



HAL
open science

Analyse des facteurs influençant la continuité du suivi médical post-libération des détenus toxicomanes sur les sites des maisons d'arrêt de Grasse et Nice entre janvier 2017 et juillet 2019

Coralie Bel

► To cite this version:

Coralie Bel. Analyse des facteurs influençant la continuité du suivi médical post-libération des détenus toxicomanes sur les sites des maisons d'arrêt de Grasse et Nice entre janvier 2017 et juillet 2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02870355

HAL Id: dumas-02870355

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02870355>

Submitted on 16 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

**ANALYSE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA CONTINUITÉ DU
SUIVI MÉDICAL POST-LIBÉRATION DES DÉTENUÉS
TOXICOMANES SUR LES SITES DES MAISONS D'ARRÊT DE
GRASSE ET NICE ENTRE JANVIER 2017 ET JUILLET 2019.**

Présentée et soutenue publiquement le six mars 2020 à Nice

Par

BEL Coralie

Née le 12 août 1992 à Annecy

Pour l'obtention du **DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

JURY :

Président du Jury : Madame la Professeur Véronique ALUNNI

Assesseur : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseur : Madame la Professeur Brigitte MONNIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean NOUCHI

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeur Véronique ALUNNI,

Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faite en ayant accepté de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

A Madame la Professeur Brigitte MONNIER

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Merci pour le temps que vous passez à fournir aux étudiants pour nous apporter une formation de qualité. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Jean NOUCHI, mon directeur de thèse

Vous avez accepté de m'accompagner et me soutenir tout au long ce travail de thèse. Je vous remercie de m'avoir fait bénéficier de votre expérience, votre pédagogie et votre sens critique. Ce fut un plaisir de travailler et d'échanger avec vous. Recevez ma sincère gratitude.

A Monsieur le docteur Faredj Cherikh,

Pour votre soutien et votre confiance, que vous avez su m'accorder en m'offrant l'opportunité de travailler au sein de votre service dans un domaine qui me tient à cœur. En espérant pouvoir poursuivre dans cette voie et participer au rayonnement de l'addictologie.

A Monsieur le docteur Vittorio Lonigro et son équipe,

Pour leur aide précieuse dans le recueil des données utilisées dans le cadre de cette thèse.

A Legueult Kevin,

Pour sa disponibilité, sa gentillesse et son aide afin de réaliser les analyses statistiques de cette thèse.

Aux soignants rencontrés lors de mon internat,

A l'équipe de l'UCSA de la maison d'arrêt de Grasse,

Pour leur accueil chaleureux, leur bonne humeur perpétuelle qui ont su rendre ces 3 mois de stage mémorables. Vous me manquez tous énormément.

A l'équipe du CSAPA de Grasse, Pour les moments passés ensemble, et votre gentillesse malgré les difficultés parfois rencontrées. Je n'oublierai pas mes premiers pas en addictologie à vos côtés.

A l'équipe du D1,

Pour me donner envie de venir travailler le matin dès le réveil, et d'exercer au sein de la merveilleuse équipe soignante que vous formez. Merci pour votre engagement et vos sourires.

A l'équipe du CSAPA de Menton, Pour votre gentillesse et votre accueil chaleureux. Ne changer surtout pas.

A ma famille

A mes parents, mes soeurs et mes grand-parents,

Pour vos sacrifices et votre soutien inconditionnel. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de cette longue aventure que sont les études médicales. J'espère que vous êtes fière de l'adulte que je suis devenue.

A mes amis,

Alice pour ta folie et ta gentillesse, je suis heureuse de t'avoir rencontrée. Claire pour les moments de vie bastiaise passés ensemble, et pour cette amitié qui existe depuis. Je te souhaite plein de bonheur.

Gauthier, Pierre, Rayana, Morgane, pour l'année au BDI, qui m'a permis de faire votre connaissance et de partager des moments hauts en couleur. Merci pour cette expérience partagée.

Anthony, Laurence, Edouard, pour avoir vécu mes début d'internat avec vous et avoir été comme une famille. Nico, Loulou, mes petits rémois, merci pour votre accueil, votre bienveillance et votre simplicité. Vous serez toujours les bienvenus au soleil.

A AL

Ma coquille, tu es pour moi une de ces personnes que l'on rencontre, avec qui on évolue et on grandit. La vie nous réserve encore beaucoup de choses à partager. Merci d'être là, dans les bons comme les mauvais moments. Merci à tes parents pour leur gentillesse et leur bienveillance.

A Romain,

Pour le bonheur que tu m'apportes au quotidien avec humour et légèreté. Tu as su m'accompagner et rendre cette période de fin de cursus moins difficile. Je t'aime.

