



HAL
open science

État des lieux de l'offre de substitution médicamenteuse aux opiacés en milieu pénitentiaire français : place de l'association buprénorphine-naloxone au sein des pratiques des médecins en milieu carcéral

Marion Jouhanneau

► To cite this version:

Marion Jouhanneau. État des lieux de l'offre de substitution médicamenteuse aux opiacés en milieu pénitentiaire français : place de l'association buprénorphine-naloxone au sein des pratiques des médecins en milieu carcéral. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02974182

HAL Id: dumas-02974182

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02974182>

Submitted on 21 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

JOUHANNEAU MARION

le 15/11/2018

TITRE :

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SUBSTITUTION MÉDICAMENTEUSE AUX
OPIACÉS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE FRANÇAIS : PLACE DE L'ASSOCIATION
BUPRÉNORPHINE-NALOXONE AU SEIN DES PRATIQUES DES MÉDECINS EN
MILIEU CARCÉRAL

Directeur de thèse : Dr Fadi MEROUEH

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT, Professeur des universités, Médecine générale

Accesseurs : Pr Sébastien GUILLAUME, Professeur des universités, Praticien
hospitalier, Urgences et post-urgences psychiatriques

Pr Nicolas NAGOT, Professeur des universités, Praticien hospitalier,
Biostatistiques, information médicale et technologie de la
communication

Dr Fadi MEROUEH, Praticien hospitalier, Docteur en médecine
générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

JOUHANNEAU MARION

le 15/11/2018

TITRE :

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SUBSTITUTION MÉDICAMENTEUSE AUX
OPIACÉS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE FRANÇAIS : PLACE DE L'ASSOCIATION
BUPRÉNORPHINE-NALOXONE AU SEIN DES PRATIQUES DES MÉDECINS EN
MILIEU CARCÉRAL

Directeur de thèse : Dr Fadi MEROUEH

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT, Professeur des universités, Médecine générale

Accesseurs : Pr Sébastien GUILLAUME, Professeur des universités, Praticien
hospitalier, Urgences et post-urgences psychiatriques

Pr Nicolas NAGOT, Professeur des universités, Praticien hospitalier,
Biostatistiques, information médicale et technologie de la
communication

Dr Fadi MEROUEH, Praticien hospitalier, Docteur en médecine
générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILLAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand

MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Aux membres de mon jury de thèse :

Au **Pr Philippe Lambert**, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et merci pour l'engagement que vous portez à notre formation en médecine générale. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Au **Pr Sébastien Guillaume**, merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je vous ai rencontré lors de mon stage d'endocrinologie, et je me souviens de votre disponibilité et de votre écoute.

Au **Pr Nicolas Nagot**, merci d'avoir répondu présent au commencement de mon travail de thèse : nos rencontres m'ont beaucoup aidé à formuler plus clairement mon sujet et ses objectifs. Merci également pour votre aide et celle de votre équipe dans la réalisation du travail de statistiques.

Au **Dr Fadi Meroueh**, merci pour votre disponibilité, votre pédagogie et votre engagement dans ma formation lors de mon stage à la prison de Villeneuve-lès-Maguelone. Merci de m'avoir guidée, accompagnée et soutenue tout au long de ce travail de recherche.

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie en stage, le **Dr Dunand**, le **Dr Stefanaggi** et le **Dr Maurel**, merci pour votre simplicité, votre écoute et votre compagnonnage tout au long de ce stage en cabinet de médecine générale. Un merci tout particulier au Dr Maurel, découvrir votre pratique, en cabinet, en EPHAD et en IME au sein de ces anciens villages miniers fut une très belle expérience professionnelle et personnelle.

Au **Dr Chokri Boubakri**, merci de m'avoir ouvert les portes des consultations et de l'HDJ gériatrique du centre Antonin Balmes. Vous êtes un très bon formateur et un très bon médecin. Merci pour votre sympathie et votre humour.

Au **Dr Sophie Le Gouefflec** et **Emilie Busson**, merci de m'avoir accueillie au sein de la maison de santé de St Pierre La Cour. Je n'aurais jamais cru venir travailler en Mayenne un jour et pourtant ! Merci pour l'entraide qui règne dans votre cabinet.

Merci aux patients, qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale depuis bientôt deux ans maintenant, ceux qui m'angoissent avec leurs angoisses, ceux dont je ne cerne pas bien le motif de consultation, ceux qui sont gentils, ceux que j'essaye d'aider sans trop savoir si j'y arrive, ceux qui me rendent triste à l'intérieur, ceux qui me racontent leur métier et leur vie, ceux qui sont d'une honnêteté déconcertante... Et merci à mon chéri de supporter mon quart d'heure débriefing du travail tous les soirs.

Un grand merci à ma famille,

Papa, merci d'avoir relu et corrigé ce travail et chacune de mes productions scolaires de mes sept ans jusqu'à aujourd'hui. Je peux sans aucun doute toujours compter sur toi ! Tu as été un moteur dans mon apprentissage scolaire et sociétal. Tu n'as jamais eu d'attente et c'est ta plus belle qualité, quoique je décide, je ne me sens jamais jugée et je peux devenir et être ce que je souhaite.

Maman, tu es le ciment de notre famille ; c'est grâce à toi, qui organise, qui prévoit et qui nous réprimande parfois, que les liens se maintiennent solidement ! Merci pour ton amour et la force de caractère et d'indépendance que tu m'as donnée.

A mes frères adorés, **Pierrot**, droit et sincère, tu ne triches jamais et tu es fidèle aux gens qui te sont proches. Moi je t'aime ton caractère bien trempé ! **Hugo** dit « le petit », j'adore tes éternels questionnements « où vais-je », « ai-je pris les bonnes décisions », j'ai l'impression de revivre l'angoisse de mes 20 ans ! Sois patient, après quelques années la vie devient plus sereine et je serais là pour te rappeler l'art de la communication verbale avec tes conquêtes !

A **Julie**, je t'ai connue à 15 ans, optimiste souriante et chaleureuse et ça n'a pas changé ! Un gros bisou à ma crème, mon chouine-chouine, mon **Sacha**, je ne te vois pas souvent mais ta tatie t'adore !

Un grand merci à **ma mamie Jacqueline, Moune ou Cabochon** selon les jours, tu continues de partager tes expériences bonnes ou mauvaises de la vie avec moi et c'est toujours un régal ! Merci de m'avoir accueillie chez toi dans les périodes orageuses de mon adolescence et pour toutes les belles choses qui restent à venir.

A **pépé Claude et à mémé Jacqueline**, merci pour ces bons moments passés à la Denillère puis à Vertou lorsque nous errions dans la cuisine pour pouvoir lécher les plats des pâtisseries et que nous nous battions pour avoir les cuillères minuscules en argent. Merci de m'avoir fait découvrir la peinture et l'art moderne.

Un merci **tonton Thierry et tonton Alain**, à ma **tatie Sido**, à mes cousins et cousines, **Claire, Julie et Yann, Léa et Gab, Éric et Nénette, Soizic et Pierre, Lola** et à la nouvelle génération **Lou, Jules, Eva et Alexis, Héloïse et Armel, Axel et Romane** ; parce qu'on aime toujours se retrouver tous ensemble : à Noël, bien qu'on rentre de plus en plus difficilement entre les murs ; à Noirmoutier et ses souvenirs du Petit Vieil, de la Madeleine et de la Grand-Rue ; à Aigrefeuille et ses framboises volées dans les grands jardins ; à la Huperie, où je ne sais toujours pas me rendre sans GPS, à sa collection de cassettes VHS et ses travaux interminables.

Une pensée pour **tonton Marco**, ta guitare, ta musique et ta voix nous manquent...

Merci à mes vieux amis de toujours,

A **Loulou** dit Lilliputien Miteux, merci de toujours trouver mieux à faire que de travailler !

« *Tu fais quoi ?* »

« *Je bosse sur ma thèse* »

« *Oublie, j'arrive chez toi dans 10min !* »

Je te dis simplement merci d'être là, depuis toujours et pour toujours j'espère. Tu es mon troisième frère et grâce à ta philosophie de la « consolidation du lien » qui contrebalance « l'échelle de gueule » on ne s'en sort pas si mal quinze ans après !

Aux Nantais :

Tiphaine (Touf la Bouz) anciennement acolyte démoniaque avec qui j'ai fait tous mes mauvais coups au collège et au lycée, merci pour ta générosité, ces souvenirs de classes où je me faisais toujours gronder à ta place, ta sournoiserie et ta folie. (ah boum boum chick ah boum boum)

Amaury (le Moutte), merci pour ta gentillesse et ton amitié. C'est promis un jour j'essaierai d'écouter tes playlists métalleuses, mais pas aujourd'hui !

Jules, un brin Caliméro, toujours motivé en soirée, même si on te perd souvent à la fin ! Tu restes le plus fin et le plus cultivé. Merci pour les séances de navigation sur le Zef et toutes nos discussions même houleuses parfois quand il s'agit d'écriture inclusive !

Simon (le Duc), merci pour ces séances piano-chant sur Phil Collins. Ma première année de médecine est un si bon souvenir grâce à toi !

Guillaume (Géographe), mon Goéland, j'aime ta simplicité et ton calme à toute épreuve.

Jérôme, tout a commencé par un Tourbillon de poil et une Mouche. Tu fais partie du noyau dur des fins de soirée avec Guillaume, Jules et Moutte, toujours au bar et jamais sur la piste de danse !

Romaine, parce que tu cours beaucoup trop vite mais que tu offres des shampoings !

Matou, rencontrée pendant les cours de danse de l'UNSS, puis détestée sur tes talons hauts puis adorée ! Tant de discussions lors de nos premiers échecs amoureux. Soit heureuse avec **Pierre**, « Alors Potter on traîne dans les couloirs » et bienvenue à Rennes (-:

Joffrey, parce que tu me fais rire et que tes imitations et tes moues sont parfaites !

Hugo, pour tes remarques piquantes mais souvent justes et **Mag**, pour ton sourire et ta joie de vivre.

On reste unis malgré le temps qui passe, on s'aime sans trop savoir pourquoi !

Merci pour tous ces chouettes moments : au Lycée Gabriel Guist'hau, ses cours d'Allemand, ses parties de tarots et de rubik's cube, le bol de maman chocapic, les blocus et le Moutte sur sa poubelle ; les sessions : Bourrine, St Brévin, Croisic, Mesquer, Ardèche, Palma, Noirmoutier, Chantenay, Belle Ile, les vacances au ski dans les sapins ; les pommes Bien Vu ; les paquets de chips disparus ; les afters dans les voitures ; les après-midi coinche, jeux de société ou initiation forcé au bridge ; la prépa Clémenceau et le jardin des plantes ; les poulets au four ; les navigations sur l'Erdre ; les soirées Football, multiplex, stade et mon petit gazon, subies et maudites ; les effractions dans les piscines du Club Mickey ; le maillot de bain du Loul ; Le Fortun ; les quizz du Mélo ; les soirées à l'Antidote et mille autres choses encore !

A **Timothée**, première rencontre au lycée, le cours de bolas est inoubliable. Nouvelle étape la faculté, premier projet coloc', amitié sincère et solide, beaucoup de rire et de soutien. Suite de l'épopée à Montpellier pour l'internat et puis maintenant que la roue est lancée il n'y a plus aucune raison que ça s'arrête !

Merci pour ta présence, toujours, ton soutien et ta générosité. Tu crois souvent plus en moi que je ne crois en moi-même, merci d'avoir confiance en mes capacités et de me pousser à faire mieux. Et surtout garde ton humour noir et ta répartie, moi j'adore !

Clémentine et Timothée, mes tous premiers colocs : La rue Fouré se souvient du tube d'Eiffel 65 et d'un certain incendie sur le balcon... **Clémentine**, nos petits moments toutes les deux et ta présence me manquent beaucoup depuis que je suis repartie.

A **Didouch'**, tu as été mon premier binôme de faculté, de soirée et de voyage ! Je ne sais pas ce que j'aurais fait sans toi !

A **Pierre-François**, car tu es celui qui me fait le plus rire et parce que tu es toi !

Un merci aux Martines : **Clémentine, Max et Juliette, Klervi, Titi et Enora, Boursicot, Lorane et Manu, Charlotte et Timothée, Chat et Chat et Eliott, Yoanna, Didi et Bruno, Pierre-François et Clémence**, car « Martine part toujours en vacances » malgré le temps qui passe ! Je me sens bien et je me sens forte quand je suis avec vous.

A ma coloc de D4, **Simon, Alix, Maeva, et Hugo**, notre Bus'family a été le cocon parfait pour survivre à la préparation des ECN. Nikita, Sergent Fox, Ponytella, Octopussy et Kalamity Bang Bang hantent encore mes nuits aujourd'hui.

A mes pintades Montpelliéraines avec qui j'ai tout partagé pendant mes trois ans d'internat. J'espère que malgré la distance, rien ne s'étiolera !

Lauranne, ma toute première rencontre à Carcassonne ! Souvenirs des KKBB, de notre duo diabolique Tic et Tac et ses mission tags en cachette. Parce que j'ai découvert qu'on pouvait ne pas savoir faire des pâtes et passer une heure à mettre de la crème hydratante.

Merci pour ton amitié et tes conseils avisés, tu décroches toujours quand j'ai besoin de toi ! J'admire ta force de caractère et ta pugnacité. Tu es sincère et loyale, avec toi pas de faux semblants et c'est ta plus belle qualité ! Merci d'être là.

Marion, ma Briffe ! Merci pour tous ces moments simples partagés avec toi, les 400 coups, les fins de soirées, les missions boites, les discussions interminables, les moments de doutes, de joies et les fous rires, le jacuzzi, les bons petits plats de ton **Paul** ! Et j'espère qu'il y en aura pleins d'autres ! Tu es généreuse drôle et entière, tu as le don de me mettre toujours de bonne humeur et de toujours me faire rire !

Marie, ma Chaisneau, pétillante, parfois boudeuse, toujours curieuse et partante pour l'Aventure ! Beaucoup de partages, d'échanges, de danse, de pleurs, de gaité et de taxis partagés. J'aime ta douceur et ton sourire. J'espère que ton épopée polynésienne avec **Thibault** est à la hauteur de tes espérances ! On se revoit très vite, tu me manques beaucoup ma belle.

Marion et Marie, merci pour le canapé vert. Vous m'avez accueillie chez vous comme une troisième coloc ! Big Up à tous nos moments devant le miroir !

A **Charlotte**, heureusement que l'internat de Béziers nous a mises côte à côte au fond du couloir, tu t'imagines sinon ! Merci pour ces beaux voyages à Berlin et à Prague avec **Briffe** à arpenter les rues et à faire la fête dans des endroits improbables. Merci de toujours tout partager avec moi et de me faire confiance. Je sais que je peux compter sur toi. J'admire ta motivation, ton énergie et ton courage, tu m'épates et m'impressionnes toujours.

Aux carcassonnais, qui ont coloré mes années d'internat !

Jbb, droit et fidèle, merci de m'avoir appris à jouer à la coinche, tu ne réalises peut-être pas mais c'est un de mes loisirs préférés aujourd'hui. **Marie**, ton rire reste gravé dans les mémoires ainsi que tes danses sur les tables de Carcassonne. **Chakir**, je regrette ton humour, tes bananes, tes motivationfull et tristessless et ta bonne humeur maintenant que je suis loin. **Radia**, toujours souriante et radieuse. **Toto**, souvenirs de tes péripéties carcassonnaises et de ton bilan métabolique. **Aline**, drôle, élégante et énergisante. **Lorène**, mi-duchesse, mi-prolétaire, un très beau mélange de grâce et de maladresse ; merci pour toutes ces fois où tu nous as fait rire.

Mathieu, ta spontanéité, ta bonne humeur et ton côté râleur sont un parfait cocktail pour être sûr de passer une bonne soirée. **Bastien**, mon premier co-interne, il s'en est passé des choses depuis la néphro ! J'aime ta créativité et ta curiosité et surtout échanger avec toi. **Clément**, dédicace à ta motivation de fin de soirée qui m'empêche d'aller dormir, ta relation fusionnelle avec Grisette et tes talents de danseur, merci pour les cafés au réveil et les petits lits douilletts que vous me préparez avec Lauranne.

Aux Narbonnais, **Ibrahim**, tu es bien la seule personne avec qui je peux chanter du Zaho/Cheb Mami sans avoir honte ! **Clément**, merci pour ton amitié fidèle et sincère, j'aime ta gentillesse, ton calme qui apaise, et tes bons petits plats du dimanche ; souvenir de la bulle de Fer et de notre rencontre avec la police sur le toit de l'internat de Béziers ! **Coline**, merci pour ces petites discussions l'air de rien mais qui sont toujours plaisantes et enrichissantes. Ton répertoire de paroles de chanson française surpasse le mien (j'avoue !). Garde ton humour piquant et acide.

Merci à mon coloc démentiel, **Bambi**, je suis très heureuse d'avoir pu te découvrir lors de ma dernière année à Montpellier. On aura beaucoup dansé ensemble et seuls au monde dans notre salon ! Tu as su me faire aimer la bière. On aura haï la voisine du dessous ensemble et réveillé la belle fille de la proprio. Souvenirs des cinés, de ta ronchon'attitude du matin, de tes pâtes carbo/au thon/aux olives/aux moules, mais toujours des pâtes, du fond sonore permanent, de nos balades et de mes attentes interminables devant la porte des toilettes !

A mes coloc du début, **Laure** et **Jess**, d'abord à Nîmes puis à Montpellier, pour les soirées télé, les vélos toujours de plus en plus nombreux, les talents culinaires de Jess et les selfies ratés de Vigouroux.

Aux riders, **Vincent**, **Bambi** et **Kevin**, parce que la mentalité des skieurs est basse et mesquine et que nous valons mieux que ça ! On aura bien rigolé sur les pistes, entre encouragements, gamelles, feuille morte, les cours de Papa Clément, la mauvaise humeur d'Alban, la possible fracture du métacarpe de Vincent et son incapacité à choisir entre Goofy et Regular et les « oh mon dieu il y a des skieurs !! »

A **Perrine**, co-interne en Or de mon stage au CHU, la team des Verts, heureusement que tu étais là pour m'aider et me soutenir pendant ces six mois ! On se sera bien amusés dans ce service !

A **Benoit**, pour nos aventures nocturnes surprenantes et enrichissantes !

Aux internes et chefs qui ont croisé ma route et avec qui j'ai passé des bons moments : Camille, Elodie, France, Etienne, Simon, Deborah, Marion, John, Yoan, Bérengère, François, Fanny, Raphaël, Antonia, Oriane, Jennycoeur, Raph, Marianne, Chloé, Loïc, Camille, Catherine, Floriane et sûrement beaucoup d'autres que j'oublie.

A ma femme, **Anna Maria**, nous partageons une si belle et si forte amitié depuis nos 11 ans ! Tu me connais mieux que personne, impossible de tricher avec toi ! Tu me pousses toujours au-delà de mes retranchements. J'aime nos soirées au coin du feu, nos verres de vin et ta vision souvent juste et acerbe de la vie. Notre amour est indéfectible.

A mon homme, **Kevin**, pour ces deux dernières années passées ensemble, après beaucoup d'allers et retours Montpellier-Brest, nous nous sommes enfin retrouvés et posés ensemble à Rennes ! Merci d'être là tout simplement et de partager ta vie avec moi. Je t'aime.

