

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

**THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Prescription des traitements agonistes opioïdes en milieu carcéral et
son articulation avec les Centre de soins, d'accompagnement et de
prévention en addictologie de ville en Hauts de France**

Présentée et soutenue publiquement le 03/07/2020 à 16h
au Pôle Recherche
par **Claire JOUBERT DE LA MOTTE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Thierry DANEL

AVERTISSEMENTS

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

1.	Abréviations.....	7
2.	Introduction.....	8
3.	Matériel et méthode	11
3.1.	Design de l'étude	11
3.2.	Objectifs de l'étude et bénéfices attendus	12
3.3.	Procédure d'enquête	12
3.4.	Outils d'enquête	14
4.	Résultats.....	15
4.1.	Taux de réponse / Diagramme de flux	15
4.2.	<i>Les services en milieu carcéral et en milieu ouvert.....</i>	18
4.2.1.	Caractéristiques des prescripteurs de TAO en milieu carcéral	18
4.2.2.	L'articulation entre milieu carcéral et milieu ouvert	21
4.3.	À l'arrivée en détention	22
4.3.1.	Renouvellement des TAO	22
4.3.2.	Initiation des TAO	27
4.3.3.	Réduction des risques et des dommages.....	28
4.4.	Pendant la détention.....	31
4.4.1.	Soins spécialisés en addictologie proposés pendant la détention.....	31
4.4.2.	Mésusage.....	33
4.5.	À la sortie de détention	34
4.5.1.	Modalités du relais.....	35
4.5.2.	Délais de rendez-vous	38
5.	Discussion	41
5.1.	Taux de réponse et profil des répondant.e.s.....	41
5.2.	Peu de pratiques conformes aux recommandations.....	41
5.2.1.	De bonnes habitudes en matière d'authentification des prescriptions et d'objectivation de la prise d'opiacés.....	42
5.2.2.	Des équipes pluridisciplinaires	42
5.2.3.	Des délais de rendez-vous inférieurs à une semaine en CSAPA.....	43
5.3.	Des points d'amélioration à envisager.....	43
5.3.1.	Un manque de formation spécifique en addictologie.....	43
5.3.2.	Une méconnaissance des protocoles relatifs à la prescription des TAO	44
5.3.3.	Des pratiques de prescription des TAO hétérogènes.....	45
5.3.4.	Des programmes insuffisants en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) et de distribution de la naloxone.....	48
5.3.5.	Un manque de coordination entre milieu carcéral et CSAPA.....	50
5.3.6.	Des relais insuffisamment efficaces.....	52
5.3.7.	La qualité des soins, l'articulation entre milieu carcéral et milieu ouvert jugés peu satisfaisants	54
6.	Conclusion	55
7.	Bibliographie.....	57
8.	Annexes	62

8.1.	Annexe 1 - Critères diagnostics du trouble de l'usage des opiacés	62
8.2.	Annexe 2 - Questionnaire milieu carcéral	64
8.3.	Annexe 3 - Questionnaire CSAPA	71

Table des figures

Figure 1 Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la formation universitaire en addictologie, N=38	19
Figure 2 Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la fréquence de prescription des TAO, N=38	20
Figure 3 Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la prise en charge proposée dans une situation de renouvellement de traitement par buprénorphine haut dosage interrompu depuis moins de 3 jours, N=38	25
Figure 4 Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la prise en charge proposée dans une situation de renouvellement d'un traitement par méthadone 120 mg/j interrompu depuis 3 à 5 jours, N=38	26
Figure 5 Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la connaissance du protocole relatif à l'initiation des TAO dans leur établissement, N=38	27
Figure 6 Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts de France selon la possibilité d'instaurer un TAO chez un patient consommateur d'opiacés, N=38	28
Figure 7 Disponibilité des différents outils de réduction des risques et des dommages dans l'établissement selon les médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France, N=38	29
Figure 8 Pourcentage de médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France qui déclarent que les différents outils en lien avec la naloxone sont disponibles dans leur établissement, N=38	30
Figure 9 Pourcentage de médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France qui déclarent que leur établissement propose des soins spécialisés en addictologie, N=38	32
Figure 10 Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la prise en charge proposée dans une situation de mésusage de buprénorphine haut dosage, N=38	34
Figure 11 Pourcentage de médecins exerçant en milieu carcéral et en CSAPA dans les Hauts-de-France qui déclarent qu'un contact est généralement pris à l'arrivée, pendant et avant la sortie de détention, N=61	36
Figure 12 Pourcentage de médecins exerçant en milieu carcéral et en CSAPA dans les Hauts-de-France qui déclarent que les différents supports (courrier, téléphone, etc.) sont généralement utilisés pour le relais, N=61	38

1. **Abréviations**

AMM Autorisation de mise sur le marché

APSEP Association des professionnels de santé exerçant en prison

APAC Association des professionnels des addictions en milieu carcéral

CDO Conventions départementales d'objectifs, coordonnant l'action des services sanitaires et l'action des services judiciaires

CSAPA Centres de soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie, remplace les CSST

CSST Centre spécialisé de soins aux toxicomanes, ex-CSAPA

DESC Diplôme d'études spécialisées complémentaires, formation universitaire en addictologie, remplacé par la FST

DSS Dispositif de soins somatiques

DSP Dispositif de soins psychiatriques

FST Formation spécifique transversale, formation universitaire en addictologie, remplace le DESC

HAS Haute Autorité de santé

OFDT Observatoire français des drogues et des toxicomanies

RDRD Réduction des risques et des dommages

SMPR Service médico-psychologique régional

TAO Traitements agonistes opioïdes (synonyme TSO)

TSO Traitements de substitution aux opiacés (synonyme TAO)

UCSA Unité de consultation et de soin ambulatoire, remplacé par USMP

USMP Unité sanitaire en milieu pénitentiaire, ex UCSA, réunit le DSS et le DSP

VHC Virus de l'hépatite C

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

2. Introduction

Le trouble lié à l'usage d'opiacés est une pathologie grave qui donne lieu à des complications infectieuses, sociales, judiciaires ou liées au surdosage. En Europe, on estime à 1,3 million le nombre de personnes ayant un usage d'opiacés à haut risque, et les opiacés seraient impliqués dans 85 % des décès par overdose ¹. En France, on estime le nombre d'expérimentateurs de l'héroïne parmi les 11-75 ans à 600 000 personnes ². Les séroprévalences du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite C (VHC) parmi les usagers de drogues ont été estimées à 10 % et 44 % ³.

Les troubles liés à l'usage d'opiacés sont définis par le DSM 5 comme un « mode d'usage problématique des opiacés conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative » (définition complète disponible en Annexe 1). La part de la description que fait le patient de sa propre situation est plus importante que les signes de sevrage, que l'on dit objectifs parce que constatés par le médecin, dans cette définition (présents dans le critère 11).

Les personnes détenues sont une population particulièrement exposée au trouble lié à l'usage d'opiacés. Une étude nationale en 2003 estimait la consommation d'héroïne dans les 12 derniers mois parmi les personnes arrivant en détention à 6,5 % ⁴. Entre 2014 et 2017, on estime que 9,2 % des personnes arrivant en détention dans le Nord-Pas-de-Calais présentaient une dépendance à l'héroïne, soit 47 fois plus qu'en population générale (0,2 %) ⁵. Les personnes sortant de prison ont un risque augmenté de décès par surdose, particulièrement dans les deux premières semaines suivant la sortie ^{6,7}.

Les traitements agonistes opioïdes (TAO), aussi appelés traitements de substitution aux opiacés ou traitements de l'addiction aux opiacés, ont largement fait la preuve de leur efficacité en population générale et en prison. Ils sont associés à une diminution de la mortalité, de l'usage d'opiacés et des pratiques d'injection. Ils sont également associés à une meilleure observance du suivi et une augmentation de la reprise du travail à 1 an ^{8,9}. 162 500 personnes bénéficient actuellement d'un traitement de substitution ¹⁰. La méthadone et la buprénorphine haut dosage (Subutex ®) ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France en 1995 ¹¹. Depuis, les génériques de la buprénorphine haut dosage puis la buprénorphine naloxone (Suboxone ®), en 2015, et la buprénorphine

haut dosage lyophilisat oral (Orobupré®), en 2019, ont également été autorisés en France. La naltrexone longue durée injectable (autorisée aux États-Unis) et la diacétylmorphine (autorisée en Suisse)¹² ne sont pas autorisées en France.

Le renouvellement des prescriptions de méthadone et buprénorphine haut dosage ainsi que l'instauration d'un traitement par buprénorphine haut dosage sont possibles en prison depuis 1996. L'initiation d'un traitement par méthadone était réservée aux médecins exerçant en Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST)¹ jusqu'en 2002, date à laquelle elle a été autorisée à tous les médecins exerçant en milieu de santé¹¹. 8 % des personnes détenues en France bénéficient actuellement d'un traitement par TAO¹⁰ contre seulement 2 % en 1998.

La prise en charge des addictions en prison a fait l'objet de nombreux textes réglementaires et législatifs depuis plus de 20 ans^{11,13}:

- loi relative à la santé publique et à la protection sociale des détenus et principe d'équivalence des soins avec ceux offerts en population générale (1994) ;
- circulaire autorisant la buprénorphine haut dosage et méthadone en prison (1996) ;
- rapport DAP/DGS recommandant de développer l'accès aux TSO en milieu carcéral (2000) ;
- circulaire autorisant la primo prescription de la méthadone à tous les médecins (2002), instruction relative à la prise en charge des addictions en détention créant les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référents (2010) ;
- circulaire budgétaire créant un poste à mi-temps de travailleur social dans chaque CSAPA référent (2011) ;
- guide du ministère de la Santé et du ministère de la Justice sur la prise en charge sanitaire des personnes détenues (2012).

Ces textes visent à améliorer la prise en charge des addictions en prison en favorisant l'accès des personnes détenues aux traitements de substitution et aux outils de réduction des risques. Ils s'intéressent également à la coordination avec les services de soins en addictologie en milieu ouvert.

1 Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ont été transformés en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en 2008 (CIRCULAIRE N° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008)

La prise en charge des conduites addictives en prison est sous la responsabilité commune du dispositif de soins somatiques (DSS) et du dispositif de soins psychiatriques (DSP) ¹⁴. En milieu ouvert, les soins ambulatoires en addictologie peuvent être assurés en médecine de ville (médecins, pharmaciens, centres de santé), par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et à l'hôpital, dans des services spécialisés en addictologie de niveau 1 ¹⁵.

Pourtant les obstacles à la continuité des soins à la sortie de détention persistent. Parmi eux, citons l'absence de couverture sociale, l'absence de revenus, les incertitudes sur la date de libération, le manque de moyens, le manque de préparation à la sortie, le manque de communication avec les services en milieu ouvert, la stigmatisation ¹⁶.

En 2012, une enquête nationale réalisée par Fédération Addiction en partenariat avec l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP) et l'Association des professionnels des addictions en milieu carcéral (APAC) visait à « réaliser un état des lieux de l'organisation des soins pour les personnes détenues avant / pendant / après l'incarcération (protocoles, types de conventions, CDO...) afin d'identifier les différents « cas de figure » et faire remonter les bonnes pratiques » ¹⁷. L'enquête a mis en évidence une grande hétérogénéité des modes d'organisation des soins et des pratiques professionnelles en milieu carcéral. Ces résultats ont ensuite permis d'élaborer un guide sur la continuité des soins des personnes détenues ¹⁸. Cependant, il n'existe pas à notre connaissance d'étude récente sur la prise en charge du trouble lié à l'usage d'opiacés en milieu carcéral qui interroge à la fois les professionnels de l'intramuros et ceux de l'extramuros.

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux des pratiques de prescription de TAO en milieu carcéral dans les Hauts-de-France en insistant sur le relais avec le milieu extérieur au travers d'un auto-questionnaire adressé aux médecins exerçant en milieu carcéral et aux médecins référent.e.s TAO des CSAPA.

3. Matériel et méthode

3.1. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle transversale visant à faire un état des lieux des pratiques professionnelles. Des auto-questionnaires anonymes ont été adressés aux médecins seniors et internes exerçant en milieu carcéral ainsi qu'aux médecins responsables des TAO dans les CSAPA des Hauts-de-France. Ils comportent quatre parties (caractéristiques des répondant.e.s, arrivée en détention, pendant la détention, préparation à la sortie) détaillées plus bas. Le questionnaire est disponible en Annexe 2.

L'étude s'est déroulée entre décembre 2019 et février 2020.

Les critères d'éligibilité pour la partie milieu carcéral étaient les suivants :

1. Être médecin généraliste travaillant en milieu carcéral à temps plein ou à temps partiel dans les Hauts-de-France ;
2. Être psychiatre travaillant en milieu carcéral à temps plein ou à temps partiel dans les Hauts-de-France ;
3. Être interne en médecine générale de la subdivision de Lille ou d'Amiens en stage en milieu carcéral dans les Hauts-de-France ;
4. Être interne en psychiatrie de la subdivision de Lille ou d'Amiens en stage en milieu carcéral dans les Hauts-de-France .

Le choix a été fait d'interroger tous les médecins de chaque service pour prendre en compte l'hétérogénéité des pratiques au sein d'un même service. Les médecins intervenant en UHSA et en UHSI n'ont pas été interrogés.

Les critères d'éligibilité pour la partie CSAPA étaient les suivants :

1. Être médecin en CSAPA dans les Hauts-de-France ;
2. Travailler dans un CSAPA suivant des patient.e.s sous TAO ;
3. Être identifié comme référent TAO pour le CSAPA (ou à défaut prescrire les TAO) ;
4. Ne pas exercer en milieu carcéral.

Un médecin est interrogé pour chaque CSAPA.

Les questionnaires incomplets n'ont pas été exclus. Les réponses manquantes sont indiquées.

3.2. Objectifs de l'étude et bénéfices attendus

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles dans les Hauts-de-France en matière de prescription des TAO en milieu carcéral.

Cette étude s'intéresse à la prise en charge du trouble lié à l'usage d'opiacés en milieu carcéral. Elle cible plus précisément les traitements de substitution aux opiacés et les outils de réduction des risques. Elle concerne l'arrivée en détention, la détention et la sortie de détention.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

1. Comparer les réponses des médecins exerçant en milieu carcéral et celles des médecins exerçant en CSAPA en matière d'articulation milieu ouvert/milieu fermé à la sortie de détention ;
2. Identifier les besoins des médecins intervenant en milieu carcéral pour améliorer les pratiques.

3.3. Procédure d'enquête

L'étude a été menée de décembre 2019 à février 2020.

Les adresses électroniques des médecins seniors exerçant en milieu carcéral ont été recueillies à partir d'un précédent travail ²¹ sur les pratiques professionnelles en milieu carcéral. Elles ont été vérifiées auprès des DSS et DSP des 16 établissements pénitentiaires de la région Hauts-de-France. Les médecins dont l'adresse a été confirmée ont reçu un courrier électronique avec un lien vers l'auto-questionnaire en ligne. Ceux qui le souhaitent pouvaient également imprimer le questionnaire et le renvoyer par fax. Les adresses mail des internes ont été recueillies par interconnaissance.

Les adresses email des médecins responsables TAO en CSAPA ont été recueillies en contactant tous les secrétariats des CSAPA référencés dans l'annuaire Hauts-de-France Addictions ¹⁹ et sur le site internet Drogues Info Service ²⁰. Certains secrétariats ont indiqué que leur structure était spécialisée dans la prise en charge des troubles liés à l'usage d'alcool ou de tabac et n'assurait pas le suivi des patients sous TAO. Ces structures ont donc été retirées de la liste. Les secrétariats ont pu soit transmettre le mail direct du médecin responsable, soit s'engager à lui transférer. Il était également proposé à ceux qui le souhaitaient d'imprimer le questionnaire et de le renvoyer par fax.

