

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	3
objectifs	
matériel et méthode	
<u>I- PRÉSENTATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DE LA POPULATION ÉTUDIÉS</u>	4
1. Les établissements	
2. La population évaluée	
2.1. La population sous traitement de substitution	
2.2. Les molécules selon les établissements	
<u>II- LA PRESCRIPTION</u>	8
1. Les services prescripteurs	
2. Les prescriptions	
2.1. La prescription de buprénorphine	
2.2. La prescription de méthadone	
3. Les adaptations de posologie	
<u>III- L'OBSERVANCE</u>	12
1. Engagement entre le patient et les soignants	

2. Le détournement

3. Les tests urinaires

IV- L'ADMINISTRATION ET L'ACCOMPAGNEMENT.....20

1. L'administration de la buprénorphine

2. L'administration de la méthadone

3. Le suivi médical, psychologique et social

V- A LA LIBÉRATION.....26

1. La continuité des soins

2. La remise d'une ordonnance de sortie

3. La remise d'un traitement de sortie

CONCLUSION.....29

INTRODUCTION

En 1995, une nouvelle molécule, la buprénorphine haut dosage (subutex®), obtient son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) français. A travers l'ensemble du territoire elle va révolutionner la prise en charge du patient usager de drogues. Dès 1996, une circulaire de la Direction Générale de la Santé (DGS) ouvre la possibilité de poursuivre ou de commencer un traitement de substitution en prison, une porte s'entrouvre sur l'univers carcéral, c'est le « début de la fin » du sevrage obligatoire au moment de l'incarcération, et de son cortège de conséquences plus ou moins dramatiques, allant parfois jusqu'à l'overdose fatale. Désormais, de nouvelles perspectives thérapeutiques s'offrent au soignant en prison, celles-ci s'élargissent encore en 2002 avec l'autorisation donnée à l'ensemble des médecins exerçant en milieu carcéral d'initialiser des traitements sous méthadone. Malgré ces progrès manifestes, des problèmes persistent et de nouveaux se greffent, les équipes soignantes ainsi confrontées aux doléances du détenu-patient, aux exigences de l'administration pénitentiaire, et à leurs propres règlements, ont dû adapter tant bien que mal leurs pratiques quotidiennes. Douze ans après l'introduction des traitements de substitution en prison, nous nous proposons donc de faire le bilan de ces pratiques.

Objectifs

L'objectif principal est d'obtenir une photographie des pratiques professionnelles autour du patient-détenu au sein des unités médicales dans les différentes catégories d'établissements pénitentiaires. L'élaboration du questionnaire a donc découlé de la problématique suivante : quelle est la proportion de détenus substitués ? Quel est le contexte de la prescription ? Comment se passe la distribution ? Quelle continuité de soins existe à la libération ?

Matériel et méthode

Le questionnaire n'est inspiré d'aucune enquête pré-existante, je l'ai conçu à partir de réflexions issues de ma pratique quotidienne au sein de l'UCSA du Centre de Détention d'Uzerche, soumettant les versions successives à l'appréciation de collègues soignants exerçant en prison pour parvenir à la forme définitive.

L'ensemble des unités, UCSAs et SMPRs, ont été contactées au mois de juin 2008. Un fax, comprenant une lettre explicative et deux pages de questionnaire, a été envoyé à chacune. Préalablement, un contact téléphonique a été pris afin d'expliquer brièvement ma démarche et de prévenir de l'arrivée de la télécopie.

I- PRÉSENTATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DE LA POPULATION ÉTUDIÉS

Nous allons dans un premier temps répertorier les établissements pénitenciers par catégories, puis nous nous intéresserons aux caractéristiques de la population carcérale étudiée.

1. Les établissements

Avant de décrire la population de détenus étudiée qui sert de base à notre enquête, nous allons détailler les catégories d'établissements y ayant répondu, 117 établissements sur 168 ont renvoyé un questionnaire exploitable, soit 69,64% des établissements contactés.

Compte tenu de la très faible mise à disposition des molécules de substitution aux mineurs (contre-indication absolue chez les moins de 16 ans) et des fonctionnements propres aux Centres de Semi-Liberté (régime très proche de la médecine de ville, avec traitements délivrés pour la semaine), les EPM (Etablissement Pour Mineurs) et les CSL ne seront pas évoqués. Seront donc considérés dans le traitement des résultats : maisons d'arrêt (MA), centres de détention (CD), centres pénitentiaires (CP) et maisons centrales (MC).

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
détenus total					
De 27,00 à 100,00	18,8% (22)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,9% (1)	19,7% (23)
De 100,00 à 200,00	22,2% (26)	2,6% (3)	1,7% (2)	0,0% (0)	26,5% (31)
De 200,00 à 300,00	5,1% (6)	1,7% (2)	1,7% (2)	1,7% (2)	10,3% (12)
De 300,00 à 600,00	11,1% (13)	8,5% (10)	0,9% (1)	3,4% (4)	23,9% (28)
De 600,00 à 900,00	7,7% (9)	5,1% (6)	0,0% (0)	5,1% (6)	17,9% (21)
De 2000,00 à 2410,00	0,9% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,9% (1)	1,7% (2)
TOTAL	65,8% (77)	17,9% (21)	4,3% (5)	12,0% (14)	

Tableau 1 : *Répartition du nombre de détenus par catégorie d'établissement, %(effectif).*

Avec des ratios nationaux de :66% de MA, 15,5% de CD, 6,5% de MC et 12% de CP, les pourcentages de chaque catégorie d'établissement ayant répondu correspondent pour les MA (65,8%) et CP (12%), tandis que les MC (4,3%) sont très légèrement sous-représentées et les CD (17,9%) légèrement sur-représentés.

Nous raisonnons sur le nombre réel de détenus présents au moment de l'enquête et non pas sur le nombre de places théoriques de chaque établissement.

Il est à noter que 46,2% des établissements ont un effectif inférieur à 200 détenus, du fait de la prépondérance des MA (48 sur 54), et que 19,6% ont un effectif supérieur à 600 détenus, dont 10

MA, et 2 structures de plus de 2000 personnes, chiffres à rapprocher des moyennes du nombre de détenus par catégorie d'établissement du tableau 4 .

2. La population évaluée

L'ensemble des établissements ayant répondu représente 40656 détenus sur un effectif national de 65900 au moment de l'enquête, soit **61,66% de la population carcérale française**.

2.1 La population sous traitement de substitution

Intéressons nous maintenant aux proportions respectives de détenus sous méthadone et buprénorphine.

	Population totale évaluée	Population sous méthadone	Population sous buprénorphine
Nombre de détenus	40656	1125	2744
Population sous traitement de substitution	3869	29,07%	70,93%
Pourcentage de la population totale sous traitement	<u>9,52%</u>	2,77%	6,75%

Tableau 2 : Pourcentages et répartition des détenus sous traitement de substitution

La proportion de détenus bénéficiant d'un traitement de substitution apparaît en progression constante avec **9,5%** de la population totale évaluée, en comparaison avec les **7,8% de 2003** (Olivier MAGUET et Laurent MICHEL avril 2003), les **5,4% de 2001** (enquête DGS/DHOS de décembre 2001) et l'estimation à **2% de 1998** (chiffre 1999 de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie).

établissement 2007-2008	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	1,3% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,9% (1)
en diminution	5,2% (4)	9,5% (2)	20,0% (1)	7,1% (1)	6,8% (8)
stable	40,3% (31)	47,6% (10)	40,0% (2)	35,7% (5)	41,0% (48)
en augmentation	53,2% (41)	42,9% (9)	40,0% (2)	57,1% (8)	51,3% (60)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 3 : *Evolution du nombre de détenus sous substitution entre 2007 et 2008 par catégories d'établissements, % (effectif)*

Cette progression du nombre de détenus sous traitement de substitution est affirmée par plus de la moitié des établissements (51,3%) entre 2007 et 2008. Considérant que l'estimation d'environ 30% de toxicomanes en prison est constante depuis quelques années, (33,3% des entrants en 2003 selon une enquête du ministère de la Santé par MOUQUET, La santé des personnes entrées en prison en 2003, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille), le ratio détenus traités/détenus en augmentation rejoint ainsi les conclusions du paragraphe précédent.