Table des matières

Liste des abréviations (Par ordre alphabétique)	7
Partie I : Mise au point sur la problématique des opiacés en France : cas du milieu carcéral ..	11
I) La pathologie addictive	11
A) Définition, physiopathologie et prise en charge	11
1) Définition de l'addiction	11
2) Diagnostic d'un trouble addictif / Evolution des critères diagnostiques	11
3) Le craving	15
4) Définition d'une substance psychoactive (SPA) et usage des SPA	16
5) Mécanismes neurobiologiques conduisant à l'addiction	17
6) Facteurs de risques de la pathologie addictive	19
7) Prise en charge de la pathologie addictive	19
B) Profil épidémiologique de la population usagère de drogue.....	21
1) Usage de drogues en France : données chiffrées	21
2) Des besoins sanitaires importants.....	21
3) Mortalité en rapport à l'usage de SPA.....	24
C) L'addiction aux opiacés	25
1) Généralités sur les opiacés	25
2) L'usage d'opiacés : données chiffrées et problématiques addictives	26
II) Les traitements de substitution aux opiacés :	28
A) Principes pharmacologiques.....	28
1) Pharmacologie des récepteurs aux opiacés au niveau du système nerveux central..	28
2) Pharmacologie du chlorhydrate de méthadone.....	30
3) Pharmacologie de la buprénorphine haut dosage	31
4) Pharmacologie de la naloxone.....	32

B)	Mise en place d'un TSO	34
1)	Objectif du traitement de substitution des opiacés	34
2)	Impact de l'introduction des TSO en France.....	35
3)	Nombre de personnes sous TSO en France	36
C)	Cadre de prescription des TSO en France	37
1)	La méthadone®	37
2)	Le Subutex® et ses génériques.....	38
3)	Le Suboxone®	39
D)	Le mésusage des TSO	40
1)	Définition	40
2)	Mésusage des TSO	41
3)	Suboxone® et mésusage : encore un faible niveau de preuve.....	43
III)	La santé en milieu carcéral	47
A)	Le milieu carcéral français	47
1)	Les structures pénitentiaires	47
2)	La population carcérale.....	49
3)	Surpopulation carcérale.....	50
4)	Des conditions de détention difficiles	50
B)	Accès aux soins en milieu pénitentiaire	51
1)	Le cadre législatif français.....	51
2)	Les règles européennes	53
3)	Structures de soins en milieu pénitentiaire.....	54
4)	Quelques chiffres	56
5)	Une promotion de la santé en milieu carcéral encore insuffisante	56
6)	Un manque de personnel soignant.....	57
C)	Etat de santé des personnes incarcérées en France : données épidémiologiques	57
1)	Une population fragilisée sur le plan socio-économique	57

2) Des prévalences des maladies infectieuses élevées.....	58
3) Handicap et prison	59
4) Des comorbidités psychiatriques.....	60
5) Conduites addictives.....	60
IV) Les addictions en milieu carcéral.....	62
A) Les usagers de drogues et la prison.....	62
1) L’incarcération : fréquente dans le parcours d’un usager de drogues.....	62
2) Poursuite des consommations au sein de la prison	63
3) Comportements à risque en prison	64
B) Soins addictologiques en milieu pénitentiaire	65
1) Le cadre législatif et la promotion d’une politique nationale de réduction des risques	65
2) L’organisation des soins addictologiques en milieu carcéral	67
3) L’évolution de l’accès aux TSO en milieu pénitentiaire français	69
4) Prise en charge addictologique et politique de réduction des risques en prison : des efforts à poursuivre.....	71
Partie II : Etude clinique : Offre de substitution médicamenteuse aux opiacés en milieu pénitentiaire et place du Suboxone® au sein de celle ci.....	76
I) Introduction.....	76
II) Matériel et méthode	78
A) Recrutement des établissements pénitentiaires et des médecins	78
B) Durée de l’étude.....	78
C) Questionnaire d’étude.....	78
D) Analyse des données.....	80
III) Résultats	81
A) Etat des lieux de l’offre de substitution médicamenteuse aux opiacés dans les prisons françaises en 2017	81

1) Taux de réponses et représentativité	81
2) Description des établissements réponders	81
3) Prévalence de détenus sous médicament de substitution aux opiacés (MSO)	88
4) Types de MSO prescrits en milieu carcéral.....	91
5) Accès aux MSO en prison.....	94
6) Lieu de dispensation des MSO en prison.....	95
7) Forme galénique choisie pour la Méthadone.....	96
8) Délivrance des MSO en milieu pénitentiaire	97
B) Place de l'association buprénorphine-naloxone parmi les MSO prescrits en milieu pénitentiaire.....	99
1) Taux de réponse et description des médecins réponders.....	99
2) Fréquence de prescription des MSO	100
3) Connaissance et prescription de l'association buprénorphine-naloxone dite Suboxone®.....	101
4) Raisons évoquées par les médecins concernant la prescription ou non de l'association buprénorphine-naloxone dite Suboxone®	101
5) Enquête de pratique	105
6) Avis personnel vis-à-vis du Suboxone®	110
7) Facteurs déterminants la prescription de Suboxone® en milieu carcéral	112
IV) Discussion.....	117
A) Limites et forces de notre étude	117
1) Ses limites	117
2) Ses forces	120
B) Les résultats de notre étude.....	121
1) Etat des lieux de la substitution médicamenteuse aux opiacés dans les prisons françaises.....	121
2) Place du Suboxone® au sein des pratiques des médecins carcéraux.....	137

VI) Conclusion	149
Bibliographie	151
Annexes	160
Annexe 1 : Questionnaire d'étude	160
Annexe 2 : Tableau des critères du trouble addictif d'après Goodman	170
Annexe 3 : Tableau des critères de la dépendance de la Classification Statistique internationale des maladies de l'OMS	171
Annexe 4 : Caractéristiques des établissements répondeurs	172
Annexe 5 : Tableau des résultats « Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcérale en fonction du type de prison » et analyse statistique univariée.....	173
Annexe 6 : Tableau des résultats « Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcéral en fonction de la DIR de la prison » et analyse statistique univariée	174
Annexe 7 : Tableau de résultats « Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcérale en fonction de la taille de la prison » et analyse statistique univariée.....	175
Annexe 8 : Tableau d'analyse univariée comparant les 2 groupes « détenus sous MSO » et « détenus non substitués » selon le type de prison et la présence d'une surpopulation dans l'établissement	176
Annexe 9 : Tableau des résultats : « taux de détenus sous MSO dans les différents types de prisons »	177
Annexe 10 : Proportion de détenus sous MSO selon la DIR et la taille de l'établissement carcéral	178
Annexe 11 : Tableau « Caractéristiques des médecins répondeurs »	179
Annexe 12 : Tableau des résultats « Attitude pratique vis-à-vis d'un patient jamais substitué »	182
Annexe 13 : Tableau des résultats « Attitude pratique vis-à-vis d'un patient jamais substitué parmi les sous-groupes prescripteurs et non prescripteurs de Suboxone® » .	183
Annexe 14 : Tableau des résultats « Attitude pratique concernant les patients dit "mésuseurs" ou "injecteurs" connus de BUPRENORPHINE » dans chaque sous-groupes prescripteurs ou non prescripteurs de Suboxone®.....	184

Annexe 15 : Tableau des résultats « Avis des médecins concernant le Suboxone® ».....	185
Annexe 16 : Facteurs déterminants la prescription de Suboxone® en milieu carcéral : Tableaux descriptifs des variables.....	185
Annexe 17 : Facteurs déterminants la prescription de Suboxone® : Comparaison statistique en analyse univariée des deux sous-groupes « médecins prescripteurs de Suboxone® » et « médecins non prescripteurs de Suboxone® ».....	189

Liste des abréviations (Par ordre alphabétique)

Afssaps : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

APA : Association américaine de psychiatrie

ARS : Agence régionale de santé

ASMR : Amélioration du service médical rendu

ASPEP : Association des professionnels de santé exerçants en prison

ASUD : Auto-support des usagers de drogues

BHD : Buprénorphine haut dosage

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie

CD : Centre de détention

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMU : Couverture médicale universelle

CP : Centre pénitentiaire

CPA : Centre pour peine aménagée

CPT : Comité pour la prévention de la torture

CSAPA : Centre spécialisé de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSL : Centre de semi-liberté

CSP : Code de santé publique

CSST : Centres spécialisés de soins aux toxicomanes

DAP : Direction de l'administration pénitentiaire

DGS : Direction générale de la santé

DHOS : Direction des hôpitaux du ministère de la santé

DIM : Département d'information médicale

DIR : Direction inter-régionale

DIU : diplôme inter-universitaire

DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments ou de substances

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders

DU : Diplôme universitaire

EPM : Etablissement pour mineur

ET : Ecart type

ETSR : Etablissement de santé de référence

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hospitalisation de jour

IC : Intervalle de confiance

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IGSJ : Inspection générale des services de justice

ILS : Infractions liées aux stupéfiants

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

IST : Infection sexuellement transmissible

MA : Maison d'arrêt

MC : Maison centrale

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie

MSO : Médicament substitutif aux opiacés

NEJM : New england journal of medicine

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OIP : Observatoire international des prisons

OMS : Organisation mondiale de la santé

OPPIDUM : Observation des produits psychotropes licites ou détournés de leur usage médicamenteux

OR : Odd-ratio

ORL : Oto-rhino-laryngé

OSIAP : Ordonnances suspectes indicateurs d'abus possible

OSSD : Observatoire des structures de santé des personnes détenues

PACA : Provence Alpes Cotes d'azur

QCM : Questionnaire à choix multiples

RdRD : Réduction des risques et des dommages

RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charges

REITOX : Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies

SIDA : Stade d'immunodéficience avancé

SMPR : Service médico-psychologique régional

SMR : Service médical rendu

SNC : Système nerveux central

SPA : Substance psychoactive

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

THC : Tétrahydrocannabinol

TSO : Traitement substitutif aux opiacés

UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires

UHSA : Unité hospitalière sécurisée aménagée

UHSI : Unité hospitalière sécurisée inter-régionale

US : Unité sanitaire

USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Partie I : Mise au point sur la problématique des opiacés en France : cas du milieu carcéral

I) La pathologie addictive

A) Définition, physiopathologie et prise en charge

1) Définition de l'addiction

« Processus de dépendance plus ou moins aliénante à des toxiques ou à des comportements. L'addiction est un processus par lequel un comportement humain permet d'accéder au plaisir immédiat tout en réduisant une sensation de malaise interne. Il s'accompagne d'une impossibilité à contrôler ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. » (Définition de l'encyclopédie Larousse en ligne)

Etymologiquement le mot addiction provient de « *ad-dicere* » terme latin qui signifie « *dire à* » faisant référence aux esclaves sous les romains n'ayant pas de nom propre et étant « *dit à* » leur pater familias. (1)

On trouve cette idée d'esclavage et d'absence de liberté face à un produit ou un comportement dans la définition actuelle du Larousse, laquelle rajoute la notion importante de perte de contrôle.

2) Diagnostic d'un trouble addictif / Evolution des critères diagnostiques

En 1990, A. Goodman, psychiatre, cité par Odier (2), publie dans le *British Journal of Addiction* un modèle présentant les critères diagnostiques du trouble addictif (*tableau présenté en annexe 2*). « L'addiction, [Odier cite la définition de Goodman], est une condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés :

- échec répété de contrôler ce comportement
- poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives. » (2)

Les critères définissant un trouble addictif ont évolué au fur et à mesure des progrès des connaissances mais restent toutefois toujours très proches du modèle de Goodman.

Actuellement, on trouve sur le site drogue.gouv.fr, la définition suivante : les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères. (3)

Il existe donc aussi des addictions sans substances (sexes, jeux vidéo etc.), mais ce concept plus récent et moins étayé scientifiquement est encore mal connu. Aujourd'hui seul le jeu pathologique est cliniquement reconnu comme une dépendance comportementale se rattachant aux addictions dans les classifications internationales, nous ne traiterons pas de ces dernières dans cet écrit.

La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) créée par l'Organisation Mondiale de la Santé définit le concept de syndrome de dépendance « comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. » Elle établit ainsi six critères parmi lesquels trois doivent être présents pour faire le diagnostic d'un syndrome de dépendance (annexe 3).

Le DSM 5 est la cinquième édition publiée en mai 2013 du « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* » (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). Ce manuel est une importante référence médicale psychiatrique internationalement reconnue.

Cette 5^{ème} édition a fait évoluer récemment la définition des concepts d'addiction et de dépendance.

En effet elle supprime le mot « dépendance » et regroupe les catégories « abus » et « dépendance » du DSM 4, son édition précédente, en une seule : le trouble de l'usage de substance.(4)

Le trouble de l'usage de substance est ainsi défini comme un « Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative »

Les différents stades dans l'addiction présents dans le DSM IV : usage, abus, dépendance ont disparu dans cette nouvelle classification au profit d'un continuum de degrés de sévérité de la dépendance indépendamment des niveaux de consommation du produit par l'utilisateur.

Le trouble de l'usage de substance se caractérise par la présence de deux critères parmi les onze critères suivants, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

Trouble de l'usage de substance
Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois
1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf. diagnostic du syndrome de sevrage du produit) b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Tableau 1 : American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)

Des niveaux de sévérités sont introduits :

- présence de 2 à 3 critères : Addiction légère
- présence de 4 à 5 critères : Addiction modérée
- présence de 6 critères ou plus : Addiction sévère

L'intitulé "conséquences judiciaires récurrentes liées à la consommation de la substance" est supprimé des critères diagnostiques dans cette nouvelle édition et y est introduit la notion importante de craving.

3) Le craving

Dans le domaine des addictions le « craving » désigne « l'envie irrésistible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là »

Ce concept a longtemps fait débat au sein de la communauté scientifique et médicale, l'OMS désignait ce terme comme « source de confusion » en 1954 et l'absence de définition consensuelle du craving a conduit au développement de multiples échelles hétérogènes tentant d'évaluer et de quantifier le craving chez les patients en pratique clinique.

Actuellement l'accumulation d'études scientifiques sur le rôle du craving au sein de la pathologie addictive a abouti à son introduction comme critère diagnostique du trouble de l'usage de substance dans la dernière version du DSM (datant de 2013).

Outre son intérêt diagnostique les études montrent également son intérêt pronostique dans la maladie addictive puisque le craving est impliqué dans les phénomènes de rechute et dans les prises de risques des patients (5). Ainsi plus le craving est fort, et notamment après l'arrêt de la consommation de la substance (plus influent que le craving présent avant), plus le risque de rechute est élevé.

Il est important de souligner que le craving peut persister des années après l'arrêt de la consommation d'une substance chez les sujets souffrant d'addiction rendant la pathologie et sa prise en charge complexes.

Quantifier le craving pourrait donc permettre de définir les sujets les plus à risque de rechuter par exemple.

Par ailleurs les études mettent en évidence que des facteurs environnementaux liés au produit (un paquet de cigarette, une seringue...) et surtout des facteurs environnementaux liés à la

personne et son histoire (tel balcon, tel ami, tel contexte...) influent sur l'intensité du craving, le tout pouvant pousser la personne à consommer. (5)

Les caractéristiques individuelles jouent aussi probablement un rôle : ainsi, selon certaines études les femmes présenteraient un niveau de craving plus élevé que les hommes.

Aujourd'hui, le craving est la cible privilégiée des traitements addictologiques, qu'ils soient médicamenteux ou non.

De nombreuses molécules « anti-craving » sont développées par l'industrie pharmaceutique pour tenter d'établir des aides médicamenteuses à la prise en charge d'une addiction.

« Mesurer » le craving chez les patients peut permettre d'évaluer l'efficacité des traitements et de la prise en charge addictologique.

Le craving a donc pris sa place ces dernières années au sein de la pathologie addictive comme facteur diagnostique, pronostique et prédictif en pratique clinique. Ce phénomène est l'objet de nombreuses études pour tenter de mieux comprendre et de mieux traiter les addictions et il est fort à parier que le concept évoluera encore.

4) Définition d'une substance psychoactive (SPA) et usage des SPA

Selon l'OMS une SPA s'entend « d'une substance naturelle ou synthétique, licite ou non, qui lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect. »

Elle modifie donc l'humeur, les perceptions, les comportements et l'activité cérébrale et entraîne également des effets somatiques sur le corps humain.

L'usage de substance psychoactive peut conduire à l'addiction.

L'expérimentation d'une SPA est souvent motivée par une recherche de plaisir (usage récréatif) et de sensations nouvelles. La SPA peut également être consommée dans un but d'améliorer ses performances, d'anesthésier ses souffrances ou encore, notamment chez les jeunes, d'appartenir et se conformer à un groupe.

Il est important de préciser que les phénomènes qui motivent l'expérimentation d'une SPA ne sont pas les mêmes que ceux qui poussent à renouveler sa consommation, voir à devenir un usager régulier dépendant.

L'enquête OPPIDUM de 2011 montre que, parmi les usagers fréquentant les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), l'âge de la première consommation de SPA hors tabac et alcool est en moyenne de 16,2 ans, l'âge auquel se situe le début d'une dépendance pour une SPA (hors tabac et alcool) est en moyenne de 20,1 ans parmi ces usagers (dans 69 % des cas, c'est l'héroïne qui est citée comme le premier produit ayant entraîné une dépendance).(6)

En milieu carcéral, en 2011, les quatre SPA les plus consommées par les détenus avant leur incarcération (hors tabac et alcool) sont par ordre croissant la méthadone (25 %), l'héroïne (30 %), la BHD (35 %) et le cannabis (53 %).(6)

5) Mécanismes neurobiologiques conduisant à l'addiction

La dépendance peut survenir à n'importe quel moment de la vie, la période la plus à risque reste toutefois la tranche d'âge 15-25ans. (7)

Les conduites à risques des adolescents ou jeunes adultes peuvent faciliter l'expérimentation précoce de SPA et on sait aujourd'hui qu'une expérimentation précoce des drogues est corrélée à un risque accru de développer une addiction par la suite.

L'addiction touche plus sévèrement les hommes que les femmes.

Certaines SPA ont un pouvoir addictogène plus grand que d'autres et la vitesse d'apparition d'une dépendance varie aussi selon les SPA : les dépendances au tabac ou à l'héroïne peuvent se développer en quelques semaines alors que pour l'alcool le processus est beaucoup plus lent.

L'installation d'une addiction implique trois mécanismes (7):

- La recherche de plaisir motivant la consommation de SPA
- La recherche de soulagement induit par un état émotionnel négatif
- Une perte de contrôle de la consommation

La substance consommée déclenche initialement du plaisir notamment via la libération de dopamine au niveau cérébral.

Trois systèmes de neurones (dopaminergiques, sérotoninergiques et noradrénergiques) interviennent dans la régulation du circuit de la récompense. Le dysfonctionnement de l'un des systèmes peut conduire à l'addiction (8)(7).

En effet certaines substances psychoactives ont la capacité d'imiter les neurotransmetteurs naturellement présents dans le cerveau pour se substituer à eux dans leurs récepteurs naturels.

A chaque neurotransmetteur correspond un récepteur spécifique, capable de le réceptionner.

- La morphine se fixe aux récepteurs à endorphine
- La nicotine se fixe aux récepteurs à acétylcholine
- Le THC, le principal principe actif du cannabis se fixe aux récepteurs cannabinoïdes

Les SPA perturbent ainsi la transmission de l'information au niveau synaptique entre les neurones modifiant les perceptions et les humeurs par exemple et, en se fixant à son récepteur, la SPA déclenche plaisir, antalgie et sensation de bien-être.

Par la suite, la consommation répétée d'une substance provoque l'emballement du système de la récompense.

Face à l'hyperstimulation de ce système, l'organisme met en place des mécanismes de compensation, par exemple en diminuant la production endogène des neurotransmetteurs et en augmentant le seuil d'activation de récepteurs déclenchant le « plaisir ».

Ces procédés expliquent l'apparition des phénomènes de tolérance, la sensation de manque éprouvée à l'arrêt de la substance et le changement d'état émotionnel avec tristesse et irritabilité, le système de récompense étant enclenché plus difficilement et seulement par l'apport extérieur de substance.

Cet état émotionnel négatif et les sensations désagréables du sevrage entraînent à leur tour un besoin de consommer pour se « soulager » au-delà de la recherche de plaisir initiale.

Il a par ailleurs été montré que les personnes dépendantes avaient un manque de plasticité neuronale limitant la capacité du cerveau à se réorganiser pour s'opposer aux modifications et aux dysfonctionnements engendrés par la consommation répétée de SPA. (9)

6) Facteurs de risques de la pathologie addictive

Les facteurs impliqués dans l'apparition d'un trouble de l'usage de substance sont :

- Facteurs individuels : vulnérabilité génétique et facteurs psychologique et psychiatrique (anxiété, tendance dépressive, personnalité introvertie ou impulsive)
- Facteurs environnementaux : facteurs familiaux (fonctionnement et liens familiaux, consommation de SPA, éducation) et socioculturels (valorisation du produit, phénomène d'appartenance à un groupe)
- Le produit en lui-même : pouvoir addictogène, disponibilité du produit

7) Prise en charge de la pathologie addictive

Les personnes dépendantes à une ou plusieurs substances et en demande de soin, doivent bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire médicale, psychologique et sociale ; cette prise en charge est globale et s'articule entre plusieurs acteurs de santé et sociaux.

Elle est centrée sur le patient : son histoire personnelle, ses croyances, son entourage et ses conditions de vies doivent être pris en compte pour accompagner le sujet dans le soin de ses addictions. Elle nécessite un suivi régulier et une alliance thérapeutique.

Les soins en addictologie comportent donc plusieurs volets :

- Un soutien psychologique
- Le sevrage et la prise en charge des symptômes de sevrage
- Une prise en charge médicale pour traiter les pathologies associées à l'addiction : conséquences somatiques, comorbidités psychiatriques, etc. faisant appel à des médecins de différentes spécialités (médecins généralistes, psychiatres etc.)
- Une prise en charge sociale, les addictions étant souvent liés à une précarité invalidante
- Une prise en charge de l'entourage
- Suivi régulier du patient sur le long terme

Pour l'addiction aux opiacés cette prise en charge peut s'appuyer sur la prescription de traitements substitutifs aux opiacés (TSO).

Les soins peuvent se réaliser en ambulatoire, mais parfois, une hospitalisation complète ou une hospitalisation de jour peut être nécessaire notamment pour gérer le sevrage de certaines substances.

Aujourd'hui le sevrage total n'est plus forcément un but en soi, le patient pouvant choisir une consommation maîtrisée compatible avec son cadre de vie.

En France, les structures spécialisées en addictologie sont :

- Les centres spécialisés de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) : ils accueillent gratuitement et anonymement toute personnes présentant un trouble de l'usage de SPA ; ils ont un rôle d'information et de prévention en mettant en œuvre notamment les mesures de réductions des risques chez les usagers de drogues mais également un rôle de soin et d'organisation globale de la prise en charge addictologique (médical, psychologique et social) ; ils prescrivent notamment les traitements de substitution aux opiacés.

- Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) : ils accueillent, anonymement et gratuitement les consommateurs de drogues sans qu'ils ne soient obligatoirement dans une démarche de diminuer leur consommation ou de soins ; ils informent, conseillent et soutiennent les usagers dans leurs droits d'accès aux soins, au logement, à l'emploi, à la réinsertion, et mettent également à leur disposition du matériel de prévention des infections (matériel stérile d'injection, préservatifs, etc.).

B) Profil épidémiologique de la population usagère de drogue

L'usage de drogue est très ancien, l'utilisation de la feuille de coca est rapportée en Equateur et au Pérou en 2100 av. J.-C., la culture du pavot à opium en Mésopotamie 4000 ans av. J.-C. et l'usage de cannabis daterait de 2700 av. J.-C. en Chine.

1) Usage de drogues en France : données chiffrées

L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), représentant français du Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies (REITOX), publie chaque année des statistiques concernant les problématiques de drogue en France.

D'après le rapport « Drogues Chiffres clés -7^e édition »(10) publié par l'OFDT en juin 2017 décrivant l'expérimentation ou l'usage régulier des drogues en France, les SPA licites les plus consommées sont l'alcool et le tabac, la SPA illicite la plus consommée est le cannabis avec 17 millions d'usagers dont 700 000 usagers quotidiens.

Les expérimentateurs d'héroïne sont estimés à 600 000 en France. (10)

L'OFDT définit un usage problématique de SPA, « l'usage par voie intraveineuse, les usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines sur l'année précédente » ; il estime à 280 000 le nombre d'usagers problématiques de drogues en France, toutes substances confondues. (10)

Le nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse a été estimé en 2014 en France à 105 000 soit une prévalence de 2,5 pour mille avec un sex-ratio de 3 hommes pour 1 femme. (11)

2) Des besoins sanitaires importants

La population usagère de drogue est une population fragilisée souvent marquée par une précarité sociale et économique et des comorbidités psychiatriques et infectieuses plus importantes qu'en population générale.

➤ Une population précarisée :

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD), prévus par la loi de santé du 9 août 2004, assurent une mission de réduction des risques et des dommages (RdRD) en France auprès des consommateurs de SPA.

