, d'éviter d'avoir une molécule de première intention ou privilégiée.**

Une autre motivation peut jouer dans le changement de molécule, de la buprénorphine vers la méthadone : la recherche d'un effet anxiolytique plus marqué. Nous sommes toujours ici dans une visée thérapeutique, mais non directement liée au projet en substitution. Les propriétés anxiolytiques de la méthadone pourront ainsi justifier un changement de molécule pour des patients en traitement avec buprénorphine et ayant des co-prescriptions de benzodiazépine conséquentes, afin d'aider à améliorer la prise en charge globale.

Paroles de soignants : « Pour trois patients, le passage de la buprénorphine à la méthadone s'est bien passé et les benzodiazépines ont été retirés progressivement. »

Une modification consécutive à la prise en compte des contraintes du milieu carcéral

Là aussi, deux situations apparaissent. La première concerne les personnes détenues qui ont un travail en détention. Ceux qui sont en traitement par la méthadone demandent souvent à passer en traitement buprénorphine, en raison de l'inadéquation avec la journée continue de travail des modalités de délivrance quotidienne à l'unité sanitaire de la méthadone. Les équipes soignantes sont donc incitées à être vigilantes à la situation personnelle de la personne détenue, sans pour autant proposer systématiquement uniquement la buprénorphine aux personnes détenues occupant un emploi ; l'alternative est l'adaptation dans ce cas des modalités de délivrance (voir plus bas). La seconde situation particulièrement prégnante dans les maisons d'arrêt, témoigne elle aussi du poids de l'organisation de la vie en milieu carcéral sur le parcours de soin : horaires des promenades et parloirs peuvent rendre difficile la délivrance quotidienne de la méthadone en unité de soin ; cette contrainte carcérale justifiera elle aussi le changement de la molécule, là encore de la méthadone vers la buprénorphine.

Pour éviter ce changement contraint par une situation extérieure au soin, certaines équipes soignantes organisent des plages horaires de délivrance de la méthadone en fin d'après-midi ou à l'heure du déjeuner pour les patients qui travaillent. Elles peuvent aussi réussir à négocier avec l'administration pénitentiaire des aménagements horaires pour les patients travaillant en atelier, comme des retours plus tardifs en atelier à l'instar de ce qui peut être proposé aux patients diabétiques.

Paroles de soignants : « Les équipes développent des traitements avec la méthadone mais les personnes détenues font machine arrière, car ils sont dans une configuration de vie en maison d'arrêt qui est extrêmement encadrée : leurs espaces de liberté sont relativement brefs et ils n'ont pas envie de rester une heure trente en salle d'attente de l'unité de soin, ce qui les priverait de promenade. Les contraintes de vie en détention entraînent des modifications de prise en charge. »

10 MODIFICATION DU MÉDICAMENT UTILISÉ POUR LE TSO (SWITCH)

Une modification imposée suite à un mésusage

Cette situation concerne uniquement la buprénorphine, dont la prescription est parfois arrêtée si une pratique de mésusage, comme le sniff, est constatée. **Lorsqu'un mésusage est constaté, il est nécessaire d'adapter le traitement de substitution aux difficultés rencontrées par le patient dans la gestion quotidienne de son médicament. Il peut s'agir soit d'un ajustement posologique à la hausse de la buprénorphine, si le sujet paraissait bénéficier d'une posologie insuffisante, ou d'un passage à la méthadone.** Cette adaptation doit être conçue et mise en œuvre dans une perspective d'éducation thérapeutique et non de sanction.

Dans tous les cas de figure, les aménagements dans la continuité des soins ne devraient pas remettre en cause l'organisation de la journée des personnes détenues.

Les conditions de délivrance des TSO en milieu carcéral sont essentiellement influencées par deux facteurs qui, bien qu'ils ne soient pas spécifiques à ce milieu, y prennent une acuité particulière : le détournement/mésusage de buprénorphine et le risque d'overdose lié aux caractéristiques pharmacologiques de la méthadone.