Deux relances par courrier électronique ont été effectuées ainsi que des relances téléphoniques auprès des secrétariats.

3.4. Outils d'enquête

L'auto-questionnaire (Annexes 2 et 3) a été diffusé en format numérique *via* Google Forms.

Le questionnaire milieu carcéral comporte quatre parties :

1. Les caractéristiques des répondant.e.s (spécialité, formation en addictologie, temps de travail en milieu carcéral...);
2. L'arrivée en détention (protocoles TAO, authentification des prescriptions, situations cliniques avec deux situations de renouvellement et une situation d'instauration d'un traitement de substitution...);
3. Pendant la détention (situation clinique de mésusage, programmes de réduction des risques, naloxone, soins spécialisés en addictologie proposés...);
4. La préparation à la sortie (temps du relais avec le CSAPA, modalités du relais, délais de rendez-vous...).

Il comprend des questions fermées à choix multiples, des échelles numériques de 1 à 10 et des questions ouvertes avec champ de texte libre. Plusieurs questions, notamment les situations cliniques, ont été imaginées en s'appuyant sur les situations prévues par le Guide des TSO en milieu carcéral ¹¹.

Le questionnaire CSAPA comporte des questions sur la structure, sur les relations avec le milieu carcéral et sur la prise en charge des patients sortant de prison. Il comprend des questions fermées à choix multiples, des échelles numériques de 1 à 10 et des questions ouvertes avec champ de texte libre.

4. Résultats

4.1. Taux de réponse / Diagramme de flux

53 personnes identifiées à partir d'une précédente enquête
(Vérification téléphonique auprès des secrétariats)

(Ajout des coordonnées des internes)



93 personnes confirmées



93 questionnaires envoyés



38 réponses

Tableau 1 Description des établissements pénitentiaires des Hauts-de-France et répartition des médecins

	Nombre d'établissements pénitentiaires ¹	Nombre de personnes détenues ¹	Nombre de médecins généralistes ²	de Nombre de médecins psychiatres ²	de Nombre d'internes ²
Nord	7	3 201	18	16	15
Somme	1	425	6	2	0
Pas-de-Calais	4	1 921	7	9	0
Oise	2	1 093	6	5	1
Aisne	2	580	5	3	0
Total	15	7 220	42	35	16

Sources : ¹ Statistique des établissements des personnes écrouées en France situation au 1^{er} janvier 2020, Direction de l'Administration pénitentiaire.

² D'après les secrétariats des USMP, médecins en exercice dans l'établissement au moment de l'étude.

Il y a eu 38 réponses aux 93 liens vers le questionnaire ou questionnaires envoyés. Le taux de réponse est de 41 %.

Le taux de réponse est de 45 % (19/42) parmi les médecins généralistes, 31 % (11/35) parmi les médecins psychiatres, 46 % (6/13) parmi les internes de psychiatrie, 67 % (2/3) parmi les internes de médecine générale.

60 CSAPA répertoriés dans l'annuaire « Hauts-de-France Addictions »
 (Appel téléphonique secrétariats, exclusion des CSAPA n'assurant pas le suivi des TAO
 Comparaison de la liste avec le site internet de Drogues Info Service)

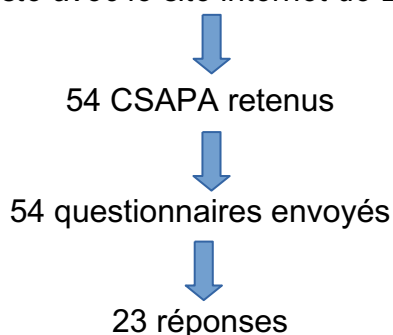


Tableau 2 Description des CSAPA des Hauts-de-France et répartition des médecins

	Nombre de CSAPA identifiés ¹	Nombre de CSAPA retenus dans l'étude ²	Nombre de CSAPA référents en milieu pénitentiaire ³
Nord	21	18	4
Somme	7	6	1
Pas-de-Calais	12	13	3
Oise	9	9	2
Aisne	11	8	1
Total	60	54	11

Sources : ¹ Annuaire régional 2019, Hauts-de-France Addictions.

² Confirmation auprès des secrétariats et annuaire Drogues Info Services.

³ Liste des CSAPA référents en milieu pénitentiaire, Fédération Addiction, juin 2019.

Il y a eu 23 réponses aux 54 liens envoyés vers le questionnaire. Le taux de réponse est de 43 %.

Les questions sont indiquées en italique et le groupe interrogé entre parenthèses (Milieu carcéral, CSAPA ou les deux).

4.2. Les services en milieu carcéral et en milieu ouvert

4.2.1. Caractéristiques des prescripteurs de TAO en milieu carcéral

« Vous êtes... » (Milieu carcéral)

Parmi les personnes ayant répondu au questionnaire, on retrouve 45 % de médecins généralistes, 29 % de psychiatres, 16 % d'internes en psychiatrie et 5 % d'internes en médecine générale. 2 médecins ont déclaré être diplômés en médecine carcérale et 1 médecin en psychiatrie et médecine légale.

« Vous exercez en milieu carcéral (en demi-journées par semaine)... » (Milieu carcéral)

42 % des médecins interrogés exercent à temps plein (10 demi-journées) en milieu carcéral, 34 % entre 3 et 9 demi-journées et 24 % une à deux demi-journées par semaine.

« Vous avez une formation spécifique en addictologie telle que... » (Milieu carcéral)

84 % des répondant.e.s n'ont pas de formation spécifique en addictologie. Ils sont 8 % à déclarer avoir un diplôme universitaire, 5 % une capacité et 3 % une formation spécifique transversale (FST). Aucun ne déclare être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC).

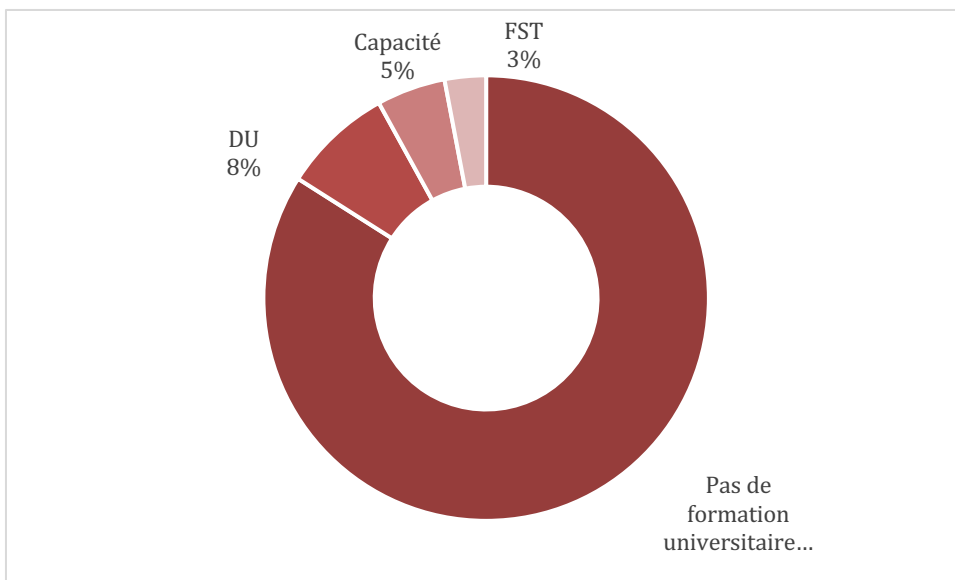


Figure 1 - Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la formation universitaire en addictologie, N=38

78 % des médecins généralistes, 90 % des psychiatres et 83 % des internes en psychiatrie n'ont pas de formation spécifique.

« Je prescris les TSO... » (Milieu carcéral)

18 % des répondant.e.s déclarent prescrire les TAO tous les jours, 29 % plusieurs fois par semaine, 21 % au moins une fois par semaine, 11 % au moins une fois par mois. Ils sont 21 % à déclarer prescrire les TAO moins d'une fois par mois.

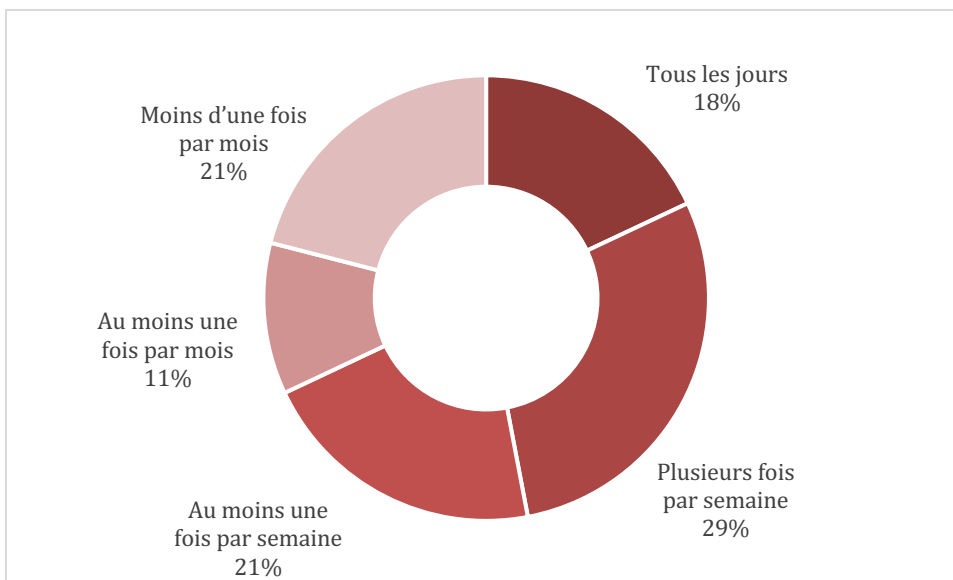


Figure 2 - Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la fréquence de prescription des TAO, N=38

Parmi les médecins généralistes, 21 % (4/19) les prescrivent tous les jours, 32 % (6/19) plus d'une fois par semaine, 5 % (1/19) au moins une fois par semaine, 11 % (2/19) plus d'une fois par mois, 32 % (6/19) moins d'une fois par mois.

Parmi les médecins psychiatres, 27 % (3/11) les prescrivent tous les jours, 36 % (4/11) plus d'une fois par semaine, 27 % (3/11) au moins une fois par semaine, 9 % (1/11) plus d'une fois par mois, 0 % (0/11) moins d'une fois par mois.

« J'évalue mes connaissances sur la prescription des TSO à ... » (Milieu carcéral)

Il y a une réponse manquante (3 %).

Les répondant.e.s évaluent leurs connaissances sur la prescription des TAO à 6,5/10 en moyenne avec un écart type à 2 et une médiane à 7/10. 0/10 correspondant à "aucune connaissance", 10/10 à "connaissances optimales". Ils sont 68 % à évaluer leurs connaissances à 6/10 ou plus. Les notes vont de 1/10 à 10/10. La note la plus fréquente est 7/10.

« Seriez-vous intéressé(e) par des outils d'aide à la prescription des TSO en milieu carcéral ? Si oui, lesquels ?... » (Milieu carcéral)

Il y a 9 réponses manquantes (24 %).

65 % répondent « Oui ». Ils évoquent notamment des protocoles, des référentiels et des conduites à tenir.

11 % répondent « Non ».

4.2.2. L'articulation entre milieu carcéral et milieu ouvert

« Concernant les relations avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral (plusieurs réponses possibles)... » (CSAPA)

57 % des répondant.e.s déclarent qu'il y a peu ou pas de contacts avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral. 35 % déclarent des contacts informels avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral. Aucun ne répond que des réunions sont régulièrement organisées avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral. 48 % déclarent que des personnels hors médecins de leur structure interviennent en prison, 35 % déclarent que leur structure est CSAPA référent.

4 % répondent « Je ne sais pas ».

« L'articulation entre les services en milieu carcéral et en milieu ouvert est satisfaisante (par exemple échanges téléphoniques, courriers...) » (Milieu carcéral et CSAPA)

La moyenne des réponses des médecins exerçant en milieu carcéral est 6.0/10. La médiane est 6 et l'écart type 2,5. Les notes vont de 1 à 10, les notes les plus fréquentes sont 6 et 7/10.

La moyenne des réponses des médecins exerçant en CSAPA est 4.3/10. La médiane est 5 et l'écart type 2,3. Les notes vont de 1 à 9, la note la plus fréquente est 1/10.

4.3. À l'arrivée en détention

Les questions relatives à l'arrivée en détention interrogent l'accessibilité aux TAO et aux outils de réduction des risques. Les situations cliniques cherchent à tester l'hypothèse d'une hétérogénéité des pratiques en matière de prescription des TAO.

4.3.1. Renouvellement des TAO

« Si le patient bénéficie d'un traitement préalable par TSO, un contact est pris avec le médecin prescripteur, avec l'accord du patient... » (Milieu carcéral)

La majorité des répondant.e.s déclarent qu'un contact est toujours pris (53 %) ou souvent pris (26 %) avec le médecin prescripteur dans le cadre d'un renouvellement de TAO. Ils sont 16 % à répondre que "parfois", 5 % "rarement", aucun ne déclare que ce contact n'est "jamais" pris.

« Je pense que le contact avec ma structure à l'arrivée en détention du patient est... » (CSAPA)

Les répondant.e.s jugent que le contact avec leur structure à l'arrivée en détention du/de la patient.e est important à 8,3/10 (0/10 correspondant à « pas du tout important », 10/10 à « très important »). La médiane est 9/10 et l'écart type 2,3. Les notes vont de 1/10 à 10/10, la note la plus fréquente est 10/10.

« Le relais avec la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant...) se fait dès l'arrivée en détention... » (Milieu carcéral)

Il y a quatre réponses manquantes (11 %).

16 % des médecins exerçant en milieu carcéral déclarent que le contact avec la structure en milieu ouvert est toujours fait à l'arrivée. 29 % répondent "souvent", 24 % "parfois", 11 % "rarement", 11 % "jamais".

« Généralement ma structure est contactée à l'arrivée en détention du patient... » (CSAPA)

4 % des médecins exerçant en CSAPA déclarent que le contact avec leur structure est toujours fait à l'arrivée. 13 % répondent "souvent", 22 % "parfois", 30 % "rarement", 30 % "jamais".

« Si le patient bénéficie d'un traitement préalable par TSO, un contact est pris avec le pharmacien effectuant habituellement la délivrance lorsque les prescripteurs habituels ne sont pas joignables... » (Milieu carcéral)

La majorité des répondant.e.s déclarent qu'un contact est "toujours" pris (58 %) ou "souvent" pris (24 %) avec le pharmacien effectuant la délivrance lorsque le médecin prescripteur n'est pas joignable dans le cadre d'un renouvellement de TAO. Ils sont 8 % à répondre "parfois", 5 % "rarement", 5 % "jamais".

« Le recours à l'utilisation de la bandelette urinaire avant instauration ou reconduction d'un TSO est fait... » (Milieu carcéral)

Il y a deux réponses manquantes (5 %).

La moitié des répondant.e.s (50 %) déclarent recourir systématiquement à la bandelette urinaire avant instauration ou renouvellement d'un TAO. 11 % déclarent y recourir en l'absence d'authentification de la prescription, 8 % déclarent y recourir souvent, 8 % déclarent y recourir rarement. 18 % déclarent ne jamais y recourir.