Pour mieux adapter les réponses des pouvoirs publics et du corps médical aux besoins de cette population, la Direction générale de la Santé (DGS) prévoit la réalisation biennale d'enquêtes nationales nommées ENa-CAARUD s'intéressant au profil et à la consommation des usagers de drogues fréquentant les CAARUD. D'après ces enquêtes, en 2015, l'âge moyen de ces usagers est de 38,2 ans, leur profil est souvent marqué par une grande précarité socio-économique notamment chez les jeunes usagers avec 42 % des moins de 25 ans qui connaissent des conditions de vies très dégradées, 20 % d'entre eux sont sans abri, 12 % vivent en squat, 57 % n'ont aucune ressource, légale ou officielle.(12)

Pour les usagers fréquentant les CSAPA (ambulatoires et pénitentiaires), l'OFDT a mis en place un recueil de données nommé RECAP (recueil commun sur les addictions et les prises en charges) qui couvre, pendant la même période, 189 000 patients. Là encore on constate une précarité importante parmi les usagers de drogues : seulement 60 % d'entre eux possède un logement durable ; pour seulement 45 % d'entre eux, leurs ressources financières proviennent d'un emploi ou d'une pension de retraite ou d'invalidité, le reste vivent principalement des différentes prestations sociales, sont sans revenus ou reçoivent de l'argent d'un tiers ; enfin 32 % seulement possèdent un emploi stable et durable. (13). Sur le plan scolaire 65 % des usagers ont un niveau BEP CAP ou inférieur (dont 21 % ont stoppé leurs études après le collège). (13)

➤ Prévalence élevée de pathologies psychiatriques :

Le recueil RECAP 2015 met aussi en avant des comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues plus fréquentes qu'en population générale ; ainsi, 18,7 % d'entre eux ont déjà été hospitalisés en psychiatrie dont environ la moitié 2 fois ou plus, 16 % ont déjà fait une tentative de suicide. (13)

- Conduites à risques des usagers de drogues et prévalences élevées des maladies infectieuses :

Le recueil de données RECAP 2015 met en lumière les comportements à risques des usagers et leurs conséquences. Concernant les modes d'usage, on constate un phénomène de polyconsommation puisque 60 % des usagers des CSAPA ont consommé plus d'un produit dans le mois précédent l'enquête, dont 23 % environ trois produits ou plus.(13)

Par ailleurs, environ 40 % des usagers de drogues déclarent avoir eu recours à l'injection au cours de leur vie, l'âge moyen de la première injection est 21,8 ans. (13)

Les prises de risques telles que l'injection intraveineuse ou le partage du matériel d'injection ou de sniff sont des pratiques courantes parmi les usagers de drogues.

L'enquête Coquelicot de 2004 menée auprès des usagers de drogues recrutés dans des structures spécialisées, ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie, rapporte que 42 % des participants ne connaissent pas les facteurs de risque de transmission des maladies infectieuses en totalité, surtout les risques liés au petit matériel : ainsi, en 2004, 13 % partagent la seringue, 38 % partagent le petit matériel (coton, cuillère, eau), 74 % réutilisent la même seringue, 81 % partagent la pipe à crack et 25 % partagent la paille à sniff. En 2011 la réédition de cette même enquête montrait une augmentation des prises de risques avec 26 % des usagers qui partageait la seringue et 43 % le petit matériel. (14) (15)

Les enquêtes ENa-CAARUD montrent que 63 % des usagers avait déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie dont 47 % dans le mois précédent. Le partage de matériel apparaît également fréquent à travers ces enquêtes : en 2015, 14 % des usagers partagent la seringue, 24 % partagent au moins un élément parmi l'eau de rinçage, le récipient/cuillère, le coton/filtre et l'eau de préparation. Ces enquêtes ont montré une augmentation significative des prises de risques chez les usagers entre 2008 et 2015. (12)

Les conditions de vie précaires des usagers de drogues, leur manque d'accès aux soins, les pratiques d'injections et de partage de matériel expliquent les prévalences élevées des maladies infectieuses dans la population usagère de drogues.

En 2011, la séroprévalence globale du VIH est de 10 % (IC 95 %: [7-12]), celle du VHC atteint 44 % (IC 95 %: [39-48]) chez les usagers de drogues d'après l'enquête coquelicot.(14)

En 2015, 33 % des usagers « injecteurs » déclarent une sérologie VHC positive, chiffre stable depuis 2012 mais qui augmente cependant parmi les moins de 25 ans, et 4,5 % déclarent une sérologie VIH positive, chiffre en baisse depuis 2012. (12)

Ces prévalences sont bien plus élevées qu'en population générale (en 2011 par exemple, la prévalence d'une sérologie hépatite C positive dans la population générale a été estimée à 0,75 % (17).

Les actions de santé, de prévention et de réduction des risques doivent donc être renforcées au sein de la population usagère de drogues.

➤ Conséquences sanitaires et sociales :

Les addictions sont néfastes sur le plan sanitaire et social. Leurs conséquences, tragiques parfois, peuvent être directement liées à un usage excessif de substance comme l'overdose, le coma éthylique, les accidents de la voie publique liés à une conduite sous substance, les accidents domestiques etc.

Certaines substances sont également bien identifiées comme étant des facteurs de risque d'apparition de maladie ; on peut ainsi citer, la BPCO et le cancer broncho-pulmonaire lié au tabagisme, les complications cardiaques et la cocaïne et enfin l'atteinte hépatique et les cancers ORL et l'alcool.

L'usage répété des SPA peut conduire à des troubles psychiques et cognitifs et peut entraîner une déscolarisation ou une désinsertion socio-professionnelle et donc une paupérisation.

Voie commune de toutes les précarités, la prison donne une photographie particulière de l'usage des SPA.

3) Mortalité en rapport à l'usage de SPA

Le nombre de décès par surdose parmi les 15-49 ans est estimé à 241 en 2014 (chiffre probablement sous-estimé). (18)

L'enquête DRAMES (Décès en Relation avec Abus de Médicaments et de Substances) montre qu'en 2015 la méthadone est mise en cause (seule ou en association) dans 31 % des décès, l'héroïne dans 30 % des décès et la buprénorphine est impliquée dans 10,5 % des cas de décès le plus souvent en association avec d'autres substances.

La proportion de décès dans lesquels la cocaïne est impliquée est stable avec 13 % de décès, le sulfate de morphine est impliqué dans environ 5 % des décès et le cannabis dans 36 décès également en 2015. (19)

Par ailleurs une étude de cohorte chez les usagers de drogues fréquentant les centres spécialisés a mis en évidence que cette population présente un risque de mortalité 7 fois plus élevée que la population générale à âge et à sexe équivalents ; ce risque est plus grand pour les femmes usagères, 21 fois plus élevé que celui de la population féminine nationale, que pour les hommes usagés, 5 fois plus élevé. (20)

C) L'addiction aux opiacés

1) Généralités sur les opiacés

La consommation et la diffusion des drogues se modifient au cours des XIX^e et XX^e siècles avec l'avènement de l'ère industrielle, les progrès des sciences et notamment de la chimie et de la pharmacologie.

Les principes actifs des substances naturelles tel que l'opium ou la coca sont isolés chimiquement, aboutissant parfois à la production de médicaments pharmaceutiques.

La morphine, premier alcaloïde de l'opium isolé, fut découverte en 1804 par Seguin et Courtois. Elle fut développée et utilisée au cours du XIX^e siècle pour ses vertus analgésiques puissantes grâce à l'invention également de la seringue hypodermique en 1850 permettant donc de soulager très rapidement les douleurs via l'injection intraveineuse de morphine. (21) Elle fait partie des antalgiques de classe III dits « forts » selon la classification de l'OMS.

L'héroïne est un opiacé semi-synthétique obtenu après acétylation de la morphine. Elle fut synthétisée pour la première fois en 1874. L'industriel pharmaceutique Bayer l'exploitera par la

suite comme médicament pour traiter des affections respiratoires telles que la tuberculose. On pensait également qu'elle permettrait de soigner l'addiction à la morphine (déjà constatée à l'époque) sans induire d'accoutumance. Elle fut vendue librement en pharmacie et ce jusqu'en 1914 comme médicament antitussif et antidiarrhéique par exemple. Elle a des effets similaires à la morphine mais se démarque par la puissance de son effet euphorisant, cet état d'euphorie et d'apaisement étant caractérisé par son intensité, sa rapidité de survenue et son caractère transitoire (« effet flash ») ; cet effet explique en partie le pouvoir addictif particulièrement élevé de l'héroïne incitant l'utilisateur à renouveler rapidement sa consommation.

Mais il a été constaté très rapidement que ces médicaments opiacés étaient détournés de leur usage.

Les conséquences sanitaires et sociales (overdoses, hépatites virales, épidémie du VIH) de l'usage et de la dépendance à l'héroïne deviennent rapidement un problème de santé publique dans nos sociétés occidentales et le corps médical et scientifique s'aperçoivent vite aussi de son peu d'intérêt thérapeutique à la différence de la morphine. En 1956, son usage médical est totalement interdit aux États-Unis, ce qui ouvrira la voie à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 dont l'objectif est de limiter la production et le commerce de substances interdites qualifiées de stupéfiants. L'héroïne sera donc classée comme stupéfiant et sera rapidement interdite dans la plupart des pays. (22)

2) L'usage d'opiacés : données chiffrées et problématiques addictives

Selon l'OFDT, en 2014, 1,5 % des personnes âgées de 18 à 64 ans ont expérimenté l'héroïne et 1 % des jeunes de 17 ans. La consommation actuelle ne concerne que 0,2 % des personnes interrogées dans ces enquêtes. (10) (23)

Il a plusieurs types d'utilisateurs réguliers d'héroïne, les utilisateurs dits « traditionnels » qui ont d'ailleurs plus souvent recours à l'injection, avec parmi eux les anciens toxicomanes qui sont souvent sous traitement substitutif mais qui reviennent à l'héroïne de temps en temps, et les utilisateurs récréatifs qui expérimentent souvent dans les milieux festifs, parfois pour mieux gérer une « descente » après la prise de stimulants.

Les opiacés sont souvent à l'origine des prises en charge dans les centres spécialisés (CSAPA et CAARUD) accueillant des usagers de drogues.

En 2015, les substances les plus consommées, sur un mois donné, par les usagers fréquentant les CAARUD sont le cannabis pour 76 % d'entre eux et les opiacés/opioïdes pour 73 % d'entre eux. Parmi ces opioïdes on retrouve la buprénorphine haut dosage (BHD) pour 35 % d'entre eux, la méthadone pour 34 %, l'héroïne pour 32 %, le sulfate de morphine pour 19 % et la codéine pour 10 %. (12)

La BHD et la méthadone sont des médicaments de substitution aux opiacés normalement prescrits par un médecin dans le cadre d'une prise en charge d'une addiction aux opiacés. Ce sont les deux opioïdes les plus consommés, ils sont cités par les usagers sans mention sur le type d'usage, thérapeutique ou non, et sur leur origine, prescription médicale ou marché noir.

Les enquêtes ENa-CAARUD mettent en avant le phénomène de polyconsommation et diversification des consommations d'opiacés : l'héroïne est rarement prise quotidiennement et la Buprénorphine-haut-dosage (ou autre médicament opiacé plus facilement accessible) peut être prise pour gérer le syndrome de manque ou même parfois sur de plus longues périodes quand les rentrées d'argent ne permettent pas un achat régulier d'héroïne.

Les opiacés/opioïdes sont par ailleurs souvent cités par les usagers de ces enquêtes comme le groupe de SPA leur posant le plus de difficultés avec notamment la BHD et le sulfate de morphine en premier lieu, puis vient le crack (appartenant aux « stimulants), l'héroïne et l'alcool.(16)

Pour prendre en charge une addiction aux opiacés, des traitements opioïdes de remplacement nommés traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont souvent mis en place par les soignants pour aider à stopper les consommations d'opiacés et les prises de risques des usagers dépendants.

II) Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)* :

A) Principes pharmacologiques

Actuellement, Les TSO regroupent trois molécules : le chlorhydrate de méthadone, la buprénorphine haut dosage et l'association buprénorphine-naloxone. Lorsqu'elles sont absorbées, ces dernières se fixent sur les récepteurs aux opiacés du système nerveux central (SNC) ; ces récepteurs sont également ceux de l'endorphine, neuropeptide opioïde endogène du corps humain.

1) Pharmacologie des récepteurs aux opiacés au niveau du système nerveux central (SNC)

Un opiacé est une substance d'origine naturelle dérivée de l'opium ou obtenue par hémisynthèse à partir d'un composant naturel de l'opium : morphine, codéine, oxycodone, héroïne, etc.

Un opioïde est une substance distincte des opiacés mais qui peut se fixer aux mêmes récepteurs du SNC (méthadone, buprénorphine, naloxone etc.)(24)

Les récepteurs aux opiacés du SNC sont des récepteurs à 7 hélices transmembranaires couplés à une protéine G.

Les principaux effets physiologiques entraînés par l'activation de ces récepteurs sont : (25)

- Analgésie sensitive et affective (diminution de la douleur et diminution de l'expérience de la douleur) ;
- Sédation ;
- Euphorie et dysphorie ;
- Dépression respiratoire ;
- Inhibition de la toux, myosis, diminution du péristaltisme intestinal conduisant à une constipation, des nausées, des vomissements, une hypotension orthostatique

**Actuellement des spécialistes recommandent de nommer ces traitements « traitement de l'addiction aux opioïdes » (TAO), terme qui serait plus approprié. Pour plus de simplicité et lisibilité dans ce travail, nous les nommerons dans cet écrit TSO ou MSO (médicaments de substitution aux opiacés).*

L'occupation durable ou répétée de ces récepteurs conduit à des mécanismes adaptatifs : désensibilisation, internalisation du récepteur, diminution du nombre de récepteurs, etc. qui expliquent notamment les symptômes de sevrage (dépendance physique) et le phénomène de tolérance (perte d'efficacité d'une substance et nécessité d'augmenter la dose pour obtenir le même effet).

Les symptômes de sevrage sont : rhinorrhée, larmoiements, bâillements, frissons, hyperthermie, hyperventilation, mydriase, myalgies, douleurs abdominales, diarrhées, vomissements, tachycardie et anxiété. La durée et l'intensité des symptômes varie selon le type d'opiacés ou d'opioïdes.(25)

A l'inverse les signes d'un surdosage en opiacés ou opioïdes sont : myosis, bradypnée, dépression respiratoire, œdème pulmonaire, somnolence, coma avec hypotension artérielle, bradycardie, apnée. Un surdosage nécessite un traitement urgent voire des mesures de réanimation médicale selon la profondeur du coma.

On distingue 3 types de récepteurs aux opiacés actuellement bien connus (il en existe probablement d'autres) (26) (27) : les récepteurs de types mu, kappa et delta, ayant respectivement pour ligands naturels préférentiels les endorphines, les dynorphines et les enképhalines. Ces récepteurs sont localisés dans diverses zones du SNC impliquées par exemple dans le contrôle de la douleur, le contrôle de la respiration et du système cardiocirculatoire ou encore le contrôle du système neuroendocrine.

Ces 3 types de récepteurs ne sont pas toujours impliqués dans les mêmes fonctions selon leur localisation et cela explique que les opioïdes n'ont pas toujours tout à fait les mêmes effets en fonction de leur affinité pour tel ou tel récepteur ; on distingue alors les opioïdes en trois classes :

➤ Les agonistes entiers :

La liaison d'un opioïde sur le récepteur peut entraîner un effet comparable à celui de l'opiacé ou ligand naturel, on parle alors d'agoniste entier ; les agonistes entiers sont capables de solliciter au maximum la machinerie intracellulaire liée au récepteur et l'effet d'un agoniste entier augmente en proportion de la dose avec pour seule limite l'occupation de tous les récepteurs.

➤ Les agonistes partiels ou agonistes/antagonistes :

La liaison d'un opioïde sur le récepteur peut également entraîner un effet partiellement comparable mais moindre et on parle alors d'agoniste partiel ou agoniste/antagoniste ; par ailleurs, si les agonistes partiels prennent la place des agonistes entiers sur les récepteurs ils diminuent alors le signal et son effet et se comportent alors comme des antagonistes à ce moment-là.

➤ Les antagonistes :

Enfin l'opioïde peut bloquer le récepteur en se fixant dessus et on parle alors d'antagoniste ; l'effet d'un antagoniste est nul, cependant, s'il supprime une stimulation en prenant la place d'un agoniste entier ou partiel sur les récepteurs, il diminue voire supprime l'effet de ces derniers.

Aussi il faut souligner que chaque molécule a un pouvoir d'affinité avec son récepteur plus ou moins fort, une molécule très affine peut ainsi en chasser une autre qui l'est moins de son récepteur.

2) Pharmacologie du chlorhydrate de méthadone (28) (29)

La morphine et la méthadone font partie des agonistes entiers.

La méthadone est bien absorbée par le tube digestif et subit une première dégradation hépatique (biodisponibilité orale d'environ 75 %) ; sa dégradation est lente, sa demi-vie plasmatique est d'environ 15 h, ce qui permet une prise unique quotidienne (deux prises quotidiennes chez les métaboliseurs rapides) ; il existe en effet une forte variabilité interindividuelle du métabolisme de la méthadone ce qui implique une adaptation posologique en fonction du sujet traité.

Le faible pic plasmatique et l'effet plateau des concentrations sanguines n'entraînent pas ou peu « d'effet flash » à la différence de l'héroïne, l'effet euphorisant est également moindre.

Par ailleurs, il existe beaucoup d'interactions médicamenteuses avec la méthadone dont le clinicien doit se méfier.

La méthadone étant un agoniste entier, le risque de surdose est bien connu ; l'enquête DRAMES (Décès en Relation avec Abus de Médicaments et de Substances) montre qu'en 2015 la méthadone est mise en cause (seule ou en association) dans 31 % des décès. (19)

La méthadone influe également sur le rythme cardiaque, provoquant un allongement du QT ou des torsades de pointes, notamment à dose élevée, son utilisation doit donc être prudente avec surveillance électrocardiographique.

D'après l'HAS « la dose létale de la méthadone est de l'ordre de 1mg/kg pour les enfants et les personnes naïves ou peu dépendantes aux opiacés. »

Enfin la méthadone est peu concernée par les phénomènes de tolérance. Les symptômes de sevrage sont plus modérés qu'avec l'héroïne mais persistent plus longtemps cependant.

3) Pharmacologie de la buprénorphine haut dosage (BHD) (30)

La BHD a une faible biodisponibilité orale (< 20 %), cette dernière étant meilleure par voie sublinguale (entre 30 et 50 %) ; c'est sous cette forme qu'elle se présente donc en thérapeutique de substitution.

La BHD est un agoniste partiel : sa liaison sur le récepteur provoque donc un effet similaire aux opiacés mais moindre.

Elle possède un effet plafond au-delà d'une certaine dose, ce qui rend son utilisation plus sécurisante en raison d'un bien moindre risque d'overdose que pour la méthadone par exemple.

Les overdoses liées à la BHD sont toutefois possibles, le plus souvent en cas d'association avec d'autres substances ou médicaments dépresseurs du SNC (alcool, benzodiazépines, etc.)

Sa demi-vie est courte (3 h), mais ses effets sont prolongés car elle possède une très forte affinité à son récepteur et se dissocie lentement de celui-ci.

En cas d'administration à une personne sous l'effet plein d'héroïne, elle peut provoquer un syndrome de sevrage car elle est plus affine que cette dernière pour les récepteurs. L'affinité de la BHD avec les récepteurs opiacés de type mu est 2000 fois supérieure à celle de la morphine.

La BHD est aussi antagoniste de certains récepteurs opiacés de type kappa, limitant ainsi les effets dysphoriques engendrés par d'autres opiacés et a une faible affinité avec les récepteurs opiacés de type delta entraînant une absence d'effet flash lors de l'administration.

Du fait de ses propriétés pharmacocinétiques, elle est peu concernée par le phénomène de tolérance au cours du temps. Les symptômes de sevrage après l'arrêt de consommation de BHD sont d'intensité modérée et d'apparition tardive.

La BHD est le principe actif de médicaments antalgiques à faible dosage tel que le TEMGESIC® ou bien comme TSO (SUBUTEX®) à plus fort dosage.

4) Pharmacologie de la naloxone

La naloxone est un opioïde antagoniste non sélectif qui bloque les trois types de récepteurs de la même façon.

Elle ne possède aucun effet biologique en l'absence d'opiacés exogènes présents au niveau du SNC. Sa demi-vie est très brève et sa biodisponibilité orale est nulle en raison d'une dégradation hépatique. (Utilisation intraveineuse, intramusculaire ou intranasale uniquement)

Elle est utilisée dans les surdoses d'opiacés/opioïdes (morphine, héroïne etc..) ; elle se place sur les récepteurs opiacés et empêche la morphine ou l'héroïne d'agir. Elle « réveille » le patient comateux en surdose et provoque également un syndrome de sevrage.

En association avec la buprénorphine elle constitue un TSO appelé commercialement SUBOXONE®.

Tableau 2. Quelques caractéristiques spécifiques des 2 médicaments.

		Méthadone		Buprénorphine
Mode d'action		Agoniste		Agoniste/antagoniste
Dangerosité	- -	Risque de surdose mortelle Surdosage accidentel (enfant)	+	Moindre risque de surdose (sauf interaction)
Pharmacocinétique	-	Variations inter-individuelles importantes : dosage plasmatique si nécessaire	+	Peu de variations d'un sujet à l'autre
Satisfaction	+	Meilleure satisfaction ; moins d'anxiété	-	Moindre satisfaction (risque de consommations associées)
Interactions pharmacodynamiques	-	Les médicaments dépresseurs respiratoires et dépresseurs du SNC* peuvent favoriser une dépression respiratoire Agonistes-antagonistes morphiniques	- -	Benzodiazépines (en particulier à forte posologie) et autres médicaments dépresseurs du SNC : risque de surdose mortelle
Interactions pharmacocinétiques	- -	Induction enzymatique : anticonvulsivants (carbamazépine, phénoïne, phénobarbital), rifabutine, rifampicine, griséofulvine, antirétroviraux (lopinavir, nelfinavir, ritonavir, efavirenz, névirapine) : risque de diminution des concentrations plasmatiques de méthadone. Inhibition enzymatique : IRS** (fluvoxamine), cimétidine (≥ 800 mg/24 h) : risque de surdosage. Intérêt du dosage plasmatique pour évaluer les interactions par induction ou inhibition enzymatique en cas de réponse insuffisante ou excessive au traitement.	±	Inhibition enzymatique : surveillance renforcée en cas d'association à des antifongiques azolés (kétoconazole, itraconazole) et des inhibiteurs des protéases (nelfinavir, ritonavir et indinavir). Induction enzymatique : prudence en cas d'association à des anticonvulsivants (carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne) ou à la rifampicine. Le risque d'interaction par inhibition ou induction enzymatique est moindre que pour la méthadone.