DÉTournement/MÉSUSAGE DE BUPRÉnORPHINE

Le **détournement** de buprénorphine est une réalité en prison, comme en milieu libre. Les différences reposent sur le fait que la source de buprénorphine en milieu carcéral est censée être identifiée (le médecin de l'unité sanitaire), bien que de la buprénorphine puisse également être introduite de l'extérieur, et qu'un établissement pénitentiaire soit un lieu de privation de liberté, accueillant notamment des sujets pour infraction à la législation des stupéfiants. Ce détournement apparaît d'autant plus problématique dans ce contexte. Les caractéristiques de la population pénale (grande précarité et polyusage fréquent de substances psychoactives, comorbidités psychiatriques courantes) et les conditions d'incarcération (absence d'argent circulant en détention) sont

propices au développement d'un détournement d'usage à visée de trafic.

La circulation en détention de buprénorphine et le racket sont des préoccupations importantes des personnels pénitentiaires, sanitaires et des personnes détenues. Ils nécessitent d'être pris en compte. Les personnels sanitaires doivent cependant affirmer leur logique de soignants face aux impératifs d'autres logiques liées à la détention..

MÉTHADONE ET RISQUE D'OVERDOSE

Les risques sont différents selon le MSO concerné. La buprénorphine bénéficie d'un effet plafond protégeant même les sujets naïfs d'opiacés d'une overdose en monothérapie ; la prise associée d'alcool ou, mais surtout et, de benzodiazépines, a cependant été associée à la survenue d'overdoses. En revanche la méthadone est un agoniste complet des récepteurs opiacés, associé à un risque dose-dépendant d'overdose en particulier chez les sujets n'ayant pas développé de tolérance aux opiacés (usagers occasionnels, sevrés depuis plusieurs jours ou réellement naïfs de toute prise d'opiacés). La vigilance doit donc être constante et la prise d'une dose non destinée, à l'occasion d'un détournement peut exposer à une overdose en

particulier lors d'associations à d'autres dépressifs du système nerveux central tels que benzodiazépines, antipsychotiques...

DÉLIVRANCE DE TSO EN CONTEXTE PÉNITENTIAIRE

Méthadone

En raison des risques évoqués ci-dessus, la méthadone, dans le contexte particulier du milieu pénitentiaire, nécessite de faire l'objet d'une délivrance quotidienne supervisée, y compris les week-ends et jours fériés. L'article D273 du Code de Procédure pénale (décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998, art. 57 et 190) déclare par ailleurs que « les personnes détenues ne peuvent garder à leur disposition aucun objet ou substance pouvant permettre ou faciliter un suicide, une agression ou une évasion, non plus qu'aucun outil dangereux en dehors du temps de travail » ; en raison de son statut de stupéfiant, la méthadone entre dans le champ de cet article. La méthadone étant largement dispensée sous forme de solution buvable, la supervision en est grandement facilitée.

Dans les établissements garantissant un encadrement individuel et pour lesquels la distri-

bution des traitements se fait en cellule, il est envisageable que la délivrance de la méthadone se fasse conjointement avec celle des autres traitements, afin d'éviter la stigmatisation liée aux venues quotidiennes en lieu de soin. Il est nécessaire, lorsque la personne détenue est absente de cellule lors de la délivrance des traitements, de s'assurer qu'aucune autre personne ne peut détourner la méthadone et que la dose délivrée ne sera pas ultérieurement consommée par une autre personne.

Buprénorphine

La question des modalités de délivrance (lieu, fréquence, supervision) de la buprénorphine est plus complexe et nuancée. Le risque d'overdose étant extrêmement faible, présent en pratique essentiellement lors d'associations à d'autres dépresseurs du système nerveux central illégaux ou non, le principal enjeu est représenté par la prévention du mésusage, mais également du détournement.

En pratique, une période initiale d'une à 2 semaines d'administration quotidienne supervisée paraît indispensable pour garantir le bon déroulement du processus de prise sublinguale, afin notamment que le traitement ne soit pas

avalé ou conservé et permettre d'informer, écouter, rencontrer et établir des liens.

Au-delà de cette période, un aménagement individuel paraît souhaitable.

Il paraît inadapté d'imposer une prise prolongée devant un soignant pour un patient parfaitement stabilisé ; en revanche, il est tout à fait thérapeutique de le faire chez d'autres patients fragiles, demandeurs de contacts réguliers avec les soignants, n'ayant plus la maîtrise de leurs consommations ou faisant l'objet de pressions/racket en détention.