ABRÉVIATIONS

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement, de Prévention en Addictologie

ET : Écart Type

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaires d'Insertion et de Probation

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

UCSA : Unité de Consultation et de soins ambulatoires

VHB : Virus de l'hépatite B

VH :Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

| | | |
|------|--|----|
| I. | INTRODUCTION | 7 |
| II. | MATERIEL ET METHODE | 9 |
| | A. Type d'étude | 9 |
| | B. Population étudiée | 9 |
| | C. Recueil des données | 9 |
| | D. Analyse statistique | 10 |
| III. | RÉSULTAT | 11 |
| | A. Caractéristiques de la population étudiée | 11 |
| | 1. Caractéristiques générales de la détention | 11 |
| | 2. Facteurs socio-économiques | 11 |
| | 3. Facteurs addictologiques | 11 |
| | 4. Facteurs psychiatriques | 11 |
| | 5. Facteurs médicaux | 11 |
| | 6. Caractéristiques liées au suivi et au rendez-vous | 12 |
| | B. Comparaison des deux groupes sur les facteurs étudiés | 13 |
| | 1. Caractéristiques générales de la détention | 13 |
| | 2. Facteurs socio-économiques | 14 |
| | 3. Facteurs addictologiques | 14 |
| | 4. Facteurs psychiatriques | 14 |
| | 5. Facteurs médicaux | 14 |
| | 6. Facteurs liés au suivi et au rendez-vous | 15 |
| IV. | DISCUSSION | 16 |
| | A. Les facteurs étudiés | 16 |
| | B. Les limites de l'étude | 16 |
| | C. Constats | 17 |
| | D. Perspectives et actions | 19 |
| V. | CONCLUSION | 21 |
| | | |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 22 |
| | RESUME FRANCAIS..... | 25 |
| | RÉSUMÉ ANGLAIS..... | 26 |

I. INTRODUCTION

En 2018, l'héroïne était l'opiacé le plus consommé en Europe où sa production est en augmentation. Le nombre de nouveaux consommateurs décroît expliquant le vieillissement de la cohorte des usagers. ¹ En 2005, on évaluait que 0.2 % de la population générale avait consommé de l'héroïne au moins une fois dans l'année contre 6.5 % des détenus de manière régulière et prolongée, l'année précédant l'incarcération en 2003.²

La prise en charge des addictions en prison est assurée par des Centres de soins, d'accompagnement, de prévention en addictologie (CSAPA), les Services Médico-psychologiques régionaux (SMPR) et les Unités de Consultation de Soins Ambulatoires (UCSA). Une visite médicale obligatoire à l'entrée permet de repérer les addictions et d'orienter les patients vers les médecins spécialisés afin d'initier une prise en charge, quand bien même les entrants ne parlent pas spontanément de leurs problèmes de consommation et de dépendance lors de cette première consultation. ^{3,4}

Sur le plan administratif, la loi assure l'équivalence entre les soins en milieu libre et en secteur fermé. Les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) sont disponibles en France depuis 1994. ⁵ Ils sont délivrés en cellule ou à l'UCSA par les infirmiers. Les pratiques sont hétérogènes, avec une augmentation progressive des prescriptions de TSO en milieu carcéral. ⁶ Instaurer ou maintenir un traitement en prison et le poursuivre à la sortie sont des stratégies qui permettent de réduire la rechute, la réincarcération, la contamination par l'hépatite C et la mortalité post-libération. ^{6,7,8} Cette dernière est élevée en particulier dans les 15 jours suivant la remise en liberté. Elle est le plus souvent en lien avec l'usage de drogue (overdoses) et avec le suicide. ^{9,10}

A leur sortie, les détenus sont confrontés à des problèmes de logement, de chômage, d'accès aux soins. A cela s'ajoute une certaine précarité, l'isolement social, des moyens de déplacements limités, et un environnement souvent délétère. ^{10,11} Les détenus usagers d'opiacés ont un fort taux d'antécédents d'incarcérations et d'overdoses. En effet, 79% d'entre eux prenaient des TSO à leur entrée, et 84% avaient déjà été pris en charge pour un problème d'addiction. ⁸ On estime que 16% des patients suivis en structure ambulatoire ont été adressés par le système pénal. ¹

La réussite du processus de sortie dépend de l'accompagnement et des stratégies d'insertion à la sortie ainsi que de prévention de la récurrence. Pour cela, les problèmes d'ouverture des droits sociaux et de logement doivent être anticipés par les intervenants, que ce soit les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) ou les CSAPA référents

en détention. ^{4, 12} Ces derniers ont pour rôle d'adresser le patient dépendant vers une structure spécialisée à sa sortie, avec qui le détenu a eu un contact préalable au cours de la peine, si possible dès l'initiation du TSO. Ces liens entre service sanitaires en milieu libre et carcéraux se retrouvent dans la plupart des pays européens. Cela permet de favoriser le relais en milieu libre et le suivi par l'équipe extérieure qui devient un repère rassurant et non un facteur anxiogène. ^{7, 13} Ce travail, en lien avec les SPIP inclut en théorie l'autorisation de permissions de sortie et d'appels téléphoniques adressés aux centres de soins en addictologie de manière préalable à la libération. Des réunions de synthèse SPIP et CSAPA sont organisées régulièrement dans un souci d'échange des informations. Les ordonnances de sortie réalisées sont valables jusqu'à la date du rendez-vous en structure ambulatoire avec des traitements délivrés pour 48 à 72 heures. ^{7, 14}

Malgré ces recommandations, de nombreux détenus échappent à la prise en charge du fait du manque de coordination des services et des sorties dites "sèches" (immédiate, non préparée). Pourtant, on estime que plus de la moitié des UCSA a mis en place des procédures formalisées pour le suivi à la sortie pour les patients sous TSO et/ ou séropositifs pour le VIH et/ou le HCV. ⁶

Même pour les patients ayant pu bénéficier des services médicaux, sanitaires et sociaux, la sortie reste une période à risque mais peu d'études ont été publiées à ce propos et on ne trouve aucun article s'intéressant au devenir du suivi médical post-libération. Quelques publications se sont intéressées aux décès, aux rechutes, aux réincarcérations, aux overdoses ainsi qu'à la mise en place de programmes de réinsertion. ^{4, 10, 11, 12, 25}

Il paraît nécessaire de chercher à identifier le profil des détenus susceptibles d'être en rupture avec le milieu médical ou au contraire favorisant une bonne compliance aux soins. Les facteurs identifiés dans les articles étudiant les rechutes, overdoses, décès et réincarcération pourraient se retrouver dans notre étude.