*« Dans mon établissement, il existe un protocole relatif [au renouvellement] des TSO... »
(Milieu carcéral)*

50 % des répondant.e.s déclarent qu'il existe un protocole relatif au renouvellement des TAO dans leur établissement. Ils sont 39 % à déclarer que ce protocole n'existe pas, 8 % à déclarer qu'ils ne savent pas si ce protocole existe.

« Généralement, si le patient bénéficie d'un traitement préalable par buprénorphine (générique, Subutex ®, Suboxone ®), que la prescription a été identifiée et que la dernière prise remonte à moins de 3 jours... » (Milieu carcéral)

Il y a une réponse manquante (3 %).

Dans la situation d'un.e patient.e bénéficiant d'un traitement préalable par buprénorphine haut dosage, interrompu depuis moins de 3 jours, 13 % des répondant.e.s déclarent renouveler la posologie sans dépasser 24 mg. 34 % déclarent renouveler sans dépasser 16 mg par jour, 13 % déclarent renouveler sans dépasser 10 mg, 13 % déclarent diminuer la posologie. Aucun ne répond interrompre le traitement ou ne propose de relais vers un autre TAO.

24 % répondent « Autre ».

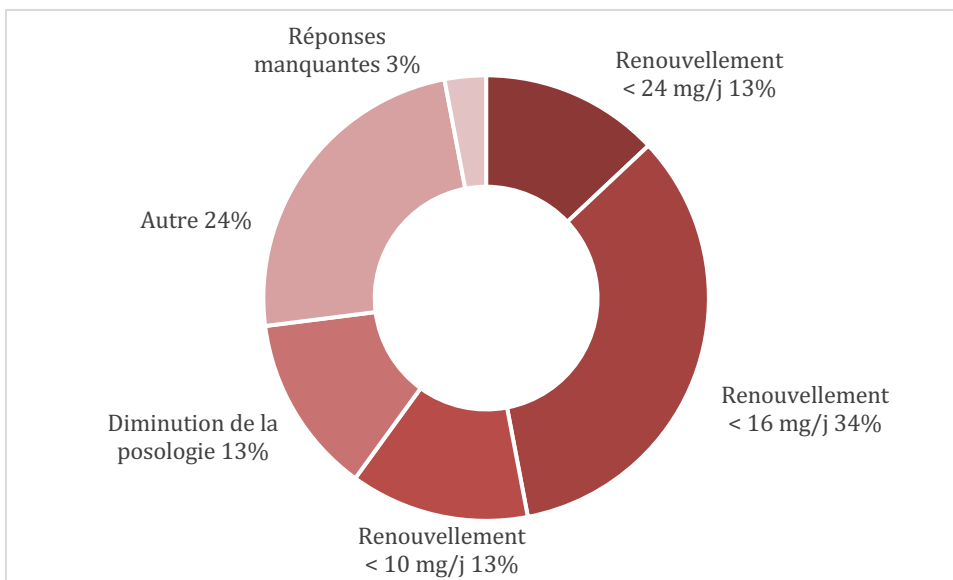


Figure 3 - Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la prise en charge proposée dans une situation de renouvellement de traitement par buprénorphine haut dosage interrompu depuis moins de 3 jours, N=38

« Pour les patients sous buprénorphine (Subutex[®], Suboxone[®], Orobupré[®]) que je suis amené(e) à suivre, généralement je sais que pendant la détention le traitement a été... » (CSAPA)

Il y a une réponse manquante (4 %).

4 % des répondant.e.s déclarent que le traitement par buprénorphine haut dosage des patients qu'ils suivent est généralement renouvelé en augmentant la posologie. 35 % des répondant.e.s déclarent que le traitement par buprénorphine haut dosage des patient.e.s qu'ils suivent est généralement renouvelé sans modifier la posologie, 4 % que le traitement est renouvelé en diminuant la posologie, 13 % que le traitement est remplacé par un autre.

39 % déclarent qu'ils ne savent pas.

« Généralement, si le patient bénéficie d'un traitement préalable par méthadone à 120 mg/jour, que la prescription a été identifiée et que la dernière prise date de 3 à 5 jours (plusieurs réponses possibles)... » (Milieu carcéral)

Il y a une réponse manquante (3 %).

Dans la situation d'un.e patient.e bénéficiant d'un traitement préalable par méthadone à 120 mg, interrompu depuis 3 à 5 jours, 18 % des répondant.e.s déclarent reprendre le traitement à 120 mg, 45 % déclarent reprendre le traitement à une posologie comprise entre 60 et 90 mg, 13 % déclarent reprendre le traitement à une posologie inférieure à 40 mg. 37 % déclarent réévaluer le.a patient.e à distance de l'instauration.

18 % répondent « Autre ».

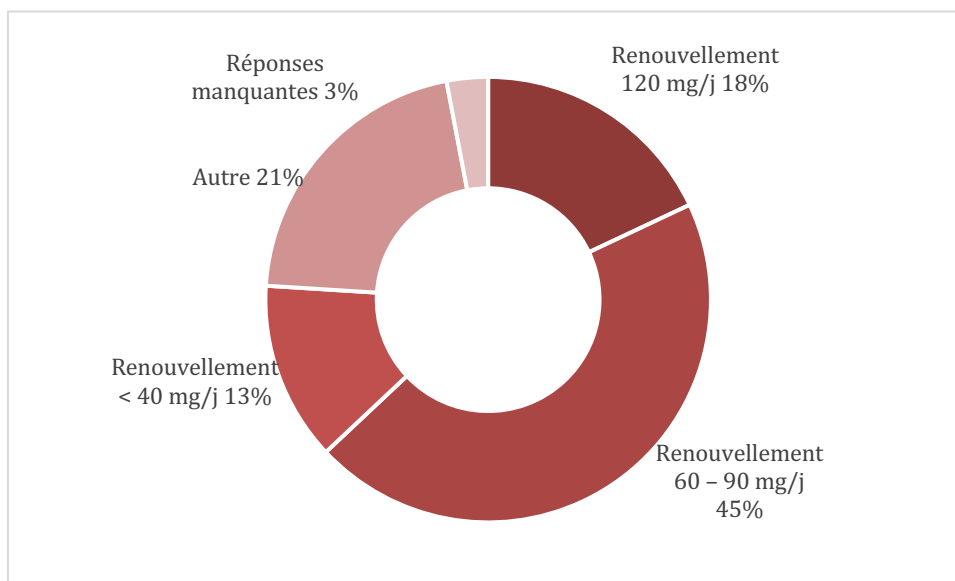


Figure 4 - Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la prise en charge proposée dans une situation de renouvellement d'un traitement par méthadone 120 mg/j interrompu depuis 3 à 5 jours, N=38

« Pour les patients sous méthadone que je suis amené(e) à suivre, généralement je sais que pendant la détention le traitement a été... » (CSAPA)

4 % des répondant.e.s déclarent que le traitement par méthadone des patient.e.s qu'ils suivent est généralement renouvelé en augmentant la posologie. 44 % déclarent qu'il est renouvelé sans modifier la posologie, 22 % déclarent que le traitement est renouvelé en diminuant la posologie. Aucun ne déclare que le traitement est généralement interrompu ou remplacé par un autre.

30 % déclarent qu'ils ne savent pas.

4.3.2. Initiation des TAO

« Dans mon établissement, il existe un protocole relatif à [l'initiation] des TSO... » (Milieu carcéral)

Il y a une réponse manquante (3 %).

45 % des répondant.e.s déclarent qu'il existe un protocole relatif à l'initiation des TAO dans leur établissement. Ils sont 42 % à déclarer que ce protocole n'existe pas et 11 % à déclarer qu'ils ne savent pas si ce protocole existe.

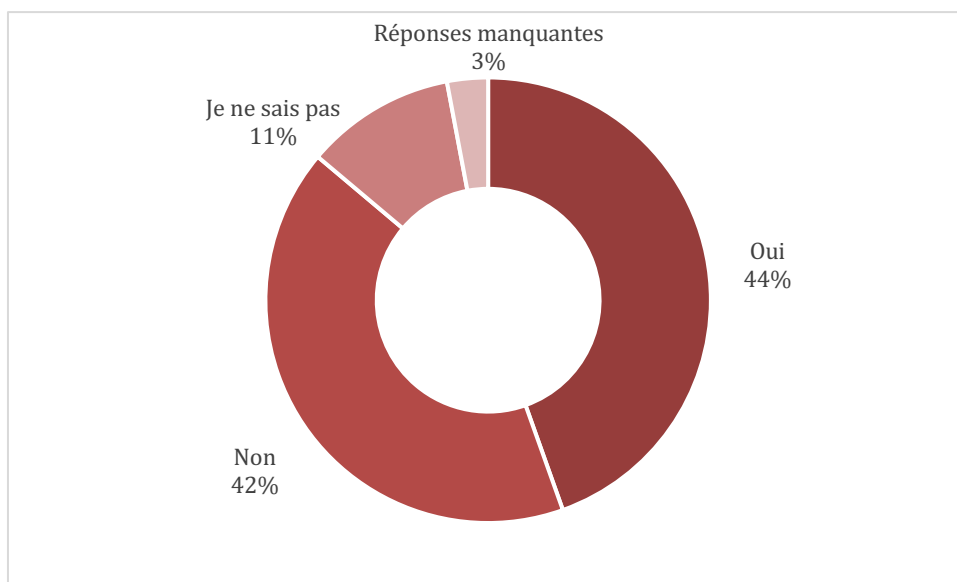


Figure 5 - Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la connaissance du protocole relatif à l'initiation des TAO dans leur établissement, N=38

« Dans le cas d'une consommation d'opiacés ou de TSO sans prescription médicale, généralement (plusieurs réponses possibles)... » (Milieu carcéral)

Il y a deux réponses manquantes (5 %).

63 % des répondant.e.s déclarent pouvoir initier un TAO. Ils sont 36 % à prescrire souvent la méthadone dans cette situation, 18 % à prescrire souvent la buprénorphine haut dosage

lyophilisat (Orobupré®), 13 % à prescrire souvent la buprénorphine haut dosage, 8 % à prescrire souvent la buprénorphine haut dosage/naloxone (Suboxone®).

21 % des répondant.e.s déclarent ne jamais initier de TAO dans cette situation.

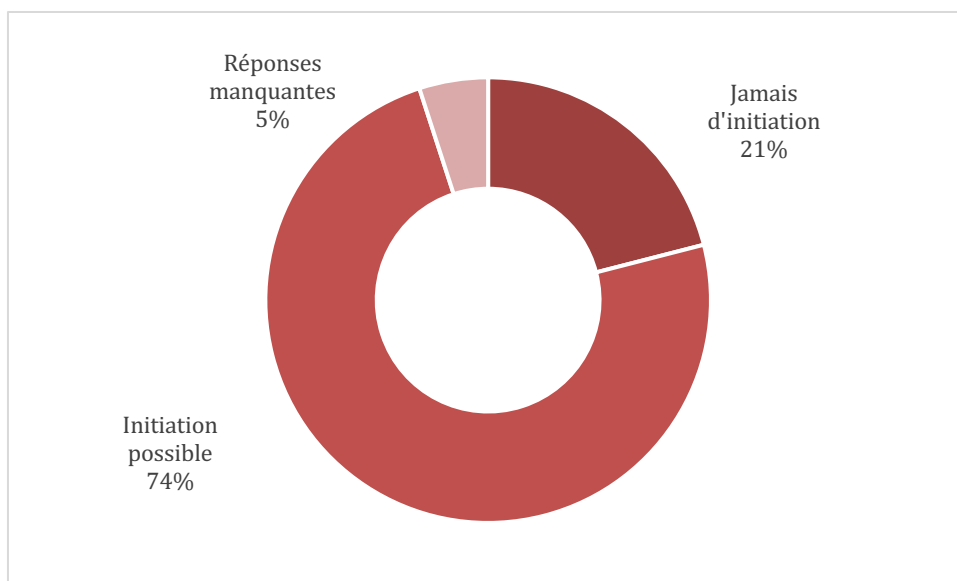


Figure 6 - Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la possibilité d'instaurer un TAO chez un patient consommateur d'opiacés, N=38

4.3.3. Réduction des risques et des dommages

« Concernant la politique de réduction des risques, je distribue souvent (plusieurs réponses possibles)... » (Milieu carcéral)

Il y a deux réponses manquantes (5 %).

42 % des répondant.e.s déclarent que les outils de réduction des risques ne sont pas disponibles. 39 % déclarent distribuer souvent un document à remettre au patient.e avec les moyens de contacter les intervenants en addictologie pendant la détention. 32 % déclarent distribuer souvent des fascicules avec des messages de réduction des risques. 29 % déclarent distribuer souvent des outils de réduction des risques type paille, préservatifs, eau de javel.

8 % répondent « Autre ».

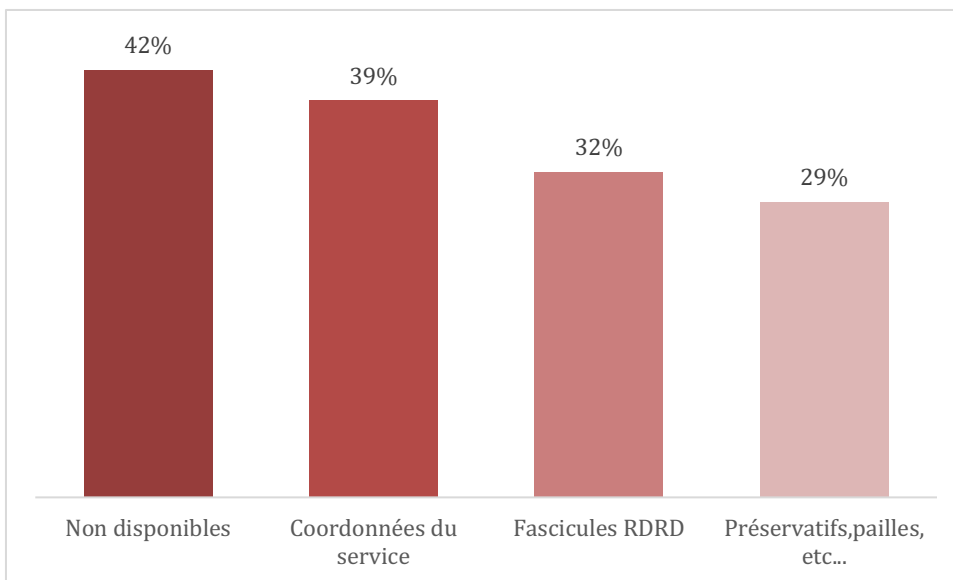


Figure 7 - Disponibilité des différents outils de réduction des risques et des dommages dans l'établissement selon les médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France, N=38

« Concernant la naloxone (Nalscue ®) dans mon établissement (plusieurs réponses possibles)... » (Milieu carcéral)

Il y a une réponse manquante (3%).

21% déclarent que des kits naloxone en pulvérisation nasale (Nalscue ®) sont disponibles, 11 % que des formations pour les soignant.e.s existent, 5 % que des flyers, affiches et cartes d'information spécifique existent. Aucun ne répond qu'il existe des formations pour les usagers. 37 % des répondant.e.s déclarent que les outils (kits, formations, flyers) relatifs à la naloxone ne sont pas disponibles. 26 % déclarent ne pas savoir si ces outils sont disponibles.

8 % répondent « Autre ».