Le délitement sublingual de la buprénorphine dure plusieurs minutes par comprimé et à moins d'une vigilance « extrême », ne garantit pas totalement du détournement d'usage. Une proportion d'environ 8 % des personnes détenues sont actuellement substituées en prison (données Prévacar), dont 70 % en moyenne par buprénorphine, soit environ 5 à 6 % des personnes détenues. Il est difficilement envisageable, pour de nombreuses équipes, d'assurer une administration supervisée pour tous les patients traités par buprénorphine en raison du temps soignant requis mais aussi en terme de difficultés de circulation de personnes détenues dans les lieux de soin. Par ailleurs, la

venue simultanée de multiples personnes détenues pour cette délivrance aux mêmes horaires dans un lieu de soin est un facteur évident de stigmatisation. Elles sont de ce fait sur-identifiées par les autres personnes détenues, ce qui les soumet plus facilement à des pressions et à un racket. Cette administration supervisée systématique ne permet par ailleurs pas aux soignants de dégager le temps nécessaire pour les patients les plus fragilisés ou les plus vulnérables et leur prodiguer des soins personnalisés lorsqu'ils sont requis. De plus, prises par les contraintes sécuritaires, les équipes sanitaires peuvent ressentir des difficultés dans leur pratique soignante auprès des personnes détenues.

En conséquence, les principes de délivrance ou d'administration de la buprénorphine devraient permettre une banalisation de ces thérapeutiques évitant une stigmatisation excessive des patients, le maintien d'une relation soignante et la possibilité d'individualiser la prise en charge et en particulier de prévoir une administration supervisée lorsqu'une vulnérabilité, un défaut d'observance ou une éventualité de détournement est observée. L'élargissement de la palette posologique permet par ailleurs de réduire au mieux le nombre de comprimés dispensés quotidiennement.

Il paraît ainsi recommandé que pour la majorité des patients, passée une période initiale d'observation comprenant une administration supervisée par un soignant, la délivrance soit banalisée et fractionnée (pour 2 ou 3 jours, voire 7 jours pour les plus stabilisés ou autonomes), en cellule avec les autres thérapeutiques éventuelles. Ce principe suppose cependant une capacité d'adaptation et de réactivité importante de l'équipe en cas de difficulté pour certains patients (trafic, pressions, racket, mésusage, troubles psychiques émergents ou bien sûr à la demande du patient), avec un retour rapide à une délivrance quotidienne supervisée.

Les pratiques de pilage ou de dilution des comprimés de buprénorphine afin de mieux contrôler la prise sont proscrites car non conformes à l'AMM du médicament. De plus l'AFSSAPS a émis un avis sur ce sujet¹ : elles posent un réel problème tant en raison de leur éventuelle influence sur la biodisponibilité que sur la symbolique chez le patient d'un médicament des addictions présenté sous forme de poudre (pilage). Ces pratiques révèlent particulièrement des zones de conflit entre deux logiques

à l'œuvre en matière de soin des addictions en milieu carcéral : une logique de soin du patient et une logique de contrôle du patient. Ce terrain est propice à une certaine confusion entre préoccupations sanitaires et préoccupations pénitentiaires, les secondes ayant une tendance à interférer dans les premières en raison des impératifs de l'administration pénitentiaire de surveiller les trafics de produits psychoactifs en détention et éventuellement de les sanctionner.

Cette interférence entre les deux logiques peut expliquer le maintien de pratiques de pilage et de dilution dans certaines unités de soin alors qu'elle est à proscrire. L'expérience des professionnels qui ont mis fin à ces pratiques montre que cette modification (arrêt du pilage ou de la dilution) a nécessité une démarche collective en équipe. Les professionnels souhaitant aller vers de telles modifications peuvent aussi s'appuyer sur des apports extérieurs, comme les rapports de visites d'inspection sanitaire, ainsi que sur l'appui du dispositif spécialisé, représenté en particulier par les CSAPA référents.