Forme pharmaceutique et présentations	- + - -	Gamme de dosages incomplète La forme sirop ne peut être injectée Excipients : sucre (diabétique) ; alcool (risque avec les médicaments à effet antabuse) Difficultés de stockage dans les pharmacies	+	Gamme complète de dosages ; présentation adaptée Possibilité de mauvaise utilisation : comprimé pouvant être injecté, sniffé ou fumé
Toxicité				Risque d'atteinte hépatique (voie IV surtout)
Autres				Explications nécessaires pour utilisation optimale de la voie sublinguale

+ : avantage ; - : inconvénient ; SNC : système nerveux central ; IRS : inhibiteur de la recapture de la sérotonine

Figure 1 : Caractéristiques de la méthadone et de la buprénorphine, tiré de la conférence de consensus « stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés » HAS 2004

B) Mise en place d'un TSO

1) Objectif du traitement de substitution des opiacés

Les TSO ont pour objectif de diminuer le craving limitant ainsi l'envie irrésistible de consommer, de soulager les symptômes de manque douloureux et d'installer une gestion de la dépendance durable et compatible avec le cadre de vie souhaité par le sujet.

Les TSO et leur pharmacologie doivent répondre à trois critères : (25)

- l'effet euphorisant et renforçant doit être minimal ;
- l'effet obtenu doit être minime et retardé : pas ou peu d'effet flash (obtention rapide d'un effet agréable) ;
- la durée d'action doit être longue évitant ainsi la succession de « pic d'action » puis de « manque » poussant le sujet à répéter son geste et alimentant ainsi le comportement addictif

La mise en place d'un TSO stabilise le patient et limite ses consommations et ses prises de risques dans la durée.

Il est donc essentiel de rappeler la supériorité d'un traitement par méthadone ou par BHD par rapport à un traitement non pharmacologique ou n'incluant pas de traitement opioïde de remplacement dans la prise en charge de l'addiction aux opiacés. Une méta-analyse publiée en 2008 incluant des essais contrôlés et randomisés démontrait par exemple la supériorité d'un traitement d'entretien par méthadone pour supprimer la consommation d'héroïne en comparaison aux autres types de traitement non opioïde. (32)

La prise en charge d'une addiction est pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, les TSO ne sont qu'un des éléments du plan de soins d'un patient ; ils ne se suffisent pas à eux-mêmes pour prendre en charge une addiction aux opiacés.

En théorie, une fois le patient dit « stable » et quand ce dernier le souhaite, il faut diminuer progressivement les doses du TSO jusqu'à l'arrêt complet du médicament, car en raison d'un craving persistant important pour les opiacés, il ne faut surtout pas chercher à arrêter ce médicament trop vite.

Les patients restent souvent plusieurs années sous TSO, certains n'arrêtant même jamais le traitement au cours de leur vie.

Récemment des experts ont publié un consensus européen sur les recommandations de bonnes pratiques de recours à la méthadone et à la buprénorphine en se basant sur une analyse des données publiées sur les TSO de 2014 à 2017 et d'une opinion d'expert issue de leur pratique clinique. (33)

2) Impact de l'introduction des TSO en France

Les TSO introduits en France dans les années quatre-vingt-dix sont donc un des piliers de la prise en charge de l'addiction aux opiacés.

La méthadone a été introduite en France en 1995, la BHD en 1996. Elles ont constitué une mesure essentielle dans la politique de réduction des risques et leur impact positif sur le plan sanitaire et social n'est aujourd'hui plus à démontrer.

De nombreuses études montrent ainsi le bénéfice en matière de santé publique apporté par l'accès aux TSO en relation avec les autres mesures de réduction des risques (préservatifs, seringues).

La méthadone et la buprénorphine sont d'ailleurs inscrites dans « la liste des médicaments essentiels » de l'OMS. (34)

Dans la littérature (34) on peut citer un impact positif de la méthadone sur :

- Les comportements à risque avec la baisse de consommation d'opiacés illicites, la réduction des pratiques d'injection et du partage de matériel. (35) (36), ainsi que la réduction des pratiques sexuelles à risque (multipartenaires, prostitution). (37) ;
- La réduction indéniable des séroconversions VIH ainsi que pour le VHC et le VHB même si les études sont moins nombreuses. (38) (39) ;
- La réduction significative de la mortalité (40) ;
- L'amélioration de l'observance d'un traitement antirétroviral pour le VIH et donc de la mortalité due au SIDA (41) ;
- L'amélioration des conditions de vie et de la réinsertion socio-professionnelle et la réduction de la criminalité.

Pour la BHD, ayant des propriétés pharmacologiques un peu différentes de celles de la méthadone, les bénéfices sont les mêmes : retombées positives sur les comportements à risque avec diminution de la consommation d'opioïdes, des pratiques d'injection, des comportements à risque de transmission du VIH, impact positif sur la mortalité avec réduction des overdoses fatales et non fatales et amélioration de la qualité de vie, des conditions de vie et de l'estime de soi. (42) (43) (34)

La conférence de consensus sur les TSO de 2004 rappelle les résultats obtenus par l'accès au TSO : division par 5 des décès par surdoses d'héroïne entre 1994 et 2002, baisse de l'infection par le VIH, amélioration de l'issue des grossesses (amélioration du lien mère-enfant et diminution de la prématurité), et enfin, un apport économique en termes de « coûts épargnés ». (31)

Il faut souligner également que la France a été un des premiers pays à utiliser la BHD comme traitement substitutif aux opiacés et a donc une longue expérience et beaucoup de recul sur ce traitement.

La législation française, offrant la possibilité de primo-prescrire la BHD aux médecins généralistes dès 1996 avec des conditions de prescription et de délivrance non contraignantes contrairement à la méthadone qui était à l'époque plutôt réservée aux centres spécialisés, a offert un libre et large accès à ce traitement pour les personnes dépendantes aux opiacés en France.

C'est un choix politique et administratif qui provient en partie, selon Morel (44), d'une mise en cause des pouvoirs publics, à cette époque, dans la lutte menée contre le SIDA.

Cette particularité française explique que la BHD est actuellement en France la molécule la plus largement prescrite pour prendre en charge les personnes dépendantes aux opiacés. La France se démarque ainsi des autres pays européens dans lesquels la prescription de méthadone est le plus souvent majoritaire.

3) Nombre de personnes sous TSO en France

En 2015, le nombre de bénéficiaires de TSO en France est estimé à 151 000 parmi les personnes couvertes par les 3 principaux régimes d'assurance maladie. Ce nombre s'élève à 180 000 si l'on prend en compte les prescriptions par les CSAPA, les services hospitaliers et les services sanitaires pénitentiaires. Ces chiffres sont stables depuis 2011.

Parmi les personnes sous substitution, la BHD est le TSO le plus prescrit et le plus remboursé : 64 % d'entre elles sont sous BHD seule soit environ 97 000 patients, 35 % sont sous méthadone soit 53 000 patients et 5 % seulement sont sous l'association buprénorphine-naloxone, apparue sur le marché français en 2012, soit environ 7000 patients. (45)

Les données chiffrées publiées par l'OFDT montrent une tendance à la hausse de la prescription de méthadone ces dernières années à l'inverse de celle de BHD seule. Toutefois ces variations ne sont pas significatives. (45)

Concernant la méthadone, la forme gélule (arrivée sur le marché en 2008) a supplanté la forme sirop depuis 2014.

Parmi les personnes sous BHD la forme princeps est toujours majoritaire : plus de la moitié des bénéficiaires de BHD se sont vu prescrire exclusivement le SUBUTEX®.(45)

C) Cadre de prescription des TSO en France

1) La méthadone® (28) (46)

La méthadone est classée dans la liste des médicaments stupéfiants et sa prescription se fait sur une ordonnance sécurisée.

La durée maximale de prescription est de 14 jours et la délivrance se fait de manière fractionnée par périodes de 7 jours au maximum. (La délivrance pour 14 jours reste possible si elle est précisée sur l'ordonnance)

La délivrance est faite par une pharmacie de ville ou par un CSAPA. Le nom du pharmacien délivreur doit être précisée sur l'ordonnance ainsi que le fractionnement de la dispensation.

La prescription initiale de méthadone doit être faite par un médecin spécialisé exerçant en CSAPA ou un médecin hospitalier spécialisé en addictologie ; son renouvellement peut se faire par le médecin généraliste.

La méthadone existe sous deux formes, sirop ou gélule.

L'indication thérapeutique est « Traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique ».

La méthadone est particulièrement indiquée en cas de dépendance sévère, de pathologies psychiatriques associées, de patient dépendant aux opiacés pour lequel un traitement antalgique par morphinique est nécessaire et indiqué, de pratique d'injection prédominante, et de polyconsommations.

Les principales contre-indications sont un âge inférieur à 15 ans et une insuffisance respiratoire sévère.

En pratique, on commence en général par une posologie de 10 à 40 mg/jour (posologie toutefois très variable selon les individus traités) puis on augmente progressivement par paliers ; il n'y a pas de limitation posologique en France.

La prise est souvent quotidienne, souvent matinale, unique, et par voie orale.

Le taux de remboursement par la sécurité sociale est de 65%.

2) Le Subutex® et ses génériques (46) (47)

La BHD (Subutex®) est classée parmi les médicaments liste 1, cependant elle est « assimilée à un stupéfiant » et est réglementée comme tel ; sa prescription se fait donc aussi sur une ordonnance sécurisée.

L'indication thérapeutique est la même que celle de la méthadone, et là encore, le service médical rendu est considéré comme « important ».

La durée maximale de prescription est cette fois de 28 jours et la délivrance recommandée par l'HAS est de 7 jours. Mais une délivrance de 28 jours reste possible si elle est précisée sur l'ordonnance.

Elle est délivrée en pharmacie de ville ou en CSAPA et son taux de remboursement par la sécurité sociale est également de 65%.

Le médecin prescripteur doit préciser la dispensation qu'il souhaite pour le patient (quotidienne, hebdomadaire, en une fois, etc..) et le nom de la pharmacie.

La dose initiale prescrite est souvent située entre 4 et 8 mg/j puis l'augmentation se fait aussi par paliers ; la posologie maximale est de 16 mg/jour d'après l'AMM du médicament. (Depuis fin septembre 2018 l'AMM est passée à 24mg).

Les principales contre-indications sont un âge inférieur à 15 ans, une insuffisance respiratoire sévère, une insuffisance hépatique sévère et une intoxication éthylique aiguë ou un délirium tremens.

La prise se fait par voie sublinguale en une seule prise par jour (bien attendre la dissolution du médicament).

Comme pour la méthadone, l'instauration d'un traitement substitutif chez un patient s'accompagne d'un suivi médical régulier.

Mais à la différence de la méthadone, la BHD peut être prescrite initialement par n'importe quel médecin et donc notamment par un médecin généraliste ; c'est ce qui justifie sa large prescription en France pour substituer un patient.

En effet, ses conditions de prescriptions plus « souples » ont permis d'ouvrir un large accès à la substitution en France depuis les années 1990. Cette prédominance de la BHD est une particularité française.

Le Subutex® a obtenu son AMM en France en 1996 ; il se présente sous 3 dosages, 0,4 mg, 2 mg et 8 mg ; des génériques sont commercialisés en France depuis 2006 et des dosages de 1 mg et 6 mg existent depuis 2008.

3) Le Suboxone® (48) (49) (50)

L'association buprénorphine-naloxone (Suboxone®) a obtenu son AMM européenne le 26 septembre 2006, mais n'a été disponible sur le marché français qu'à partir de 2012.

Elle a été développée dans le but d'améliorer le profil pharmacologique de la BHD seule afin de réduire le mésusage bien documenté de cette dernière.

En effet le comprimé contient de la naloxone qui est un antagoniste des récepteurs opiacés et qui vient donc se fixer sur ces récepteurs venant ainsi chasser les opiacés ou opioïdes présents sur ces derniers. La naloxone peut donc, selon la quantité absorbée, provoquer un syndrome de sevrage.

Comme nous l'avons indiqué précédemment la naloxone n'a aucune biodisponibilité orale ; ainsi, si le comprimé est pris de manière sublinguale ou orale, elle n'a pas d'effet et le sujet absorbe uniquement la buprénorphine.

En revanche si le comprimé est pris par sniff ou encore par voie injectable, buprénorphine et naloxone sont absorbées par le corps et le sujet va en ressentir les effets contradictoires.

Les comprimés sont dosés en naloxone de manière à ne pas provoquer de véritable syndrome de sevrage chez le sujet qui mésuse mais seulement à diminuer les effets de la buprénorphine et donc à « inciter » le sujet à prendre le traitement par la voie traditionnelle pour lequel il a été conçu.

La voie sublinguale est donc la seule voie d'administration efficace et bien tolérée pour ce traitement.

L'indication de ce médicament est selon l'HAS : "Traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique. La naloxone est un composant destiné à dissuader le mésusage du produit par voie intraveineuse. "

Ses modalités de prescription, de délivrance et de dispensation sont exactement les mêmes que pour la BHD seule et ce médicament peut être prescrit initialement par n'importe quel médecin.

Il existe 2 dosages, 2 mg BHD/0,5 mg naloxone et 8 mg BHD/2 mg naloxone. Ce médicament n'a pas de générique.

Les contre-indications sont les même que pour la BHD seule.

La posologie maximale autorisée selon l'AMM du médicament est de 24 mg/jour.

D) Le mésusage des TSO

1) Définition

La définition du mésusage d'un médicament selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) est :

« Utilisation non conforme aux recommandations du résumé des caractéristiques du produit [...], le mésusage s'entend plus largement comme :

- L'usage inapproprié par rapport aux données de référence, survenant au cours de la chaîne de soins et exposant un patient donné à un risque avéré ou potentiel, sans bénéfice corrélatif ;
- L'usage dans des conditions normales d'utilisation en dehors des indications autorisées. »(51)

2) Mésusage des TSO

C'est un phénomène bien documenté en France et il peut recouvrir de nombreuses dimensions.

Il peut y avoir mésusage selon plusieurs modalités (52):

- d'une part, mésusage dans la voie d'administration du médicament (injection, sniff, inhalation), mais également dans la mauvaise observance de la prescription (doses inférieures prises dans un but d'économie du produit, prise pluriquotidienne, etc.).
- d'autre part, le but de l'usage qui peut être à visée non thérapeutique (recherche de « défonce », soulager la descente après la prise de stimulant, gérer ses signes de manque).
- Il peut y avoir également mésusage dans le mode d'obtention du médicament substitutif : acquisition sur le marché noir partiellement ou complètement, multiplication des prescripteurs pour obtenir plus de traitement. Il faut souligner que le marché noir de TSO est partiellement alimenté par la revente de TSO issus de prescription médicale.
- Il peut concerner également la revente partielle ou totale des médicaments par le sujet après délivrance à la pharmacie ou l'échange des médicaments contre un autre produit du marché noir. Ce dernier point est souvent appelé « détournement du médicament, trafic ». Certains professionnels de santé émettent l'idée que ce « trafic » n'est pas du ressort du personnel soignant et que le placer comme préoccupation prioritaire chez le soignant prescripteur nuit à la qualité de la relation médecin-patient dans le processus de soin addictologique.

Les résultats de la dernière enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes licites ou détournés de leur usage médicamenteux) réalisée auprès des structures spécialisées datant de 2016 montrent que 10 % des sujets interrogés ont injecté une SPA par voie intraveineuse (dans 45 % des cas, cette SPA est un médicament, il s'agit de la BHD dans 20 % des cas et de la morphine dans 16 %), et que 20 % des sujets ont absorbé une SPA par voie nasale (dans 17 % des cas, il s'agit également d'un médicament, principalement la BHD là encore).

La part d'usagers sous protocole de substitution par méthadone obtenant également de la Méthadone de manière illégale sur le marché noir augmente depuis 2008 (9 % des sujets pour la forme sirop en 2016 et 6 % pour la forme gélule).(53)

Concernant la voie d'administration, le mésusage est bien documenté ; d'après les chiffres des enquêtes ENa-CAARUD, en 2015, 7 % des usagers fréquentant les CAARUD déclare inhaler la BHD, 21 % déclare la sniffer, 46 % l'injecter et 51 % la prendre par voie orale. (45)

Le recueil RECAP classe également les usagers en différents groupes selon le produit qui pose le plus de problème : en 2015, le groupe « méthadone » utilise l'injection dans 1,4 % des cas et le sniff dans 1,2 % des cas et le groupe « buprénorphine » utilise l'injection dans 27,3 % des cas et le sniff dans 26,5 % des cas. (13)

Les résultats montrent bien, pour ces deux groupes, un mésusage de ces deux médicaments substitutifs aux opiacés avec détournement de la voie d'administration censée être la voie orale. (Il est important de préciser que la méthadone et/ou le BHD peuvent avoir été prescrits dans le cadre d'une prise en charge addictologique ou être obtenu sur le marché noir sans prescription médicale donc chez des usagers qui rapportent leur mode de consommation).

Par ailleurs, toujours en 2015, la prescription de TSO par 3 prescripteurs ou plus pour un même sujet concernait 21 % des personnes sous TSO et la délivrance par 3 pharmacies ou plus concernait 8 % des bénéficiaires. (45)

L'enquête OSIAP (ordonnances suspectes indicateurs d'abus possible) indique que la BHD concerne 13 % des ordonnances falsifiées identifiées (en 2eme position après le Zolpidem®). (54)

Parmi les usagers de drogues reçus dans les CAARUD en 2012, 16,3 % et 3,9 % d'entre eux citent respectivement la BHD et la méthadone comme étant les produits consommés dans les 30 derniers jours leur posant le plus de difficulté ; et environ 20 % des usagers des CAARUD ayant consommé de la BHD et de la méthadone dans le mois précédemment prenait ces TSO hors suivi médical.(45)

Avec l'apparition des TSO en France, on a donc vu apparaître une primo-dépendance au TSO et des automédications par TSO à la faveur du marché parallèle.

La BHD est le TSO le plus « mésusé », du fait de sa facilité d'accès et de sa simplicité à s'injecter ; le détournement de la voie d'administration est plus fréquent avec le Subutex® qu'avec ses génériques d'après différentes enquêtes.

En 2011, l'enquête OPPIDUM réalisée en milieu carcéral, interrogeant les détenus sur leur consommation de SPA la semaine avant leur incarcération, montre que 75 % d'entre eux consommaient des médicaments dans un cadre d'abus ou de dépendance, 25 % à une dose supérieure à l'AMM, 47 % obtenant ce médicament au moins partiellement de manière illégale et pour 20 % d'entre eux, l'obtenant de manière exclusivement illégale ; enfin parmi les détenus sous protocole médical de substitution, 8 % obtenaient de la méthadone et 21 % de la BHD de manière illégale avant leur incarcération.(6)

Le trafic parallèle des TSO et de tous les autres médicaments, tout comme les différentes SPA, existe aussi au sein du milieu pénitentiaire, tout comme leur mésusage.

L'ANSM a par ailleurs placé les différents TSO sous « surveillance renforcée » en raison du risque d'abus, de dépendance, d'usage détourné et de trafic.

3) Suboxone® et mésusage : encore un faible niveau de preuve

Le Suboxone® arrivé sur le marché français en 2012, est une modification du profil pharmacologique du Subutex® ou ses génériques en associant buprénorphine et naloxone au sein du même comprimé. Il est censé réduire le mésusage de la buprénorphine seule en accompagnant le patient à prendre son traitement de substitution par voie sublinguale et non par sniff ou par intraveineuse.

En 2008, la première commission de la transparence de l'HAS sur le Suboxone® indique un service médical rendu (SMR) important pour ce nouveau traitement en raison d'études comparant l'efficacité d'un traitement par suboxone® versus Subutex® /méthadone ou même placebo dans la prise en charge des patients addicts aux opiacés, venant ainsi confirmer l'efficacité de ce nouveau traitement.

Parmi ces études, on peut citer en 2003, un essai randomisé multicentrique contrôlé, publié dans le NEJM, comparant deux bras de traitement par Suboxone® ou par BHD seule, à un bras traité par placebo, chez des personnes prises en charge pour une addiction aux opiacés (55) ; le critère de jugement principal était le pourcentage de tests urinaires négatifs aux opiacés et l'importance du craving pour les opiacés déclaré par les patients à quatre semaines de traitement : le pourcentage de tests urinaires négatifs était respectivement de 17,8 % et 20,7 % dans les groupes BHD/naloxone et BHD, contre 5,8 % dans le groupe placebo (différence significative $p < 0.0001$), et la comparaison des scores de craving dans les 3 bras de traitements a également démontré une meilleure réduction de l'envie d'opiacé dans le groupe BHD et BHD/naloxone par rapport au groupe placebo.

Le Suboxone® a également été comparé à la méthadone chez les patients toxicomanes traités et a montré son intérêt thérapeutique et son efficacité similaire. (56) (55)

Cependant, concernant l'impact potentiel de ce nouveau traitement sur le mésusage et la réduction du trafic, la commission est restée indécise, et le Suboxone® n'a donc pas obtenu d'amélioration du service médical rendu (ASRM) en 2008 : « Compte tenu de la spécificité française des traitements de substitutions aux opiacés et des données du dossier, l'impact de la mise sur le marché de Suboxone® en termes de mésusage et de trafic de la buprénorphine reste à déterminer. Par conséquent, la commission de la Transparence considère que Suboxone® n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) par rapport à Subutex® et à ses génériques. Suboxone® constitue un outil thérapeutique supplémentaire dans la prise en charge médicamenteuse des dépendances aux opiacés. »(50)

En 2015, la commission de la transparence de l'HAS sur le Suboxone® a étudié les nouvelles données scientifiques disponibles sur ce médicament notamment les études non publiées RIME et INSPIRE fournies par le laboratoire commercialisant le Suboxone® et des données de pharmacovigilance.