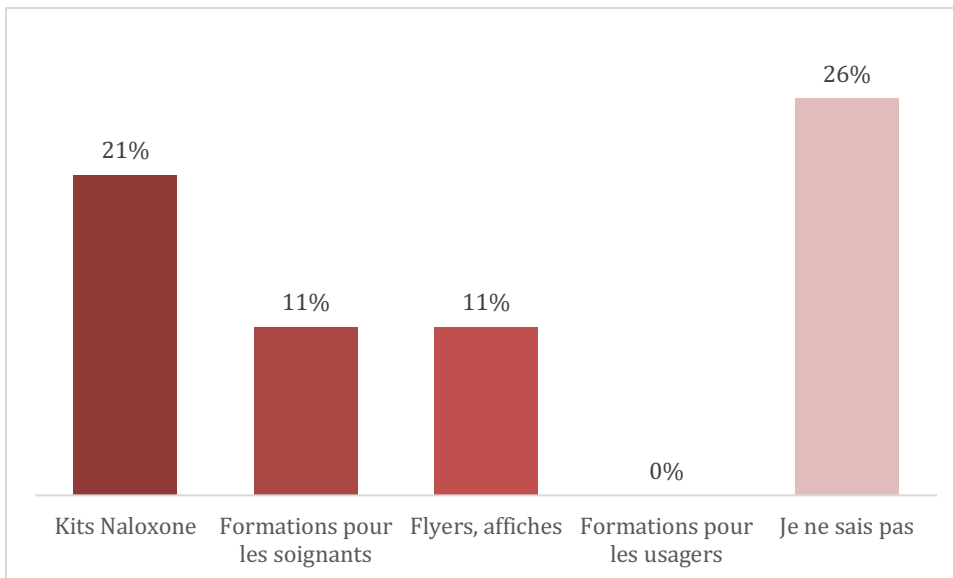


Figure 8 - Pourcentage de médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France qui déclarent que les différents outils en lien avec la naloxone sont disponibles dans leur établissement, N=38

« Je propose un kit Naloxone (Nalscue ®) aux personnes éligibles... » (Milieu carcéral)

Il y a deux réponses manquantes (5 %).

Aucun.e des répondant.e.s ne répond « souvent » ou « toujours ». 11 % déclarent les proposer aux personnes éligibles parfois et 11 % les proposer rarement. 29 % des répondant.e.s déclarent ne jamais utiliser ces kits. 45 % des répondant.e.s déclarent que ces kits ne sont pas disponibles dans leur établissement.

« Généralement, les patients que je suis amené(e) à suivre ont reçu (plusieurs réponses possibles) ... » (CSAPA)

26 % des répondant.e.s déclarent que les patient.e.s qu'ils sont amené.e.s à suivre n'ont reçu aucun outil relatif à la naloxone en détention. 9 % déclarent que les patient.e.s ont reçu des kits naloxone (Nalscue ®), 9 % des formations, 9 % des flyers.

61 % déclarent qu'ils ne savent pas.

9 % répondent « Autre ».

4.4. Pendant la détention

Les questions relatives à la période en détention interrogent l'offre de soins en addictologie et la prise en charge des situations de mésusage.

4.4.1. Soins spécialisés en addictologie proposés pendant la détention

« Dans mon établissement, les soins spécialisés en addictologie proposés pendant la détention consistent en (plusieurs réponses possibles)... » (Milieu carcéral)

Il y a une réponse manquante (3 %).

84 % des répondant.e.s déclarent qu'un suivi psychologique est proposé, 71 % un suivi médical hors addictologue, 68 % un suivi infirmier, 58 % un suivi par un addictologue, 58 % des prises en charge en groupe, 16 % un suivi socio-éducatif.

13 % des répondant.e.s déclarent qu'il n'y a pas de suivi spécialisé en addictologie proposé pendant la détention.

3 % répondent « Autre »

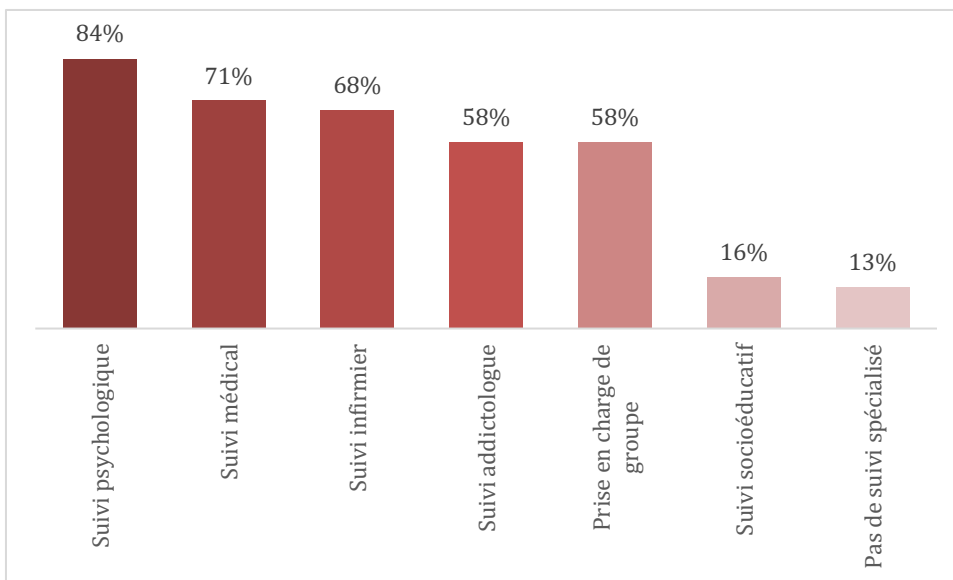


Figure 9 - Pourcentage de médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France qui déclarent que leur établissement propose des soins spécialisés en addictologie, N=38

« Les soins spécialisés en addictologie proposés en détention sont satisfaisants » (Milieu carcéral et CSAPA)

La moyenne des réponses des médecins exerçant en milieu carcéral est 6.1/10 (0/10 pas du tout d'accord, 10/10 tout à fait d'accord). La médiane est 6 et l'écart type 2,5. Les notes vont de 1 à 10, la note la plus fréquente est 7/10.

La moyenne des réponses des médecins exerçant en CSAPA est 4.6/10 (0/10 pas du tout d'accord, 10/10 tout à fait d'accord). La médiane est 4,5 et l'écart type 2,3. Les notes vont de 1 à 9, les notes les plus fréquentes sont 4 et 5/10.

« La qualité et la continuité des soins addictologiques sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population » (Milieu carcéral et CSAPA)

Il y a une réponse manquante.

La moyenne des réponses des médecins exerçant en milieu carcéral est 6.3/10. La médiane est 6,5 et l'écart type 2,6. Les notes vont de 2 à 10, la note la plus fréquente est 3/10.

La moyenne des réponses des médecins exerçant en CSAPA est 4.9/10. La médiane est 5 et l'écart type 2,5. Les notes vont de 1 à 10, la note la plus fréquente est 5/10.

4.4.2. Mésusage

« Lorsqu'un mésusage avéré et répété de buprénorphine (Subutex®) est constaté, je propose généralement (plusieurs réponses possibles)... » (Milieu carcéral)

Il y a deux réponses manquantes (5 %).

Dans la situation d'un mésusage répété et avéré de buprénorphine haut dosage, 63 % des répondant.e.s proposent une délivrance quotidienne supervisée. Ils sont 29 % à proposer un arrêt de la buprénorphine haut dosage, 29 % à proposer une diminution de la posologie, 29 % à proposer un relais vers d'autres formes de buprénorphine haut dosage, 26 % à proposer un relais vers la méthadone. 8 % des répondant.e.s proposent un maintien de posologie et 11 % proposent une augmentation de posologie.

13 % répondent « Autre ».

Au total, 47 % proposent un relais et/ou une augmentation dont 36 % mentionnent uniquement un relais tandis que 11 % mentionnent les deux options. 48 % ne proposent ni relais ni augmentation dont 18 % proposent une diminution seule et 13 % un arrêt seul.

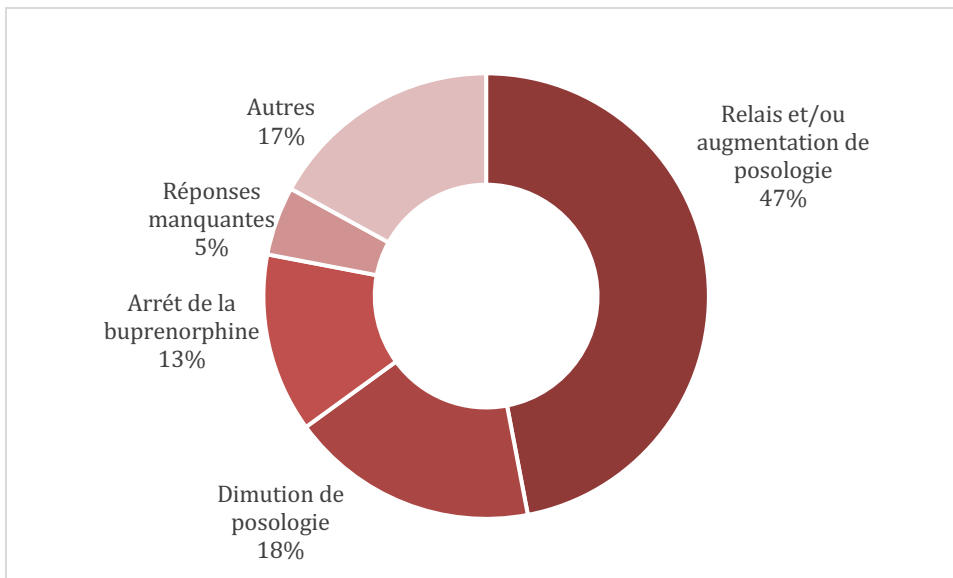


Figure 10 - Répartition des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France selon la prise en charge proposée dans une situation de mésusage de buprénorphine haut dosage, N=38

« Le relais avec la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant...) se fait au cours de la détention... » (Milieu carcéral)

Il y a deux réponses manquantes (5 %).

26 % des médecins exerçant en milieu carcéral déclarent que le contact avec la structure en milieu ouvert est toujours fait pendant la détention. 29 % répondent "souvent", 26 % "parfois", 13 % "rarement". Aucun ne déclare qu'il n'est jamais fait.

« Généralement ma structure est contactée pendant la détention du patient... » (CSAPA)

Aucun des médecins exerçant en CSAPA ne déclare que le contact avec leur structure est toujours fait pendant la détention. 9 % répondent "souvent", 13 % répondent "parfois", 22 % "rarement", 57 % déclarent "jamais".

4.5. À la sortie de détention

Les questions portant sur la sortie de détention interrogent les modalités du relais et les délais de rendez-vous.

4.5.1. Modalités du relais

« Le relais avec la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant...) se fait lors de la sortie de détention... » (Milieu carcéral)

Il y a trois réponses manquantes (8 %).

55 % des médecins exerçant en milieu carcéral déclarent que le contact avec la structure en milieu ouvert est toujours fait avant la sortie de détention. 24 % déclarent qu'il est souvent fait, 8 % qu'il est parfois fait, 5 % qu'il est rarement fait. Aucun ne déclare qu'il n'est jamais fait.

« Généralement ma structure est contactée avant la sortie de détention du patient... » (CSAPA)

Aucun des médecins exerçant en CSAPA ne déclare que le contact avec leur structure est toujours fait avant la sortie de détention. 52 % déclarent qu'il est souvent fait, 22 % déclarent qu'il est fait parfois, 26 % qu'il est rarement fait. Aucun ne déclare qu'il n'est jamais fait.

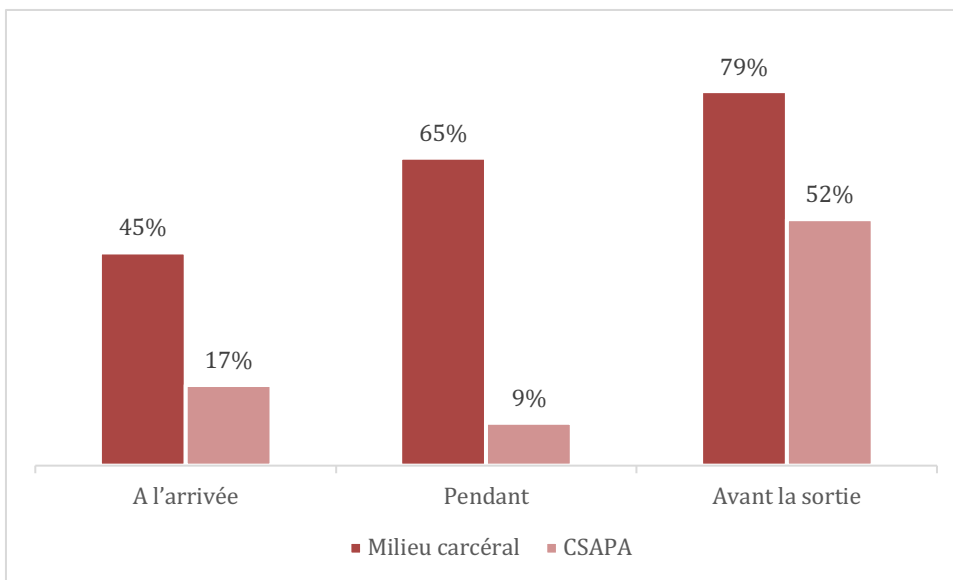


Figure 11 - Pourcentage de médecins exerçant en milieu carcéral et en CSAPA dans les Hauts-de-France qui déclarent qu'un contact est généralement pris à l'arrivée, pendant et avant la sortie de détention, N=61

« Le relais avec la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant...) se fait généralement par (plusieurs réponses possibles)... » (Milieu carcéral)

Parmi les médecins exerçant en milieu carcéral, concernant le relais avec la structure d'aval :

Il y a une réponse manquante (3 %)

71 % déclarent qu'il se fait généralement par la prise anticipée d'un rendez-vous ;

68 % déclarent qu'il se fait par l'envoi d'un courrier médical ;

63 % par la transmission des coordonnées de la structure ;

61 % par la délivrance de quelques jours de traitement ;

58 % par un contact téléphonique ;

47 % par la délivrance d'une ordonnance relais.

Aucun ne déclare qu'un accompagnement physique jusqu'à la structure est fait généralement.

Aucun ne déclare qu'aucun contact n'est pris.

11 % répondent « Autre ».

« Dans le cadre de la préparation à la sortie, le relais avec ma structure se fait généralement par (plusieurs réponses possibles)... » (CSAPA)

Parmi les médecins exerçant en CSAPA, concernant le relais avec leur structure à la sortie de détention :

39 % déclarent qu'il se fait généralement par la prise anticipée d'un rendez-vous :

30 % déclarent qu'il se fait par l'envoi d'un courrier médical ;

52 % par la transmission des coordonnées de la structure :

35 % par la délivrance de quelques jours de traitement :

65 % par un contact téléphonique :

30 % par la délivrance d'une ordonnance relais.

Aucun ne déclare qu'un accompagnement physique jusqu'à la structure est fait.

9 % déclarent qu'aucun contact n'est pris.

13 % répondent « Autre ».