Paroles de soignants : « Avant, on pilait et on a arrêté suite à l'inspection sanitaire par rapport à la biodisponibilité. »

Paroles de soignants : « Le trafic est une réalité, on peut arriver à s'en détacher, car, à mon avis, plus on s'y attache et plus c'est problématique et compliqué. »

Paroles de soignants : « À la suite d'une inspection, il a été demandé de ne plus piler, ce qui a diminué le mésusage par sniff. »

¹ « Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage », Mise au point, octobre 2011, AFSSAPS. [http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Initiation-et-suivi-du-traitement-substitutif-de-la-pharmacodependance-majeure-aux-opiacés-par-buprenorphine-haut-dosage-BHD-Mise-au-point/\(langage\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Initiation-et-suivi-du-traitement-substitutif-de-la-pharmacodependance-majeure-aux-opiacés-par-buprenorphine-haut-dosage-BHD-Mise-au-point/(langage)/fre-FR)

En outre, cette dernière pratique, couramment motivée par le souci de diminuer le trafic n'est pas efficace de ce point de vue, car il apparaît que cela n'empêche pas le trafic.

En conséquence, la prise supervisée devant soignant devrait être considérée du côté de l'éducation thérapeutique plutôt que celui de la surveillance ou de la répression. Posé comme tel, ce cadre peut d'ailleurs offrir une opportunité pour un accompagnement plus en proximité pour les patients qui en ont besoin.

POINT CLÉ

→ **En détention, le respect de la confidentialité des prises en charge est essentiel.**

Une individualisation des modalités de délivrance des MSO est nécessaire. Pour les patients autonomes, ces modalités permettent de banaliser les TSO dans des conditions de sécurité suffisantes et chez les patients en difficulté de porter une attention quotidienne.

MÉSUSAGE, DE QUOI PARLE-T-ON ?

Parmi les traitements de substitution aux opiacés, c'est la buprénorphine haut dosage qui fait le plus souvent l'objet d'un mésusage en milieu pénitentiaire, la délivrance de méthadone étant quasi constamment quotidienne et supervisée. Ce phénomène est jugé fréquent par les professionnels intervenant en milieu carcéral, à l'image d'ailleurs de ce qui se passe en milieu libre, bien qu'aucune évaluation ni chiffre précis ne puissent être avancés.

Les principaux risques du mésusage (sniff, injection, inhalation) sont essentiellement une perte partielle d'efficacité et les complications associées aux pratiques d'injection : complications infectieuses loco-régionales (abcès, plaies, épuisement du réseau veineux, syndrome de « Popeye ») ou générales (atteinte pulmonaire). Le mésusage traduit de plus une déconsidération de la buprénorphine comme thérapeutique, à travers son utilisation hors protocole de soin dans un même statut que les substances illicites habituellement consommées, ou comme vague succédané.

QUE FAIRE EN CAS DE MÉSUSAGE ?

Le mésusage de buprénorphine traduit souvent, comme au dehors, des modalités de prise

en charge inadaptées à la situation clinique et globale du patient. De plus, l'anxiété et le stress associés à l'incarcération favorisent une diversion d'usage à visée auto-thérapeutique ou récréative. Après bilan clinique de la situation avec le patient, une augmentation de la posologie de buprénorphine peut être envisagée, l'AMM permettant d'envisager des posologies jusqu'à 16 mg par jour. Dans un second temps, s'il paraît s'agir plus d'un échec de la buprénorphine que d'un sous-dosage, un relais par un traitement méthadone doit être envisagé, permettant souvent en pratique courante de mettre fin aux pratiques compulsives d'injection de buprénorphine. Dans tous les cas, une délivrance quotidienne supervisée avec aménagement d'un temps d'échange avec le patient peut permettre une meilleure individualisation des soins et une optimisation du cadre de soins.

DISTINGUER LE MÉSUSAGE DU DÉTOURNEMENT ET DU TRAFIC

Le détournement recouvre une autre réalité, celle de l'utilisation de la buprénorphine comme monnaie d'échange, quelle que soit la provenance du produit pharmaceutique (prescriptions de l'unité de soin ou en provenance de l'extérieur). Cette

question ne relève donc plus du soin ou de la pratique addictive. La revente ou la cession d'une partie du traitement impose un réajustement du cadre et une renégociation des besoins avec le patient. Dans ce cas de figure, une situation de racket n'est pas à exclure et peut justifier une individualisation plus attentive de la délivrance à des fins de protection, voire dans certains cas, le passage à la méthadone. La revente de l'ensemble du traitement situe la personne en dehors du soin et, de ce fait, impose l'arrêt du traitement.