Enfin on constate que **la proportion de détenus traités par la méthadone augmente plus vite que celle sous buprénorphine**. En effet nous avons recensé 29% des personnes sous traitement avec la première, soit 2,77% de la population évaluée, par rapport aux 18,5 % de 2003 (soit 1,44 % de la population pénale étudiée par MAGUET et MICHEL).

établissement	Détenus total de l'établissement (écart type)	Détenus sous buprénorphine (écart type)	Détenus sous méthadone (écart type)
MA	270,22 (332,78)	21,12 (29,76)	9,69 (10,08)
CD	443,05 (167,55)	22,62 (19,44)	5,48 (4,30)
MC	249,00 (110,48)	7,40 (4,77)	1,00 (0,71)
CP	662,86 (459,11)	44,79 (56,29)	18,50 (16,26)
TOTAL	347,32 (345,66)	23,66 (32,75)	9,62 (10,73)

Tableau 4 : *Nombre moyen de détenus: total, sous buprénorphine et sous méthadone, par catégorie d'établissement*

La répartition des patients substitués n'est pas homogène entre les différentes catégories d'établissements. En effet, certaines moyennes sont significativement différentes du reste de l'échantillon (test t, au risque de 5%) : ainsi la moyenne du nombre de détenus substitués, méthadone et buprénorphine confondus, est peu importante en MC, celle des détenus sous méthadone est faible en CD et relativement forte en CP.

2.2. Les molécules selon les établissements

Voyons maintenant la répartition des molécules de substitution par catégorie d'établissement :

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
médicaments					
méthadone uniquement	2,6% (2)	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	3,4% (4)
les deux	97,4% (75)	90,5% (19)	100% (5)	100% (14)	96,6% (113)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 5 : *Les médicaments de substitution proposés par catégorie d'établissement, % (effectif)*

Si 4 établissements sur 117 ont fait le choix de ne mettre à disposition que la méthadone, **tous proposent un traitement de substitution**, alors qu'en février 2004 une enquête de la DGS relative aux traitements de substitution en milieu carcéral estimait que la prescription d'au moins un traitement par méthadone n'était assurée que dans 74 % des établissements (MORFINI, FEUILLERAT, Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, DGS/DHOS).

De plus si la buprénorphine demeure la molécule la plus utilisée tant au nombre des établissements qu'au nombre de détenus traités, l'intérêt pour la méthadone ne se dément pas avec d'une part une augmentation de la proportion de patients (29%, cf plus haut) et d'autre part une minorité d'établissements (3,4%), qui lorsqu'ils font le choix de ne proposer qu'une seule molécule, optent pour la méthadone. Cette mise à disposition croissante de la méthadone en milieu carcéral résulte notamment de la circulaire du 30 janvier 2002 (circulaire DGS/DHOS n° 2002/57) qui habilite l'ensemble des médecins exerçant en établissement de santé à proposer un traitement de substitution à base de méthadone aux toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

II- LA PRESCRIPTION

Nous allons maintenant nous intéresser au domaine de la prescription. Cette étape peut suivre la consultation, lorsque le médecin décide d'instaurer ou de continuer un traitement. La durée de prescription de la méthadone est de 14 jours et celle de la buprénorphine de 28, si le traitement se poursuit, le médecin fait un renouvellement en réévaluant le patient lors d'une nouvelle consultation.

1. Les services prescripteurs

Considérons conjointement buprénorphine et méthadone :

établissement service bup	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	5,2% (4)	19,0% (4)	0,0% (0)	0,0% (0)	6,8% (8)
UCSA	74,0% (57)	66,7% (14)	100% (5)	64,3% (9)	72,6% (85)
SMPR	11,7% (9)	9,5% (2)	0,0% (0)	28,6% (4)	12,8% (15)
les deux	9,1% (7)	4,8% (1)	0,0% (0)	7,1% (1)	7,7% (9)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 6 : *Répartition des services prescripteurs de buprénorphine par catégorie d'établissement, %(effectif).*

établissement service méth	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	2,6% (2)	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	3,4% (4)
UCSA	76,6% (59)	76,2% (16)	80,0% (4)	57,1% (8)	74,4% (87)
SMPR	14,3% (11)	9,5% (2)	20,0% (1)	28,6% (4)	15,4% (18)
les deux	6,5% (5)	4,8% (1)	0,0% (0)	14,3% (2)	6,8% (8)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 7 : *Répartition des services prescripteurs de méthadone par catégorie d'établissement, %(effectif).*

La répartition des prescriptions de méthadone entre UCSAs et SMPRs est équivalente à celle de la buprénorphine. A quelques exceptions près, lorsqu'un service a en charge une molécule, il a généralement aussi l'autre.

Les médecins des UCSAs sont seuls prescripteurs des médicaments de substitution dans 73,5% des cas, ceux des SMPRs dans 14,3%, et la prescription est commune aux deux services dans 7,3% des établissements. Chiffres à rapprocher du nombre de structures en place : 170 UCSAs et 26 SMPRs (Dr MOREAU, L'hôpital acteur de santé publique en milieu pénitentiaire, UCSA VERSAILLES), les SMPRs n'étant pas systématiquement présents contrairement aux UCSAs, on

constate qu'ils gèrent préférentiellement la prescription des médicaments de substitution.

Enfin, lorsque les prescripteurs n'appartiennent ni à l'UCSA, ni au SMPR (cas des non réponses moyennés à 5% des 117 établissements répondants), il s'agit de médecins exerçant dans des CSST (nouvellement CSAPA, Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou travaillant pour des associations de lutte contre les addictologies (exemple: en Bourgogne, les antennes départementales de l'ANPAA, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), ou encore de Dispositifs de Soins Psychiatriques (DSP) et de services de soins spécifiques aux détenus tels que les SPADs (Service de Soins Psychiatriques Ambulatoires aux Détenus) en région Provence-Côte d'Azur, à AIX EN PROVENCE, ou encore SALON DE PROVENCE.

2. Les prescriptions

Intéressons-nous maintenant à la rédaction proprement dite des ordonnances.

2.1. La prescription de buprénorphine

Nous avons 96,6% des établissements qui répondent positivement à la question: « Toutes les prescriptions de buprénorphine font-elles systématiquement l'objet d'une prescription? ». Les 3,4% de non réponse correspondent aux établissements qui n'utilisent que la méthadone, ainsi l'hypothèse que toutes les délivrances de buprénorphine font l'objet d'une prescription peut être envisagée. Intéressons nous aux types d'ordonnances utilisées :

établissement type ordo. bupré	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	5,2% (4)	9,5% (2)	0,0% (0)	7,1% (1)	6,0% (7)
simple	46,8% (36)	42,9% (9)	60,0% (3)	57,1% (8)	47,9% (56)
sécurisée	18,2% (14)	14,3% (3)	40,0% (2)	21,4% (3)	18,8% (22)
stupéfiant	29,9% (23)	33,3% (7)	0,0% (0)	14,3% (2)	27,4% (32)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 8 : *Répartition des types d'ordonnances utilisés pour la prescription de buprénorphine par catégorie d'établissement, % (effectif)*

Bien que la buprénorphine appartienne à la liste I des substances vénéneuses, elle est soumise à la législation des stupéfiants, il est donc surprenant que moins de la moitié (18,8% +27,4%) des services prescripteurs utilisent des ordonnances spécifiques à la prescription des stupéfiants ou à défaut sécurisées.