La connaissance des caractéristiques des détenus sous TSO se rendant ou non à leur rendez-vous médical post-libération permettrait ainsi d'améliorer et de favoriser le suivi en milieu libre.

Ainsi, nous nous sommes fixés comme objectif principal de mettre en évidence les facteurs associés à la continuité ou à la rupture du suivi immédiat post-libération des détenus dépendants aux opiacés.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective multicentrique au sein de deux maisons d'arrêt : Grasse et Nice, entre le premier janvier 2017 et le 31 juillet 2019.

B. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient : les détenus suivis par le CSAPA de Grasse et le SMPR de Nice respectivement incarcérés à la maison d'arrêt de Grasse et de Nice, ayant eu une prise en charge pour leur addiction aux opiacés au cours de leur incarcération, traités par TSO et ayant bénéficié d'une consultation de sortie avec prise d'un rendez-vous médical post-libération durant la période de l'étude.

Les critères d'exclusion étaient : les patients sortis sans rendez-vous prévus en milieu libre, ceux ayant été transférés dans un autre centre d'incarcération, le lieu de rendez-vous de consultation non renseigné dans les dossiers.

C. Recueil des données

A la maison d'arrêt de Grasse, j'ai recueilli dans un premier temps la liste de tous les patients sous TSO suivis par l'équipe du CSAPA référent en détention au cours de l'année 2018. Les numéros d'écrou des patients étant répertoriés dans un cahier, j'ai pu avoir accès au dossier médical de chaque patient dépendant aux opiacés et dresser une liste des détenus sortis de détention en 2018. Grâce aux informations répertoriées dans les dossiers médicaux sur le logiciel DXCARE commun à l'hôpital et à la maison d'arrêt, j'ai pu établir la liste des détenus étant sortis avec un rendez-vous médical pour la période post-libération. Par la suite, j'ai dû inclure de nouveaux patients en élargissant la période de sortie du premier janvier 2017 au 31 juillet 2019, avec l'aide du pharmacien de la maison d'arrêt.

A Nice, le médecin du SMPR et sa secrétaire ont répertorié les patients à inclure sur l'année 2018 et m'ont fourni les données présentes dans les dossiers médicaux papiers.

Pour évaluer le suivi dans les deux centres, j'ai recherché dans chaque dossier médical, le lieu de rendez-vous prévu et la date de celui-ci. J'ai ensuite appelé chacun de ces lieux afin de savoir si le patient s'était rendu à la consultation. Cela m'a permis de constituer deux groupes de patients : "rendez-vous honoré" et "rendez-vous non honoré".

D. Analyse statistique

Les données ont été analysées avec le logiciel RStudio version 1.2.5001.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une description de la population incluse.

Puis, nous avons cherché les facteurs associés à la continuité du suivi médical immédiat post-libération.

Nous avons utilisé des analyses univariées pour comparer les deux groupes à l'aide de tests de Student pour les moyennes, et de tests Chi pour les effectifs.

Le seuil de signification statistique a été fixé à 5%.

III. RÉSULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée

1. Caractéristiques générales de la détention

Mon étude inclut 71 détenus sous TSO, dont 59 sortis de la maison d'arrêt de Grasse entre le premier janvier 2018 et le 31 juillet 2019 et 12 de Nice au cours de l'année 2018. L'âge moyen est de 40.85 ans. La durée moyenne d'incarcération est de 45.46 mois pour un nombre d'incarcération moyen de 4.56 par individu. La raison de l'incarcération a pu être obtenue pour 46 détenus, dont 20 étaient en lien avec l'addiction.

2. Facteurs sociaux-économiques

67.61% des détenus sont célibataires et 71.83% sont sans enfant. On compte 18.31% de sans abris, les autres bénéficiant d'un logement durable ou provisoire. Les détenus déclarent avoir un emploi dans 38.03% des cas. 9 détenus étaient renseignés sans sécurité sociale à l'entrée sur 69 dossiers renseignés.

3. Facteurs addictologiques

47.89% des patients avaient une dépendance à une autre drogue que l'héroïne et 80.28% avaient déjà été suivis pour leur addiction. Au cours de la détention, le TSO le plus utilisé était la Buprénorphine (56.34%).

4. Facteurs psychiatriques

Sur 69 détenus, 26 avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie. Une pathologie psychiatrique était notifiée dans les dossiers médicaux pour 22.54% d'entre eux (N=71). Un antécédent de tentative de suicide était relevé pour 40% des détenus inclus (N=70).

5. Facteurs médicaux

Les sérologies virales étaient renseignées pour 68 patients : 32.35% ont eu ou avaient l'hépatite C et parmi eux 10 étaient en cours de traitement ; 16.18% étaient séropositifs pour l'hépatite B ; un détenu était séropositif pour le VIH.

6. Caractéristiques liées au suivi et au rendez-vous

Sur 71 détenus, l'information "rendez-vous prévu honoré" a pu être collectée auprès des lieux de consultation pour 68 d'entre eux.