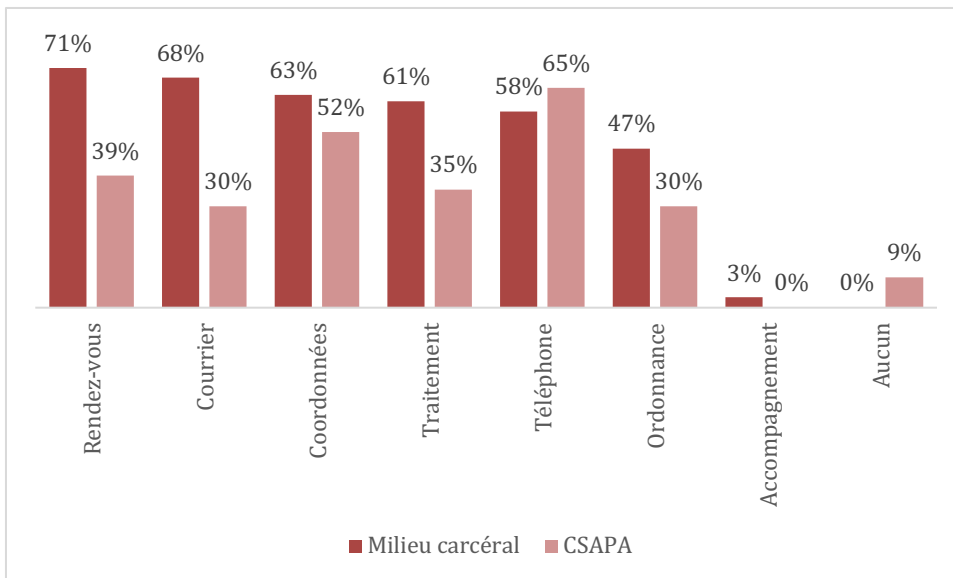


Figure 12 - Pourcentage de médecins exerçant en milieu carcéral et en CSAPA dans les Hauts-de-France qui déclarent que les différents supports (courrier, téléphone, etc.) sont généralement utilisés pour le relais, N=61

4.5.2. Délais de rendez-vous

« Généralement, j'obtiens un rendez-vous dans la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant...) dans un délais de... » (Milieu carcéral)

Parmi les médecins exerçant en milieu carcéral, concernant le délai de rendez-vous avec la structure d'aval pour un patient sous buprénorphine haut dosage à la sortie de détention :

Il y a cinq réponses manquantes (13 %) ;

26 % déclarent qu'il est généralement inférieur à 48h ;

29 % qu'il est inférieur à une semaine :

21 % qu'il est inférieur à 15 jours ;

11 % qu'il est inférieur à un mois.

Aucun ne répond qu'il est généralement supérieur à un mois.

« Généralement, ma structure peut proposer un rendez-vous aux personnes sortant de prison dans un délai de... » (CSAPA)

Parmi les médecins exerçant en CSAPA, concernant le délai de rendez-vous avec leur structure pour un patient sous buprénorphine haut dosage à la sortie de détention :

22 % déclarent qu'il est généralement inférieur à 48h ;

35 % qu'il est inférieur à une semaine :

30 % qu'il est inférieur à 15 jours ;

4 % qu'il est inférieur à un mois.

Aucun ne répond qu'il est généralement supérieur à un mois.

« Généralement, j'obtiens un rendez-vous dans la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant...) dans un délai de... » (Milieu carcéral)

Parmi les médecins exerçant en milieu carcéral, concernant le délai de rendez-vous avec la structure d'aval pour un patient sous méthadone à la sortie de détention :

Il y a 8 réponses manquantes (21 %)

26 % déclarent qu'il est généralement inférieur à une semaine ;

24 % qu'il est inférieur à 48h ;

21 % qu'il est inférieur à 15 jours ;

8 % qu'il est inférieur à un mois.

Aucun ne répond qu'il est généralement supérieur à un mois.

« Généralement, ma structure peut proposer un rendez-vous aux personnes sortant de prison dans un délai de... » (CSAPA)

Parmi les médecins exerçant en CSAPA, concernant le délai de rendez-vous avec leur structure pour un patient sous méthadone à la sortie de détention :

26 % déclarent qu'il est généralement inférieur à 48h ;

48 % déclarent qu'il est inférieur à une semaine ;

22 % qu'il est inférieur à 15 jours ;

4 % qu'il est inférieur à un mois.

Aucun ne répond qu'il est généralement supérieur à un mois.

« Je prends en charge des patients sortant de prison... » (CSAPA)

35 % des répondant.e.s déclarent prendre en charge des patient.e.s sortant de prison au moins une fois par an :

48 % des répondant.e.s déclarent prendre en charge des patient.e.s sortant de prison au moins une fois par mois ;

9 % plusieurs fois par semaine ;

9 % au moins une fois par semaine.

5. Discussion

5.1. Taux de réponse et profil des répondant.e.s

Le taux de réponse de l'étude s'élève à 41 % chez les médecins exerçant en milieu carcéral et 43 % chez les médecins exerçant en CSAPA. Une précédente étude auprès des médecins généralistes et psychiatres exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France²¹ avait reçu 39 réponses pour 56 questionnaires envoyés. Le taux de réponse était plus élevé (70 %) mais le nombre de personnes contactées plus faible que dans l'étude actuelle. L'étude citée portait sur la prise en charge de l'insomnie en milieu carcéral. On peut également le comparer au taux de réponse de l'enquête Addiction et milieu carcéral réalisée en 2012¹⁷. La méthodologie de cette étude prévoyait de remplir un questionnaire par service et non un questionnaire par individu à l'échelle nationale. Le taux de réponse des SMPR était de 23 % et celui des UCSA de 27 %. La répartition des différentes professions et la part des personnes à temps plein est proche de celle constatée dans l'étude sur la prise en charge de l'insomnie en milieu carcéral²¹. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce taux de réponse. Certains médecins peuvent ne pas se sentir concerné par les TAO car cette prescription n'est pas sous leur responsabilité (selon les établissements cela peut être du ressort des généralistes ou au contraire des psychiatres), d'autres peuvent mal maîtriser ce sujet et craindre d'être jugés et leurs compétences remises en cause.

5.2. Peu de pratiques conformes aux recommandations

Il existe de nombreuses recommandations de bonnes pratiques en milieu carcéral. On s'appuiera en particulier sur le Guide des TSO en milieu carcéral¹¹ et les recommandations de la HAS relatives aux CSAPA²². Le premier a été élaboré sous la direction du ministère de la Santé et de la MILDT et a interrogé 35 professionnels exerçant en milieu carcéral. Les secondes s'appuient sur le travail d'addictologues, de professionnels travaillant dans les CSAPA, de représentants d'associations d'usagers et de représentants des autorités de santé. Les sociétés savantes et associations professionnelles d'addictologie ont également participé à leur élaboration.

5.2.1. De bonnes pratiques en matière d'authentification des prescriptions et d'objectivation de la prise d'opiacés

Le guide du ministère de la Santé définit l'authentification d'une prescription comme « *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* ¹¹ ». La majorité des répondant.e.s déclarent qu'un contact est toujours pris (53 %) avec le médecin prescripteur dans le cas d'un renouvellement de traitement. Pour comparaison, l'étude Addiction et milieu carcéral retrouvait 48 % des répondant.e.s qui déclaraient prendre contact systématiquement avec la structure qui assurait le suivi en amont ¹⁷.

Le Guide des TSO en milieu carcéral indique que « *la recherche d'opiacés dans les urines est requise sur un plan réglementaire* » pour l'initiation. Pour le renouvellement, elle doit être systématiquement proposée « *si l'authentification de la prescription antérieure est difficile à obtenir (prescripteur et pharmacie non joignables, absence d'ordonnance...)* ¹¹ ». Le test urinaire est également recommandé à l'instauration et pendant le traitement par les recommandations publiées par *l'American Society of Addiction Medicine* en 2015 ²³. La bandelette urinaire dans le cas d'une prescription de TAO est systématiquement employée pour la moitié des répondant.e.s.

5.2.2. Des équipes pluridisciplinaires

Le Guide des TSO en milieu carcéral indique qu'« *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* ». L'Instruction DGS du 17 novembre 2010 ²⁴ mentionne « *le suivi psychologique, la prescription et le suivi de traitements de substitution, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques* » comme participant à une prise en charge globale. La plupart des répondant.e.s ont indiqué que les soins spécialisés en addictologie proposés dans leur établissement consistaient en un suivi psychologique (84 %), un suivi médical hors addictologue (71 %) et un suivi infirmier (68 %). 58 % des répondant.e.s mentionnent un suivi par un addictologue. Or, comme indiqué plus haut, peu de médecins intervenant en

milieu carcéral sont formés en addictologie. On pourrait faire plusieurs hypothèses : ce sont des addictologues extérieurs qui interviennent en milieu carcéral, les rares médecins formés en addictologie ont en suivi un grand nombre de patient.e.s présentant des addictions ou les répondant.e.s entendaient par addictologue tout professionnel spécialisé en addictologie et pas uniquement les médecins. L'étude Addictions et milieu carcéral de 2012 ¹⁷ posait la question des types de prise en charge assurés pendant la détention. Elle relevait déjà « *un déficit en matière de prise en charge socio-éducative* ». Dans l'étude actuelle, les travailleur.euse.s sociaux.ales ne sont cité.e.s que par 16 % des répondant.e.s. Le rôle des travailleurs sociaux supplémentaires des CSAPA référents est discuté plus loin.

5.2.3. Des délais de rendez-vous inférieurs à une semaine en CSAPA

La mortalité est particulièrement augmentée dans les semaines suivant la sortie de prison. Une étude parue en 2008 ⁶, retrouvait un risque de décès lié aux drogues 69 fois supérieur à la population générale pour les femmes et 28 fois supérieure pour les hommes. Une méta-analyse parue en 2010 ⁷ confirme que ce risque plus élevé au cours des deux semaines suivant la sortie de détention qu'au cours des semaines suivantes (semaines 3 à 12). Il existe des variations importantes entre les pays étudiés que les auteurs expliquent par les différences de pureté de l'héroïne, de prévalence des pratiques d'injection, d'habitudes culturelles à la sortie de prison, de population étudiée mais également par les différents programmes de suivi méthadone en prison et en ville. 74 % des répondant.e.s en CSAPA indiquent que le délai de rendez-vous au CSAPA au moment de la sortie est inférieur à une semaine pour la méthadone contre 50 % des répondant.e.s en milieu carcéral. Ils sont respectivement 57 et 55 % pour la buprénorphine haut dosage. Selon une étude parue en 2016 portant sur les traitements de substitution dans le Nord et le Pas-de-Calais, 9 patients sur 10 substitués en CSAPA bénéficiaient d'un traitement par méthadone contre 1 sur 3 en médecine de ville ²⁵. Le fait que les CSAPA reçoivent plus de patients sous méthadone permet peut-être d'expliquer leur plus grande réactivité.

5.3. Des points d'amélioration à envisager

5.3.1. Un manque de formation spécifique en addictologie

La HAS recommande « *le renforcement et l'actualisation des connaissances et des compétences en addictologie des professionnels de l'USMP (Unité sanitaire en milieu pénitentiaire), à leur demande et en lien avec l'équipe médicale du CSAPA* ²² ». Les réponses mettent en évidence un faible pourcentage de personnes ayant une formation spécifique en addictologie (8 % déclarent avoir un diplôme universitaire, une capacité ou être inscrit en formation spécialisée transversale, aucun ne déclare avoir un DESC). Dans une thèse de 2018 portant sur l'offre de substitution en milieu carcéral ²⁶, Jouhanneau rapporte que 25 % des médecins interrogés ont une formation en addictologie type DU, DIU, Capacité. Contrairement à l'étude rapportée ici, celle-ci interrogeait un seul médecin par centre, en passant par le médecin référent. On peut faire l'hypothèse que les médecins référents sont plus formés en addictologie que leurs collègues. Pourtant, la prise en charge des problématiques addictives fait partie du quotidien des répondant.e.s. 68 % d'entre eux.elles prescrivent les TAO au moins une fois par semaine. Les médecins généralistes et les psychiatres sont concernés, respectivement 58 % et 90 % d'entre eux.-Une majorité de répondant.e.s est en demande de formation ou d'aide à la prescription en matière de TAO. Pourtant, à la question d'autoévaluation des connaissances, une majorité des répondant.e.s les juge plutôt bonnes (68 % ont une note supérieure ou égale à 6/10). Ce résultat est légèrement inférieur à celui retrouvé dans une étude réalisée en 2018 sur la même population (16). Les médecins étaient 79 % à évaluer leurs connaissances sur la prise en charge de l'insomnie à 6 ou plus.

5.3.2. Une méconnaissance des protocoles relatifs à la prescription des TAO

L'instruction de la DGS du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention indique : « *Un protocole organisationnel local est élaboré sous la responsabilité de la personne désignée et présenté dans le comité de coordination de l'établissement. Ce protocole fera l'objet d'une validation de la part du Directeur général de l'Agence régionale de Santé* ²⁴. » En janvier 2020, l'ARS Hauts-de-France dispose de tous ces protocoles. Une partie du protocole fait référence à « *la prescription et le suivi des traitements de substitution et le relais à la sortie* ». Moins de la moitié des médecins ont connaissance des protocoles relatifs aux TAO dans leur établissement. Dans l'étude Addiction et milieu carcéral, les répondant.e.s étaient interrogé.e.s sur l'existence d'un protocole TAO pour les entrées en dehors du temps de

présence du personnel UCSA [unité de consultation et de soins ambulatoires, ex-USMP](14), 42 % répondaient qu'il n'existait pas.

5.3.3. Des pratiques de prescription des TAO hétérogènes

Pour rappel, quatre situations cliniques portent sur le renouvellement d'un traitement suivi en ville et interrompu quelques jours avant la visite, l'instauration de traitement et la conduite à tenir devant un mésusage. Ils ont été imaginés en s'appuyant sur les situations prévues par le Guide des TSO en milieu carcéral ¹¹.

La première situation clinique porte sur le renouvellement de la buprénorphine haut dosage. Le Guide des TSO en milieu carcéral, publié en 2011, précise que « *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 haut dosage)* ». Tous les répondant.e.s disent renouveler le traitement, mais avec une variabilité importante dans la posologie à laquelle est repris le traitement. Les recommandations européennes relatives à la prescription des TAO ²⁷ citent une étude selon laquelle des doses supérieures à 16 mg/jour sont associées à une réduction plus importante de la consommation de drogues illicites que des doses inférieures à 16 mg/j ²⁸. L'AMM de la buprénorphine haut dosage est passée d'une posologie maximale de 16 mg/j à 24 mg/j en octobre 2018 ²⁹. Pourtant, seuls 13 % des répondant.e.s indiquent pouvoir renouveler la posologie jusqu'à 24 mg/j. 13 % indiquent renouveler sans dépasser 10 mg/j et 13 % indiquent diminuer la posologie.

La deuxième situation clinique porte sur un renouvellement de méthadone avec une interruption plus longue du traitement (3 à 5 jours). Cette situation est fréquente à l'arrivée en milieu carcéral, c'est le cas des patients qui n'ont pas reçu leur traitement pendant la garde à vue. Le Guide des TSO en milieu carcéral ¹¹ recommande 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 40 mg/j :*
- délai entre 3 et 5 jours : réduire la dose de moitié ».*

45 % des répondant.e.s indiquent reprendre le traitement à une posologie comprise entre 60 et 90 mg/j.

Une méta-analyse parue dans le *British Medical Journal* en 2017 portait sur le risque de mortalité pendant et après traitement de substitution ³⁰. La phase d'induction du traitement par méthadone est l'une des plus à risque (11,3 décès toutes causes confondues pour 1 000 patients-années contre 6 pour 1 000 environ pendant le traitement). Les explications proposées sont l'accumulation de méthadone qui pourrait dépasser le niveau de tolérance aux opioïdes, des facteurs psychologiques et la consommation concomitante d'autres déprimeurs respiratoires, tels que médicaments ou cocaïne. Pourtant, 18 % des répondant.e.s indiquent reprendre le traitement à 120 mg/j.