Il est très important d'établir cette distinction entre mésusage et détournement/trafic afin que les décisions médicales relatives aux TSO relèvent uniquement d'une logique de soin. En effet, il est apparu dans certains établissements qu'une confusion entre les termes, donc entre les missions, ont conduit à des décisions thérapeutiques inappropriées car fondées sur la seule volonté d'éviter détournement et trafic :

- arrêt de la prescription de buprénorphine à l'entrée en détention au profit de la méthadone, aucune initiation de buprénorphine en cours de détention

Paroles de soignants : « *Il n'y a pas de délivrance de buprénorphine ; c'est un compromis pour rassurer l'AP sur le risque de trafic, donc on prend le relais avec la méthadone systématiquement.* »

- limitation des posologies de buprénorphine à 8 mg
- pilage ou dilution.

Paroles de soignants :
« *Le pilage a été fait car la pénitentiaire s'inquiétait des produits qui circulaient et pour garantir la réputation de l'unité de soin.* »

« *Les surveillants ont surpris plusieurs personnes détenues à faire du trafic en promenade, en ont parlé au SMPR qui a pris la décision de diluer le Subutex.* »

Ces décisions sont préjudiciables aux patients stabilisés avec leur traitement par buprénorphine. Elles révèlent avant tout un réel malaise des équipes.

Paroles de soignants : « *L'attitude face au trafic est difficile quand on est prescripteur.* »

La recommandation principale consiste ici à rappeler la nécessaire clarification entre ce qui relève d'un objectif de soin et ce qui relève de la mission de l'administration pénitentiaire, qui passe aussi par l'utilisation d'un vocabulaire approprié.

Paroles de soignants : « *J'encourage l'équipe soignante à ne pas parler de trafic. Nous, la seule chose que l'on connaît c'est le mésusage. Le trafic, c'est l'affaire de la pénitentiaire.* »

Revisiter les situations souvent décrites par des mots tels que « trafic », « détournement » ou « racket » dans une logique de soin (« mésusage ») présente aussi l'intérêt de rappeler la primauté de l'objectif de soin aux yeux des patients et de contribuer à renforcer le projet thérapeutique.

Paroles de soignants : « *Il n'y a absolument aucun tabou en entretien : ce n'est pas parce qu'il va me dire qu'il sniffe son Subutex que le traitement va être arrêté, c'est plutôt l'occasion de reprendre ça.* »

POINT CLÉ

→ Le mésusage des TSO est fréquemment le reflet d'une prise en charge inadaptée (posologies, modalités de prise en charge, prise en compte des comorbidités). Il nécessite un ajustement du dispositif et une redéfinition du projet de soin. Il est à distinguer du trafic qui sort de la logique de soins.

Une attention toute particulière doit être portée à limiter les associations de psychotropes, en particulier de benzodiazépines (BZD), avec les TSO. Les benzodiazépines, en plus de leurs propriétés sédatives et myorelaxantes, sont en effet des dépresseurs des centres respiratoires centraux et potentialisent ainsi doublement le risque d'overdose inhérent aux TSO, eux mêmes dépresseurs des centres respiratoires. La prescription de benzodiazépines devrait être réservée aux patients présentant des indications clairement évaluées (si besoin après avis spécialisé) et transitoirement à ceux en situation de sevrage alcoolique. Les BZD restent incontournables dans cette dernière indication mais justifient, lorsqu'un TSO est également prescrit, une vigilance clinique particulière avec si besoin, mesure régulière de l'oxymétrie au doigt afin de s'assurer de l'absence de désaturation en oxygène au pic plasmatique des thérapeutiques.

Une bonne coordination entre équipes somatiques et psychiatriques est à ce titre particulièrement nécessaire.

L'indication de ces traitements devrait être régulièrement réévaluée.

Les posologies doivent être celles recommandées dans le cadre de l'AMM.

En cas d'indication, les alternatives aux benzodiazépines doivent être privilégiées :

- Hydroxyzine (ATARAX®).
- Cyamémazine (TERCIAN®).
- Antidépresseurs, en sachant que certains sérotoninergiques interagissent avec la méthadone.
- Alimémazine (THERALENE®).

Lorsque ces traitements sont en échec, la prescription de benzodiazépines se fera en évitant les molécules à fort pouvoir potentialisateur de type : Clorazépate (TRANXENE®), Flunitrazepam (ROHYPNOL®), Temazepam (NORMISON®).

Dans le cadre de la dispensation, une information doit être fournie aux patients sur les risques de l'association de benzodiazépines avec un traitement de substitution et en général sur leurs effets indésirables.