Les rendez-vous pris au moment de la préparation de la sortie en détention ont été honorés par les détenus dans 61.76% des cas. Une injonction d'obligation de soin a été demandée pour 10.17% (N=59). Une ordonnance de sortie a été délivrée au patient dans 88.24% des cas (N=68). Le rendez-vous a été pris dans la même ville que le lieu de détention dans 44.29% des cas.

Les patients ayant honoré le rendez-vous ont été comparé à ceux ne s'étant pas présentés, grâce à une analyse univariée.

B. Comparaison des deux groupes sur les facteurs étudiés

1. Caractéristiques générales de la détention

Tableau 1. Facteurs liés à l'incarcération dans le suivi immédiat post-libération. Analyse univariée.

| | ALL (N=68) | pas de suivi (N=26) | suivi (N=42) | P.overall | N |
|---------------------|---------------|---------------------|---------------|-----------|----|
| | N(%) ou N(ET) | N(%) ou N(ET) | N(%) ou N(ET) | | |
| Age, (années) | 40.87±8.34 | 40.04±8.93 | 41.38±8.02 | 0.534 | 68 |
| I*_Lieu | | | | 0.138 | 68 |
| Grasse | 59 (86.76%) | 25 (96.15%) | 34 (80.95%) | | |
| Nice | 9 (13.24%) | 1 (3.85%) | 8 (19.05%) | | |
| I*_durée (mois) | 43.32±66.43 | 44.38±76.57 | 42.67±60.30 | 0.923 | 68 |
| I*_nombre | 4.71±4.90 | 5.58±5.64 | 4.17±4.37 | 0.282 | 68 |
| I*_liée à addiction | | | | 1.000 | 46 |
| oui | 20 (43.48%) | 9 (45.00%) | 11 (42.31%) | | |
| non | 26 (56.52%) | 11 (55.00%) | 15 (57.69%) | | |

I* : incarcération

On ne note aucune différence entre les deux groupes quant aux facteurs d'incarcération.

2. Facteurs sociaux-économiques

Parmi les 42 détenus s'étant rendus à leurs rendez-vous de consultation post-libération, 78.57%, étaient célibataires et 53.85% de ceux qui ne s'y sont pas rendus étaient en couple. ($p = 0.013$).

Le reste des variables analysées n'étaient pas significatives. Toutefois les patients s'étant rendus au rendez-vous auraient moins souvent des enfants (26.19%) que ceux qui n'y sont pas allés (30.77%). ($p = 0.896$) Les individus ne faisant pas le suivi immédiat était plus souvent sans logement (23.08%) que ceux le faisant (16.67%). ($p = 0.540$) Les autres patients avaient un logement durable ou provisoire. Les patients se rendant en consultation étaient plus souvent sans emploi (66.67%) que dans le groupe qui n'y allait pas (53.85%). ($p = 0.423$) La proportion de patients sans sécurité sociale était plus importante (16.67%) chez ceux qui ne faisaient pas le suivi par rapport à ceux qui le faisaient (9.52%) ($p = 0.448$).

3. Facteurs addictologiques

Le fait d'être dépendant à une autre drogue, et d'avoir déjà été pris en charge en addictologie n'influence pas le suivi ($p=1.000$). Parmi ceux qui allaient à leurs rendez-vous, 50 % étaient sous méthadone, ce qui était plus que chez ceux qui n'y allaient pas (34.62%) ($p=0.322$).

4. Facteurs psychiatriques

On retrouve plus de patients ayant des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie chez les patients étant allés à leur rendez-vous (41.46%) que chez ceux qui ne l'ont pas honoré (36%) ($p=0.856$). Tandis que le fait d'avoir une pathologie psychiatrique ou un antécédent de tentative de suicide ne jouait pas sur le maintien de suivi prévu ($p=1.000$).

5. Facteurs médicaux

Les deux groupes comparés sur leur statut viral "VHC" étaient similaires ($p=1.000$) mais une tendance se détache lorsqu'on s'intéresse à la présence d'un traitement ($p=0.057$). 85.71% des patients VHC + n'allant pas à leurs rendez-vous avaient un traitement, alors que 30.77% de ceux qui y allaient en avaient un. (N=20)

6. Facteurs liés au suivi et au rendez-vous

L'analyse des deux groupes sur le lieu du rendez-vous de suivi était statistiquement significative ($p=0.016$). Les détenus qui se rendaient aux consultations dans une ville étaient 56.10% à sortir de détention de la maison d'arrêt de cette même ville. On observe que 76.92% de ceux qui n'allaient pas au rendez-vous avaient une consultation prévue dans une ville différente de celle de l'incarcération. Les 6 patients qui avaient une obligation de soins se sont rendus à leur rendez-vous. ($p=0.034$) (N=59).

IV. DISCUSSION

A. Les facteurs étudiés

Lors de mon étude, je me suis intéressée aux facteurs de risque ayant démontré dans la littérature un impact sur le décès, la rechute, les overdoses et la réincarcération. Il s'agit à la fois de caractéristiques liées à l'individu (âge, sexe, statut virologique, comorbidités psychiatriques, co-addictions) et aux conditions de vie des patients (famille, logement, travail, isolement social, aides sociales, précarité, situations de stress, exposition au produit.)^{10, 11,14} Je me suis intéressée aux caractéristiques du suivi : antécédent de prise en charge, lieu de rendez-vous, délivrance d'ordonnance, obligations de soins.