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
16mg					
Non réponse	3,9% (3)	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	4,3% (5)
plutôt toujours	81,8% (63)	71,4% (15)	80,0% (4)	71,4% (10)	78,6% (92)
plutôt souvent	14,3% (11)	14,3% (3)	20,0% (1)	28,6% (4)	16,2% (19)
plutôt jamais	0,0% (0)	4,8% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,9% (1)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 9 : *Respect de la posologie maximale de 16mg de buprénorphine par catégorie d'établissement. % (effectif)*

La prise en compte de la posologie maximum de 16mg de buprénorphine est relativement bien respectée par les prescripteurs (94,8%). Le principal risque lors d'un surdosage est la dépression respiratoire pouvant conduire à l'arrêt respiratoire, la buprénorphine étant un agoniste-antagoniste morphinique.

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
interaction					
Non réponse	3,9% (3)	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	4,3% (5)
plutôt toujours	49,4% (38)	47,6% (10)	60,0% (3)	42,9% (6)	48,7% (57)
plutôt souvent	37,7% (29)	33,3% (7)	40,0% (2)	50,0% (7)	38,5% (45)
plutôt jamais	9,1% (7)	9,5% (2)	0,0% (0)	7,1% (1)	8,5% (10)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 10 : *Prise en compte du risque d'interaction avec les benzodiazépines par catégorie d'établissement. % (effectif)*

L'association avec les benzodiazépines pouvant elle aussi conduire à un risque de décès par dépression respiratoire, il est satisfaisant de constater qu'une majorité de médecins en tiennent compte lors de leurs prescriptions (87,2%).

2.2. La prescription de méthadone

Du point de vue quantitatif, conformément à l'attendu pour un produit stupéfiant, l'ensemble des unités médicales ont répondu que toutes leurs délivrances de méthadone font l'objet d'une prescription (100% des 117 observations), cela dit l'anonymat des réponses lors de leur traitement et la rigueur avec laquelle les pharmacies dispensent ces précieux flacons de sirop nous permettent d'y croire. Considérons maintenant la répartition qualitative des prescriptions selon les différents types d'ordonnance :

etablissement type ordo. metha	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	2,6% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	7,1% (1)	2,6% (3)
simple	24,7% (19)	14,3% (3)	60,0% (3)	35,7% (5)	25,6% (30)
sécurisée	19,5% (15)	19,0% (4)	0,0% (0)	14,3% (2)	17,9% (21)
stupéfiant	53,2% (41)	66,7% (14)	40,0% (2)	42,9% (6)	53,8% (63)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 11 : Répartition des types d'ordonnances utilisées pour la prescription de méthadone par catégorie d'établissement, % (effectif)

Seulement 61,7% des prescriptions de méthadone se font sur une ordonnance adaptée (« bon rose ») ou à défaut sécurisée (identifiants du prescripteur, filigrane, rectangle où inscrire le nombre de lignes prescrites). Cela dit pour des questions pratiques, certaines Pharmacies à Usage Intérieur peuvent fonctionner sur un mode de dotation de stupéfiant, et d'autres peuvent s'appuyer sur un système de prescription informatisée suffisamment sécurisé.

3. Les adaptations de posologie

L'usager de drogue qui entreprend un traitement de substitution doit garder à l'esprit que des adaptations de posologie progressives, notamment à la baisse, font partie intégrante de la démarche de soin ; le détenu-patient ne déroge pas à cette règle. Dès lors que le temps passé à un certain dosage autorise une diminution du traitement sans conséquence sur sa santé, il doit accepter d'en discuter avec le médecin. Voyons donc de qui elles émanent en priorité :

etablissement adaptation poso	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	1,3% (1)	4,8% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,7% (2)
plutôt du patient	49,4% (38)	57,1% (12)	60,0% (3)	35,7% (5)	49,6% (58)
plutôt des soignants	35,1% (27)	23,8% (5)	40,0% (2)	57,1% (8)	35,9% (42)
des deux	14,3% (11)	14,3% (3)	0,0% (0)	7,1% (1)	12,8% (15)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 12 : Les adaptations de posologie selon les soignants ou le patient par catégorie d'établissement, % (effectif)

Elles sont plutôt le fait du patient (49,6%). Certains commentaires libres signalent que leur évocation lors de consultations conjointes avec un addictologue peut faciliter leur acceptation et leur mise en œuvre future par le médecin.

III- L'OBSERVANCE

Le premier point clef de la réussite de tout traitement : être sûr qu'il soit pris comme il faut et quand il faut. En règle générale, les traitements de substitution sont montrés du doigt quant à leur détournement et mésusage ; en prison la cristallisation autour de ces deux points peut facilement compliquer la tâche des soignants.

Les soucis proviennent plus généralement de la buprénorphine pour laquelle deux politiques sont possibles: d'une part celle de la banalisation et de l'intégration avec les autres traitements, d'autre part celle de la distribution journalière avec prise contrôlée à l'instar de la méthadone dont c'est le mode de délivrance essentiel. Dans les deux cas, le choix de responsabiliser le détenu par la prise d'un engagement à suivre son traitement, ainsi que la pratique de tests urinaires sont des recours possibles pour tenter d'en améliorer l'observance.

1. le détournement

Voyons comment le détournement des médicaments de substitution est perçu par les équipes de soin :

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	1,3% (1)	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	2,6% (3)
très fort	3,9% (3)	9,5% (2)	0,0% (0)	21,4% (3)	6,8% (8)
fort	31,2% (24)	23,8% (5)	20,0% (1)	28,6% (4)	29,1% (34)
moyen	39,0% (30)	42,9% (9)	60,0% (3)	35,7% (5)	40,2% (47)
faible	14,3% (11)	0,0% (0)	20,0% (1)	14,3% (2)	12,0% (14)
très faible	10,4% (8)	14,3% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)	9,4% (11)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 13 : *Evaluation du détournement par catégorie d'établissement, % (effectif)*

Seul 21,4% des établissements estime le détournement faible ou très faible, tandis que 35,9% le juge fort ou très fort, 40% le considèrent moyen, dès lors il ne semble pas négligeable, et il est légitime de penser que s'il ne laisse pas les équipes indifférentes, il risque d'influer sur leur façon de travailler.

Certains établissements ont ainsi fait le choix de ne pas proposer la buprénorphine, bien qu'ils ne soient que quatre dans nos observations, voyons comment ils perçoivent le détournement par rapport aux autres :

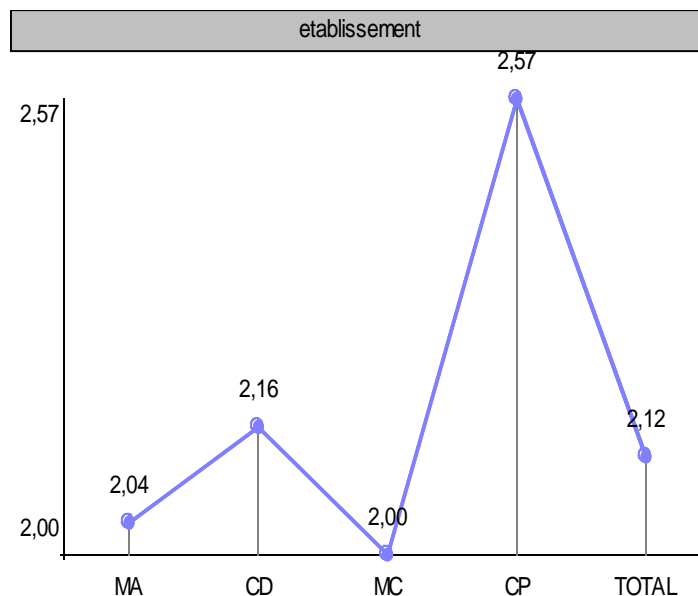
médicaments	méthadone uniquement	les deux	TOTAL
détournement			
Non réponse	0,0% (0)	2,7% (3)	2,6% (3)
très fort	0,0% (0)	7,1% (8)	6,8% (8)
fort	0,0% (0)	30,1% (34)	29,1% (34)
moyen	25,0% (1)	40,7% (46)	40,2% (47)
faible	0,0% (0)	12,4% (14)	12,0% (14)
très faible	75,0% (3)	7,1% (8)	9,4% (11)
TOTAL	100% (4)	100% (113)	100% (117)

Tableau 14 : *Évaluation du détournement par rapport aux médicaments proposés dans l'établissement*

La différence est très significative ($\chi^2=20,65$ et $1-p=99,96$ malgré le trop faible effectif d'unités qui ne dispose que de la méthadone), le mode de distribution déjà évoqué y étant pour beaucoup.