L'étude RIME est une étude phase IV, randomisée et ouverte, qui a évalué l'efficacité d'un traitement par Subutex® versus un traitement par Suboxone® sur la réduction du nombre d'injections intraveineuses par le patient substitué ; elle s'est déroulée entre 2009 et 2012 et a inclus des patients des CSAPA et CAARUD français sous substitution depuis plus de 3 mois et déclarant un mésusage de la voie d'administration de leur traitement : 89,6 % des patients du

groupe Suboxone® ont réduit leur nombre d'injections hebdomadaires de plus de 30 % contre seulement 45,8 % des patients sous BHD ($p < 0.0001$).

Une autre étude, publiée en 2007 et réalisée auprès des patients toxicomanes en Finlande participant à un programme d'échange de seringues et interrogés par sondage, a montré que la BHD seule était le médicament le plus fréquemment utilisée par voie intraveineuse chez 73 % d'entre eux, que plus des deux tiers des répondants avait essayé le Suboxone® par voie intraveineuse également mais que, dans 80 % des cas, cela avait été une « mauvaise expérience » et que, par ailleurs, le prix de rue du Suboxone® était inférieur de moitié à celui de la BHD seule (57) ; cependant, dans cette étude, environ 8 % des patients s'injectaient tout de même le Suboxone® de manière régulière.

La commission de la transparence de l'HAS a donc prolongé le SMR important du Suboxone® mais ne lui a toujours pas accordé d'ASMR par rapport au Subutex®.(48)

Les professionnels de l'addictologie, en France, reste divisé sur cette nouvelle molécule apparue sur le marché ; en effet, certains attribuent à ce médicament un aspect « punitif » et donc non éthique pour le patient qui mésuse ; une solution pourrait être la prescription de la Buprénorphine par voie injectable pour les patients injecteurs réguliers, mais cette solution n'est pas autorisée en France.

En 2008, dans le journal n°37 d'ASUD qui est une association chargée de représenter les intérêts des usagers de drogues, créée en 1992, le Dr Lebeau écrivait : « L'introduction du Suboxone® en France se déroule dans une ambiance pour le moins compliquée. Pour certains, le principe même de cette association est condamnable en raison de sa dimension punitive. Pour d'autres, et un peu contradictoirement, le Suboxone® ne changera pas grand-chose au détournement par voie injectable du Subutex®. D'autres enfin considèrent le Suboxone® comme un Subutex® amélioré puisque moins mésusé et moins détourné. [...] il faudra sans doute attendre plusieurs années pour pouvoir dire quelle sera sa place par rapport à la buprénorphine seule. Les spécificités françaises étant ce qu'elles sont, de nombreux pays suivront avec intérêt les tribulations du Suboxone® dans notre pays. »(58)

En 2007, la revue Prescrire publie un article intitulé « Buprénorphine + naloxone (Suboxone®) Dépendance aux opiacés : pas de preuves d'un moindre risque d'auto-injections » : cet article rappelle le manque de véritables essais comparant le mésusage du traitement sous BHD seule et sous BHD + naloxone et le manque de données et de recul sur les effets indésirables de cette

nouvelle molécule ; si la pharmacologie du médicament paraît attractive, il n'y a pas suffisamment de preuves scientifiques qui montrent que le Suboxone® réduit le mésusage de la voie d'administration. (59)

Une étude publiée en 2009 en Malaisie a quant à elle montré que la mise sous traitement BHD + naloxone n'a pas réduit les comportements à risque tels que l'injection et le partage de matériel. (60)

III) La santé en milieu carcéral

A) Le milieu carcéral français

1) Les structures pénitentiaires

Les prisons françaises sont gérées par la Direction de l'administration pénitentiaire, rattachée au Ministère de la Justice. Les établissements pénitentiaires et les services pénitentiaires d'insertion et de probation sont placés sous l'autorité des neuf directions inter-régionales (Rennes, Toulouse, Marseille, Dijon, Lille, Bordeaux, Paris, Strasbourg, Lyon) et de la mission des départements et des territoires d'outre-mer, lesquelles animent, contrôlent et coordonnent l'ensemble de leurs activités.

On y trouve différents types de structures (61):

– **Les maisons d'arrêts (MA)** : ce sont des établissements dans lesquels sont incarcérées les personnes prévenues en détention provisoire (personnes détenues en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive) ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine ne dépasse pas deux ans.

– Les établissements pour peines, réservés aux personnes condamnées définitivement, généralement avec des peines de plus de 2 ans, qui comprennent :

des **maisons centrales (MC)** qui accueillent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou présentant des risques. Ces prisons sont essentiellement axées sur la sécurité ;

des **centres de détention (CD)** qui accueillent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans avec généralement les meilleures perspectives de réinsertion sociale. Les centres de détention ont donc un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation et la réinsertion ;

des **centres de semi-liberté (CSL)** qui reçoivent des personnes condamnées admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté. La personne condamnée détenue peut exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement ou une formation ou s'investir dans tout

autre projet d'insertion ou de réinsertion afin de prévenir les risques de récidive ; elle peut donc pour ce fait s'absenter de l'établissement pendant la journée ;

des **quartiers centres pour peines aménagées (CPA)** qui reçoivent les personnes condamnées bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que les personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an, dans le but de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

– **Les centres pénitentiaires (CP)** : ce sont des établissements mixtes qui comprennent plusieurs quartiers dont au moins deux ayant un régime de détention différent (exemple : quartier dit « maison d'arrêt » et quartier dit « centre de détention »). La plupart des nouveaux établissements pénitenciers se construisent actuellement sous ce format.

Il existe une spécificité pour les femmes détenues : elles sont soumises au même droits et devoirs que leurs homologues masculins, mais elles sont détenues dans des établissements ou des quartiers distincts des hommes (des activités au sein des établissements peuvent toutefois être organisées de façon mixte), elles sont surveillées par du personnel uniquement féminin et il existe enfin des dispositions spécifiques pour accueillir les femmes détenues enceintes ou avec leur nourrisson (jusqu'à 18 mois).

Il existe également des **établissements pour mineurs (EPM)** ou des quartiers pour mineurs au sein des établissements, ces établissements ou quartiers devant offrir à ces mineurs incarcérés une large place à l'éducation.

Sur le territoire français (comprenant les territoires d'outre-mer) on comptabilise au 1^{er} janvier 2017 186 établissements pénitentiaires, qui se décomposent en :

- 82 MA et 49 quartiers MA
- 6 MC et 7 quartiers MC
- 26 CD et 40 quartiers CD
- 11 CSL et 18 quartiers CSL
- 9 quartiers CPA
- 6 EPM

On comptabilise donc 82 MA, 43 établissements pour peines, 6 EPM et enfin 54 CP regroupant les différents quartiers de régimes de détention cités ci-dessus.(62)

2) La population carcérale

Au 1^{er} février 2017 (date du début du recueil de données de notre étude) on comptabilise 79 875 personnes sous écrou en France dont 69 077 écroués détenus et 10 364 écroués non détenus (la majeure partie sous surveillance électronique).

Il y a 781 mineurs écroués détenus et 2213 femmes écrouées détenues, ce qui représente respectivement 1,1 % et 3,2 % des écroués détenus totaux. (63)

Par ailleurs, en 2014, on comptait 117,9 personnes écrouées pour 100 000 habitants et 101,6 personnes détenues pour 100 000 habitants en France ; l'âge moyen des écroués et des écroués détenus était respectivement de 34,6 ans et 33,6 ans.(64)

Le graphique suivant montre que la grande majorité des écroués détenus (environ 69 %) sont incarcérés dans des maisons d'arrêt ou dans les quartiers de type maison d'arrêt.(63)

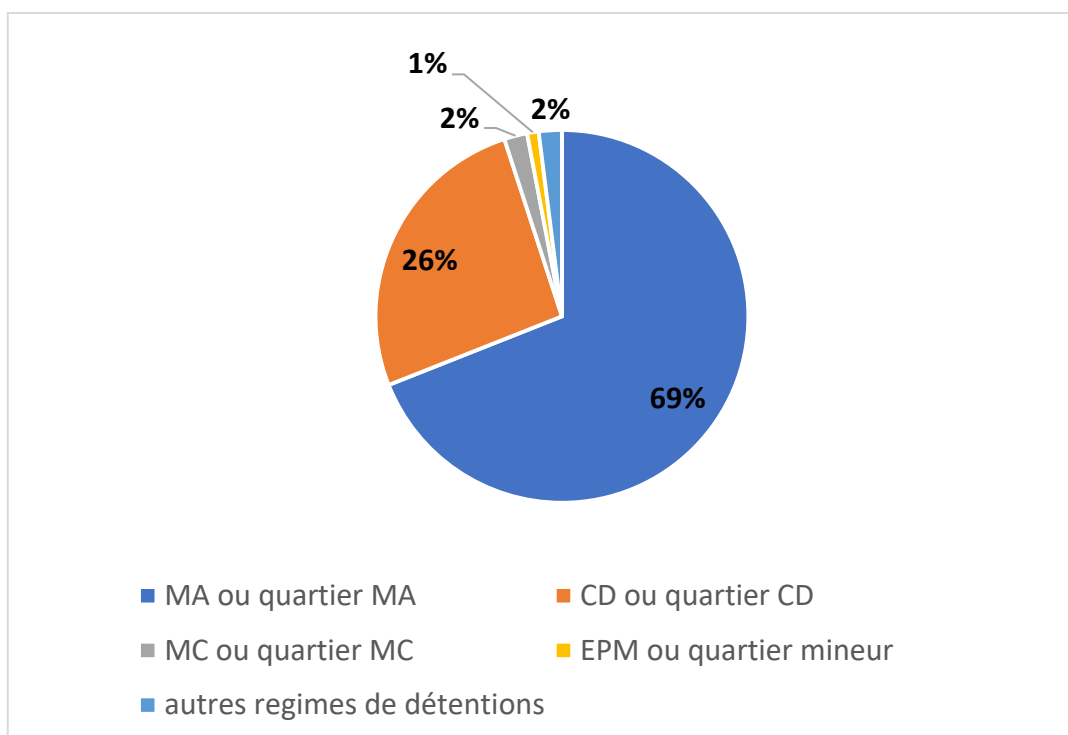


Figure 2 : Répartition des écroués détenus français au 1^{er} février 2017 dans les différents types d'établissements carcéraux

3) Surpopulation carcérale

Au 1^{er} février 2017, le nombre de places opérationnelles dans les prisons françaises est de 58 672 (pour environ 70 000 détenus) avec un nombre de matelas au sol estimé à 1654. Ceci met en lumière le problème de la surpopulation en milieu pénitentiaire rendant les conditions de détentions difficiles.

La densité carcérale est définie par le nombre de détenus réels dans un établissement ou quartier de détention exprimé en pourcentage du nombre de places théoriques opérationnelles dans cet établissement ou ce quartier : sur les 255 établissements ou quartiers de détention, seuls 129 ont une densité carcérale inférieure à 100 %, 33 établissements ou quartiers ont une densité carcérale comprise entre 100 % et 120 %, 36 entre 120 % et 150 %, 41 entre 150 % et 200 % et enfin 6 ont une densité carcérale supérieure à 200 %.

Les maisons d'arrêts ou les quartiers de détention dits maisons d'arrêt sont les plus touchés par ce phénomène : en effet, si la densité carcérale moyenne dans l'ensemble des établissements pénitentiaires est estimée au 1^{er} février 2017 à environ 118 %, elle est de 142 % pour ces dernières.(63)

4) Des conditions de détention difficiles

La surpopulation carcérale en France favorise : le manque d'accès à l'hygiène et à l'intimité, l'insalubrité des locaux pénitenciers, la vétusté des équipements sanitaires. Ces conditions ont été pointés du doigt de nombreuses fois dans des rapports alarmants (65) (66) et par des associations intervenant en milieu carcéral.

Ces conditions de détention difficiles ne permettent d'accéder à des conditions physiques et mentales optimales. Elles sont considérées comme une atteinte à la dignité humaine. Ainsi le rapport de l'Assemblée nationale notait en 2000 que « la surpopulation pénale est à l'origine d'un traitement infligé aux détenus qui peut être considéré, comme inhumain et dégradant » (65).

De même la Commission nationale consultative des droits de l'homme rapportait dans son étude de 2004, « qu'en matière d'hygiène corporelle, la France est en retard par rapport à nombre

d'états européens » et que « la situation de promiscuité imposée à la majorité des personnes incarcérées en maison d'arrêt représente l'un des aspects les plus dégradants des conditions de détention en France ». (67)

Enfin l'Observatoire international des prisons (OIP), une association loi 1901 qui agit pour le respect des droits de l'homme en milieu carcéral et pour un moindre recours à l'emprisonnement, comptabilise ainsi sur son site internet « 36 établissements pénitentiaires français dont les conditions de détention ont été jugées contraires à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme – prohibant la torture et les traitements inhumains ou dégradants – par le juge administratif français et/ou par la Cour européenne des droits de l'homme ». (68)

B) Accès aux soins en milieu pénitentiaire

1) Le cadre législatif français

– La Loi du 18 janvier 1994 :

En 1993, le Haut comité de santé publique publie le rapport CHODORGE intitulé « Santé en milieu carcéral », après avoir été saisi par le ministère de la justice pour tenter d'améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues. (69)

Ce rapport fait un constat critique de l'état de santé des détenus, de l'accès aux soins des détenus et de l'organisation du système de soin en prison qui était alors géré par des services dépendant du Ministère de la Justice et de l'Administration pénitentiaire.

Il met en lumière « la nécessité d'une réforme profonde du système de soins [...] permettant à la population carcérale de bénéficier de soins de qualité identique à ceux qui sont offerts à la population générale » et propose de mettre l'accent sur trois priorités : la médecine préventive, l'accès aux soins somatiques et la prise en charge de la santé mentale en prison. (69)

À la suite de ce rapport, la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et son décret d'application 98-1099 du 1er décembre 1998 ont radicalement transformé la prise en charge sanitaire des détenus en France en leur garantissant un accès à un personnel

médical et à une offre de soins de qualité : la prise en charge sanitaire des détenus a ainsi été transférée au service public hospitalier et donc au Ministère de la Santé, le rendant donc complètement indépendant de l'Administration pénitentiaire.

Cette loi a obligé l'affiliation des personnes détenues et ce, dès leur incarcération, au régime d'assurance maladie : elles bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général.

Enfin elle a créé des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) rattachées à un établissement public de santé de référence de proximité. Les UCSA ont par la suite été rebaptisées unités sanitaires (US). (70) (71) (72)

– L'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) destinées à l'accueil des personnes incarcérées (73) a permis la création de sept UHSI implantées dans des CHU et sécurisées par l'administration pénitentiaire.

– La loi du 30 octobre 2007 a créé un contrôleur général des lieux de privation de liberté (74), nommé pour un mandat non renouvelable de six ans, qui est chargé de s'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté au sein des établissements pénitentiaires mais aussi dans les locaux de garde à vue, les dépôts des tribunaux, les centres de rétention administrative, les zones d'attente ou même dans les hôpitaux psychiatriques.

– La loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice , en son article 48, modifie les conditions d'accès aux soins des personnes détenues atteintes de troubles mentaux en créant des unités hospitalières sécurisées aménagées (UHSA), unités implantées au sein d'un établissement de santé et sécurisées par l'administration pénitentiaire, ayant pour vocation de prendre en charge les personnes détenues nécessitant une hospitalisation en psychiatrie à temps complet. Elle est complétée par la circulaire interministérielle du 18/03/2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.(75)

Cette loi a permis aussi la création des établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM). (76)

– La loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 garantit aux personnes incarcérées un accès à la prévention et aux soins, une qualité et une continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie la population générale.(77)

– Le plan d’action stratégique 2010/2014 lancé par le gouvernement pour promouvoir la santé en milieu carcéral :

Les pouvoirs publics ont lancé un plan d’action stratégique suite au constat suivant : prévalences élevées des maladies infectieuses et psychiatriques, problématiques addictives, mortalité élevée par suicide, vulnérabilité sociale et économique de la population carcérale, mettant en lumière les besoins importants de cette population en matière de soins et d’accompagnement et d’actions de prévention. Ce plan prévoit dix-huit mesures regroupées en six axes et était guidé par trois principes fondamentaux : les détenus doivent jouir de la même qualité et continuité de soins que la population générale, les programmes de santé public doivent être réalisés également en milieu carcéral et les actes de prévention et les soins prodigués aux personnes incarcérées doivent concourir à améliorer l’état de santé de cette population vulnérable. (78)

Sur le plan pratique, les soignants peuvent s’appuyer sur « le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placés sous main de justice » publié en 2004, réactualisé en 2005, puis en 2012, qui traite de l’organisation des structures institutionnelles qui organisent et contrôlent les prises en charge sanitaires ; il aborde également l’organisation du système de soin somatique et psychiatrique, l’exercice des personnels soignants et les droits sociaux et fondamentaux des personnes détenues et les spécificités de leur accompagnement.(79)

La publication de ce guide méthodologique (Circulaire interministérielle n°27 du 30 octobre 2012(80)) représente l’un des aboutissements du plan d’action stratégique 2010-14.

2) Les règles européennes

Afin de garantir, dans les lieux de privation de liberté, le respect de l’article 3 intitulé « Interdiction de la torture » de la Convention européenne des droits de l’homme qui dit que « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants » (81), a été créé le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) qui, s’appuyant sur les articles de la convention européenne du même nom, jouit d’un accès illimité à tout lieu de détention, peut se déplacer sans restriction à

l'intérieur, s'entretenir sans témoin avec des détenus, etc. et qui, après chaque visite, établit un rapport à l'Etat concerné. (82)

Les 108 règles pénitentiaires européennes, adoptées pour la première fois en 1973 et révisées en 1987 puis en 2006, engagent les 46 pays signataires et membres du Conseil de l'Europe à harmoniser leurs politiques pénitentiaires ; elles portent à la fois « sur les droits fondamentaux des personnes détenues, le régime de détention, la santé, l'ordre et la sécurité des établissements pénitentiaires, le personnel de l'administration pénitentiaire, l'inspection et le contrôle des prisons. » (83)

3) Structures de soins en milieu pénitentiaire

➤ Les unités sanitaires (84) :

Chaque établissement pénitentiaire possède en son sein une unité sanitaire (US) , qui remplace, depuis la publication de la circulaire interministérielle 2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice (80)), l'UCSA (unité de consultations et de soins ambulatoires) créée par la loi du 18 janvier 1994.

Elles assurent :

- la visite médicale d'entrée : conformément au code de procédure pénale, tout détenu doit pouvoir en bénéficier dans les plus brefs délais
- le suivi médical de ces personnes, que ce soit pour des recours ponctuels à des soins ou le suivi d'une pathologie chronique
- la mise en place d'actions de prévention et d'éducation pour la santé
- la visite médicale de sortie prévue par l'article 53 de la loi pénitentiaire de 2009.

➤ Les hospitalisations (hors psychiatrie) :

Les hospitalisations d'urgence et de courte durée sont réalisées dans les chambres sécurisées des hôpitaux publics de rattachement.

Les hospitalisations à temps complet programmées pour une durée supérieure à 48 h ou les suites d'une hospitalisation en urgence (le détenu doit être transféré de sa chambre sécurisée dans l'établissement de santé de référence après 48 h d'hospitalisation) se déroulent dans les

unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Il y en a huit actuellement en France implantées dans les centres hospitaliers régionaux universitaires de Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris Rennes et Toulouse ; ce sont des unités sécurisées par les forces de l'ordre et l'administration pénitentiaire dans lesquelles les patients détenus peuvent bénéficier de tout le plateau technique médico-chirurgical de l'hôpital où se situe l'UHSI.

➤ La prise en charge psychiatrique des personnes incarcérées :

Elle est également assurée par le service public hospitalier ; le nouveau schéma d'organisation des soins psychiatriques pour les personnes détenues, acté en janvier 2010, comprend 3 niveaux de prise en charge :

- Le niveau 1 (offre de proximité) : prise en charge psychiatrique individuelle ou en groupe, au sein de l'unité sanitaire présente dans la prison ou au sein du service médico-psychologique régional (SMPR) s'il y en a un dans la prison, chaque unité sanitaire possédant également une équipe de psychiatrie ou un intervenant psychiatre
- Le niveau 2 : prise en charge psychiatrique individuelle ou en groupe au moyen d'hospitalisations de jour au sein du SMPR ; le patient détenu doit donner son consentement pour ce type de prise en charge.

Les SMPR sont des unités de soins en santé mentale présentes au sein d'un établissement carcéral, créées en 1985 (lois du 25 juillet 1985 et 31 décembre 1985) et leurs missions initiales notamment la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies sont fixées par l'arrêté du 14 décembre 1986 ; il en existe actuellement 26 en France (ils ne sont donc pas présents dans tous les établissements pénitentiaires) ; ils assurent également une mission d'information et de coordination régionale.

Les détenus, devant ou souhaitant bénéficier d'une hospitalisation de jour à visée psychiatrique, peuvent donc être transférés dans l'établissement pénitentiaire avec SMPR de rattachement.