La motivation du patient, son acceptation et ses attentes du traitement sont des facteurs subjectifs importants dans le maintien d'un suivi mais que je n'ai pas pu explorer dans cette étude rétrospective. De même, le craving, facteur connu de rechute, n'a pas pu être évalué car non renseigné dans les dossiers.

B. Les limites de l'étude

Ce travail présente des forces et des limites.

La pauvreté de la littérature sur ce sujet peut être expliquée par un manque d'informations disponibles au niveau administratif. La plupart des données existantes en France sont recueillies par l'OFDT.

L'échantillon de détenus que nous avons étudié est de faible effectif, entraînant un manque de puissance de notre analyse. De fait, elle n'a pu être réalisée que de manière univariée. De nombreux obstacles ont été rencontrés lors de l'inclusion des patients.

A Nice, l'accès aux dossiers n'a pas été autorisé du fait du secret médical. Les patients ont été recrutés par l'intermédiaire d'un des médecins du SMPR pour une période plus courte qu'à Grasse. Le nombre de patients sélectionné est donc plus faible.

A Grasse, un travail important a été effectué afin de retrouver les détenus sous TSO sortis d'incarcération, à partir d'une liste de patients suivis par le CSAPA et d'une autre éditée par le pharmacien de la maison d'arrêt. Ces contraintes ont pu être à l'origine de biais d'inclusion. Sur les deux sites, le suivi et la sortie des patients dépendants aux opiacés sont réalisés sur le même modèle. La différence réside dans le type de structure soignante.

A Grasse, ce sont des intervenants externes exerçants au CSAPA, et à Nice ce sont des soignants du SMPR de la maison d'arrêt avec des compétences psychiatriques. Le recueil des données à Nice a été renseigné par le SMPR, à partir de dossiers papiers. A Grasse, le dossier informatique était renseigné par deux médecins du CSAPA, de manière différente. La donnée "rendez-vous honoré" n'a pas pu être recueillie auprès de certaines structures qui n'ont pas voulu fournir l'information protégée par le secret professionnel.

L'analyse univariée ne nous permet pas de prendre en compte les possibles facteurs de confusion. Cette étude nous suggère des pistes, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires grâce à des études prospectives sur des échantillons plus importants, une période plus longue, et impliquant plusieurs centres pénitenciers.

C. Constats

Les données démographiques des individus inclus dans notre étude sont similaires aux données bibliographiques concernant les détenus et les usagers de drogue. Comme dans notre étude, ils ont en moyenne 40 ans, sont célibataires, sans enfant.^{15, 16, 17} Ils ont une domiciliation précaire ou stable, et n'ont pas d'emploi.^{17, 18} Les détenus de notre analyse ont plus souvent accès aux aides sociales que ce qui aurait pu être attendu.⁸ Cela peut être expliqué par des erreurs lors de la saisie des informations dans les dossiers médicaux, renseignés à partir de l'interrogatoire des détenus. Dans les antécédents, il existe une polytoxicomanie pour laquelle ils étaient déjà suivis, et des maladies psychiatriques.^{3, 8} Le taux de tentative de suicide est plus élevé dans notre étude que dans la littérature.¹⁷ Le TSO le plus utilisé était la buprénorphine.³ La prévalence de la séropositivité VIH est comparable à ce qui a été mesuré en 2003 parmi les entrants en prison en France. Celle du VHC était huit fois plus élevée qu'attendue, probablement liée à la campagne de dépistage de cette hépatite en prison et la proposition de tests de manière systématique lors de la consultation d'entrée.^{19, 20}

Les détenus qui se rendent à leur rendez-vous sont célibataires dans 78.57% des cas. On peut expliquer ce résultat significatif par le fait qu'ils n'ont pas à s'occuper de leur famille à leur sortie. Cette hypothèse peut être renforcée par le fait qu'ils auraient également moins souvent des enfants. Ceux étant en couple peuvent retrouver une compagne ayant aussi une addiction aux opiacés. Le travail semble également être prioritaire sur le suivi médical. Les résultats indiquent des tendances auxquelles nous pouvions nous attendre au regard de la littérature existante. Le suivi semble être mis à défaut lorsque les individus retrouvent des

conditions précaires : absence de logement et de droits sociaux. Cette précarité est synonyme d'environnement à risque de rechute.

On peut faire l'hypothèse que les patients allant à leur rendez-vous sont plus souvent sous méthadone car celle-ci nécessite un renouvellement par un médecin exerçant dans un CSAPA ou à l'hôpital. Elle est plus difficile à trouver dans la rue que la buprénorphine qui par ailleurs peut être prescrite par tout médecin. Dans notre étude, les patients sortent de détention avec quelques jours de traitements, en général pour 48 à 72 heures et une ordonnance de sortie jusqu'à la date de rendez-vous qu'il était nécessaire de renouveler. Le contenu des ordonnances de sortie n'était pas toujours renseigné dans les dossiers.