Une revue systématique de la littérature Cochrane de 2003 ³¹ portant sur différents dosages de méthadone en population générale retrouvait 11 essais contrôlés randomisés et 10 études prospectives pour un nombre de sujets total de 2 279 et 3 715 respectivement. Ces études mettaient en évidence une efficacité supérieure des hautes doses (supérieures à 60 mg/j) par rapport aux faibles doses en matière de poursuite du traitement (RR 1,62 à long terme), de diminution de l'usage rapporté d'opiacés, d'abstinence aux opiacés à 3-4 semaines (RR 1,59), d'abstinence à la cocaïne à 3-4 semaines (RR 1,81), de diminution de risque d'overdose à 6 ans (RR 0,29). Une étude de 2013 portant sur un petit effectif (n=72) de personnes sortant de prison comparait des posologies de méthadone inférieures à 80 mg/j contre des posologies supérieures à 80 mg/j ³². Les posologies plus importantes étaient associées avec une meilleure poursuite du traitement à 12 mois, 73,1 % contre 29,0 %. Dans l'étude rapportée ici, 13 % des répondant.e.s déclarent reprendre la méthadone à 40 mg/j. Ces réponses posent la question du sous-dosage responsable de signes de manque à court terme et de moins bons résultats à long terme. Trouver la posologie optimale pour chaque patient repose sur une réévaluation régulière. Seuls 37 % des répondant.e.s disent réévaluer les patient.e.s à distance. Ce résultat pourrait être expliqué par le peu de temps médical disponible. La réévaluation est indispensable pour atteindre une posologie efficace, facteur déterminant pour le pronostic du patient.

Une troisième situation clinique pose la question de l'instauration d'un TAO dans le cadre d'une consommation d'opiacée non substituée avant l'incarcération. La mortalité des patients sous TAO est à moins d'un tiers de la mortalité attendue en l'absence de TAO selon la méta-analyse déjà citée ³⁰. Un essai contrôlé randomisé portant sur 211 sujets retrouvait que l'instauration d'un traitement par buprénorphine haut dosage en détention était associée à une durée moyenne de suivi plus longue que lorsque le traitement est initié après la sortie, 65,9 jours contre 21,8 jours ³³. Une étude de 2013 portant sur la prison de Genève indique que, parmi les 166 patients sous TAO en détention en 2007, seuls 27,7 % avaient déjà un

TAO avant l'entrée³⁴. L'instauration en détention était donc plus la norme que le renouvellement. Le projet européen *My First 48h Out* identifie le fait que la personne doit "prouver" qu'elle a besoin du traitement comme une barrière à la continuité des soins dans les prisons en France¹⁶. 21 % des répondant.e.s indiquent ne jamais initier de TAO dans cette situation. Ce résultat pose, avec les deux précédents, la question de la perte de chance pour un.e patient.e qui pourrait bénéficier ou pas d'une substitution selon le médecin et le service qui le.la prendra en charge.

Selon le recueil standardisé d'informations sur l'activité de divers services financés en missions d'intérêt général PIRAMIG 2017, repris par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)¹⁰, 42,1 % des personnes détenues sous TSO en France reçoivent de la buprénorphine haut dosage, 15 % de la buprénorphine haut dosage naloxone (Suboxone®) et 42,8 % de la méthadone. Une revue systématique de littérature Cochrane de 2014³⁵ comparant buprénorphine haut dosage et méthadone ne retrouvait pas de différence en matière d'efficacité (poursuite du traitement et arrêt de consommation d'opiacés) lorsque des doses moyennes à élevées étaient utilisées (supérieures à 6 mg/j pour la buprénorphine haut dosage et supérieures à 40 mg/j pour la méthadone). Lorsque des doses faibles étaient utilisées (moins de 6 mg/j pour la buprénorphine haut dosage et moins de 40 mg/j pour la méthadone), la méthadone avait de meilleurs résultats en matière de poursuite du traitement. Les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence*³⁶, revues en 2019, indiquent, dans leur chapitre spécifique au milieu carcéral, que méthadone et buprénorphine haut dosage devraient être proposées et que le choix du traitement dépend des antécédents de traitement du patient et de ses préférences. Les recommandations de l'*American Society of Addiction Medicine*²³ indiquent également dans leur partie relative à la prison qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander un traitement comme supérieur à un autre pour les personnes incarcérées. Parmi les personnes qui disaient pouvoir initier un TAO dans cette situation, 36 % proposaient la méthadone et 18 % la buprénorphine haut dosage lyophilisat (Orobupré®), 13 % la buprénorphine haut dosage. Les recommandations de la *Canadian Medical Association*³⁷ mentionnent la buprénorphine haut dosage naloxone comme la première ligne de traitement dans la prise en charge de la dépendance aux opiacés, avant la méthadone. Elle est à privilégier en raison notamment du risque moindre d'overdose. Les recommandations européennes²⁷ indiquent que la méthadone avec prise supervisée ou la buprénorphine haut dosage naloxone doivent être privilégiées en détention. Certains répondant.e.s ont indiqué pouvoir initier un TAO sans préciser de spécialité. La buprénorphine haut dosage

naloxone (Suboxone ®) est citée par 8 % des répondant.e.s. On retiendra que l'instauration d'un traitement de substitution à l'arrivée en détention est associée à une diminution des consommations et de la mortalité.

La quatrième situation clinique pose la question de la conduite à tenir devant un mésusage de buprénorphine haut dosage. Le Guide des TSO en milieu carcéral ¹¹ indique que le mésusage est souvent le signe d'un traitement insuffisamment dosé ou non adapté. 47 % des répondant.e.s proposaient une augmentation et/ou un relais vers un autre traitement. Parmi eux, 36 % mentionnent uniquement le changement de traitement. Seuls 11 % mentionnent à la fois l'augmentation et le relais comme des stratégies possibles. L'arrêt du traitement est une autre période à risque de décès mise en évidence par la méta-analyse de 2017 précédemment citée ³⁰. Le risque de décès toutes causes confondues est de 36,1 pour 1 000 patients-années à l'arrêt de la méthadone (contre 6 pour 1 000 environ pendant le traitement et 13,5 pour 1 000 à distance de l'arrêt). Le risque de décès par overdose est évalué à 12,7 pour 1 000 patients-années à l'arrêt de la méthadone. Cette mortalité accrue pourrait s'expliquer par la perte de tolérance aux opiacés mais également par des facteurs en lien avec la santé mentale tels que le suicide ou les accidents. Un essai contrôlé randomisé ³⁸ a comparé la poursuite et l'arrêt progressif de la méthadone à l'arrivée en détention chez 179 personnes. Un an après la sortie, le groupe avec arrêt de la méthadone présentait plus de consommations d'héroïne (OR 2,02), plus d'injections (OR 2,95), plus d'overdoses non fatales (OR 2,83) et moins de suivi méthadone (OR 0,83). 13 % des répondant.e.s préconisent un arrêt sans relais de traitement, 18 % une diminution. L'arrêt du traitement est donc une décision qui expose le patient à un risque accru de décès et à un moins bon pronostic en matière de prise en charge de son addiction et de ses conséquences.

Ces quatre situations cliniques mettent en évidence une hétérogénéité des pratiques des prescripteurs, qui pose la question de l'égalité d'accès aux soins des patients en détention.

5.3.4. Des programmes insuffisants en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) et de distribution de la naloxone

La HAS ²² indique que le CSAPA en milieu carcéral doit « *promouvoir l'adoption par la personne de pratiques à moindre risque à travers l'information sur les risques et*

dommages liés à ses usages, les moyens de les réduire et les modalités d'accès aux outils de RdRD ». Le Guide des TSO en milieu carcéral ¹¹ recommande de « *favoriser [...] la prévention des pratiques à risques en tenant compte de l'absence d'accessibilité à des programmes d'échange de seringues en milieu carcéral* ». La circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire ³⁹ indique que des brochures d'information et de prévention, des préservatifs et de l'eau de Javel doivent être mis à disposition des personnes détenues. L'inventaire ANRS-PRI2DE ⁴⁰ paru en 2011 avait pour objectif d'évaluer la disponibilité et l'accessibilité des différentes mesures de réduction des risques infectieux préconisées dans 171 établissements pénitentiaires. Les préservatifs étaient disponibles dans 9 % des établissements, l'eau de javel dans 14 % des établissements, l'information-éducation-communication dans 66 % des établissements (tels que définis par les recommandations françaises et internationales). Dans l'étude rapportée ici, peu de répondant.e.s déclarent utiliser régulièrement les brochures avec des messages de réduction des risques (32 %) et les outils de réduction des risques tels que préservatifs, paille, eau de Javel... (29 %). 39 % des répondant.e.s disent remettre au patient.e un document avec les moyens de contacter le service prenant en charge les addictions pendant la détention. Les personnes qui ne sont pas dans une demande de soins pendant la détention se retrouvent donc fréquemment sans aucun outil de réduction des risques.

Cette étude pose aussi la question de la distribution des kits naloxone aux personnes dépendantes aux opiacés. En France, la HAS insiste sur le rôle du CSAPA en milieu carcéral en matière de délivrance de naloxone ²². Celui-ci doit « *s'informer sur les modalités de prescription et de délivrance des produits de santé liés à la prise en charge des addictions (TAO, TSN, naloxone...)* ». L'Écosse fait figure de pionnière en matière de distribution de kits naloxone aux sortants de prison ⁴¹. Elle présente l'un des taux de décès liés aux drogues les plus élevés d'Europe (867 décès en 2016) et un tiers des entrants en prison sont positifs aux opiacés. En 2010, le gouvernement écossais a mis au point un programme national de distribution de kits naloxone qui s'adresse, entre autres, aux sortants de prison. Des formations sont organisées par des personnels soignants pendant l'incarcération et un kit naloxone délivré au patient à la sortie. Des formations par les pairs ainsi que des formations du personnel pénitentiaire ont également été mises en place. Une étude de 2017 ⁴² présente les résultats de la distribution de 4 124 kits entre 2011 et 2016. Le pourcentage de décès par overdose dans les 4 semaines suivant la sortie de prison parmi le nombre total de décès par overdose y est passé de 9,8 % à 3,9 %. Des programmes de distribution de naloxone

sont également en place en Norvège, en Angleterre, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni, en Estonie et en Irlande ⁴¹. Peu de répondant.e.s (21 %) indiquent que ces kits sont disponibles dans leur établissement.

Les recommandations sur la naloxone du projet *My First 48h Out* indiquent que “proposer une courte formation” avant la délivrance est le premier des 10 points essentiels à retenir. Ils recommandent également que formation et délivrance se fassent en même temps et au même endroit. Enfin, il est recommandé que tous les patients sous TAO bénéficient de la remise d’une dose de naloxone. Les répondant.e.s sont encore moins nombreux.ses à disposer de documents d’information type flyers, affiches, cartes (5 %) et aucun ne propose de programmes de formation pour les patient.e.s. Au vu de certaines réponses au questionnaire notées en texte libre, on peut faire l’hypothèse que certains répondant.e.s faisaient référence à la naloxone disponible dans le chariot d’urgence pour être utilisée par les soignant.e.s en cas d’overdose en prison. La formulation de cette question (voir Questionnaire milieu carcéral en Annexe 2) pourrait être précisée si l’étude devait être répliquée. La question suivante portait sur la fréquence effective de distribution de ces kits. Les recommandations de la HAS ²² indiquent qu’il faut informer la personne sur les risques de reconsommation ou de surdose après la sortie et proposer, si besoin, la délivrance de naloxone et de matériel de réduction des risques. Le projet européen *My First 48h Out* notait que la distribution de kits naloxone est possible en France mais seulement partiellement mise en œuvre et les programmes de distribution de naloxone insuffisants ¹⁶. Une majorité de répondant.e.s indique qu’ils n’étaient pas disponibles (45 %) ou jamais utilisés (29 %). La question mentionnait les kits Nalscue® (pulvérisation intranasale) dont la production a été arrêtée. Ils seront remplacés par la suite par les kits Prenoxad® qui sont à utiliser en injection intramusculaire. On peut s’interroger sur la facilité d’utilisation de ceux-ci et sur la possible réticence des proches à les utiliser. On retiendra donc que des améliorations majeures sont nécessaires en matière de réduction des risques pour se conformer aux recommandations.

5.3.5. Un manque de coordination entre milieu carcéral et CSAPA

Les CSAPA référents ont été mis en place entre 2012 et 2014 avec un rôle de préparation à la sortie ¹³. Il en existe 11 dans les Hauts-de-France. L’instruction DGS du 17 novembre 2010 ²⁴ demande la nomination d’un CSAPA référent qui « assure la fonction

de mise en relation avec un partenaire extérieur pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de la libération ». Le plan d'action stratégique 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice ⁴³ propose de financer 0,5 équivalent temps plein de travailleur.se social.e pour chaque CSAPA référent. Cependant, un état des lieux des pratiques ¹³ mettait en évidence une grande diversité des pratiques en matière de conditions de travail des professionnels, de visibilité auprès des partenaires et des personnes détenues et surtout de définition du rôle du CSAPA référent et de formalisation de son intervention. Celui-ci peut aller de la coordination à l'intervention en milieu pénitentiaire. Il conclut « *cette situation rend donc peu claire la mission du CSAPA référent et sa plus-value* ». De nombreux répondant.e.s rapportent que leur structure est CSAPA référent (38 %) et que des professionnels non médicaux interviennent en milieu carcéral (48 %). L'enquête Addiction et milieu carcéral ¹⁷ retrouvait que le lien avec l'extérieur faisait l'objet d'une convention ou d'un protocole dans respectivement 50 % et 27 % des établissements. Le projet européen *My First 48h Out* ¹⁶ met en avant le manque de communication entre prison et services en milieu ouvert, et entre les prisons comme une barrière à la continuité des soins. 57 % des répondant.e.s de l'étude actuelle déclarent avoir peu ou pas de relations avec le service intervenant en milieu carcéral ou avoir plutôt des réunions informelles (33 %).

Une méta-analyse parue en 2019 rappelle qu'aux États-Unis plus d'un quart des personnes avec un trouble lié à l'usage d'opiacés sont incarcérées chaque année ⁸. Ce résultat n'est probablement pas transposable en France car les États-Unis ont un taux d'incarcération bien plus élevé ⁴⁴. 67 % des répondant.e.s déclarent recevoir des sortants de prison au moins une fois par mois. Ce pourcentage est important et on peut se demander si les médecins sont toujours au courant des antécédents d'incarcération des patient.e.s qu'ils reçoivent.

Les médecins en CSAPA ont été interrogés sur le renouvellement des traitements de substitution pendant la détention. Selon le Guide des TSO en milieu carcéral ¹¹, « *lorsque la prescription d'un TSO a pu être authentifiée lors de l'incarcération d'une personne détenue, cette prescription doit être poursuivie [...]. Le principe de continuité implique que la posologie prescrite à l'extérieur soit reconduite en milieu carcéral* ». 35 % des répondant.e.s indiquent que le traitement par buprénorphine haut dosage est généralement renouvelé sans modifier la posologie tandis que 39 % disent ne pas savoir. Pour la méthadone, ils sont 44 % à parler d'un renouvellement sans modification de posologie et

30 % à déclarer ne pas savoir. Il semble que les médecins ne soient pas toujours informés du suivi de leurs patient.e.s pendant la détention.

5.3.6. Des relais insuffisamment efficaces

Les questions relatives au relais à la sortie de détention ont été posées aux médecins intervenant en CSAPA et aux médecins intervenant en milieu carcéral. Il faut être prudent dans la comparaison car les critères d'inclusion n'étaient pas les mêmes. Il a été choisi d'inclure tous les médecins intervenant en milieu carcéral ainsi que les internes. Pour les CSAPA, un seul praticien a été interrogé par établissement et en priorité la personne identifiée comme référent TAO.