Pour évaluer la variable « détournement », les paramètres sont établis sur la notation: très fort (4), fort(3), moyen(2), faible(1), très faible(0): **plus le chiffre est haut, plus le détournement est estimé important.**

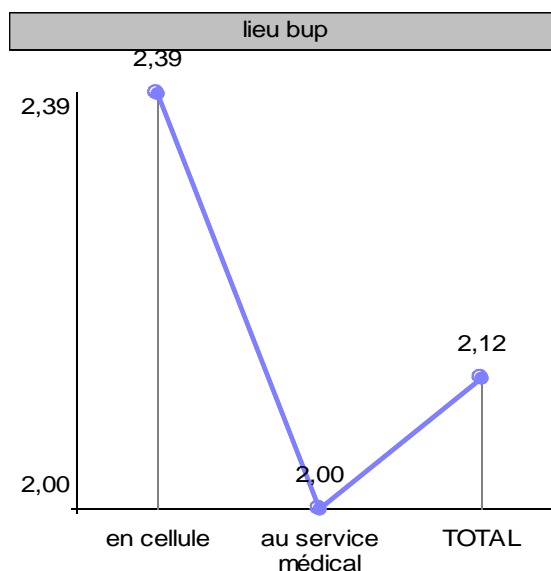
Intéressons-nous tout d'abord à cette note par catégorie d'établissement :



Graph 1: *Profil de la variable « détournement » selon la nature de l'établissement*

La moyenne s'établit à 2,12, le détournement est dans l'ensemble considéré comme moyen. Selon la nature de l'établissement maintenant: c'est dans les CP et CD qu'il apparaît le plus fort, moyen en MA et le plus faible au niveau des MC.

Voyons ensuite l'importance du lieu de délivrance :



Graph 2 : *Profil de la variable « détournement » selon le lieu de distribution*

Le lieu où s'effectue la dispensation influe sur la variable « détournement », la note « en cellule » de 2,39 est un peu significative par rapport à celle de 2 du « service médical » et laisse supposer un détournement légèrement plus fort lorsque la buprénorphine est dispensée en cellule.

Enfin considérons l'influence de la pulvérisation du comprimé sur la note attribuée à son détournement :

	MA	CD	MC	CP	TOTAL
oui	1,67	1,33	-	2,50	1,69
non	2,26	2,50	2,00	2,58	2,33
TOTAL	2,09	2,29	2,00	2,57	2,18

Tableau 15 : *Moyennes de la variable « détournement » en fonction de la réponse « oui » ou « non » à question : « le comprimé de buprénorphine est-il pilé? »*

Dans les établissements où la buprénorphine est pilée, la note concernant le détournement s'établit à 1,69, dans les autres celle-ci remonte à 2,33. Vis à vis du détournement, la différence est donnée un peu significative quant à l'amélioration apportée par la distribution du comprimé sous forme pilée.

La variable « détournement » obtient sa note la plus basse (1,33) dans les CD où le comprimé est pilé et sa plus haute (2,58) dans les CP où il n'est pas pilé. Cela dit, les CP obtiennent les notes les plus élevées indépendamment de la pulvérisation ou non du comprimé.

2. Engagement entre le patient et les soignants

Si le mésusage des traitements de substitution n'est pas que l'apanage du milieu carcéral, sa mise en exergue au sein d'un milieu clos et surveillé, par une administration pénitentiaire très sensible au strict respect des règles, et la stigmatisation de problèmes afférents, compliquant d'autant la tâche du soignant (mauvaise observance, détournement de la voie d'administration, trafic, racket...), ont conduit certaines unités médicales à l'instauration de contrats de soin entre elles et le détenu. Cette démarche peut être l'occasion d'un accompagnement supplémentaire du patient dans la réussite de sa démarche de soin, ainsi qu'une réponse adaptée à la demande d'encadrement (voir de cadrage) émanant de certains ex-toxicomanes.

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
écrit-oral					
Non réponse	28,6% (22)	19,0% (4)	20,0% (1)	42,9% (6)	28,2% (33)
écrit	24,7% (19)	33,3% (7)	0,0% (0)	21,4% (3)	24,8% (29)
oral	46,8% (36)	47,6% (10)	80,0% (4)	35,7% (5)	47,0% (55)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 16 : *Existence d'un engagement écrit ou oral entre soignants et patient par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Prés d'un établissement sur quatre a ainsi fait le choix d'un engagement écrit. Intéressons nous au choix selon le service prescripteur :

service bup	Non réponse	UCSA	SMPR	les deux	TOTAL
écrit-oral					
Non réponse	1,7% (2)	21,4% (25)	3,4% (4)	1,7% (2)	28,2% (33)
écrit	0,9% (1)	19,7% (23)	0,9% (1)	3,4% (4)	24,8% (29)
oral	4,3% (5)	31,6% (37)	8,5% (10)	2,6% (3)	47,0% (55)
TOTAL	6,8% (8)	72,6% (85)	12,8% (15)	7,7% (9)	

Tableau 17 : *Répartition des engagements écrits ou oraux selon le service prescripteur de la buprénorphine*

Ce sont les UCSAs qui utilisent le plus l'engagement écrit. Cela dit si l'on tient compte du pourcentage de non réponse, au sein de la catégorie « UCSA », la proportion d'« écrit » est statistiquement peu significative ($\chi^2=4,96$, $1-p=91,64\%$).

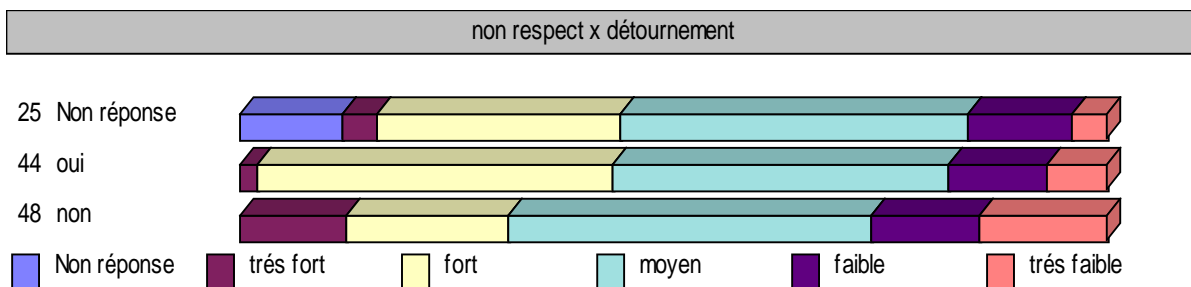
En cas de non respect de ses engagements par le détenu, des diminutions de posologie sont parfois prévues :

non respect écrit-oral	Non réponse	oui	non	TOTAL
Non réponse	51,5% (17)	9,1% (3)	39,4% (13)	100% (33)
écrit	10,3% (3)	62,1% (18)	27,6% (8)	100% (29)
oral	9,1% (5)	41,8% (23)	49,1% (27)	100% (55)
TOTAL	21,4% (25)	37,6% (44)	41,0% (48)	100% (117)

Tableau 18 : *Diminution de posologie prévue en cas de non respect de ses engagements par le patient selon la nature du dit engagement (écrit ou oral)*

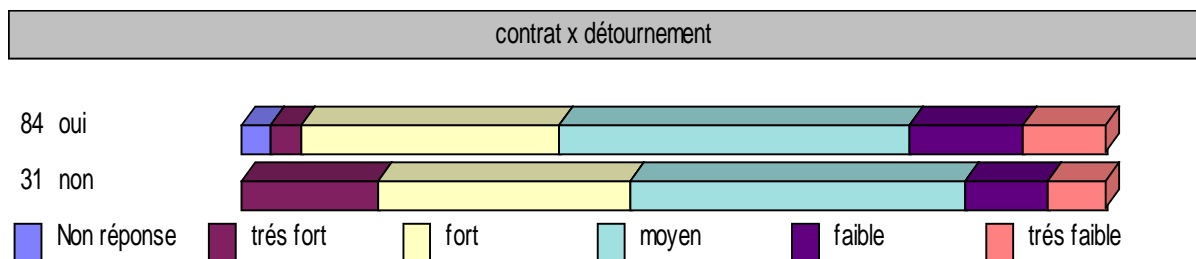
Près des deux tiers (62,1%) des services ayant mis en place un engagement écrit ont prévu ces diminutions, certains établissement précisent d'ailleurs qu'un non-respect peut entraîner chez eux un arrêt de la substitution et la mise en place d'un traitement de sevrage.