Nous nous attendions à ce que les patients qui faisaient le suivi aient des antécédents psychiatriques.¹⁴ Or notre étude ne retrouve rien de tel. Cela peut être expliqué par le fait que les pathologies sont peu dépistées et suivies en prison. On estime que 19 % des entrants sont dirigés vers un suivi psychiatrique, alors que 52 % en auraient besoin.²⁰

On aurait pu penser que les patients se rendant aux consultations de suivi auraient plus souvent une sérologie virale positive car celle-ci nécessite un suivi régulier médical. L'initiation d'un traitement pour l'hépatite C lors de l'incarcération ne semble pas influencer la continuité des soins. Il n'y a actuellement aucune donnée existante sur le suivi post-carcéral des détenus traités pour une hépatite C.¹⁹

Dans cette étude, on note une forte influence de la proximité du lieu de consultation. Lorsque celui-ci est éloigné du lieu d'incarcération, le rendez-vous n'est pas honoré. L'hypothèse proposée étant que la ville dans laquelle est située la maison d'arrêt est également celle du lieu de vie. De plus, le contact préalable avec l'équipe du CSAPA en prison qui sera celle qui poursuivra le suivi en milieu libre, peut être rassurant pour le patient. Les CSAPA situés dans une ville éloignée sont parfois choisis à la sortie par les détenus pour le suivi, dans la perspective d'un déménagement ou d'un projet.¹⁶ Nous n'avons aucune donnée sur les moyens de mobilité des patients ni sur leur statut cognitif.

Comme nous nous y attendions, les obligations de soins semblent être un moyen efficace pour contraindre les détenus à se rendre aux rendez-vous pris. Les données n'étaient pas renseignées dans de nombreux dossiers, ce qui montre un manque de coordination entre les structures judiciaires et médico-sociales.

Notre étude montre que la continuité des soins après la sortie est assurée dans 61.76 % des cas, ce qui correspond à ce qui est retrouvé dans une étude réalisée auprès des professionnels des UCSA en 2010. Ceux-ci estiment que la poursuite de la prise en charge était correcte pour les patients sous méthadone sans pour autant fournir de données supplémentaires.² Ils étaient orientés majoritairement vers des centres spécialisés, des

médecins généralistes ou hôpitaux.²⁷ Dans deux tiers des établissements, la continuité des soins est estimée problématique à la sortie.²⁶ En 2001, la difficulté la plus souvent évoquée était la gestion du traitement à la sortie, qui se résumait souvent à la distribution de TSO pour le jour de la sortie uniquement. Seulement 52 % des UCSA ont établi une procédure formalisée de continuité des soins.³ Encore faut-il que les SMPR et CSAPA soient prévenus de la libération des détenus, ce qui n'est pas le cas lors des aménagements de peines, ou lorsque celles-ci sont brèves.¹⁴ Le manque de personnel au sein des structures pénitentiaires et la difficulté à trouver une structure relais à la sortie s'ajoutent aux précédentes problématiques.

Les centres inclus dans notre étude font probablement partis de ceux qui ont réussi à mettre en place une procédure encadrée. Malgré cela des patients échappent à la prise en charge à la sortie. Nous ne savons pas si ceux qui se sont rendus au premier rendez-vous ont poursuivi le suivi. Les détenus qui ne se sont pas présentés peuvent s'être rendus dans un autre lieu de consultation, avoir repris un suivi plus tardif, ou avoir été réincarcérés ou être décédés.

D. Perspectives et actions

Notre étude montre que la prise en charge des détenus à leur sortie même encadrée, n'est pas optimale. Des tendances sont observées pour lesquelles des études prospectives et multicentriques pourraient apporter davantage de réponses.

Nous avons remarqué que le recueil des données était très difficile à réaliser en milieu carcéral du fait du secret médical, de la réticence des détenus à se livrer et de la collecte de données non standardisée. Les rares études existantes sont difficilement extrapolables du fait de leur grande variabilité.² Les dossiers médicaux en milieu carcéral gagneraient à être informatisés au sein de chaque structure avec un recueil spécifique aux addictions.

En France, le problème de la continuité des soins à la sortie de prison a fait l'objet de mise en œuvre de programmes de préparation à la sortie et de réinsertion sociale.

Une expérience pilote de Quartier Intermédiaire Sortant a été mise en place à Fresnes en 1992 suivi des Unités Pour Sortants qui ont été créés en 1997.²⁶ Le but est de responsabiliser les détenus en fin de peine et d'acquérir une certaine autonomie face aux difficultés de la sortie. Elles concernent des petits groupes d'individus sélectionnés sur la base du volontariat et accompagnés de manière multidisciplinaire. Plusieurs dysfonctionnements ont entraîné la fermeture de 50% de ces unités : perte des soutiens administratifs, de moyens financiers, difficulté de coopération entre les différents

protagonistes, transgression des détenus, contraintes liées au milieu carcéral.^{2, 22} L'impact de ces programmes a été difficile à évaluer du fait du faible nombre d'effectif. Leur efficacité sur la mortalité post-libération n'a pas pu être démontrée. Dans le Nord Pas de Calais, un Accueil Temporaire pour la réinsertion a été mis en place au sein d'un SMPR. Les résultats montrent que 68% des détenus pris en charge étaient encore dans le soin après leur séjour.
2

Plus récemment, une Unité de réhabilitation pour usagers de drogues a été mise en place à Neuvic, s'inspirant de modèles Européens (Madrid, Londres). Un rapport d'évaluation datant de 2018 encourage l'extension à d'autres centres devant un taux d'abandon faible et un vécu positif de la part des détenus.²³ Un programme d'intervention en toxicomanie mené dans un établissement de détention à Québec en 2015 pointait les mêmes difficultés de mise en œuvre.²⁴ Ces constats nous amènent à penser que de tels projets sont à développer au sein des maisons d'arrêts avec des améliorations à proposer telles que la formation des personnels pénitentiaires, une information sur les structures existantes en milieu libre, une sélection adaptée des détenus participants et des personnels intervenants, une communication entre ceux-ci, et un soutien financier.