La première question posée était celle de la fréquence du relais avec les CSAPA aux différents moments de la détention. Dans l'instruction DGS précédemment citée ²⁴ il est précisé que « *le personnel du CSAPA de référence de la prison ou le professionnel référent de la prise en charge, assure la fonction de mise en relation avec un partenaire extérieur pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de la libération. Les contacts doivent être les plus précoces possibles* ». À l'arrivée, 45 % des répondant.e.s en milieu carcéral indiquent que le relais est fait toujours ou souvent contre 17 % des répondant.e.s de CSAPA. Un médecin intervenant en prison m'a indiqué qu'elle s'interrogeait sur l'importance que les médecins de CSAPA accordent au contact à l'arrivée en détention. La question leur a donc été posée. La moyenne des réponses à 8,3/10 (10/10 correspondant à très important) avec une médiane à 9/10 indiquent qu'il est très important pour les répondant.e.s. Un médecin de CSAPA a indiqué que ce contact permet aux personnels du CSAPA d'être informés de l'incarcération d'un.e patient.e habituellement suivi.e. En effet, ceux.elles-ci ont pu s'inquiéter de ne plus le voir se présenter au CSAPA, en suivi ou en délivrance. L'enjeu de ce contact serait donc plus de faire du lien avec les professionnels du CSAPA sur la situation actuelle du patient que de prévoir immédiatement son suivi à la sortie. Pendant la détention, la différence est plus marquée encore, 55 % contre 9 %. Enfin avant la sortie, l'écart est réduit à 79 % contre 52 %. Ces différences semblent témoigner d'un manque d'efficacité du relais. Un professionnel travaillant en milieu ouvert m'a indiqué qu'il arrive souvent que les médecins de CSAPA n'aient pas connaissance du travail de leurs collègues intervenant en milieu carcéral. Il notait également que les médecins en milieu carcéral et médecins en CSAPA n'ont en suivi commun qu'une partie des patients présentant une

addiction. Tous rencontrent les patients suivis à la fois en milieu carcéral et en CSAPA. Les médecins de CSAPA sont amenés à recevoir également les patients qui n'ont pas été suivis pendant la détention tandis que les médecins en milieu carcéral sont amenés à recevoir des patients qui n'ont pas de suivi à l'extérieur.

La question suivante permettait de préciser les différentes modalités de relais employées. La HAS recommande de ²² :

« veiller en lien avec les acteurs internes impliqués, à l'organisation de la transition et du relais vers les partenaires d'aval, à travers : la remise à la personne et, avec son accord, la transmission aux professionnels de santé d'aval (soin résidentiel, soin ambulatoire, médecin traitant...) des éléments retraçant son projet de soin (dossier médical, courrier de liaison...), la remise à la personne des ordonnances et médicaments nécessaires à la continuité du traitement (TAO notamment)... ».

Cette étude fait apparaître des disparités importantes entre les réponses des professionnels du milieu carcéral et des CSAPA. La prise anticipée de rendez-vous et l'envoi d'un courrier est mentionnée par 71 et 68 % des répondant.e.s en milieu carcéral contre 39 et 30 % des répondant.e.s en CSAPA. Selon un médecin de CSAPA que j'ai interrogé, les patient.e.s se présentent souvent au CSAPA à un autre moment que celui du rendez-vous prévu. L'étude européenne *My First 48h Out* ¹⁶ confirme que certaines personnes déclarent recommencer à consommer immédiatement après la sortie. Cela peut conduire soit à un arrêt complet du suivi soit à une reprise quelques jours plus tard. La reprise des activités criminelles peut également constituer un frein. Les réponses au questionnaire soulèvent aussi la question de la délivrance du traitement et d'une ordonnance relais au moment de la sortie. 61 et 47 % des professionnels en milieu carcéral déclarent qu'elle est généralement faite contre 35 et 30 % des personnes en CSAPA.

Un médecin exerçant en CSAPA a indiqué que, selon lui, ce qui pose problème n'est pas tant la délivrance elle-même que la durée du traitement procuré. Il arrive que les patient.e.s qui sortent en fin de semaine ou qui manquent leur rendez-vous au CSAPA se retrouvent sans traitement. On note néanmoins que l'écart est nettement moindre pour le contact téléphonique et la transmission des coordonnées de la structure (58 % et 63 % en milieu carcéral contre 65 % et 52 % en CSAPA). L'étude *Addiction et milieu carcéral* ¹⁷ s'intéressait aux actions mises en place au moment de la sortie. Les actions les plus citées par les professionnels du milieu carcéral étaient la prise de rendez-vous puis l'ordonnance relais et la transmission de coordonnées. Les actions les plus citées par les professionnels de l'extra muros étaient la prise de rendez-vous, la transmission de coordonnées et le

contact téléphonique. Les différences les plus importantes portaient sur le courrier médical (76,7 % contre 17 %), l'ordonnance relais (86,7 % contre 22,3 %) et les quelques jours de traitement (81,6 % contre 14,9 %).

5.3.7. La qualité des soins, l'articulation entre milieu carcéral et milieu ouvert jugés peu satisfaisants

Trois questions interrogeaient les répondant.e.s sur la qualité des soins, l'articulation entre milieu carcéral et milieu ouvert et équivalence des soins.

Comme mentionné en introduction, de nombreuses lois et recommandations ont été publiées depuis 25 ans pour améliorer la prise en charge des addictions en milieu carcéral. Les répondant.e.s en milieu carcéral jugent les soins proposés en détention plutôt peu satisfaisants (6,1/10) tandis que les répondant.e.s en CSAPA les trouvent plutôt insatisfaisants (4,6/10). Il en est de même pour l'articulation entre milieu carcéral et milieu ouvert, 6,0 contre 4,3/10, et l'équivalence des soins addictologiques aux personnes détenues avec ceux de l'ensemble de la population, 6,3 contre 4,9/10. Il semble donc que la plupart des répondant.e.s, aussi bien en milieu carcéral qu'en CSAPA, ne jugent pas les soins en addictologie et l'articulation avec l'extérieur satisfaisants. Il est possible que les répondant.e.s en CSAPA portent un jugement global sur l'incarcération au-delà de la qualité des soins proposés. Plusieurs médecins intervenant en milieu carcéral m'ont indiqué qu'ils avaient conscience de leurs propres limites mais n'avaient pas de données sur la perception des médecins de CSAPA. À titre de comparaison, dans une étude de 2018 sur la prise en charge de l'insomnie en milieu carcéral²¹, 79,5 % des répondant.e.s se disaient en désaccord avec la proposition « Je trouve que la prise en charge de l'insomnie en milieu carcéral est optimale ». Les objectifs secondaires de cette étude sont la comparaison des réponses entre milieu carcéral et CSAPA ainsi que l'identification des besoins pour améliorer les pratiques. Ces résultats permettent d'ébaucher une réponse. Les médecins du milieu carcéral et des CSAPA s'accordent à dire que les soins ne sont pas satisfaisants et que l'articulation entre eux pose problème.

6. Conclusion

Cette étude a permis de réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles de prescription des TAO en milieu carcéral dans la région Hauts-de-France.

Les médecins exerçant en milieu carcéral manquent de formation en addictologie. La majorité des médecins exerçant en milieu carcéral, généralistes et psychiatres, prescrivent les TAO plus d'une fois par semaine. Pourtant, moins d'un sur dix a une formation universitaire en addictologie.

Les prises en charge en matière de TAO sont hétérogènes et ne correspondent pas aux recommandations de bonne pratique clinique. Moins de la moitié d'entre eux connaissent les protocoles relatifs à l'initiation et au renouvellement des TAO dans leur établissement. Les pratiques de renouvellement des prescriptions de méthadone et de buprénorphine haut dosage sont très hétérogènes, notamment en ce qui concerne les posologies prescrites. Un cinquième des répondant.e.s déclarent ne jamais initier de TSO. En cas de mésusage pendant la détention, un tiers des répondant.e.s diminuent ou arrêtent le traitement sans proposer de relais. Les outils de réduction des risques, dont la naloxone, sont très peu utilisés.

L'articulation entre milieu ouvert et milieu carcéral n'est pas satisfaisante. Il y a un décalage de perception entre les réponses des médecins de CSAPA et des médecins du milieu carcéral en matière de relais à tous les moments de la détention. Le recours aux différents supports (courrier, ordonnance, contact téléphonique, etc.) est également moins fréquent selon les médecins de CSAPA que selon les médecins du milieu carcéral.

Ces résultats rejoignent ceux d'autres études réalisées sur le sujet, en France et à l'étranger.

Les limites d'interprétation de cette étude sont liées à sa conception car elle ne concerne que les Hauts-de-France et ne recueille pas le lieu d'exercice des répondant.e.s et à son taux de participation. Cette étude ne traite pas de la prise en charge des autres addictions en milieu carcéral et des complications infectieuses telles que VIH et hépatites.

Cette étude permet de proposer certaines actions visant à améliorer les pratiques de prescription.

- Les recommandations de bonne pratique clinique existantes pourraient être rassemblées et mises à disposition des professionnels exerçant en milieu carcéral

sous forme de fiches et en ligne. Ils pourraient également avoir accès à des ressources telles que des fiches pour les patients avec des messages de réduction des risques et des coordonnées de structure en milieu ouvert.

- Les protocoles relatifs à la prescription des TSO existants pourraient être précisés (en insistant sur des conduites à tenir dans les situations les plus fréquentes, en proposant des arbres décisionnels, en indiquant les modalités du relais avec le service en milieu ouvert). Les établissements pourraient partager ces protocoles entre eux et les faire valider par les services d'addictologie en milieu ouvert avec lesquels ils travaillent. Il est important qu'un programme de diffusion de ces protocoles ait lieu dans les services au-delà des professionnels désignés comme référents en matière d'addictions (exemple de protocole en annexe 3).
- Des temps de réunion formels regroupant acteurs du milieu carcéral et du milieu ouvert pourraient être organisés de manière périodique. Ces réunions pourraient impliquer le travailleur social exerçant en CSAPA référent. Elles pourraient être l'occasion de rediscuter des modalités pratiques du relais à privilégier (par exemple, définir quel moment et quel support devraient être choisis).
- Des programmes de réduction des risques plus ambitieux pourraient être mis en place dans les établissements pénitentiaires en insistant particulièrement sur la distribution de naloxone. Des mesures simples comme la diffusion de fiches-patient peuvent être opérationnelles rapidement. Ces outils pourraient être diffusés auprès du plus grand nombre d'utilisateurs et pas uniquement aux patients sous TSO. Des formations destinées au personnel pénitentiaire pourraient permettre une meilleure acceptabilité des programmes de réduction des risques.
- La formation en addictologie des professionnels sanitaires intervenant en milieu carcéral pourrait être réalisée par les intervenants en addictologie en milieu ouvert avec lesquels ils.elles travaillent.

Les TSO ont permis de sauver 3 600 vies en France entre 1996 et 2003 ⁴⁵. Une étude américaine publiée en 2020 ⁴⁶ estime que si un programme de dépistage et de délivrance de TSO avait été mis en place dans les prisons des États-Unis en 2016, 668 vies pour 10 000 personnes incarcérées auraient pu être sauvées. Si ces personnes avaient prolongé leur suivi après la sortie, 1 609 vies pour 10 000 personnes incarcérées auraient pu être sauvées. La délivrance des TAO en prison et le maintien du suivi à l'extérieur pourraient diminuer nettement la mortalité de cette population à très haut risque.

7. **Bibliographie**

1. Rapport européen sur les drogues : Tendances et évolutions. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. 2019
2. Beck F. *et al.* Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014. OFDT. 2015.
3. Jauffret-Roustide M. *et al.* Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2013.
4. Protais C. *et al.* Usages de drogues en prison Pratiques, conséquences et réponses. OFDT. 2019.
5. Fovet T. *et al.* Mental disorders at admission to jail: a prevalence and comparison with non-incarcerated people study in the North of France. Epidemiol Psychiatr Sci. Soumis 2020.
6. Farrell M. *et al.* Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. Addiction. 2008;103:251–255 .
7. Merrall ELC. *et al.* Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. Addiction. 2010;105:1545–1554.
8. Malta M. *et al.* Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. PLoS Med 16, (2019).
9. Moore KE. *et al.* Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review. J Subst Abuse Treat. 2019 ;99 :32–43.
10. Brisacier AC. *et al.* Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » Mise à jour 2019. OFDT. 2019.
11. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral. Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité. 2015.
12. Gouverneur C. Succès contre l'héroïne en Suisse. Le Monde diplomatique. 2018.

13. Les CSAPA référents en milieu pénitentiaire : vers une meilleure identification.
Fédération Addiction. 2019.
14. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice Guide
méthodologique. Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des Sports. 2018.
15. Lejoyeux M. Addictologie. Elsevier Masson. 2017.
16. Stoever H. *et al.* Continuity of care for drug users in prisons and beyond in four
European countries -Final report. Frankfurt University of Applied Sciences. 2019.
17. Addiction et milieu carcéral Les articulations entre les professionnels de santé de
l'intra-muros et de l'extra-muros. Fédération Addiction. 2012.
18. Addictions : la continuité des soins des personnes détenues / L'articulation entre les
professionnels de santé de la prison et du milieu ouvert. Fédération Addiction. 2014.
19. Annuaire des ressources en Tabacologie Hauts-de-France Édition 2019. Hauts-de-
France addictions. 2019.
20. Recherche professionnelle multicritères. Drogues Info Service. 2020.
21. Villermaux F. Prise en charge de l'insomnie en milieu carcéral : un état des lieux.
Résultats d'une enquête régionale menée auprès des médecins exerçant en milieu
carcéral dans les Hauts de France. Thèse de médecine. Université de Lille. 2018.
22. La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les
centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). HAS.
2019.
23. Kampman K. *et al.* American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice
Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid
Use. *J Addict Med.* 2015 ;9 :358–367.
24. Podeur A. *et al.* 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. 2010.

25. Plancke L. *et al.* Les traitements de substitution aux opiacés dans le Nord et le Pas-de-Calais. F2RSMPsy. 2016.
26. Jouhanneau M. État des lieux de l'offre de substitution médicamenteuse aux opiacés en milieu pénitentiaire français : place de l'association Buprénorphine-Naloxone au sein des pratiques des médecins en milieu carcéral. Thèse de médecine. Université de Montpellier. 2018.
27. Dematteis M. *et al.* Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. *Expert Opin Pharmacother.* 2017;18:1987–1999.
28. Fareed A. *et al.* Effect of buprenorphine dose on treatment outcome. *J Addict Dis.* 2012;31 :8–18.
29. Paitraud D. SUBUTEX (buprénorphine) : nouvelles posologies pour optimiser l'efficacité du traitement. Vidal [En ligne]. 2018.
30. Sordo L. *et al.* Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ.* 2017;1550.
31. Faggiano F. *et al.* Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* CD002208. 2003.
32. Wickersham JA. *et al.* Methadone dose at the time of release from prison significantly influences retention in treatment: implications from a pilot study of HIV-infected prisoners transitioning to the community in Malaysia. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132:378–382.
33. Gordon MS. *et al.* Initiating buprenorphine treatment prior to versus after release from prison: Arrest outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 2018;188:232–238.
34. Favrod-Coune T. *et al.* Opioid substitution treatment in pretrial prison detention: a case study from Geneva, Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:13898.