- Le niveau 3 : prise en charge psychiatrique nécessitant une hospitalisation à temps complet au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) avec consentement du

patient détenu ou sans consentement, sur décision du représentant de l'Etat, au vu d'un certificat médical circonstancié. (85)

L'UHSA est une unité hospitalière implantée au sein d'un établissement de santé, sécurisée par l'administration pénitentiaire qui assure les transferts, le contrôle des entrées et des sorties, mais qui n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf en cas de demande du personnel soignant. L'arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste des neuf UHSA de la première tranche (soit 440 places) et des dix-sept unités prévues au total (705 places).(86)

4) Quelques chiffres

En 2010, d'après le rapport de l'OSSD (87), on comptabilisait en moyenne sur le plan national :

9,28 consultations de médecine générale par détenu,

1,21 consultations spécialisées par détenu,

2,89 consultations dentaires par détenu,

4,01 consultations psychiatriques par détenu,

86 extractions programmées pour une consultation pour 100 détenus,

14,81 hospitalisations (dans l'établissement de santé de référence (ETSR) ou en UHSI) pour 100 détenus, dont 62 % en ETSR et 38 % en UHSI,

21,15 HDJ psychiatriques en SPMR pour 1000 détenus,

165 extractions en urgence pour 1000 détenus

5) Une promotion de la santé en milieu carcéral encore insuffisante

Des rapports mettent en avant les progrès encore à faire pour favoriser l'accès aux soins et améliorer la réduction des risques en milieu carcéral : le rapport FATOME « organisation des soins aux détenus » de l'IGAS et l'IGSJ rapportait déjà en 2001 les différentes lacunes dans les missions de soins encadrées par la loi du 18 janvier 1994 (88) et plus récemment le nouveau rapport chargé en 2015 d'évaluer le plan d'action stratégique 2010/2014 met également en avant que les progrès considérables réalisés en matières de soins restent encore insuffisants avec un manque de moyen, de personnel, des offres de soins très disparates selon les régions et qu'il

reste encore du travail à faire concernant l'application des mesures de réduction des risques en prison en France. (89)

6) Un manque de personnel soignant

Bien que la loi du 18 janvier 1994 promeuve un accès aux soins équivalent en milieu carcéral qu'en milieu libre, l'observatoire international des prisons (OIP) dénonce un manque de personnels soignants par rapport au nombre de détenus incarcérés : « 22 % des postes de spécialistes et 15 % des postes de psychiatres ne sont pas pourvus ». Ce manque d'effectifs ne permettrait pas à toutes les unités sanitaires d'assurer une permanence de soins la nuit et le weekend et allongerait les délais d'attente de consultation et de prise en charge pour les détenus avec toutes les conséquences que cela entraîne (risque vital, suicide etc.).(90)

C) Etat de santé des personnes incarcérées en France : données épidémiologiques

1) Une population fragilisée sur le plan socio-économique

En 2003, L'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur les entrants en prison, réalisée par M.C. Mouquet, décrit une population principalement jeune et masculine (la moitié des entrants en détention ont moins de 28 ans en 2003), précarisée et vulnérable, concernée par des problèmes de logements (1 entrant sur 5 déclare ne pas avoir de domicile stable au moment de son incarcération) et de couverture sociale (13,6% des entrants déclarent n'avoir aucune protection sociale). (91)

Sur le plan scolaire, il est également important de noter que 27 % des détenus échouent au bilan de lecture, 48 % n'ont aucun diplôme et 80 % ne dépassent pas le niveau CAP.(92)

Une étude plus récente concernant les personnes entrants en détention, réalisée sur cinq établissements du département de Picardie, rend également compte de cette précarité plus marquée dans la population carcérale : «39,9 % (des personnes interrogées) étaient hébergées dans leur famille, 7,6 % résidaient dans un logement précaire (chez des amis, en foyer d'hébergement, caravane...), 3 % se trouvaient sans domicile. Plus de 3 personnes détenues

interrogées sur 5 étaient au chômage ou sans profession. En terme de couverture sociale, 31,3 % affirmaient avoir un remboursement de leurs frais de santé par couverture médicale universelle (CMU) et 47,8 % déclaraient percevoir au moins une prestation sociale (pension d'invalidité, revenu minimum d'insertion ou revenu de solidarité active, allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation du handicap, allocation adulte handicapé...).(93)

La surreprésentation des personnes issues de milieu défavorisé peut s'expliquer par le fait qu'elles commettent plus de délit et sont plus sujettes à la récidive mais aussi par une possible inégalité de traitement par la justice française. La justice condamnerait plus facilement les personnes issues de milieu défavorisé : ainsi, d'après les études menées entre 2000 et 2009 par Virginie Gautron et Jean Noel Retières, la probabilité pour les sans-emploi d'être orientés en comparution immédiate et d'être condamnés à de la prison ferme est respectivement de 1,8 et 1,5 fois supérieure à celle des actifs, la probabilité d'être condamnées à de la prison ferme pour les personnes touchant moins de 300 euros mensuels est 3,8 fois supérieure à celle des personnes gagnant plus de 1500 euros mensuels et enfin la probabilité des personnes nées à l'étranger de passer en comparution immédiate ou d'être placées en détention provisoire est respectivement 3 fois et 4,8 fois plus élevée que celle des personnes nées en France. (94)

2) Des prévalences des maladies infectieuses élevées

Pour l'infection VIH, le taux de prévalence varie de 1,7 % à 2,1 % en milieu carcéral (95) (96) (en comparaison, il est de 0,5 % dans la population générale) et pour le VHC, le taux de prévalence est supérieur à 30 % selon certaines études.(95)

Pour l'hépatite C, l'enquête Coquelicot de 2004 avait retrouvé une prévalence dix fois plus élevée chez les usagers de drogues ayant un antécédent d'incarcération en prison que celle de la population générale (7,1 % contre 0,8 %).(97)

Pour les autres IST, on retrouve également des taux de prévalence élevés : 5,75 % chez les hommes et 12,31 % chez les femmes pour la chlamydia, 1,4 % et 5,73 % pour la gonorrhée, et 2,45 % et 6,10 % pour la syphilis ; chaque infection était associée au sexe féminin sur le plan statistique.(98)

L'enquête Prévacar réalisée en 2010 par sondage dans les unités sanitaires retrouve des prévalences du VIH et VHC environ 6 fois plus élevées en milieu carcéral qu'en population générale :

- Pour le VIH, elle est estimée à 2,0 % (IC 95 % [0,9-4,2]), avec un quart des détenus séropositifs découverts pendant leur incarcération ; 75 % d'entre eux étaient à un stade d'immunodépression avancé ($CD4 < 350 \text{ mm}^3$) et 75% d'entre eux également recevait un traitement anti-rétro-viral.
- Pour l'hépatite C, la prévalence en milieu carcéral est estimée à 4,8 % (IC 95 % [3,5-6,5]) , soit 3000 personnes environ, prévalence significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes ; le mode de transmission probable est l'usage de drogues par voie intraveineuse pour environ 70 % des cas et l'hépatite a été découverte pendant l'incarcération dans 1 cas sur 5.(99)

Cette surreprésentation des maladies infectieuses en milieu carcéral peut s'expliquer par : le faible recours aux soins des détenus lié à des conditions socio-économiques défavorables avant l'incarcération ; des comportements à risque plus marqués (tatouage, usage de drogues, partage du matériel d'injection, etc.) ; une surreprésentation de personnes originaires de pays africains endémiques du VIH en prison.

Nous voyons ainsi qu'il est essentiel de réaliser des actions de prévention et d'éducation à la santé, ainsi que de mettre en place un véritable programme de dépistage en milieu carcéral.

3) Handicap et prison

L'enquête HID-Prisons, conduite en 2001 par l'INSEE et l'INED (institut national d'études démographiques), visant à étudier les prévalences des déficiences physiques, viscérales, sensorielles, intellectuelles et psychiques et des incapacités en milieu carcéral constate une prévalence du handicap deux fois plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale : environ 2/3 des personnes détenues présentent au moins une déficience (contre 1/3 dans la population générale), 1/4 présentent une incapacité physique (contre 1/10 dans la population générale) et près de la moitié présentent une déficience intellectuelle (contre 1/8 dans la population générale).(100)

4) Des comorbidités psychiatriques

Elles sont également fréquentes en milieu pénitentiaire. On retrouve ainsi des taux de prévalence de troubles psychotiques et de syndrome dépressif variant respectivement de 3,6 % à 6 % et de 10 % à 35 % selon les études. (101) (102)

Une étude dirigée par la DRESS et publiée en 2003, concernant les détenus entrants suivis par un SMPR, montrait qu'au moins un trouble psychiatrique était repéré chez 55 % des entrants, qu'un entrant sur cinq avait déjà été suivi dans un secteur de psychiatrie et qu'un suivi psychiatrique était préconisé pour la moitié des entrants. Cette étude met aussi en évidence un taux de recours des détenus aux soins psychiatriques de 271 pour 1 000, soit un taux dix fois supérieur à celui observé dans la population générale auprès des seuls secteurs de psychiatrie générale (25 pour 1 000 pour les personnes âgées de vingt ans et plus).(103)

Le recours au psychiatre en détention tend à s'accroître du fait de l'incitation aux soins préconisée par l'administration pénitentiaire et le législateur, amalgamant soins psychiatriques et prévention de la récidive.

5) Conduites addictives

En 2003, la même enquête de la DREES rapportait que 8 entrants sur 10 étaient fumeurs, qu'1/3 des entrants déclaraient une consommation excessive d'alcool, qu'1/3 déclaraient une consommation de drogues illicites dans les 12 derniers mois et qu'1/10 étaient sujets à la polyconsommation (c'est-à-dire au moins deux substances consommées). (28)

Plus spécifiquement pour les opiacés, 6,5 % des entrants déclaraient une consommation d'héroïne, d'opium ou de morphine dans les douze derniers mois et également 6,5 % s'étaient injecté au moins une fois la drogue par voie intraveineuse. (28)

Dans le même temps, l'enquête de la DREES menée auprès des SMPR sur la santé mentale en prison retrouvait un quart des prisonniers surveillés souffrant de troubles mentaux liés à l'utilisation de substances toxiques.(103)

En 2006, Fallissard et al. constataient également des prévalences de pathologies addictives élevées en milieu carcéral avec 38 % des détenus incarcérés depuis moins de six mois présentant

une dépendance aux substances illicites et 30 % une dépendance à l'alcool. Ils estimaient le taux de prévalence pour la toxicomanie entre 10,8 % et 14,6 % parmi les détenus incarcérés.(104)

Pour conclure, toutes ces données épidémiologiques nous montrent qu'il existe de fortes ressemblances socio-économiques et sanitaires entre la population usagère de drogue et la population carcérale.

IV) Les addictions en milieu carcéral

A) Les usagers de drogues et la prison

1) L'incarcération : fréquente dans le parcours d'un usager de drogues

Les usagers de drogues sont nombreux en prison en raison d'une législation française, que certains considèrent, très sévère à l'encontre des infractions liées au stupéfiants (ILS) : la loi française du 31 décembre 1970 interdit la production, la détention, la vente, l'achat et l'usage des stupéfiants.

Le nombre d'ILS a ainsi été multiplié par 50 depuis décembre 1970 et la part de l'usage illicite parmi les condamnations pour ILS a presque triplé en 10 ans (il est passé de 22 % en 2002 à 59 % en 2013) ; 27,5 % des condamnations pour ILS entraînent une peine de prison ferme, la condamnation à de la prison pour usage simple restant toutefois minoritaire parmi les réponses pénales possibles (3390 en 2015).(105) (106)

Bien que la consommation de drogues ne constitue plus un motif d'incarcération, les prix élevés des substances, le trafic, la revente etc. expliquent en partie la répétition des délits chez les usagers de drogues et augmentent donc leur risque d'emprisonnement.

L'incarcération est donc fréquente dans le parcours d'un usager de drogues

Les enquêtes Coquelicot, menées par l'InVS en 2004 et 2011 sur les populations usagères de drogues fréquentant les CSAPA et les CAARUD, indiquaient que 60 % des usagers de drogues déclaraient un antécédent d'incarcération. (15) (14)

Le recueil de données RECAP mis en place par l'OFDT auprès des CSAPA trouve, lui, en 2015, une proportion d'usagers ayant déjà fait de la prison d'environ 40 %, avec, parmi ces usagers, près de 60 % l'ayant été 2 fois ou plus. (13)

2) Poursuite des consommations au sein de la prison

Parmi les usagers de drogues en prison, il y a deux types de population : ceux qui étaient déjà consommateurs avant leur incarcération et ceux qui s'initient ou sont initiés durant leur période de détention.

Pour les premiers, les études constatent en effet, que la prison n'est pas synonyme d'arrêt de la consommation et du mode d'usage de drogue ; on note souvent, seulement une diminution de la consommation : « l'ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l'incarcération restent consommés toutefois dans des proportions moindres pendant l'incarcération » (107)

On constate simultanément un transfert des usages de drogues illicites vers les médicaments ou d'autres produits psychoactifs plus facilement accessibles à l'intérieur des murs. (108)

Au vu de la rareté des seringues disponibles dans les lieux de détention, la voie injectable fait place à la voie nasale (sniff) ; la pratique de l'injection diminue donc mais reste toutefois non négligeable et se fait souvent au détriment de l'hygiène avec un partage du matériel fréquent et une réutilisation des seringues usagées.(108)

Pour les seconds, ceux qui s'initient à l'usage de produits illicites ou aux médicaments de substitution aux opiacés pendant la détention, l'adaptation au milieu, à sa violence, serait le critère principal avec pour finalité de surmonter la violence intra carcérale. (109)

Le détournement des médicaments de leur usage serait un phénomène en croissance dans les prisons. (97)

En 2011, on a interrogé les détenus du CP de Liancourt sur leur consommation avant et pendant la détention au centre pénitentiaire de Liancourt : 43,6 % des détenus interrogés ont déclaré la consommation d'au moins une drogue illicite durant leur incarcération et parmi ceux-ci, 7,6 % ont déclaré s'être initiés à une nouvelle drogue en prison, à noter qu'ils étaient 60 % à consommer au moins une drogue avant leur incarcération.(110)

L'analyse des eaux usées de quelques établissements pénitentiaires réalisées récemment par l'ODFT a démontré également la poursuite des consommations au sein du milieu fermé qu'est la prison en retrouvant des traces de substances illicites dans ces eaux usées. (111)

Enfin un travail de thèse, réalisé en 2016/2017 à la prison de Villeneuve-lès-Maguelone(112), montre une diminution significative des consommations des substances psychoactives chez des détenus suivis pour des soins d'addictologie pendant l'incarcération, sauf pour le tabac et le cannabis ; les pratiques d'injection et de sniff diminuent également mais sont loin d'être inexistantes, et la polyconsommation persiste même si le nombre de SPA consommées est moindre ; ce travail met également en évidence une initiation à de nouvelles consommations pendant la détention et notamment une initiation au cannabis.

3) Comportements à risque en prison

Des études indiquent chez les détenus, une proportion d'hommes déclarant un usage de drogue par voie intraveineuse en prison variant entre 10 % et 48 % et une proportion de femmes variant entre 30 % et 60 %. (109)

La prison est un lieu de hautes prévalences pour le VIH et les hépatites virales et le risque de contamination est d'autant plus élevé que le partage du matériel (d'injection ou de sniff) est courant chez les usagers de drogues et se pratique d'autant plus au vu de la rareté de ce type matériel en prison.

L'enquête Prévacar montrait en 2011 que 18 % des US déclaraient avoir eu connaissance de découverte de seringues usagées dans leur établissement pénitentiaire au cours des 12 derniers mois. (84)

L'étude Coquelicot de 2004 montre que 12 % des usagers de drogues ayant été incarcérés déclarent avoir eu recours à l'injection en prison avec une proportion de 30 % de partage de matériel. (45) . Autre fait intéressant, cette étude retrouve également des prévalences pour le VIH et le VHC, chez les usagers de drogues ayant un antécédent d'incarcération, plus élevées que chez les usagers n'ayant jamais été incarcérés (11 % contre 5 % pour le VIH et 67 % contre 51 % pour le VHC).

De la même façon l'enquête Prévacar, déjà citée, retrouve des prévalences du VIH et VHC plus élevés dans le sous-groupe « détenus sous TSO » : pour le VIH, 3,6 % (IC=1,1-11,8) et pour le VHC, 26,3 % (IC=16,8-38,7) (contre 2 % et 4,8 %).

Toutes ces données confirment que la détention est une période à fort risque de contamination dans le parcours d'un usager de drogues.

Les prises de risque que sont le partage de matériel, les rapports sexuels, le tatouage et le piercing expliquent les prévalences élevées des maladies infectieuses et justifient de promouvoir une véritable politique de réduction des risques (dépistage, prévention, facilité d'accessibilité aux traitements antirétroviraux, éducation à la santé, etc.) en milieu carcéral.

Pourtant, à ce jour, le programme d'échange de seringues pourtant accessible en milieu libre n'est pas autorisé en milieu pénitentiaire.

Dans une étude de 2011 réalisée auprès des détenus du centre pénitentiaire de Liancourt, plus de 10 % des détenus interrogés déclaraient être intéressés par la mise en place de programmes d'échange de seringues ou de kits sniff en détention. (110)

Mais le projet de mise en place de programmes d'échange de seringues en prison autorisé par la loi santé de décembre 2015 n'était toujours pas appliqué en 2017 et a depuis été abandonné.(113)

Toutefois dans certaines prisons, se pratiquent l'échange de seringues au sein des unités sanitaires, en harmonie avec le « droit aux soins et à la prévention pour tous », dans l'esprit de la loi santé de décembre 2015, dans un but crucial de prévention des risques infectieux.

B) Soins addictologiques en milieu pénitentiaire

1) Le cadre législatif et la promotion d'une politique nationale de réduction des risques (114)

En France, la prise en charge des addictions, et notamment de la toxicomanie, a été fortement améliorée les trente dernières années, y compris à l'intérieur des établissements pénitentiaires grâce aux actions mises en place par les pouvoirs publics.

– Sur le plan médicamenteux :

Les autorisations de mise sur le marché (AMM) de la méthadone (mars 1995) et du Subutex® (juillet 1996) ont ouvert l'accès aux traitements substitutifs aux opiacés en France ; elles ont été complétées, entre mars 2006 et janvier 2011, par les AMM de cinq produits génériques de la

BHD, puis, en septembre 2007, de l'AMM accordée à la formulation en gélule de la méthadone et enfin, en 2012, par l'AMM de l'association buprénorphine-naloxone.

– Sur le plan législatif :

La circulaire n° 293/DGS /DH du 3 avril 1996 préconise la poursuite d'un TSO à l'entrée en détention ainsi que l'initiation d'un TSO pendant l'incarcération pour prendre en charge les addictions et préparer la sortie.

La circulaire n° 739/DGS/DH/AP du 5 décembre 1996, relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire, autorise un médecin spécialisé de CSST (centres spécialisés de soins aux toxicomanes) à primo-prescrire la méthadone et énonce les mesures de réduction des risques à mettre en place en prison : dépistage du VIH et des hépatites, mesures d'hygiène et mise à disposition du personnel et des personnes détenues de traitements post-exposition, mise à disposition de préservatifs avec lubrifiant, accès aux TSO et mise à disposition d'eau de Javel pour désinfecter tout matériel en contact avec du sang (matériel d'injection, tatouages et piercings). (115)

Le rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, DAP/DGS, de décembre 2000, recommande de promouvoir l'accès au TSO, accès estimé à 2 % en 2000.

La note santé-justice (note interministérielle n°474 MILDT/DGS/DHOS/DAP) du 9 août 2001 établit un état des lieux de la prise en charge des addictions en milieu carcéral et un cahier des charges pour tenter de l'améliorer. (116)

La circulaire n° 57/DGS /DHOS du 30 janvier 2002 autorise tout médecin travaillant dans une unité sanitaire à primo-prescrire la méthadone, ce qui a largement facilité l'initiation d'un TSO en prison. (117)

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique inscrit la mesure de réduction des risques dans la loi et la politique de réduction des risques a enfin une définition officielle « la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et

les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants », (art. L. 3121-4). Cette loi confère à l'État la responsabilité de définir cette politique (art. L. 3121-3) (118)

Le décret du 14 avril 2005 approuve le référentiel national des actions de réductions des risques en direction des usagers de drogues qui vient compléter le code de santé public.(119)

L' instruction n°2010-390 DGS /MC2/DGOS /R4/2010/390 du 17 novembre 2010, relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, éclaire les différentes étapes de la prise en charge des addictions et le rôle des différents intervenants en milieu pénitentiaire.(120)

Le gouvernement adopte le 19 septembre 2013 le plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives qui se subdivise en deux : le plan d'action 2013/2015 et le plan d'action 2016/2017. (121) (122). La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), organisme français placé sous l'autorité du Premier Ministre, prépare ce plan et veille à son application sur le territoire. Ce plan a trois priorités : une priorité sécuritaire avec la lutte contre le trafic et la délinquance liés aux consommations de drogues, une priorité préventive et sanitaire concernant les populations usagères de drogues et la jeunesse et une priorité d'innovation avec le travail d'observation, d'épidémiologie et de recherche thérapeutique.

– Sur le plan pratique :

Un guide des TSO en milieu carcéral publié en 2011 énonce, sous la forme de quatorze fiches, les données existantes sur les pratiques en prison et donne la parole aux professionnels de santé exerçant en prison.(114)

2) L'organisation des soins addictologiques en milieu carcéral

Les unités sanitaires ont pour mission de prodiguer des soins et de mettre en place des actions de prévention pour les détenus. La consultation médicale d'entrée (obligatoire sauf refus du détenu) doit permettre de repérer les conduites addictives des entrants en détention et de faire

le point sur les prises de risque éventuelles. L'équipe de santé peut ainsi proposer des actions de dépistage, discuter des mesures de réduction des risques disponibles en prison et enclencher une prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire. Il convient de réitérer ce repérage tout au long de la détention. (84)

La continuité des soins et des traitements doit être assurée si le détenu était déjà pris en charge pour cette pathologie avant son incarcération (contact avec les structures fréquentées par le détenu ou le médecin prescripteur d'un TSO avant l'incarcération par exemple, contact avec l'établissement pénitentiaire précédent s'il s'agit d'un transfert, récupération d'analyses biologiques, sérologiques, etc.).(52)

L'équipe psychiatrique du dispositif de soins psychiatriques des unités sanitaires participe au repérage, au suivi et à la prise en charge des détenus souffrant de pathologies addictives. En outre, elles peuvent orienter les détenus si leur état de santé le justifie vers l'hospitalisation en secteur psychiatrique (UHSA ou hôpital psychiatrique) ou vers le SMPR.

Les SMPR sont créés en 1985 (lois du 25 juillet 1985 et 31 décembre 1985) et leurs missions initiales, notamment la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, sont fixées par l'arrêté du 14 décembre 1986 ; ils collaborent avec les unités sanitaires. Les soins addictologiques des personnes incarcérées leurs sont parfois entièrement délégués, notamment par exemple lorsqu'un SMPR est présent dans l'établissement pénitentiaire. Certains SMPR se sont spécialisés dans la prise en charge des addictions, notamment depuis la création des UHSA qui a imposé une redéfinition de leur rôle et missions.

Les CSAPA ont pour mission de réaliser également les actions de prévention et les soins aux personnes atteintes de pathologies addictives. Ils sont nés du regroupement des anciens CSST (centres spécialisés de soins aux toxicomanes) et des CCAA (centres de cures ambulatoires en alcoologie) en 2011. (123) L'orientation d'un détenu vers le CSAPA peut provenir de l'unité sanitaire, du SPIP ou bien du détenu lui-même qui en fait la demande.

D'autre part, conformément au plan d'action stratégique 2010/2014 qui souhaitait renforcer la préparation à la sortie des détenus, l'ARS a désigné un CSAPA référent pour chaque établissement pénitentiaire en France.