Lors d'un transfert en provenance d'un autre établissement pénitentiaire ayant prescrit des traitements psychotropes associés au traitement de substitution, une prise de contact téléphonique doit être effectuée afin de resituer le contexte de la prescription. La réévaluation de la prescription est de toute façon la règle.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR LES BZD

À titre indicatif, les recommandations concernant les BZD de la Commission des stupéfiants des Nations Unies¹ (2001), superposables à celles du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe (1990² et 2001³), sont les suivantes :

- a) la nécessité d'un examen médical pour établir leur prescription (« nécessité d'une investigation sérieuse pour justifier leur prescription » pour le Conseil de l'Europe) ;
- b) la fixation d'indications précises et la prescription pendant un temps le plus court possible ;
- c) l'interruption des traitements inutiles ;
- d) l'utilisation des doses les plus faibles possibles ;
- e) le risque d'accident chez les conducteurs et les utilisateurs de machines ;
- f) la recommandation de ne consommer simultanément ni de l'alcool ni d'autres médicaments psychotropes pouvant engendrer des interactions avec les benzodiazépines.

1. Résolution 44/13 : Contribution à l'usage approprié des benzodiazépines

2. Résolution du Conseil de l'Europe AP(90)3 du 18 octobre 1990 relative à la prescription des benzodiazépines.

3. Contribution à l'usage raisonné des benzodiazépines, séminaire organisé par le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe à Strasbourg, janvier 2001.

La prise en charge par un TSO d'une personne détenue présentant une pharmacodépendance majeure aux opiacés ne saurait se limiter à la seule prescription et dispensation d'un médicament de substitution.

PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE PLURIDISCIPLINAIRE

Une évaluation sociale, psychiatrique et/ou psychologique, doit être systématiquement proposée, débouchant sur un suivi si nécessaire, en faisant appel en tant que de besoin au CSAPA identifié comme référent.

Compte tenu de l'association très fréquente avec une consommation de tabac, une aide au sevrage tabagique est à discuter en facilitant l'accès aux traitements de substitution nicotinique (TSN).

L'importance des comorbidités psychiatriques dans la population pénitentiaire et chez les usagers de drogues en particulier souligne la nécessité d'une bonne coordination entre les partenaires somaticiens et psychiatres. Des réunions régulières portant sur des études de cas délicats peuvent être suggérées.

STAFF INSTITUTIONNEL

Les problématiques soulevées par les traitements de substitution et les patients toxicomanes sont suffisamment nombreuses, aussi bien sur le plan institutionnel que clinique, pour que des réunions institutionnelles (reprise et étude de cas) régulières soient programmées au sein des équipes sanitaires.

RÉUNION INTERDISCIPLINAIRE

En outre, des réunions régulières doivent aussi permettre aux professionnels de santé et au personnel pénitentiaire (en particulier les services pénitentiaires d'insertion et de probation- SPIP) d'échanger. Le partage d'informations doit toujours se faire dans l'intérêt de la personne. Il vise à obtenir une cohérence entre les démarches de soin, d'insertion et d'exécution de la peine, le cas échéant.

Il est utile de programmer ces rencontres plutôt que de les provoquer dans l'urgence.

Ces échanges respectent les logiques et règles professionnelles, en particulier le secret professionnel incluant le secret médical, condition indispensable de la confiance thérapeutique.

Ces réunions sont particulièrement utiles pour l'organisation de la continuité des soins à la sortie.

INFORMATION ET PRÉVENTION

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des Unité de Consultations et Soins Ambulatoires (UCSA) depuis leur création en 1994. L'établissement de santé de rattachement a la responsabilité de la coordination de la promotion et l'éducation pour la santé et de l'élaboration du programme annuel ou pluri annuel d'éducation pour la santé, en lien avec les services de soins psychiatriques et l'établissement pénitentiaire. Dans chaque établissement un comité de pilotage de l'éducation pour la santé, coordonné par l'unité sanitaire et associant l'ensemble des partenaires de la prévention élabore le programme annuel ou pluriannuel d'éducation pour la santé.