35. Mattick RP. *et al.* Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014.
36. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence. NICE Guidance. 2007.
37. Bruneau J. *et al.* Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. CMAJ.2018;190:247–257.
38. Brinkley-Rubinstein L. *et al.* A randomized, open label trial of methadone continuation versus forced withdrawal in a combined US prison and jail: Findings at 12 months post-release. Drug Alcohol Depend. 2018;184 :57–63.
39. Gaymard H. *et al.* Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels. 1996.
40. Michel L. *et al.* Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2011;39: 409-412.
41. My first 48h Out. Recommandations pour la mise à disposition de la naloxone à la sortie de prison et des autres lieux de privation de liberté My first 48h Out. Université des sciences appliquées de Francfort. 2018.
42. Bird SM. *et al.* Prison-based prescriptions aid Scotland's National Naloxone Programme. Lancet. 2017 ;389 :1005–1006.
43. Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des Sports. 2010.
44. Highest to Lowest - Prison Population Total. Birbeck University. 2016.

45. Conférence de consensus Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. ANAES FFA. 2004.
46. Macmadu A. *et al.* Estimating the impact of wide scale uptake of screening and medications for opioid use disorder in US prisons and jails. *Drug Alcohol Depend.* 2020 ; 208 :107858.

8. Annexes

8.1. Annexe 1 - Critères diagnostiques du trouble de l'usage des opiacés

(selon Guelfi J-D, Crocq M-A. DSM-5® – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition. Elsevier Masson, 2015.)

A. Mode d'usage problématique des opiacés conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. Les opiacés sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage d'opiacés.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir des opiacés, à utiliser des opiacés ou à récupérer de leurs effets.
 4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser les opiacés.
 5. Usage répété d'opiacés conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
 6. Usage continu d'opiacés malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des opiacés.
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'opiacés.
 8. Usage répété d'opiacés dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 9. L'usage d'opiacés est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par les opiacés.
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'opiacés pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'opiacés.
- N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les opiacés uniquement sous surveillance médicale.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a. Syndrome de sevrage caractéristique des opiacés (cf. *Les critères A et B du sevrage d'un opiacé*, p. 709).

b. Les opiacés (ou une substance très proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les opiacés uniquement sous surveillance médicale.

Spécifier si :

- En rémission précoce : après que tous les critères du trouble de l'usage des opiacés ont été remplis, aucun ne l'a plus été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser les opiacés », qui peut être présent).

- En rémission prolongée : après que tous les critères du trouble de l'usage des opiacés ont été remplis, aucun ne l'a plus été pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser les opiacés », qui peut être présent).

Spécifier si :

- Sous traitement de maintien : cette spécification supplémentaire est utilisée si la personne prend un traitement agoniste prescrit comme la méthadone ou la buprénorphine et aucun des critères du trouble de l'usage d'opiacés n'est présent pour cette classe de substance (à l'exception de la tolérance de l'agoniste ou à son sevrage). Cette spécification s'applique également à ceux ayant un traitement de maintien par un agoniste partiel, un agoniste/antagoniste, ou un antagoniste complet comme la naltrexone orale ou la naltrexone retard.

- En environnement protégé : cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès aux opiacés est limité.

[...]

Spécifier la sévérité actuelle :

305.50 (F11.10) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

304.00 (F11.20) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

304.0 F11.20) Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

8.2. Annexe 2 - Questionnaire milieu carcéral

État des lieux de la prescription des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral

La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France réalise une étude sur la prescription des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. Cette enquête s'intéresse particulièrement à l'articulation entre milieu carcéral et milieu ouvert.

Les résultats de cette étude feront l'objet d'une restitution à laquelle vous serez invité(e).

Si vous avez une activité mixte, en milieu carcéral et à l'extérieur, ce questionnaire ne concerne que votre pratique en milieu carcéral.

Le remplissage du questionnaire prend entre 3 et 5 minutes. Les réponses sont bien sûr anonymes.

Je vous remercie beaucoup de votre participation.

Vous êtes

Médecin généraliste

Médecin psychiatre

Interne en médecine générale

Interne en psychiatrie

Autre :

Vous avez une formation spécifique en addictologie telle que

DU

Capacité

DESC

Je n'ai pas de formation spécifique en addictologie

Autre :

Vous exercez en milieu carcéral (en demi-journées par semaine)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je prescris les TSO

Tous les jours

Plusieurs fois par semaine
Au moins une fois par semaine
Au moins une fois par mois
Moins d'une fois par mois

J'évalue mes connaissances sur la prescription des TSO à
Aucune connaissance 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 connaissances optimales

Partie 1 : À l'arrivée en détention

Dans mon établissement, il existe un protocole relatif à la prescription des TSO

Pour l'initiation

Oui

Non

Je ne sais pas

Pour le renouvellement

Oui

Non

Je ne sais pas

Si le patient bénéficie d'un traitement préalable par TSO, un contact est pris avec le médecin prescripteur, avec l'accord du patient

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Si le patient bénéficie d'un traitement préalable par TSO, un contact est pris avec le pharmacien effectuant habituellement la délivrance lorsque les prescripteurs habituels ne sont pas joignables

Jamais

Rarement
Parfois
Souvent
Toujours

Généralement, si le patient bénéficie d'un traitement préalable par buprénorphine haut dosage (générique, Subutex®, Suboxone®), que la prescription a été identifiée et que la dernière prise remonte à moins de 3 jours

J'interromps le traitement

Je diminue la posologie

Je renouvelle la posologie sans dépasser 10 mg

Je renouvelle la posologie sans dépasser 16 mg

Je renouvelle la posologie sans dépasser 24 mg

Je propose un relais vers un autre TSO

Autre :

Généralement, si le patient bénéficie d'un traitement préalable par méthadone à 120 mg/jour, que la prescription a été identifiée et que la dernière prise date de 3 à 5 jours (plusieurs réponses possibles)

J'interromps le traitement

Je reprends le traitement à une posologie inférieure à 40 mg

Je reprends le traitement à une posologie comprise entre 60 et 90 mg

Je reprends le traitement à 120 mg

Je réévalue le patient à distance de l'instauration pour adapter la posologie (par exemple à 1 semaine)

Autre :

Le recours à l'utilisation de la bandelette urinaire avant instauration ou reconduction d'un TSO est fait

Jamais

Rarement

Seulement en l'absence d'authentification de la prescription

Souvent

Systématiquement

Autre :

Dans le cas d'une consommation d'opiacés ou de TSO sans prescription médicale, généralement (plusieurs réponses possibles)

Je n'initie jamais de TSO dans cette situation

Je peux prescrire un TSO dans cette situation

Je prescris souvent du Subutex® (buprénorphine) ou générique dans cette situation

Je prescris souvent de la Suboxone® (buprénorphine naloxone) dans cette situation

Je prescris souvent de l'Orobupré (buprénorphine lyophilisat) dans cette situation

Je prescris souvent de la méthadone en sirop dans cette situation

Je prescris souvent de la méthadone en gélule dans cette situation

Concernant la politique de réduction des risques, je distribue souvent (plusieurs réponses possibles)

Des fascicules INPES, AIDES, ASUD avec des messages de réduction des risques

Un document à remettre au patient avec les moyens de contacter les intervenants en addictologie pendant l'incarcération

Des outils de réduction des risques type paille, préservatifs, eau de javel

Ces outils ne sont pas disponibles

Autre :

Concernant la naloxone (Nalscue®) dans mon établissement (plusieurs réponses possibles)

Des kits sont disponibles

Il existe des formations pour les usagers

Il existe des formations pour les soignants

Il existe des flyers, affiches et cartes d'information spécifiques

Ces outils ne sont pas disponibles

Je ne sais pas

Autre :

Je propose un kit naloxone (Nalscue®) aux personnes éligibles

Non disponible dans mon établissement

Jamais

Rarement
Parfois
Souvent
Toujours/Très Souvent

Partie 2 : Pendant la détention

Dans mon établissement, les soins spécialisés en addictologie proposés pendant la détention consistent en (plusieurs réponses possible)

Des prises en charge en groupes (par exemple groupes de parole, groupes d'entraide)

Un suivi addictologue

Un suivi infirmier

Un suivi médical hors addictologue

Un suivi psychologique

Un suivi socio éducatif hors CPIP

Pas de suivi spécialisé en addictologie

Autre :

Lorsqu'un mésusage avéré et répété de buprénorphine haut dosage (Subutex®) est constaté, je propose généralement (plusieurs réponses possibles)

Un arrêt de la buprénorphine haut dosage (Subutex®)

Une diminution de la posologie

Un maintien de la posologie

Une augmentation de la posologie

Un relais vers d'autres formes de buprénorphine haut dosage type Suboxone® ou Orobuprénorphine®

Un relais vers la méthadone

Une délivrance quotidienne supervisée avec aménagement d'un temps d'échange avec le patient

Autre :

Partie 3 : La préparation à la sortie

Le relais avec la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant, ...) se fait

Dès l'arrivée en détention

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Au cours de la détention

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Lors de la sortie de détention

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

L'articulation entre les services en milieu carcéral et en milieu ouvert est satisfaisante (par exemple : échanges téléphoniques, courriers, ...)

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

Le relais avec la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant, ...) se fait généralement par (plusieurs réponses possibles)

L'envoi d'un courrier médical ou d'un compte-rendu

Un contact téléphonique

La prise anticipée d'un rendez-vous

La transmission des coordonnées de la structure au patient

La délivrance d'une ordonnance relais

La délivrance de quelques jours de traitement

Un accompagnement physique à la structure

Autre :

Généralement, j'obtiens un rendez-vous dans la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant, ...) dans un délais de

buprénorphine haut dosage

< 48 h

< 1 semaine

< 15 jours

< 1 mois

> 1 mois

méthadone

< 48 h

< 1 semaine

< 15 jours

< 1 mois

> 1 mois

Les soins spécialisés en addictologie proposés au cours de la période de détention sont satisfaisants

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

La qualité et la continuité des soins addictologiques sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

Seriez-vous intéressé(e) par des outils d'aide à la prescription des TSO en milieu carcéral ?

Si oui, lesquels ?

8.3. Annexe 3 - Questionnaire CSAPA

État des lieux de l'articulation entre CSAPA et milieu carcéral pour la prescription des TSO

La Fédération régionale de recherche en santé mentale et psychiatrie Hauts-de-France réalise une étude sur l'articulation entre CSAPA et milieu carcéral dans la prise en charge des patients présentant une addiction aux opiacés. Le but de l'étude est de dégager des pistes de travail pour une amélioration de la prise en charge des personnes présentant une addiction aux opiacés.

Les résultats de cette étude feront l'objet d'une restitution à laquelle vous serez invité(e).

Si vous avez une activité mixte, en milieu carcéral et à l'extérieur, ce questionnaire ne concerne que votre pratique en milieu ouvert.

Le remplissage du questionnaire prend entre 3 et 5 minutes. Les réponses sont bien sûr anonymes.

Je vous remercie beaucoup de votre participation.

Je prends en charge des patients sortant de prison

Plusieurs fois par semaine

Au moins une fois par semaine

Au moins une fois par mois

Au moins une fois par an

Moins d'une fois par an

Je ne sais pas

Partie 1 : L'articulation entre milieu intracarcéral et milieu ouvert

Concernant les relations avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral (plusieurs réponses possibles)

Il y a peu/pas de contacts avec le service intervenant en addictologie milieu carcéral

Il y a des contacts informels avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral

Des réunions sont régulièrement organisées avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral

Des médecins de ma structure interviennent en prison

Des personnels hors médecins de ma structure interviennent en prison

Ma structure est CSAPA référent

Je ne sais pas

Généralement ma structure est contactée

À l'arrivée en détention du patient

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Pendant la détention du patient

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Avant la sortie de détention du patient

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Je pense que le contact avec ma structure à l'arrivée en détention du patient est

Pas du tout important 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très important

Dans le cadre de la préparation à la sortie, le relais avec ma structure se fait généralement par (plusieurs réponses possibles)

L'envoi d'un courrier médical ou compte-rendu

Un contact téléphonique

La prise anticipée d'un rendez vous
La transmission des coordonnées de ma structure au patient
La délivrance d'une ordonnance relais
La délivrance de quelques jours de traitement
Un accompagnement physique jusqu'à ma structure
Aucun contact n'est pris
Autre :

Généralement, ma structure peut proposer un rendez-vous aux personnes sortant de prison dans un délais de

méthadone

< 48 h
< 1 semaine
< 15 jours
< 1 mois
> 1 mois

buprénorphine haut dosage

< 48 h
< 1 semaine
< 15 jours
< 1 mois
> 1 mois

Partie 2 : Pendant la détention

Pour les patients sous méthadone que je suis amené(e) à suivre, généralement je sais que pendant la détention le traitement a été

Interrompu
Renouvelé en diminuant la posologie
Renouvelé sans modifier la posologie
Renouvelé en augmentant la posologie
Remplacé par un autre traitement

Je ne sais pas

Pour les patients sous buprénorphine haut dosage (Subutex ®, Suboxone ®, Orobupré ®) que je suis amené(e) à suivre, généralement je sais que pendant le détention le traitement a été

Interrompu

Renouvelé en diminuant la posologie

Renouvelé sans modifier la posologie

Renouvelé en augmentant la posologie

Remplacé par un autre traitement

Je ne sais pas

Généralement, les patients que je suis amené(e) à suivre ont reçu (plusieurs réponses possibles)

Des kits naloxone

Des formations pour les usagers

Des flyers, affiches et cartes d'information spécifiques

Aucun de ces outils

Je ne sais pas

Autre :

Les soins spécialisés en addictologie proposés en détention sont satisfaisants

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

L'articulation entre les services en milieu carcéral et en milieu ouvert est satisfaisante (par exemple échanges téléphoniques, courriers, ...)

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

La qualité et la continuité des soins addictologiques sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

AUTEUR : Nom : Joubert de la Motte

Prénom : Claire

Date de soutenance : 03/07/2020

Titre de la thèse : Prescription des traitements agonistes opioïdes en milieu carcéral dans les Hauts-de-France, étude de l'articulation entre milieu carcéral et CSAPA

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Traitement de substitution aux opiacés, Prisons, Médecine de l'addiction, Troubles liés à une substance, Dépendance à l'héroïne

Résumé :

Contexte : L'objectif de cette thèse est de savoir quelles sont les pratiques de prescription des traitements agonistes opioïdes (TAO) en milieu carcéral et comment est organisé le relais entre milieu carcéral et milieu ouvert.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle transversale visant à faire un état des lieux des pratiques professionnelles. Des auto-questionnaires anonymes ont été adressés aux 93 médecins exerçant en milieu carcéral et aux 54 médecins responsables des TAO dans les CSAPA de la région entre décembre 2019 et février 2020.

Résultats : 38 médecins exerçant en milieu carcéral et 23 médecins exerçant en CSAPA ont participé à l'étude. Parmi les médecins exerçant en milieu carcéral, 84 % n'ont pas de formation spécifique en addictologie, 42 % déclarent qu'il n'existe pas de protocole relatif à l'instauration des TAO dans leur établissement et 21 % déclarent ne jamais initier de TAO. 65% des médecins exerçant en milieu carcéral et 9 % des médecins exerçant en CSAPA déclarent qu'un contact est généralement pris avec la structure d'aval pendant la détention.

Conclusion : Les pratiques en matière de prescription des TAO sont hétérogènes et l'articulation entre milieu ouvert et milieu carcéral complexe. Des actions visant à favoriser les échanges et la formation entre professionnels du milieu carcéral et du milieu ouvert pourraient être proposées.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thierry DANEL