Les activités d'un CSAPA réfèrent diffèrent fortement d'un établissement carcéral à un autre selon le fonctionnement et la composition de l'équipe de l'unité sanitaire. Comme pour les SMPR, la prise en charge addictologique des détenus leurs est parfois entièrement déléguée.

Avant la sortie de prison, et toujours dans un but de continuité des soins, une consultation médicale doit être organisée (loi pénitentiaire du 25 novembre 2009) ; on remet au détenu ses résultats d'examen et son ordonnance de sortie.

A cette occasion, il est essentiel d'établir des contacts avec les réseaux de prise en charge addictologique et les différents intervenants à l'extérieur (CSAPA, médecins généralistes, pharmacies etc.) pour anticiper et préparer la sortie du détenu. (124) Il est possible par exemple, de prescrire le TSO pour quelques jours afin de permettre au nouveau « libéré » de patienter dans de bonnes conditions jusqu'au premier rendez-vous avec le CSAPA qui prendra la suite du suivi médical du patient ex-détenu.

3) L'évolution de l'accès aux TSO en milieu pénitentiaire français

L'accès aux TSO constitue un des piliers de la prise en charge des personnes addicts aux opiacés ; c'est également une mesure essentielle dans la politique de réduction des risques menée par les pouvoirs publics. L'offre de substitution en milieu carcéral s'est ainsi grandement améliorée au cours des trente dernières années.

On peut s'appuyer sur plusieurs sources pour suivre son évolution (52):

- Les enquêtes menées par la DREES en 1997 puis 2003 sur les entrants en prison nous indiquent que 7,5 % des détenus arrivants déclarent un traitement de substitution, dans huit cas sur dix par Subutex®. (28)
- Les enquêtes « un jour donné » réalisées par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction des hôpitaux du Ministère de la santé (DHOS) montrent l'évolution du nombre de détenus substitués entre 1998 et 2004 (52) :
 - Le nombre de détenus substitués a augmenté progressivement entre 1998 et 2004 en passant de 2 % en 1998 à 6,6 % en 2004. Le Subutex® est toujours le TSO majoritairement prescrit en 2004, puisqu'en moyenne 80 % des détenus sont substitués

par Subutex® contre 20 % par méthadone (à peu près comme dans la population générale). La pratique des médecins a donc été peu modifiée par la circulaire de 2002 autorisant la primo-prescription de la méthadone par les médecins des unités sanitaires.

- D'autre part, dans ces enquêtes, le nombre de détenus déclarant un TSO à l'entrée est toujours supérieur au nombre de détenus substitués au moment de l'enquête, ce qui indique indirectement que des traitements sont interrompus.

Toutefois, alors qu'en 1999 19 % des traitements de substitution sont interrompus et qu'il y a 34 établissements qui ne pratiquent pas la substitution, en 2004 11,2 % seulement des traitements sont stoppés et il n'y n'a plus que 6 établissements seulement qui ne pratiquent toujours pas la substitution. Ceci montre une amélioration de la prise en charge addictologique en milieu carcéral, produite par les différentes lois et circulaires rappelées précédemment.

- L'enquête réalisée par le programme Pri²de, publiée en 2009, qui avait pour objectif d'évaluer les différentes mesures de réduction des risques prises en milieu carcéral et parmi elles l'offre de substitution, avance une prévalence des détenus substitués à 9 %, 6 % par BHD et 3 % par méthadone. (125)

- L'enquête Prévacar (84), qui est la suite des enquêtes « un jour donné », menée en 2010, estime que la prévalence de personnes substituées en milieu carcéral est de 7,9 % (IC 95 % [6,49-9,79]), ce qui représente environ 5000 personnes ; parmi elles 68,5 % sont sous BHD et 31,5 % sous méthadone (le calcul de ces prévalences a été estimé en exploitant 1861 questionnaires médicaux des 2154 numéros d'écrou tirés au sort parmi 27 établissements).

En 2010, on constate donc que la part de personnes substituées par méthadone augmente en milieu carcéral, ce choix est souvent justifié par les soignants des unités sanitaires pour limiter le mésusage et le trafic du traitement de substitution.

La prévalence de détenu sous TSO est par ailleurs significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes incarcérés.

- En 2012, l'OSSD (observatoire des structures de santé des personnes détenues) retrouve un taux de substitution d'environ 9 % : 3,5% par méthadone et 5,5 % par BHD, et montre que la proportion de détenus substitués est plus importante dans les centres de détention (13 %) que dans les centres pénitentiaires (11 %).(126)
En 2013, l'OSSD retrouve un taux de substitution d'environ 8 %. (127)

L'accès aux traitements de substitution a progressé en milieu carcéral depuis les années 90 jusqu'à aujourd'hui. Mais les différentes enquêtes mettent en lumière une disparité de l'offre de soin addictologique et de l'accessibilité aux TSO dans les différents établissements.

4) Prise en charge addictologique et politique de réduction des risques en prison : des efforts à poursuivre

La pluralité des intervenants (CSAPA, SMPR, SPIP etc.) et l'hétérogénéité de fonctionnement et de composition des équipes des unités sanitaires peuvent rendre complexe la coordination des soins curatifs et préventifs délivrés aux détenus. Les pratiques sont souvent non uniformes d'un établissement à l'autre. (128) (126)

Les personnes détenues ont de multiples comorbidités et la triple compétence somatique, psychiatrique et addictologique est nécessaire pour résoudre leurs problématiques sanitaires et sociales. La personne détenue a donc affaire à plusieurs interlocuteurs entre l'US, le SMPR et le CSAPA, et cette pluralité d'intervenants peut entraîner un morcellement des soins en cas de mauvaise articulation entre les différents intervenants médicaux-sociaux.

Pour essayer de résoudre ces difficultés, l'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention a tenté d'éclaircir les différentes étapes de la prise en charge des addictions et le rôle des différents intervenants en milieu pénitentiaire.(120)

Différentes enquêtes montrent bien la diversité des pratiques entre les établissements et les lacunes encore existantes :

– L'enquête Prévacar comprenait un volet « offre de soins », interrogeant les unités sanitaires sur leur pratiques (86 % d'entre elles ont répondu). Elle a montré que si 95 % des US propose un dépistage des maladies infectieuses à l'entrée en détention, seulement la moitié d'entre elles le renouvellent au cours de l'incarcération en cas de refus initial ; l'intervention d'un centre de dépistage anonyme et gratuit n'est présente que dans un tiers des établissements ; les consultations d'infectiologie spécialisée VIH/Hépatites sont organisées dans environ la moitié des établissements seulement et la moitié des US seulement ont également mis en place des procédures formalisées de sortie pour les hépatites/VIH. (129)

Concernant les TSO, toutes les US ayant répondu offrent un accès aux TSO, mais 5 % d'entre elles ne propose encore qu'une seule des deux molécules (quatre, la BHD seule, et quatre autres, la méthadone seule) à l'encontre des recommandations nationales. La dispensation du TSO se fait par l'US dans 63 % des cas, par l'unité psychiatrique dans 14 % des cas et par les deux conjointement dans 23 % des cas.

56 % des établissements seulement proposent des procédures de sorties formalisées pour les patients sous TSO.(84)

– L'enquête Pri²de de 2009 a cherché à évaluer les mesures de réduction des risques présentes en milieu carcéral et leurs disponibilités (125), en explorant les différentes dimensions suivantes :

- Eau de javel
- Préservatifs et lubrifiants
- TSO
- Informations aux VIH, IST, Hépatites et réduction des risques
- Outils en rapports avec la consommation de substances psychoactives
- Outils et protocoles en rapport avec d'autres pratiques
- Dépistage VIH et hépatites
- Dépistage IST
- Traitements post-exposition
- Autres actes de soins

Les pratiques des US (68 % d'entre elles ont répondu à l'enquête) étaient comparées aux recommandations françaises et aux recommandations de l'OMS concernant la réduction des risques. Les résultats montrent un dispositif français de prévention du risque infectieux en prison, insuffisant ; les différents scores d'observance aux recommandations sont présentés ci-dessous : (125)

Mesure de RdR	OMS	France
Eau de javel	6 %	14 %
Préservatifs + lubrifiant	12 %	9 %
TSO	27 %	27 %
Dépistage	0 %	64 %
Vaccination hépatite B		83 %
Information – Education – Communication	23 %	66 %
Traitement post exposition VIH	0 %	23 %
Disposition coiffage		33 %
Programme Echange Seringue	0 %	

Figure 3 : Proportion d'établissements observants aux recommandations françaises et internationales, tableau des résultats, tiré de l'enquête ANRS-PRIDE 2009 (125)

Pour les TSO, la continuité des soins n'est pas systématiquement assurée lors de l'entrée en détention dans onze établissements, avec deux d'entre eux qui ne reconduisent jamais le TSO et neuf d'entre eux pour lesquels la reconduction n'est pas systématique.

Concernant l'initiation d'un TSO dès l'entrée ou pendant la détention, 22 % des établissements déclaraient ne jamais initier de traitement par méthadone, 23 % de traitement par BHD et 13 % des établissements déclaraient ne jamais initier de TSO du tout.

Une posologie maximale de méthadone était relevée dans 17 % des établissements et ceci malgré l'absence de limite dans l'AMM du médicament. 19 % des établissements déclaraient piler ou diluer la BHD dans un but de réduire le mésusage et le trafic.

Cette enquête estimait donc à 27 % le respect aux recommandations françaises pour l'accès aux TSO.

– La « Fédération Addiction », en partenariat avec l'APSEP et l'APAC, a publié en décembre 2012 le rapport d'enquête « Addiction et milieu carcéral » (130) : les chiffres, récoltés à partir de 154 questionnaires adressés aux différents intervenants de la prise en charge sanitaire des détenus (environ 57 % des établissements ont répondu), montrent aussi la diversité des pratiques et des fonctionnements selon les établissements et relèvent les points forts des équipes et leur investissement pour une prise en charge optimale.

Par exemple, dans 59 % des cas, un professionnel de santé a été désigné pour la coordination des soins en addictologie même si ce professionnel varie beaucoup selon l'établissement (responsable de l'US, du SMPR, du CSAPA externe, du CSAPA interne, responsable de l'hôpital de rattachement etc.).

Un repérage des conduites addictives est quasiment réalisé systématiquement lors de la consultation médicale d'arrivée ; il est effectué par différents personnels (infirmiers, médecins généralistes, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) et presque tous les établissements établissent des liens avec les réseaux et intervenants extérieurs pour préparer la sortie d'un détenu.

Dans 43 % des cas, il n'existe cependant pas d'instances de concertation entre les différents acteurs des soins d'addictologie au sein d'un établissement et, dans 28 % des cas, il n'existe pas d'espace d'échanges entre les acteurs concernant les patients suivis pour des conduites addictives au sein de l'établissement pénitentiaire.

68 % des US s'aident de tests urinaires pour le repérage des conduites addictives et ce chiffre s'élève à 85 % dans le cadre d'une délivrance potentielle d'un TSO.

Pour une prise en charge « opiacé », un contact est pris systématiquement avec la personne ou la structure qui prenait en charge le patient en amont pour la moitié des professionnels répondant à l'enquête ; cette prise de contact est souvent motivée par la continuité du traitement médicamenteux.

Dans 42 % des cas, il n'existe cependant pas de protocole pour les prescriptions de TSO pour les entrants en détention, en dehors du temps de présence médicale à l'US, dans les établissements.

Huit établissements ne reconduisent qu'un seul TSO (par méthadone pour six d'entre eux et par BHD pour les deux autres), seize établissements n'initient qu'un seul TSO (par méthadone pour

neuf d'entre eux et par BHD pour les sept autres) et un seul établissement n'initie aucun TSO.(130)

Pour conclure ce chapitre, les pratiques concernant la réduction des risques et celles concernant l'utilisation ou la prescription des TSO ne sont pas uniformes d'un établissement à l'autre.

Le travail sur le terrain et auprès des instances publiques doit se poursuivre pour essayer d'améliorer encore l'accès aux mesures de réduction des risques en prison.

L'uniformisation des pratiques n'est évidemment pas forcément un but en soi, mais la préoccupation première reste toujours de prodiguer et de proposer en milieu carcéral des soins équivalents à ceux disponibles en milieu libre.

L'accès aux traitements substitutifs et la continuité des soins à l'entrée et la sortie de détention est primordial.

Déconstruire certaines croyances et proscrire certaines pratiques, comme diluer ou piler la BHD par exemple, le sont tout aussi (l'Afssaps invite à proscrire ces pratiques car elles modifient la biodisponibilité et posent un problème de symbolique vis-à-vis d'un patient souffrant d'addiction à qui l'on présente un médicament sous forme de poudre). (47)

Pour illustrer ce propos, « le guide des TSO en milieu carcéral »(114) publié en 2011 donnait la parole aux soignants, pour mettre en lumière la difficulté des équipes face au mésusage et au détournement des TSO, et les freins que cela peut engendrer dans les soins ; voici quelques exemples : « il n'y a pas de délivrance de buprénorphine ; c'est un compromis pour rassurer l'administration pénitentiaire sur le risque de trafic, on prend donc systématiquement le relais avec la méthadone » ou encore « l'attitude face au trafic est difficile quand on est prescripteur »

La logique de soin peut en effet interférer parfois avec la préoccupation des équipes pénitentiaires qui doivent surveiller et sanctionner le trafic de substances psychoactives au sein des établissements. Ce guide rappelle à cet effet qu'on ne modifie pas une logique de soins en raison d'une préoccupation pénitentiaire et redéfinit et dissocie ainsi les termes « mésusage » et « détournement » ou « trafic », le mésusage traduisant une prise en charge inadaptée du patient face à sa situation clinique et globale, le détournement ou le trafic ne relevant pas du soin ou de la pratique addictive et ne devant donc pas influencer les modalités de prescriptions des TSO en milieu carcéral.

Partie II : Etude clinique : Offre de substitution médicamenteuse aux opiacés en milieu pénitentiaire et place du Suboxone® au sein de celle ci

I) Introduction

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont un des piliers de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction aux opiacés et constituent une mesure essentielle de la politique de réduction des risques menée en France depuis plus de vingt ans.

La méthadone® et le Subutex® ont été les deux premiers TSO disponibles en France dès 1995 et 1996 ; depuis 2006, l'offre de substitution s'est agrandie avec l'arrivée des médicaments génériques contenant de la buprénorphine, de la forme gélule de la méthadone, puis plus récemment en 2012 du Suboxone® (association buprénorphine-naloxone ayant pour objectif de réduire le mésusage du Subutex®).

Les pouvoirs publics, afin de garantir à la population carcérale en France un accès aux soins et une offre de soins équivalents à ceux du reste de la population, ont encouragé, dès 1995, la mise en place des TSO au sein des établissements pénitentiaires.

En vingt ans, l'offre de substitution pour les détenus en France n'a cessé de s'améliorer, mais, malgré des progrès incontestables, il existe encore aujourd'hui des disparités d'accès et d'offre à la substitution médicamenteuse aux opiacés entre les différents établissements.

Le mésusage et le trafic des TSO, très présents en prison, sont une préoccupation importante des soignants et de l'administration pénitentiaire, au point parfois de conduire à des pratiques originales comme la dilution, le pilage de la BHD, ou encore des limitations arbitraires de posologie dans l'unique but de tenter de diminuer le trafic.

Par son profil original, le Suboxone®, association de buprénorphine et de naloxone, qui a pour but d'accompagner le patient à prendre son traitement correctement par voie sublinguale, est donc présenté comme apportant une amélioration par rapport au profil pharmacologique du Subutex® ou de ses génériques, dans le but de réduire le mésusage du Subutex®.

Après avoir établi un état des lieux de l'offre de substitution médicamenteuse aux opiacés proposée actuellement aux détenus en France, nous avons cherché à définir quelle était la place

parmi les autres TSO du Suboxone[®], cinq après sa mise sur le marché, auprès des médecins des unités sanitaires des établissements pénitentiaires français.

II) Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale, descriptive et analytique.

A) Recrutement des établissements pénitentiaires et des médecins

Nous avons contacté tous les établissements pénitentiaires de France par l'intermédiaire d'un listing d'adresses de courrier électronique (e-mail), qui fournissait l'adresse électronique du médecin référent et du psychiatre référent de l'unité sanitaire de chaque établissement.

Nous avons envoyé un premier courriel (e-mail), dont l'objet était de présenter le sujet et les objectifs de l'étude et de fournir le questionnaire d'étude.

Deux médecins, chaque médecin référent et chaque psychiatre référent de l'unité sanitaire, recevaient donc ce courriel et devaient se coordonner entre eux pour choisir un seul répondant au questionnaire.

Nous avons fait ce choix pour obtenir le plus de réponses possibles, sachant que le référent de la prise en charge addictologique et donc de la substitution aux opiacés peut être différent selon l'unité sanitaire : parfois c'est un médecin de l'unité sanitaire qui prescrit et qui renouvelle les TSO (sa spécialité médicale pouvant varier), parfois ce sont les médecins du CSAPA ou du SMPR, et parfois le travail est partagé entre ces différents intervenants.

B) Durée de l'étude

Le premier courriel a été suivi de quatre relances jusqu'à fin juin 2017 (une relance par mois). Nous avons procédé également à des relances téléphoniques pour les établissements des directions inter-régionales qui avaient un faible taux de réponse (moins de quatre réponses sur l'ensemble du territoire couvert par une direction).

Le recueil des données de l'étude s'est donc étalé sur une période de cinq mois, allant de février 2017 à juin 2017.

C) Questionnaire d'étude

Le questionnaire était anonyme et ne permettait pas l'identification du médecin ou de l'établissement pénitentiaire correspondant, bien que certains répondants aient levé cet

anonymat de leur propre chef en apposant leur signature ou en citant l'établissement concerné dans les « commentaires libres » (l'anonymat a été recrée lors du recueil des données sous Excel).

Il comportait trois parties :

– La première partie du questionnaire permettait de connaître les caractéristiques du répondant ; il interrogeait le médecin sur :

- Son âge
- Son sexe
- Son nombre d'années d'expérience en milieu carcéral
- Sa spécialité médicale
- Ses possibles formations complémentaires en addictologie, psychiatrie, médecine pénitentiaire
- Le type d'établissement dans lequel il travaille
- Le type de service ou structure dans lequel il travaille au sein de l'établissement
- La direction inter-régionale à laquelle appartient leur établissement pénitentiaire.

– La deuxième partie interrogeait le médecin sur la nature de l'offre de substitution aux opiacés proposée dans l'établissement où il exerce. Il était demandé de préciser : le nombre de détenus incarcérés, le nombre de détenus de l'établissement sous TSO et plus précisément sous quel traitement substitutif (les données chiffrées transmises décrivaient l'offre de substitution présente à un instant t donné).

Le médecin était également interrogé sur la dispensation et la délivrance des traitements de substitution au sein de l'établissement.

Cette deuxième partie permettait donc de fournir un état des lieux descriptif de la substitution médicamenteuse aux opiacés présente dans l'établissement pénitentiaire.

– La troisième partie du questionnaire interrogeait le médecin sur sa pratique quotidienne (à lui et à lui seul) et lui demandait enfin, sous la forme d'un Q.C.M., son avis vis-à-vis du Suboxone® et sa place dans sa pratique quotidienne.

Le questionnaire d'étude est disponible en annexe 1.

Lors de l'envoi du courriel, le questionnaire était joint sous la forme d'un fichier PDF, les médecins pouvant nous le retourner par courriel ou par fax à la maison d'arrêt de Villeneuve-Lès-Maguelone, ou était accessible directement sur le site internet (format google-form) via un lien URL permettant d'y accéder. Les deux formats du questionnaire étaient strictement identiques.

Avant d'être envoyé, le questionnaire a été relu, corrigé et amélioré par cinq médecins spécialisés en addictologie ou travaillant en milieu pénitentiaire. Par ailleurs, afin de nous faire aider dans la méthodologie de cette recherche et de vérifier l'adéquation du questionnaire avec nos objectifs d'étude, nous avons pris contact avec le département d'information médicale (DIM) du CHRU de Montpellier avant de lancer le travail d'étude ; plusieurs rencontres avec le DIM ont eu lieu tout au long de l'étude, notamment pour la réalisation des statistiques.

D) Analyse des données

Le recueil des données ainsi que leur analyse statistique descriptive ont été réalisés sous Excel.

Les comparaisons de populations pour les variables qualitatives ont été faites en utilisant le test du khi-deux (X^2) de Pearson, ou en utilisant le test de Fisher quand les effectifs d'un ou de plusieurs groupes étaient inférieurs à cinq. Pour les variables quantitatives une analyse de variance lorsque les données suivaient une loi normale ou un test de Kruskal-wallis si les données ne suivaient pas une loi normale a été réalisé.

Les calculs statistiques ont été faits à l'aide du logiciel BiostaTGV.

Le seuil de significativité utilisé pour ces tests statistiques était de 5 %.

Pour rechercher les facteurs déterminants la prescription de Suboxone® une analyse univariée a été indispensable, le test du khi-deux (X^2) de Pearson ou le test de Fisher a été utilisé pour les variables qualitatives et le test Wilcoxon Mann Whitney (les données ne respectant pas une distribution normale) a été pratiqué pour les variables quantitatives.

Enfin une analyse multivariée par régression logistique a été effectuée, toujours pour rechercher les facteurs déterminants pour la prescription du Suboxone® ; les variables avec une p-value calculée inférieure à 0,2 en analyse univariée ont été intégrés dans le modèle de régression logistique. L'analyse multivariée a été réalisée par le département de l'information médicale du CHRU de Montpellier.

III) Résultats

A) Etat des lieux de l'offre de substitution médicamenteuse aux opiacés dans les prisons françaises en 2017

1) Taux de réponses et représentativité

100 établissements pénitentiaires ont répondu à notre enquête sur les 186 établissements comptabilisés au 1^{er} janvier 2017, soit un taux de réponse de 53,8 %.

La population carcérale prise en charge par ces 100 établissements représentait 48 455 détenus soit 70,1 % des 69 077 écroués détenus français au 01/02/2017, date du début de notre enquête.

2) Description des établissements répondeurs

a) Leur répartition

Les établissements répondeurs ont été classés selon la Direction inter-régionale (DIR) à laquelle ils appartiennent, leur type d'établissement et enfin leur taille.