14 GLOBALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

LE RÔLE DU PHARMACIEN

Le pharmacien peut être amené à jouer un rôle important dans la prise en charge pluridisciplinaire, au-delà de l'approvisionnement en médicament, surtout dans un contexte où la préparation et la distribution des médicaments représentent une charge de travail importante pour les infirmiers. L'implication du pharmacien ou du préparateur en pharmacie dans le circuit des TSO peut notamment permettre de renforcer les actions d'information et d'explication des traitements pour les patients, dans le but de favoriser l'observance. Certaines équipes soignantes intègrent un préparateur en pharmacie dans le circuit de distribution en cellule pour favoriser les entretiens.

Le préparateur en pharmacie peut aussi s'avérer utile dans le processus de renouvellement des prescriptions en inscrivant les patients en consultation une semaine avant la fin de la prescription.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

Créés par le décret du 19 décembre 2005, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) regroupent l'ensemble des structures de réduction des risques. Ils s'adressent aux personnes exposées à des risques majeurs (dont le VIH et le virus de l'hépatite C) du fait de leur consommation de substances illicites (injection ou sniff).

Les missions des CAARUD sont (article R.3121-33-1 du code de la santé publique) :

- l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogues
- l'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles...)
- le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections (trousse d'injection, préservatifs, boîtes de récupération du matériel usager, jetons pour l'automate)
- l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers
- le développement d'actions de médiation sociale Prenant en charge les usagers les plus précarisés et présentant le risque de séroconversion le plus élevé, les CAARUD peuvent intervenir en milieu pénitentiaire pour développer des actions de réduction des risques et aider les consommateurs à s'inscrire dans une démarche de sevrage et/ou de dépistage d'une infection. Si la personne détenue était suivie dans un CAARUD avant son incarcération, il est possible de maintenir ce suivi au cours de la détention.

Afin de favoriser la continuité de la prise en charge des personnes, une attention particulière doit être portée par l'unité sanitaire à l'orientation des personnes détenues vers un CAARUD lorsque cela est nécessaire à la fin de l'incarcération.

14 GLOBALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

POINT CLÉ

→ Plus qu'en milieu libre et en raison du profil particulier des personnes détenues (comorbidités, précarité sociale...), une prise en charge globale est indispensable pour les sujets présentant des conduites addictives en détention. La prison constitue par ailleurs un lieu fréquent d'initiation des soins pour des patients en marge de tout dispositif au dehors.

SORTIES

La préparation à la sortie est un volet essentiel de la prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés. Cette préparation devrait aussi pouvoir être l'occasion de prolonger à l'extérieur la dynamique engagée autour du projet thérapeutique.

Lorsque la substitution a été initiée en milieu carcéral, la prise de contact du patient avec le prescripteur ou l'équipe relais doit être envisagée dès l'initiation du traitement et effectuée pendant l'incarcération, afin que la rencontre à l'extérieur ne soit pas anxiogène mais au contraire un repère rassurant.

De la même façon, le relais de la prescription et de la délivrance doivent être envisagés afin d'éviter toute rupture de soins au moment de la sortie (par exemple lors de sorties qui ont lieu le week-end). Une ordonnance d'une durée suffisante pour permettre la continuité du traitement avec le relais extérieur doit pouvoir être remise au patient et si besoin, remise au greffe sous pli cacheté lorsque le jour précis de sortie n'est pas établi.

Lorsque cela est possible, des réunions collectives de préparation à la sortie, peuvent être proposées. Elles permettent par exemple la présentation des équipes spécialisées en addictologie et des intervenants de la réinsertion exerçant en milieu libre.

Dans tous les cas, la poursuite du traitement nécessite des conditions de vie garantissant son succès :

- discussion d'un protocole ALD, selon la situation, à l'initiative d'un médecin: ALD 23 pour troubles addictifs graves, voire autre motifs si comorbidités : VIH, VHC, psychose... ;
- ouverture des droits sociaux : couverture maladie universelle (CMU, CMU-C), aide médicale Etat (AME) le cas échéant ;
- situation administrative : le cas échéant, demande de titre de séjour pour soins ;
- accès à un logement ou, au minimum, à un hébergement.

Les démarches sociales reposent en priorité sur les équipes spécialisées des CSAPA référents ; elles nécessitent une articulation avec les SPIP.

EXTRACTIONS

Lorsque les horaires d'ouverture du service de soin sont compatibles, la délivrance des traitements peut être faite le matin même de l'extraction.