La proposition d'aménagement de peines à visée de réinsertion et des mesures de semi-liberté nécessite la présence de logements pour les détenus à leur sortie. Les structures d'accueil pour « sortants de prison » doivent être soutenues et développées en ce sens. A Nice il existe des centres d'hébergement et de réinsertion sociale ainsi que des associations d'aide aux détenus et sortants de prison.

La possibilité d'autoriser des permissions de sortie afin de préparer « l'après détention » n'est pas réalisée dans les centres de notre étude. Une solution pourrait être apportée par le développement de la télémédecine grâce à un contact visuel et à un échange préalable avec les intervenants extérieurs.

Devant la proportion non négligeable d'incarcérations en lien avec des substances illicites, des dispositifs écartant les usagers de la prison et les orientant vers des programmes de traitement avec obligation de soins peuvent être une solution à envisager.

Suite à notre étude, la maison d'arrêt de Nice collecte désormais l'information "présence au rendez-vous pris" pour le suivi médical post*libération.

V. CONCLUSION

A l'issu de ce travail de thèse, nous avons mis en évidence certains facteurs influençant la continuité immédiate de suivi au sein de la population des maisons d'arrêt : le célibat, la proximité des lieux de rendez-vous médicaux, les obligations de soins. Ces deux derniers peuvent faire l'objet de réflexions nouvelles.

L'exploration de ces facteurs nous paraît essentielle dans la prise en charge des détenus dépendants aux opiacés à leur sortie.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.** Tendances et évolutions. Luxembourg: Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies; 2018.
- 2.** M. POUSSET ; C. DIAZ GOMEZ ; M. L. TOVAR ; V. EROUKMANOFF ; O. LE NEZET ; et al. National report (2010 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT. 2011.
- 3.** Inserm (dir.). Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances. Rapport. Paris : Les éditions Inserm ; 2012, XII-586 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/2072>
- 4.** Ministère des solidarités, de la santé et de la famille ; Ministère de la justice ; E. COUTY ; W. DAB ; D. LIBAULT ; J. J. TRÉGOAT ; P. MOLLE. Circulaire DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP n°2005-27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale. BO Santé n° 05/02. 2005, p.70-72
- 5.** Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. JORF n°15.1994. Titre 1er-chapitre II-art.2.
- 6.** DGS. Enquête PREVACAR - Volet offre de soins : VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Paris : DGS (Direction Générale de la Santé) ; 2011.
- 7.** DGS. Guide des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. 2013.
- 8.** OFDT. Substitution et réincarcération : Éléments d'analyse d'une relation complexe. Déc 2007 ; (57).
- 9.** Zlodre, Jakov & Fazel, Seena. All-Cause and External Mortality in Released Prisoners: Systematic Review and Meta-Analysis. American journal of public health. 2012 ; 102. 10.2105/AJPH.2012.300764.
- 10.** Binswanger IA, Nowels C, Corsi KF, Glanz J, Long J, Booth RE, et al. Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors. Addict Sci Clin Pract. 2012 ; 7(1):3.

- 11.** Fox AD, Maradiaga J, Weiss L, Sanchez J, Starrels JL, Cunningham CO. Release from incarceration, relapse to opioid use and the potential for buprenorphine maintenance treatment: a qualitative study of the perceptions of former inmates with opioid use disorder. *Addiction Science & Clinical Practice*. 16 janv 2015 ; 10(1):2.
- 12.** Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 4^{ème} édition. 2018.
- 13.** MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE. Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 n°2010-390 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. 2011;173.
- 14.** Johanne Prudhomme, Pierre Verger, Michel Rotily. Fresnes- Mortalité des sortants. Etude rétrospective de la maison d'arrêt de Fresnes. Second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS). OFDT. Décembre 2003 ; p.60
- 15.** Rapport Européen sur les drogues, Tendances et évolutions. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. 2019.
- 16.** Makouala M, Plancke L, Harbonnier J, Malice W. Le suivi des usagers de drogue est-il possible ? *Psychotropes*. 2004;10(1):19-46.
- 17.** Françoise Facy. Usages de drogues et toxicomanies, Toxicomanes incarcérés. Haut Conseil de la santé publique, Actualité et dossier en santé publique n° 22. Mars 1998 ; VII.
- 18.** Emmanuelli J, Lert F, Valenciano M. Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France. INSERM U88 Institut de Veille Sanitaire. 1999 :64
- 19.** La santé des personnes entrées en prison en 2003. DRESS; 2005 mars. Report No.: 386.
- 20.** André-Jean Remy, Valérie Canva, Frédéric Chaffraix, Carmen Hadey, Laura Harcouet, et al. L'HÉPATITE C EN MILIEU CARCÉRAL EN FRANCE : ENQUÊTE NATIONALE DE PRATIQUES 2015. Hépatites B et C en populations spécifiques. *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire*. 20 juin 2017;