Maintenant croisons les variables concernant l'engagement avec le détournement, et voyons si l'on obtient des différences significatives en fonction des différents choix :



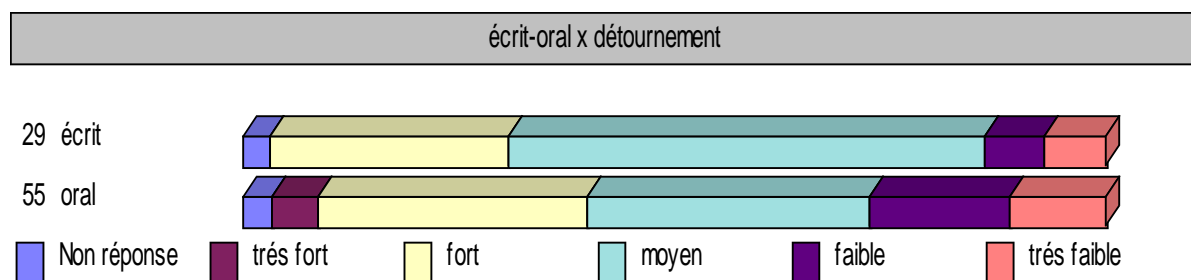
Graph 3 : *Evaluation du détournement lorsque des diminutions de traitement sont prévues en cas de non respect des engagements*

Le fait que des diminutions de traitement soient prévues lorsque le détenu ne respecte pas ses engagements envers le service médical n'apporte statistiquement pas de différence significative concernant le détournement des médicaments de substitution ($\chi^2=3,98$ lorsque l'on compare la différence de répartition entre « oui des diminutions de traitement sont prévues » et l'ensemble des réponses).



Graph 4 : *Evaluation du détournement en fonction de la prise ou non d'un engagement*

L'existence d'un engagement, écrit ou oral, entre le détenu et le service médical n'apporte statistiquement pas de différence significative concernant le détournement des médicaments de substitution ($\chi^2=1,23$ lorsque l'on compare la différence de répartition entre « oui il existe une forme d'engagement » et l'ensemble des réponses).



Graph 5 : *Evaluation du détournement en fonction de la prise ou non d'un engagement*

La nature de l'engagement n'apporte pas non plus de différence statistiquement significative sur le détournement des médicaments de substitution ($\chi^2= 3,01$ lorsque l'on compare la différence de répartition entre la forme d'engagement d'écrit et l'ensemble des réponses).

3. Les tests urinaires

Nous ne considérerons ici que les tests concernant la vérification de prise, ou d'absence de prise des médicaments de substitution. Ils sont généralement faciles à utiliser et donnent un résultat qualitatif dans un délais bref.

Voyons les proportions de tests pratiqués avant la mise en place de traitement :

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
test bup avant					
Non réponse	2,6% (2)	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	3,4% (4)
systematiquement	20,8% (16)	23,8% (5)	0,0% (0)	14,3% (2)	19,7% (23)
souvent	16,9% (13)	19,0% (4)	0,0% (0)	35,7% (5)	18,8% (22)
rarement	18,2% (14)	14,3% (3)	80,0% (4)	28,6% (4)	21,4% (25)
jamais	41,6% (32)	33,3% (7)	20,0% (1)	21,4% (3)	36,8% (43)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 19 : *Pratique de tests urinaires avant la mise en place de traitement par buprénorphine par catégorie d'établissement, %(effectif)*

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
test méth avant					
Non réponse	5,2% (4)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	3,4% (4)
systématiquement	27,3% (21)	38,1% (8)	0,0% (0)	28,6% (4)	28,2% (33)
souvent	10,4% (8)	9,5% (2)	0,0% (0)	28,6% (4)	12,0% (14)
rarement	14,3% (11)	9,5% (2)	80,0% (4)	28,6% (4)	17,9% (21)
jamais	42,9% (33)	42,9% (9)	20,0% (1)	14,3% (2)	38,5% (45)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 20 : *Pratique de tests urinaires avant la mise en place de traitement par méthadone par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Dans un pourcentage important d'établissements (environ 40%) des tests sont pratiqués systématiquement ou souvent. C'est assez logique en MA et CP où les prévenus qui arrivent ont rarement avec eux les preuves qu'ils sont sous traitement de substitution, les tests permettent au médecin de s'assurer les dires, mais ça l'est moins en CD où les détenus se présentent généralement avec le dossier constitué en MA. Cela dit ils peuvent permettre la mise en évidence chez un détenu non substitué une prise de médicament, donné par un détenu substitué ,et ainsi faciliter instauration d'un traitement officiel.

Considérons maintenant les tests pratiqués pendant le traitement :

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
test bup pdt					
Non réponse	3,9% (3)	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	4,3% (5)
systématiquement	2,6% (2)	4,8% (1)	0,0% (0)	7,1% (1)	3,4% (4)
souvent	9,1% (7)	14,3% (3)	0,0% (0)	28,6% (4)	12,0% (14)
rarement	37,7% (29)	23,8% (5)	80,0% (4)	57,1% (8)	39,3% (46)
jamais	46,8% (36)	47,6% (10)	20,0% (1)	7,1% (1)	41,0% (48)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 21 : *Pratique de tests urinaires pendant le traitement par buprénorphine par catégorie d'établissement, %(effectif)*

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
test méth pdt					
Non réponse	5,2% (4)	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	5,1% (6)
systématiquement	10,4% (8)	4,8% (1)	0,0% (0)	14,3% (2)	9,4% (11)
souvent	5,2% (4)	19,0% (4)	0,0% (0)	21,4% (3)	9,4% (11)
rarement	32,5% (25)	23,8% (5)	80,0% (4)	50,0% (7)	35,0% (41)
jamais	46,8% (36)	42,9% (9)	20,0% (1)	14,3% (2)	41,0% (48)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 22 : *Pratique de tests urinaires pendant le traitement par méthadone par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Ils sont plutôt rarement pratiqués pendant le traitement, (17% des unités en moyenne), ils permettent essentiellement de s'assurer de l'observance.

Pour les questions concernant la pratique de tests urinaires avant ou pendant les traitements, un barème s'appliquait aux 4 réponses proposées (systématiquement=3, souvent=2, rarement=1 et jamais=0), de façon à, comme pour la variable détournement, obtenir une gradation chiffrée avec une note comprise entre 0 et 3 pour chaque catégorie d'établissement et pour chaque réponse.