Dans les autres situations :

la remise du traitement au patient la veille au soir est la pratique à privilégier si il se trouve dans une cellule individuelle, mais elle est délicate pour la méthadone.

Pour les autres situations et afin de garantir la responsabilité des professionnels tant soignants que pénitentiaires pour la remise de ces traitements, les solutions doivent être réfléchies au sein de chacun de ces établissements comme par exemple l'installation de casiers au niveau du greffe, permettant que la personne détenue puisse avoir accès de façon nominative à son traitement de la journée préparé par un personnel soignant et placé dans une enveloppe cachetée à son nom.

15 EXTRACTIONS, SORTIES, TRANSFERTS

Une vigilance est nécessaire dans la pratique, en particulier une préparation des équipes du greffe à ce type de procédure doit être organisée. Certaines personnes font état de difficultés à se voir remettre leur traitement au greffe, qui n'est souvent pas préparé à ce type de procédure ; les conséquences anxiogènes d'une rupture de soin consécutive à cette absence de préparation sont à évaluer au regard de l'enjeu que ces extractions peuvent représenter pour le détenu (rendez-vous pour l'instruction, jugement).

TRANSFERTS

Lors de transferts d'une personne détenue bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés, il est nécessaire de signaler au plus tôt à l'unité sanitaire de l'établissement d'accueil les prescriptions en cours et leurs posologies. Cette transmission peut se faire, par téléphone ou par fax sécurisé, dans l'attente de la transmission d'une information plus structurée et de la transmission du dossier médical. Si la date de transfert est connue, une procédure identique à celle décrite dans le cadre des extractions (remise du traitement la veille au soir à la personne détenue ou autre solution identifiée) doit être mise en place pour garantir la continuité du traitement doit être mise en place pour garantir la continuité du traitement. L'informatisation du dossier médical au sein des unités sanitaires doit permettre à terme d'assurer dans de meilleures conditions la continuité des soins lors de transferts.

POINT CLÉ

→ Assurer la continuité des soins est un élément primordial de l'organisation des soins en prison. Elle doit être envisagée, centrée sur la sortie, dès l'initiation de la prise en charge.

ANNEXES : SCORES ET ÉCHELLES

ÉCHELLE DE CUSHMAN

Points	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	< 80	81 à 100	101 à 120	> 120
Pression artérielle systolique				
18 à 30 ans	< 125	126 - 135	136 - 145	> 145
31 à 50 ans	< 135	136 - 145	146 - 155	> 155
> 50 ans	< 145	146 - 155	156 - 165	> 165
Fréquence respiratoire	< 16	16 à 25	26 à 35	> 35
Tremblements	0	Main	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Phonophobie Photophobie Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquée

Score < 7 : état clinique contrôlé

Score 7 à 14 : sevrage modéré

Score > 14 : sevrage sévère

ANNEXES : SCORES ET ÉCHELLES

SCORE DE HANDELSMAN

Score Médecin		Score Patient	
La cotation se fait pendant que le patient remplit son auto questionnaire, en l'observant sur une période de 5 minutes et non en lui posant des questions : Coter 0 si absent, 1 si présent		Veillez répondre aux questions suivantes en cochant pour chaque item la case qui vous paraît le mieux correspondre à votre état en ce moment :	0 pas du tout
Bâillement (1 ou plus pendant la période d'observation)		Je suis anxieux	
Rhinorrhée (3 reniflements ou plus pendant la période d'observation)		Je baille	
Piloérection (observée sur le bras du patient)		Je transpire	
Transpiration		Mes yeux larmoient	
Larmolement		J'ai le nez qui coule	
Mydriase		J'ai la chair de poule	
Tremblements (mains)		J'ai des tremblements	
Frisson (le sujet grelotte et se recroqueville)		J'ai des frissons chauds	
Agitation (changement fréquent de position)		J'ai des frissons froids	
Vomissements		Mes os et mes muscles me font mal	
Fasciculations musculaires		Je me sens nerveux	
Crampes abdominales (le sujet se tient le ventre)		J'ai des nausées	
Anxiété (le sujet pianote, tape du pied, se plaint de difficultés à respirer ou de palpitations, etc)		J'ai des vomissements	
		Mes muscles tressautent	
		J'ai des crampes d'estomac	
		Je suis à bout de nerfs	
Score total		Score total	