- 21.** Ivana, Obradovic, Tiphaine, Canarelli. Primoprescription de méthadone en établissement de santé, Analyse des pratiques médicales en milieu hospitalier et pénitentiaire depuis la mise en place de la circulaire du 30 janvier 2002. OFDT, Tendances n°60. 2008 avr.
- 22.** Brillet E. La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique. Archives de politique criminelle. 2009;31(1):107-43.
- 23.** Caroline Protais. L'unité de réhabilitation pour usagers de drogues du Centre de détention de Neuvic, Bilan de fonctionnement. OFDT. sept 2018.
- 24.** Chantal Plourde, Ph.D, Marc Alain, Ph.D, Francine Ferland, Ph.D, Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc, Catherine Arseneault, Ph.D. Bilan de l'implantation du programme d'intervention en toxicomanie offert par le Centre de réadaptation en dépendance de Québec à l'Établissement de détention de Québec. Mars 2015.
- 25.** Westerberg VS, McCrady BS, Owens M, Guerin P. Community-Based Methadone Maintenance in a Large Detention Center is Associated with Decreases in Inmate Recidivism. Journal of Substance Abuse Treatment. 1 nov 2016 ; 70:1-6.
- 26.** Ivana OBRADOVIC. ADDICTIONS EN MILIEU CARCÉRAL , Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003. Focus Consommateurs et conséquences. OFDT. Dec 2004.
- 27.** Ivana Obradovic, Tiphaine Canarelli. Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire, Analyse des pratiques médicales depuis la mise en place de la circulaire du 30 janvier 2002 relative à la primo-prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé. OFDT (Evaluation des politiques publiques). 2008 Fev.

ANALYSE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA CONTINUITÉ DU SUIVI MÉDICAL POST-LIBÉRATION DES DÉTENUS TOXICOMANES SUR LES SITES DES MAISONS D'ARRÊT DE GRASSE ET NICE ENTRE JANVIER 2017 ET JUILLET 2019.

Introduction : La dépendance aux opiacés en milieu carcéral est fréquente. Les prises en charges médicales sont hétérogènes et complexes. Les risques à la libération sont nombreux, notamment la mortalité dans les 15 premiers jours, en lien avec les overdoses. Dans ce contexte, nous avons tenté de mettre en évidence les facteurs associés à la continuité immédiate des soins au sein de patients issus de deux maisons d'arrêt à Nice et à Grasse.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique portant sur des patients suivis dans une des maisons d'arrêt pour une addiction aux opiacés, et étant sortant entre le premier janvier 2017 au 31 juillet 2019. Les données concernant les patients et le suivi ont été récoltées dans les dossiers médicaux et par téléphone. Nous avons étudié les variables à l'aide d'analyses univariées.

Résultats : Sur 71 détenus inclus, l'information concernant le suivi immédiat a pu être obtenue pour 68 d'entre eux et 61.76% sont allés à leur rendez-vous. Pour 44.29% des patients, la consultation de suivi a été prise dans la ville de détention. Il était plus nombreux à s'y rendre lorsque c'était le cas. (56.10%, $p=0.016$). Dans 10.17% des cas une obligation de soins a été mise en oeuvre. Tous sont allés à leur rendez-vous. On constate que le célibat est plus fréquent chez les patients qui se rendent en consultation que ceux qui n'y vont pas (78.57% vs 53.85%, $p=0.013$). On note que 32.35% des détenus ont l'hépatite C. Les patients traités étaient plus nombreux dans le groupe qui ne réalisait pas le suivi. (85.71% vs 30.77%, $p=0.057$)

Conclusion : Nos résultats suggèrent le rôle de plusieurs facteurs dans la poursuite des soins immédiats post-libération : le célibat, le lieu de rendez-vous, le traitement pour le VHC, les obligations de soins. La confirmation de ces constatations par des études prospectives avec de plus grands effectifs permettrait d'améliorer le suivi médical à la libération des détenus.

ANALYSIS OF FACTORS WHICH INFLUENCE THE FOLLOW-UP AFTER THE RELEASE OF HEROIN ADDICT INMATE AT GRASSE AND NICE PRISON BETWEEN JANUARY 2017 AND JULY 2019.

Introduction : The dependence to opioid is common in prison environment. The medical care are heterogeneous. There are a lot of risks link with overdose after the release, especially during the 15 following days. The follow-up organization is complicated. It's in this context that we try to highlight the factors which are associated with the continuity of care in two prison in Nice and Grasse.

Materials and methods : This is a retrospective and multicenter study about the patients who were treated for opioid addiction in one of the two prisons. They were released between the first january 2017 ans the 31th july 2019. The patients' data and the follow-ups have been collected into the medical file and by phone interview. We have used univariate analysis.

Results : We manage to obtain the information about the close follow-up for 68 out of 71 inmates. 61.76% of them went to the doctor's appointment. The follow-up consultation was in the town of the incarceration in 44.29 % of the cases. In these circumstances, they were more numerous to go to the doctor after the release. (56.10%, $p=0.016$) An obligation of care has been established in 10.17% oh the cases and each of them went to their appointment. We notice that the patients who go to the doctor have a higher frequency of single status than those who don't. (78.57% vs 53.85%, $p=0.013$). The hepatitis C's serology is positive for 32.35% of the inmates. There were more patients who had a treatment in the group who doesn't do the follow-up. (85.71% vs 30.77%, $p=0.057$)

Conclusion : Our results suggest that several factors play a role in the continuity of the cares after the release : the single status, the location of the appointment, the HVC treatment, the obligation of care. Some prospective studies with a higher number of patients' inclusions have to be done in order to refine our results. Thanks to that, we could be more enable to improve the follow-up after the inmates' release.