établissement	,Test buprénorphine avant	Test buprénorphine pendant	Test méthadone avant	Test méthadone pendant
MA	1,17	0,66	1,23	0,78
CD	1,37	0,74	1,43	0,84
MC	0,80	0,80	0,80	0,80
CP	1,43	1,36	1,71	1,36
TOTAL	1,22	0,77	1,31	0,86

Tableau 23 : *Moyennes de la variable « test urinaire » en fonction de la catégorie d'établissement*

En dehors des tests pour la méthadone pratiqués avant la mise sous traitement en CP qui obtiennent 1,71 toutes les autres notes sont inférieures à 1,50 et **correspondent à une pratique moyenne à rare des tests urinaires pour les deux médicaments.**

Pour finir, il n'apparaît pas non plus de différence significative concernant le détournement lorsque des tests urinaires sont pratiqués avant ou même pendant le traitement.

IV- L'ADMINISTRATION ET L'ACCOMPAGNEMENT

Si l'on s'en réfère aux AMM, la délivrance des médicaments de substitution n'a normalement un sens que si elle s'accompagne de mesures médico-psychologiques et socio-éducatives; nous allons donc considérer les conditions de délivrance au détenu puis les mesures d'accompagnement.

1. L'administration de la buprénorphine

Rappelons que la prise est sublinguale uniquement, et que la dissolution du comprimé doit être totale, notamment si un verre d'eau est absorbé ensuite.

Tout d'abord, voyons le personnel qui l'assure :

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
dispensation bup					
Non réponse	3,9% (3)	14,3% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)	5,1% (6)
IDE UCSA	84,4% (65)	81,0% (17)	100% (5)	71,4% (10)	82,9% (97)
personnel SMPR	13,0% (10)	4,8% (1)	0,0% (0)	35,7% (5)	13,7% (16)
préparateur(trice)	5,2% (4)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	3,4% (4)
pharmacien	3,9% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	2,6% (3)
TOTAL	100% (85)	100% (21)	100% (5)	100% (15)	100% (126)

Tableau 24 : *Pourcentage des personnels qui délivrent la buprénorphine par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Les IDE des UCSAs sont largement majoritaires quant à la distribution de la buprénorphine (82,9% des cas), suivent les personnels des SMPRs (13,7%), ces pourcentages ne sont pas surprenants par rapport aux structures en place et sont à mettre en perspective des 73% de prescripteurs issus des UCSAs et 14% des SMPRs.

Les différences de 9,9% et 0,3% correspondent aux cas où le service prescripteur n'est pas le service qui dispense. Les 5,1% de non réponse représentent les personnels des différents services d'addictologie et de soins psychiatriques qui réalisent 5% des prescriptions. Lorsque les services des pharmacies (PUI ou leurs antennes) sont suffisamment structurés et disposent des moyens nécessaires, ils participent directement à la distribution des médicaments de substitution aux détenus, allégeant d'autant la tâche des IDE et leur permettant un recentrage sur leur activité de soin.

A quel endroit la buprénorphine est-elle délivrée principalement :

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
lieu bup					
Non réponse	2,6% (2)	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	3,4% (4)
en cellule	32,5% (25)	38,1% (8)	20,0% (1)	50,0% (7)	35,0% (41)
au service médical	51,9% (40)	38,1% (8)	80,0% (4)	35,7% (5)	48,7% (57)
en cellule et au médical	13,0% (10)	14,3% (3)	0,0% (0)	14,3% (2)	12,8% (15)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 25 : *Lieu de distribution de la buprénorphine par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Si la distribution se pratique beaucoup au service médical, certains établissements précisent que le week-end est sujet à une organisation différente du reste de la semaine (passage à une distribution en cellule, ou bien changement du service qui gère la distribution : SMPR en semaine et UCSA en semaine, etc...).

Voyons maintenant la fréquence de distribution :

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
fréquence bup					
Non réponse	2,6% (2)	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	3,4% (4)
quotidienne en début de traitement	5,2% (4)	19,0% (4)	20,0% (1)	14,3% (2)	9,4% (11)
quotidienne pour les non compliants	7,8% (6)	19,0% (4)	20,0% (1)	14,3% (2)	11,1% (13)
quotidienne pour tous	85,7% (66)	66,7% (14)	80,0% (4)	78,6% (11)	81,2% (95)
2 à 3 fois par semaine	6,5% (5)	9,5% (2)	20,0% (1)	14,3% (2)	8,5% (10)
1 fois par semaine	6,5% (5)	14,3% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)	6,8% (8)
1 fois pour 2 semaines	1,3% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,9% (1)
TOTAL	100% (89)	100% (29)	100% (7)	100% (17)	100% (142)

Tableau 26 : *Fréquence de distribution de la buprénorphine par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'établissements en raison de la possibilité de réponses multiples. On constate que la distribution est quotidienne dans une très large proportion d'établissements, quant aux autres fréquences, considérons les répartitions selon l'effectif total des structures :

détenus total	De 27,00 à 100,00	De 100,00 à 200,00	De 200,00 à 300,00	De 300,00 à 600,00	De 600,00 à 900,00	De 2000,00 à 2410,00	TOTAL
fréquence bup							
quotidienne en début de traitement	0,9% (1)	0,0% (0)	1,7% (2)	4,3% (5)	2,6% (3)	0,0% (0)	9,4% (11)
quotidienne pour les non compliants	0,0% (0)	0,0% (0)	1,7% (2)	1,7% (2)	7,7% (9)	0,0% (0)	11,1% (13)
quotidienne pour tous	16,2% (19)	26,5% (31)	7,7% (9)	18,8% (22)	11,1% (13)	0,9% (1)	81,2% (95)
2 à 3 fois par semaine	0,0% (0)	0,0% (0)	0,9% (1)	1,7% (2)	5,1% (6)	0,9% (1)	8,5% (10)
1 fois par semaine	0,9% (1)	0,0% (0)	0,9% (1)	0,9% (1)	4,3% (5)	0,0% (0)	6,8% (8)
1 fois pour 2 semaines	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,9% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,9% (1)
TOTAL	- (21)	- (31)	- (15)	- (33)	- (36)	- (2)	

Tableau 27 : *Fréquence de distribution de la buprénorphine en fonction de l'effectif total de l'établissement, %(effectif)*

On se rend compte que globalement le nombre de distribution par semaine diminue lorsque

l'effectif total de l'établissement augmente. C'est à dire que le choix de ne plus distribuer à la journée semble orienté par des raisons plus matérielles que thérapeutiques, par contre pour ces établissements importants où le comprimé est donné en une, deux ou trois fois dans la semaine, la proportion de distribution « quotidienne pour les non compliants » augmente, il y a ainsi un effet de banalisation de la dispensation de la buprénorphine vis à vis de l'ensemble des autres détenus tout en se concentrant sur les patients plus en difficulté.

Dans le cas général la dispensation de la buprénorphine est ainsi banalisée aux yeux de l'ensemble des détenus, tandis que la distribution reste quotidienne pour les cas en difficulté.

Par contre, pour le seul établissement où la buprénorphine est donnée pour 2 semaines, le détournement est jugé fort.

Enfin la question subsidiaire, spécifique à la buprénorphine :

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
bup pilé					
Non réponse	2,6% (2)	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	3,4% (4)
oui	27,3% (21)	14,3% (3)	0,0% (0)	14,3% (2)	22,2% (26)
non	70,1% (54)	76,2% (16)	100% (5)	85,7% (12)	74,4% (87)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 28 : Réponse à la question: « le comprimé de buprénorphine est-il pilé, » par catégorie d'établissement, %(effectif)

Plus d'un établissement sur cinq (22%) continue à distribuer le comprimé de buprénorphine sous forme pulvérisée malgré l'avis contraire du laboratoire qui commercialise le princeps de la buprénorphine (cela-dit les fabricants de génériques n'ont de leur côté pas communiqué à ce sujet), et les recommandations sanitaires : comment les comprimés sont-ils écrasés (atmosphère stérile) ? Et combien de temps et dans quelles conditions la poudre hydrophile obtenue est-elle conservée avant son administration (hygrométrie de l'air ambiant) ? On peut également considérer l'aspect stigmatisant pour le patient-détenu et les interrogations que peut provoquer la variabilité des pratiques de chaque unité médicale. Par exemple l'UCSA d'un établissement de 550 détenus précise que le comprimé n'est pilé que pour les doses supérieures à 1mg.

2. L'administration de la méthadone

En pratique, elle est assez contraignante : le patient peut vouloir rincer le flacon avec un peu d'eau, il faut donc l'avoir prévu, de plus les conditionnements sont encombrants, et ils doivent être

recupérés par le personnel.

Tout d'abord l'ensemble des 117 établissements ayant répondu à l'enquête se conforme à l'AMM en réalisant une délivrance quotidienne de la méthadone.

établissement dispensation métha	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	1,3% (1)	4,8% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,7% (2)
IDE UCSA	81,8% (63)	85,7% (18)	100% (5)	64,3% (9)	81,2% (95)
personnel SMPR	15,6% (12)	9,5% (2)	0,0% (0)	42,9% (6)	17,1% (20)
préparateur(trice)	2,6% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,7% (2)
pharmacien	2,6% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,7% (2)
TOTAL	100% (80)	100% (21)	100% (5)	100% (15)	100% (121)

Tableau 29 : *Pourcentage des personnels qui délivrent la méthadone par catégorie d'établissement. %(effectif)*

établissement lieu méth	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	1,3% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,9% (1)
en cellule	15,6% (12)	14,3% (3)	20,0% (1)	21,4% (3)	16,2% (19)
au service médical	79,2% (61)	85,7% (18)	80,0% (4)	71,4% (10)	79,5% (93)
en cellule et au service médical	3,9% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)	7,1% (1)	3,4% (4)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 30 : *Lieu de distribution de la méthadone par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Les personnels de SMPR sont un peu plus présents que pour la buprénorphine et elle se fait très majoritairement au service médical. Certains établissements précisant que même les détenus des QD et QI se déplacent jusqu'au médical pour leur prise quotidienne de méthadone.

3. Le suivi médical, psychologique et social

Il est évidemment essentiel, ensuite il dépend comme de tout des moyens dont on dispose et si déjà le 9 août 2001, une note interministérielle Santé/Justice (MILDT / DGS / DHOS / DAP n°474) demandait une amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, il va sans dire qu'il est aussi fonction du degré d'implication du détenu que l'on ne peut pas contraindre s'il s'y oppose. Cela étant dit, voyons les chiffres:

établissement action thérapeutique	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	3,9% (3)	4,8% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	3,4% (4)
oui	67,5% (52)	76,2% (16)	80,0% (4)	85,7% (12)	71,8% (84)
non	28,6% (22)	19,0% (4)	20,0% (1)	14,3% (2)	24,8% (29)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 31 : *L'existence d'une action thérapeutique par catégorie d'établissement, %(effectif)*

établissement éducation par qui	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	31,2% (24)	23,8% (5)	20,0% (1)	14,3% (2)	27,4% (32)
médecin	57,1% (44)	52,4% (11)	80,0% (4)	64,3% (9)	58,1% (68)
IDE	58,4% (45)	61,9% (13)	80,0% (4)	50,0% (7)	59,0% (69)
TOTAL	100% (113)	100% (29)	100% (9)	100% (18)	100% (169)

Tableau 32 : *Le personnel qui conduit une action thérapeutique par catégorie d'établissement, %(effectif)*

L'éducation thérapeutique est a priori effectuée dans de nombreux établissements, elle est assurée à part égale par les médecins et les IDE dans les MA et MC, d'avantage par les IDE en CD et par les médecins en CP. En fait le dialogue et la demande de conseil se font souvent au moment de la distribution (IDE), ou de la consultation (médecin). Mais quelques établissements mènent des actions plus spécifiques, avec ces exemples de « consultation infirmière de traitement de substitution mensuelles » ou encore l'intervention d'éducateurs de CSST.

Quand au suivi psychologique :

établissement soutien psy	MA	CD	MC	CP	TOTAL
individuel	88,3% (68)	76,2% (16)	100% (5)	85,7% (12)	86,3% (101)
en groupe	7,8% (6)	9,5% (2)	0,0% (0)	7,1% (1)	7,7% (9)
non suivi	9,1% (7)	23,8% (5)	0,0% (0)	14,3% (2)	12,0% (14)
TOTAL	100% (81)	100% (23)	100% (5)	100% (15)	100% (124)

Tableau 33 : *Le soutien psychologique est-il « individuel ou en groupe » par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Même s'il apparaît important, le suivi psychologique est surtout réalisé à l'occasion des distributions et des consultations. Le soutien psychologique en rendez-vous structuré est plus rare (un cas signalé d'entretien régulier avec IDE de toxicologie), et surtout loin d'être proposé de façon systématique, souvent traité au cas par cas à la demande du détenu.

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
suivi social					
Non réponse	5,2% (4)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	3,4% (4)
un travailleur social non SPIP	19,5% (15)	14,3% (3)	0,0% (0)	28,6% (4)	18,8% (22)
le SPIP	62,3% (48)	57,1% (12)	40,0% (2)	50,0% (7)	59,0% (69)
pas de suivi	13,0% (10)	28,6% (6)	60,0% (3)	21,4% (3)	18,8% (22)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 34 : *La catégorie assurant le suivi social sous substitution par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Si le SPIP assure effectivement un suivi social, il faut être certain qu'il soit orienté sur les difficultés propres rencontrées par les personnes sous traitement de substitution, ceci nécessitant notamment du temps et une collaboration régulière avec les services médicaux.

V- A LA LIBERATION

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) demande un relais de prise en charge plus efficace à la sortie de prison (Rapport OFDT 2007 sur l'évaluation de l'impact de l'initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire), et les usagers de drogues sont les premiers demandeurs de mesures d'accompagnement du patient toxicomane pendant et après l'incarcération. Ainsi le 5 juin 2004 la tenue des premiers Etats Généraux des Usagers de la Substitution rassemblant une vingtaine d'associations d'usagers de drogues et de la substitution à l'Hôpital Européen Georges Pompidou a permis d'arrêter une liste de douze revendications (sous la dénomination: « les Douze Travaux d'EGUS 2004 »). Parmi celles-ci la neuvième décrète le « principe absolu de la continuité du traitement de substitution en prison, ainsi qu'avant et après l'incarcération (mise en place de relais en ville, primo-prescription facilitée), mise en place d'une consultation spécifique à l'entrée et à la sortie de prison, et d'une formation à la prévention des overdoses avant la sortie ». Pour être complet, rappelons qu'il est précisé dans l'Autorisation de Mise sur le Marché du chlorhydrate de méthadone que « le relais à l'issue de la prise en charge en établissement de santé ou en établissement pénitentiaire, à l'issue de la détention, soit vers un médecin de ville, soit vers un centre spécialisé doit être envisagé avec le patient dès le début du traitement ». Voyons donc ce qu'il en est:

1. La continuité des soins

La première question portait sur l'existence ou non de l'organisation d'une continuité des soins à la libération.

établissement continuité?	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	5,2% (4)	0,0% (0)	20,0% (1)	7,1% (1)	5,1% (6)
oui	88,3% (68)	95,2% (20)	80,0% (4)	85,7% (12)	88,9% (104)
non	6,5% (5)	4,8% (1)	0,0% (0)	7,1% (1)	6,0% (7)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 35 : *L'existence ou non d'une continuité des soins par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Une large majorité d'unités médicales (88,9%) envisagent la continuité des traitements de substitution, même si certaines avouent que ce n'est pas systématique. Les difficultés peuvent résider dans la mise en œuvre, lors de libérations prématurées par exemple, dans les MA notamment.

établissement continuité	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	10,4% (8)	9,5% (2)	20,0% (1)	14,3% (2)	11,1% (13)
CSST	64,9% (50)	61,9% (13)	20,0% (1)	78,6% (11)	64,1% (75)
médecin extérieur	62,3% (48)	81,0% (17)	40,0% (2)	50,0% (7)	63,2% (74)
pharmacien d'officine	28,6% (22)	23,8% (5)	0,0% (0)	28,6% (4)	26,5% (31)
autre	18,2% (14)	9,5% (2)	40,0% (2)	7,1% (1)	16,2% (19)
TOTAL	100% (142)	100% (39)	100% (6)	100% (25)	100% (212)

Tableau 36 : *La nature de la prise de contact pour la continuité des soins par catégorie d'établissement, %(effectif)*

La continuité des soins demande une prise de contact avec les professionnels extérieurs, elle est le fait du médecin qui s'adresse plus naturellement à un confrère. Les patients sous méthadone font l'objet de contacts avec les CSST (CSAPA), la difficulté est ici de connaître le lieu de destination du libéré qui ne désire pas forcément que l'on sache qu'il sort de prison.

2. La remise d'une ordonnance de sortie

C'est évidemment l'étape obligatoire pour les patients qui ne vont pas pouvoir immédiatement (re) prendre contact avec un médecin extérieur.

établissement ordo de sortie	MA	CD	MC	CP	TOTAL
Non réponse	7,8% (6)	4,8% (1)	40,0% (2)	7,1% (1)	8,5% (10)
systématiquement	53,2% (41)	85,7% (18)	40,0% (2)	78,6% (11)	61,5% (72)
souvent	20,8% (16)	9,5% (2)	0,0% (0)	14,3% (2)	17,1% (20)
rarement	7,8% (6)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	5,1% (6)
jamais	10,4% (8)	0,0% (0)	20,0% (1)	0,0% (0)	7,7% (9)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 37 : *La prescription d'une ordonnance de sortie à la libération par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Il n'est pas choquant que seuls 61,5% des établissements remettent une prescription, certains libérés préférant encore une fois être discrets sur leur passé et pouvant retrouver facilement un prescripteur extérieur. Cependant le problème n'est pas tant de rédiger une ordonnance, que d'être sûr que ses droits à l'assurance maladie soient ouverts, afin qu'il puisse se faire délivrer son traitement. En effet, sans CMU ou CMUc, certains sortants indigents, malgré une prescription en bonne et due forme, ne pourront pas payer leur traitement à l'extérieur ; de même si on lui explique que son dossier est en cours de régularisation, il est rare qu'un libéré accepte de faire l'avance des frais en pharmacie de ville. Pour tous ces cas précaires, une bonne coordination avec le SPIP s'avère

cruciale, les services médicaux ne doivent pas hésiter à s'assurer que le détenu bénéficiera dès sa sortie d'une couverture sociale, au risque qu'il abandonne aussitôt son traitement.

3. La remise d'un traitement de sortie

Pour les mêmes raisons que précédemment, on peut s'interroger sur la pertinence à laisser partir un détenu sans avoir vérifié que ses droits soient ouverts, ou qu'une association l'attend dehors pour achever les démarches. Partant de là, lorsqu'on a l'assurance que toutes les conditions sont réunies pour qu'il poursuive les soins à l'extérieur, la remise de quelques jours de traitement ne semble judicieuse que si son futur lieu de résidence est éloigné, que sa libération est prévue un week-end, ou que sa visite chez le médecin extérieur ne peut avoir lieu dès le jour de sortie.

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
ttt sortie bup					
Non réponse	3,9% (3)	9,5% (2)	40,0% (2)	0,0% (0)	6,0% (7)
systématiquement	42,9% (33)	57,1% (12)	20,0% (1)	71,4% (10)	47,9% (56)
souvent	28,6% (22)	19,0% (4)	0,0% (0)	14,3% (2)	23,9% (28)
rarement	10,4% (8)	9,5% (2)	0,0% (0)	7,1% (1)	9,4% (11)
jamais	14,3% (11)	4,8% (1)	40,0% (2)	7,1% (1)	12,8% (15)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 38 : *La remise d'un traitement de buprénorphine lors de la libération par catégorie d'établissement, %(effectif)*

établissement	MA	CD	MC	CP	TOTAL
ttt sortie métha					
Non réponse	2,6% (2)	0,0% (0)	40,0% (2)	0,0% (0)	3,4% (4)
systématiquement	40,3% (31)	52,4% (11)	20,0% (1)	50,0% (7)	42,7% (50)
souvent	24,7% (19)	14,3% (3)	0,0% (0)	28,6% (4)	22,2% (26)
rarement	18,2% (14)	4,8% (1)	0,0% (0)	7,1% (1)	13,7% (16)
jamais	14,3% (11)	28,6% (6)	40,0% (2)	14,3% (2)	17,9% (21)
TOTAL	100% (77)	100% (21)	100% (5)	100% (14)	100% (117)

Tableau 39 : *La remise d'un traitement de méthadone lors de la libération par catégorie d'établissement, %(effectif)*

Dans les cas généraux, une fois la prise du jour délivrée, la discussion reste ouverte sur l'opportunité de remettre au libéré un jour de traitement par sécurité et peut motiver la remise systématique d'un traitement à la sortie dans 47,9% des établissements pour la buprénorphine et 42,7% pour la méthadone.

CONCLUSION

La proportion de questionnaires exploitables est très satisfaisante (117 établissements totalisant 40656 détenus, soit environ 60% de la population carcérale nationale). Les pratiques sont disparates, mais de grandes lignes se détachent, le pourcentage de détenus traités atteint presque 10% de la population évaluée, et l'ensemble des établissements répondants ont au moins un traitement de substitution à proposer aux arrivants, tandis que 80% sont organisés pour assurer la continuité des soins à la libération.

Les prescriptions émanent des UCSAs dans trois-quarts des établissements et la délivrance des traitements est faite par les IDE des UCSAs dans 80% des structures, un quart ont mis en place un engagement écrit avec le détenu, une unité médicale sur cinq continue à pulvériser les comprimés de buprénorphine, malgré cela un gros tiers des unités jugent le détournement des médicaments de substitution fort ou très fort.

Mais détournement et mésusage sont des thèmes éminemment délicats, sujets à toutes les interprétations de la part de certains soignants, de leur nécessaire acceptation parce que mode de vie à part entière du patient, jusqu'à leur totale réfutation conduisant à priver le détenu de la substitution quitte à lui infliger une perte de chance. A mon sens, l'équipe soignante se doit de moduler sa position au cas par cas, pour n'exclure personne, quitte à effectivement tolérer au début certaines pratiques de toxicomanes le temps qu'ils deviennent véritablement des patients et leur laisser la possibilité d'intégrer le système de soin. Cependant il faut participer à lutter contre le mésusage afin de ne pas dévoyer la philosophie première de la substitution en devenant un simple fournisseur de produits autorisés et en perdant du même coup une partie de notre crédit tant aux yeux des détenus que de l'administration pénitentiaire. Evidemment, la personnalisation et le suivi du parcours de soin et de la prise en charge de chaque toxicomane demande des moyens humains, matériels, du temps ainsi qu'un fort investissement personnel tant du soignant que du soigné, mais cette entreprise de reconstruction de l'individu ne repose pas que sur les intervenants médicaux, et à ce stade c'est à l'administration pénitentiaire de faciliter le travail et la coordination de tous les acteurs pour parvenir à mener à bien ses missions de lutte contre la récidive et de réinsertion sociale.

Dans un avenir proche, une homogénéisation des pratiques devrait contribuer à rassurer le détenu dans sa démarche, et à faciliter la communication entre les unités médicales de façon à mener une véritable action transversale de santé publique. Le fait que le soin aux détenus soit confié à l'hôpital public sur l'ensemble du territoire est la première étape qui devrait permettre de mener

une véritable politique concertée sur le plan national. En ce sens, douze ans après l'introduction des médicaments de la substitution en milieu carcéral, nous n'en sommes peut-être finalement qu'au début, mais il est venu le temps de la mise en commun des expériences de chacun, et mon souhait est que la réalisation de cette enquête y contribue.