Il y a dix DIR sur le territoire : Bordeaux, Dijon, Rennes, Paris, Strasbourg, Toulouse, Marseille, Lille, Outre-Mer, Lyon.

Les établissements ayant répondu étaient des centres pénitentiaires (CP), des centres de détention (CD), des maisons d'arrêts (MA) ou des maisons centrales (MC) ; nous n'avons pas obtenu de réponses de la part des établissements pour mineurs (EPM).

Enfin nous avons classé les établissements selon leur taille définie par leur nombre de places théoriques ; ainsi les prisons dites petites (P) avait une capacité théorique de 150 places ou moins, les prisons dites moyennes (M) possédaient entre 150 et 500 places et enfin les prisons dites grandes (G) pouvaient accueillir 500 détenus ou plus. Ces nombres avaient déjà été utilisés par l'étude PREVACAR publiée en 2010.

➤ Leur répartition géographique :

Nous avons obtenu des réponses d'établissements provenant de chaque DIR existante sur le territoire français.

En termes de nombre d'établissements répondants, les 3 régions avec le meilleur taux de réponse étaient celles de Bordeaux (15 réponses), de Rennes (14 réponses) et enfin de Lyon (12 réponses).

En termes de nombre de détenus représentés via ces établissements, la population carcérale de notre étude provient majoritairement cette fois ci de la DIR de Paris, de celle de Toulouse et de celle de Lille avec respectivement 21,7 %, 11,4 % et 10,8 % de notre population de détenus.

Les prisons de la DIR d'Outre-Mer ont très faiblement répondu à notre enquête avec seulement 3 réponses d'établissements incarcérant 3,7 % de notre échantillon de population carcérale

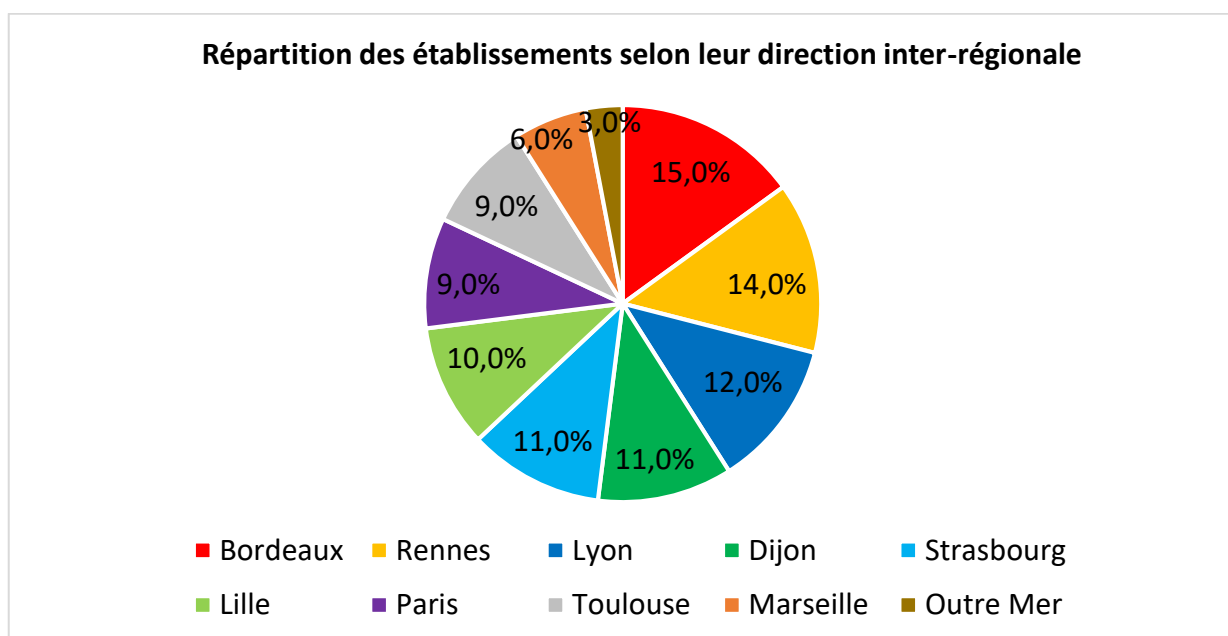


Figure 4 : Répartition des établissements selon leur direction inter-régionale

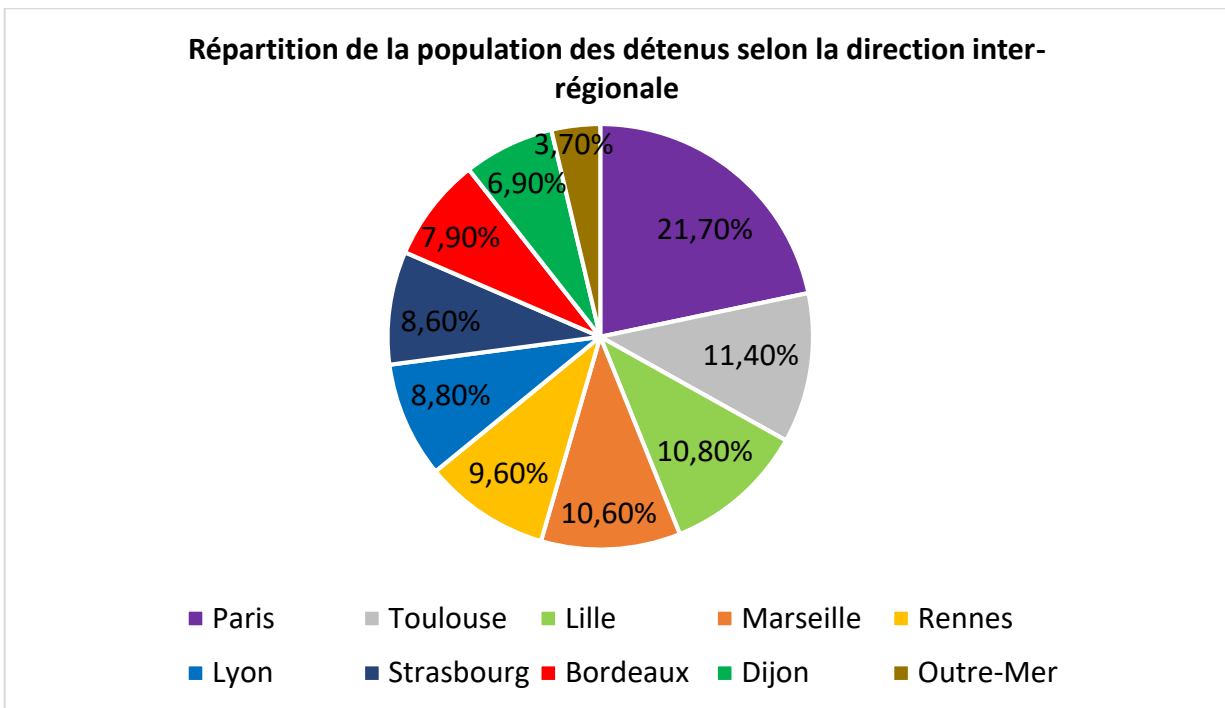


Figure 5 : Répartition de la population carcérale selon la direction inter-régionale

➤ Leur répartition selon le type d'établissement :

Parmi les 100 établissements ayant répondu à notre enquête, 60 étaient des MA, 27 des CP, 10 des CD et enfin 3 des MC.

Les MA sont le type d'établissement majoritaire sur le territoire français, ce qui explique le plus fort taux de réponse de ce type d'établissement.

Cependant 73,2 % de la totalité des MA, 50% des MC et des CP et enfin 38,5 % des CD présents sur le territoire français ont répondu à notre enquête ; on constate donc une sur-représentativité des MA dans les réponses à notre étude. (p-value < 0.05)

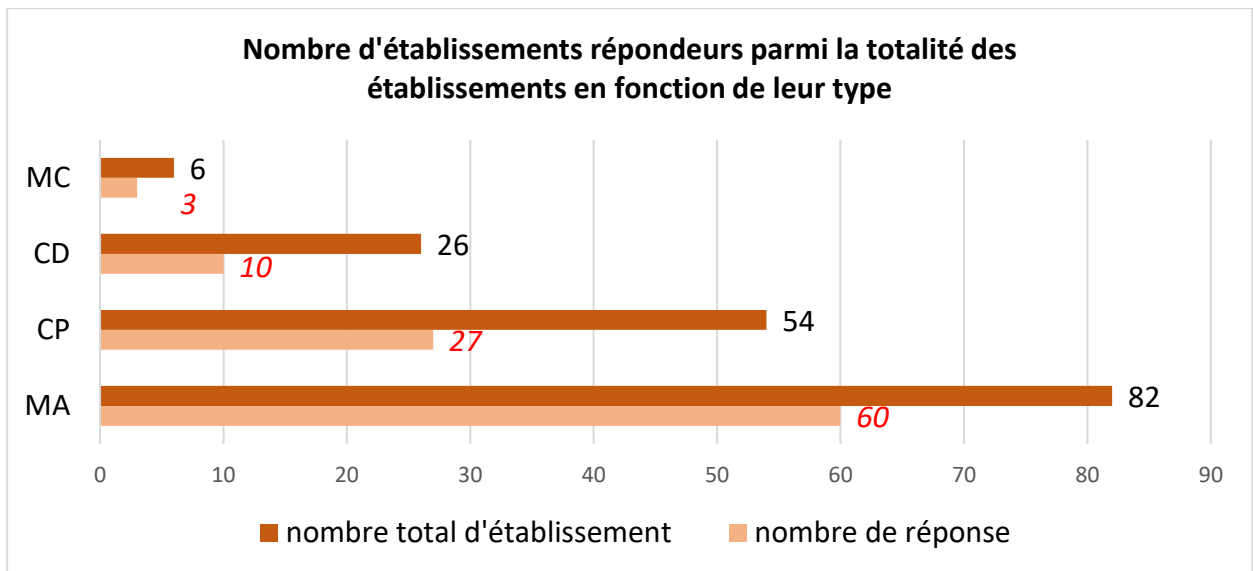


Figure 6 : Nombre d'établissements répondeurs et nombre total d'établissements existants selon leur type

Dans notre étude 53,6 % des détenus inclus provenaient des MA, 37,2% des CP, 8,2 % des CD et enfin 1 % des MC.

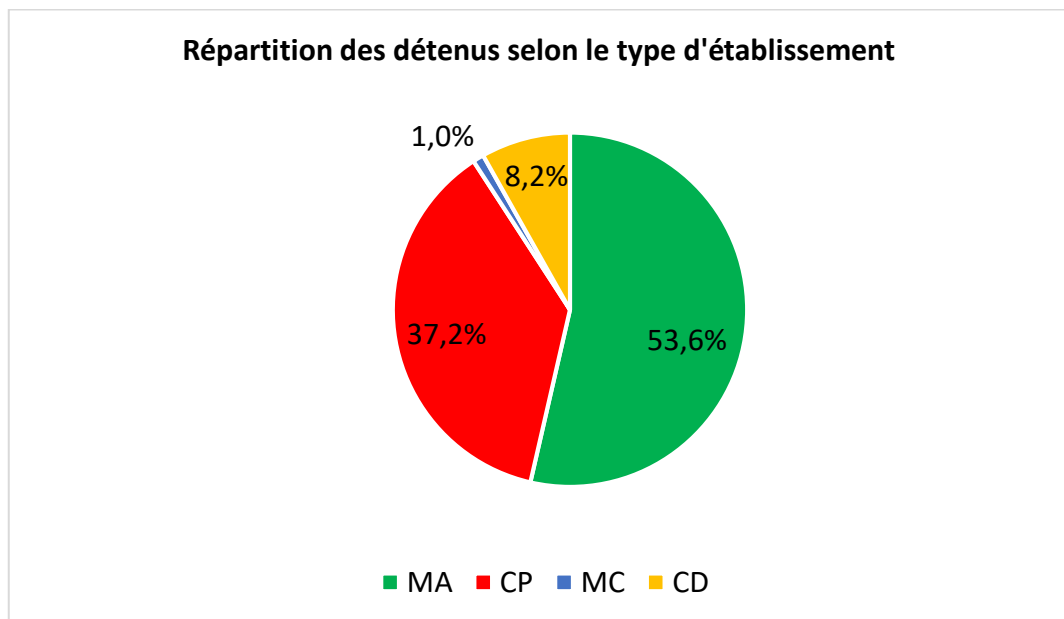


Figure 7 : Répartition des détenus selon le type d'établissement

➤ Leur répartition selon leur taille :

Dans notre étude 30 % des établissements étaient considérés comme des petits établissements, 35 % comme des établissements moyens et également 35 % comme des grands établissements.

Le tableau reprenant les caractéristiques des établissements répondants à notre enquête est présenté en annexe 4.

b) Leur taux d'occupation

Chaque établissement nous transmettait sa capacité d'accueil théorique et le nombre de détenus réellement incarcérés dans l'établissement au moment de la réponse. Nous avons ainsi calculé la densité carcérale définie par le nombre réel de détenus sur la capacité d'accueil théorique.

La densité carcérale est exprimée dans notre étude en pourcentage pour bien rendre compte du phénomène de surpopulation carcérale dans les prisons françaises.

Les variables quantitatives sont présentées via leur moyenne, leur écart moyen ainsi que leurs minimum, maximum, médiane et intervalles interquartiles.

Pour comparer les densités carcérales entre les différents sous-groupes, les données ne suivant pas une loi normale nous avons effectué un test de Kruskal-Wallis.

Min= Valeur minimale

Q25= 1^{er} quartile

Médiane= 2^{ème} quartile

Q75= 3^{ème} quartile

Max= Valeur maximale

Variable	Moyenne	Ecart Type	Min	Q25	Médiane	Q75	Max
<i>Nombre réel de détenus</i>	484,55	530,48	30	142,75	390,5	657,25	4500
<i>Nombre théorique de détenus</i>	376,71	348,24	14	111,25	291,5	592	2700
<i>Densité carcérale (%)</i>	134,0%	38,4%	49,4%	100,2%	133,4%	154,6%	227%

Tableau 2 : Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcérale calculée des établissements répondants

Le nombre de détenus incarcérés parmi les établissements répondants était très variable d'une prison à l'autre (allant de 30 à 4500 détenus) avec une moyenne et une médiane calculée respectivement à 484,55 et 390,5 détenus.

De la même manière la capacité d'accueil théorique était en moyenne de 376,71 détenus avec une médiane calculée à 291,5 détenus. Cette capacité d'accueil s'étendant de 14 à 2700 détenus selon les établissements.

La densité carcérale était en moyenne de 134 % (ET +/-38,4 %) dans notre échantillon d'étude, mettant en lumière les problématiques de surpopulation. On constate de plus une grande disparité parmi les établissements, la densité carcérale s'étendant de 49,4 % à 227 %.

Par ailleurs dans notre étude sur 100 établissements répondants, seulement 25 soit ¼ d'entre eux avaient une densité carcérale \leq à 100 %, 13 établissements déclaraient une densité carcérale comprise entre 100 % et 120 %, 21 établissements avaient une densité carcérale entre 120 et 140 %, 19 établissements entre 140 et 160 % et enfin 22 établissements avaient une densité carcérale de plus de 160 % (pouvant aller jusqu'à 227 %).

➤ Leur taux d'occupation selon le type d'établissement :

Les MA et les CP étaient les seuls types d'établissements concernés par le phénomène de surpopulation carcérale dans notre étude.

Les MA avait un nombre réel moyen de détenus de 432,8 détenus et une capacité d'accueil théorique moyenne de 282,8 détenus. La densité carcérale moyenne dans les MA était de 152,5 % (ET +/- 34 %) dans notre étude, elle s'étendait de 64 % à 227 % avec une médiane à 146,7 %.

Les CP avait un nombre de détenus réels moyen de 668,3 détenus et une capacité théorique d'accueil moyenne de 584 détenus. La densité carcérale moyenne des CP dans notre étude était de 113,8 % (ET +/- 28,4 %). Elle variait de 49,4 % à 160 % avec une médiane calculée à 111,9 %.

Pour les MC et les CD la densité carcérale moyenne était respectivement de 93,55 % et 90 % dans notre étude et aucun des établissements type MC ou CD répondants n'avait une densité carcérale de plus 100 %. Ces deux derniers types d'établissements n'avaient donc en moyenne pas un taux d'occupation complet et n'était pas concerné par le phénomène de surpopulation carcérale.

Le type d'établissement était statistiquement corrélé à la densité carcérale dans notre étude ($p < 0,05$).

Le tableau d'analyse statistique « Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcérale calculée en fonction du type d'établissement carcéral » est présenté en annexe 5.

➤ Leur taux d'occupation en fonction de leur DIR :

La densité carcérale moyenne était (de la plus grande à la plus petite) de 155,3 % pour les établissements parisiens, 146,3 % pour Rennes, 146,2 % pour Toulouse, 144,7% pour Marseille, 135,5% pour l'Outre-Mer, 130,6% pour Dijon, 130% pour Lille, 128,5% pour Lyon et enfin 118,6% pour Strasbourg. Toutes les régions de France sont donc concernées par la surpopulation carcérale dans leurs établissements dans notre population d'étude.

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives entre les différentes régions de France et d'outre-mer concernant le taux de densité carcérale ($p > 0,05$).

Le tableau d'analyse statistique « Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcérale calculée dans les établissements répondants en fonction de leur DIR » est présenté en annexe 6.

- Leur taux d'occupation selon leur taille :

La densité carcérale moyenne était de 152,6 % dans les petits établissements (moins de 150 places théoriques) de 126,2 % dans les grands établissements (plus de 500 places théoriques) et de 125,9% dans les établissements dits moyens (de 150 à 500 places théoriques).

Il y a donc bien une différence du taux d'occupation en fonction de la taille de l'établissement, avec les petits établissements carcéraux qui sont plus sujet à la surpopulation ($p=0.0075$).

Le tableau d'analyse statistique « Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcérale calculée dans les établissements répondants en fonction de leur taille » est présenté en annexe 7.

3) Prévalence de détenus sous médicament de substitution aux opiacés (MSO)

a) Proportion de détenus sous MSO

Le pourcentage de détenus sous MSO a été calculé à partir de 97 réponses ; en effet trois établissements n'ont pas renseigné le nombre de détenu sous MSO.

Le pourcentage de personnes incarcérées sous médicament substitutif aux opiacés parmi les établissements ayant répondu à notre enquête était de 8,5 %, ce qui représente 3985 détenus sur 47110 inclus dans notre enquête.

A partir de notre échantillon, nous estimons la prévalence de détenus sous MSO dans les prisons françaises à 8,5 % IC 95 % [8,25 ; 8,75].

On observe une grande disparité du nombre de détenus sous MSO entre les différents établissements ; le pourcentage de détenus sous MSO le plus bas dans un établissement donné était de 0,5 % et le plus élevé de 56,9 %. La moyenne et la médiane du taux de détenus sous MSO parmi les établissements était respectivement de 9,5 % et 8,3 %.

Variable	Moyenne	Ecart type	Min	Q25	Médiane	Q75	Max
Pourcentage de détenus sous MSO	9,5 %	7 %	0,5 %	5,3 %	8,3 %	12,3 %	56,9 %

Tableau 3 : Pourcentage de détenus sous MSO parmi les établissements répondants

b) Proportion de détenus sous MSO en fonction du type de l'établissement et de la présence d'une surpopulation

➤ Pourcentage de détenus sous MSO selon le type d'établissement carcéral

Le pourcentage de détenus sous MSO était plus élevé dans les CP avec 10,2 % des détenus incarcérés en CP sous MSO dans notre population carcérale d'étude, il était de 8,1% pour les CD, 7,3% pour les MA et enfin le taux de détenus sous MSO le plus bas était retrouvé dans les MC avec 5,3 % des détenus.

Ces différences en fonction du type d'établissement sont significatives sur le plan statistique. (Tableau d'analyse univariée comparant les sous-groupes présenté en annexe 8)

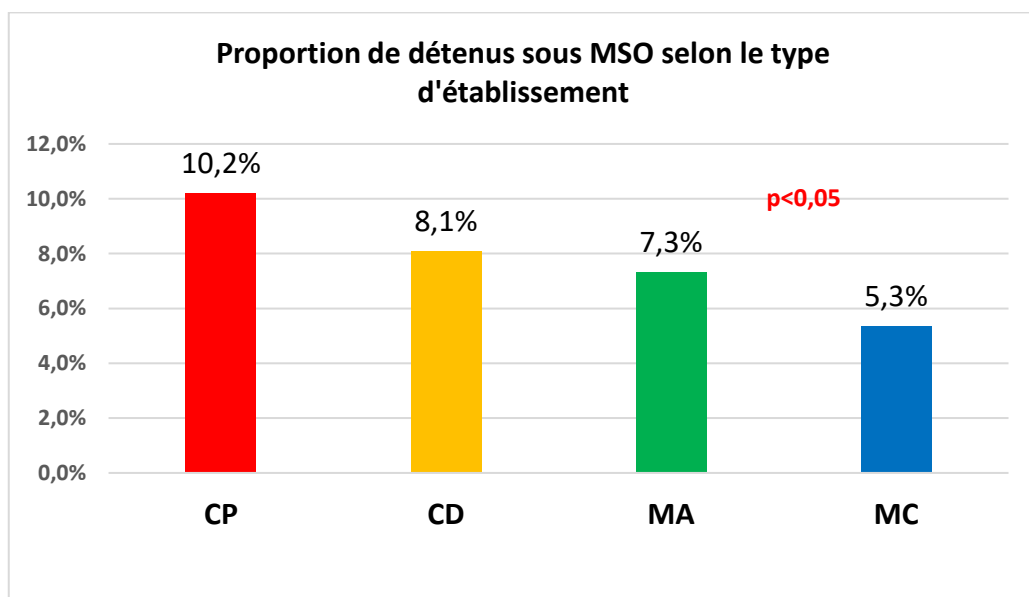


Figure 8 : Proportion de détenus sous MSO selon le type d'établissement

Dans les MA la proportion de détenus sous MSO variait de 1,0 % à 56,92 % d'un établissement à un autre avec une médiane à 8,31 % et un écart type à 7,83 %. Dans les CP la proportion de détenus sous MSO variait de 0,48 % à 24,5 % avec une médiane calculée à 10 % et un écart type à 6,12 %. On observe donc dans ces deux types d'établissement une grande dispersion des valeurs du taux de détenus sous MSO.

Dans les CD la proportion de détenus sous MSO s'étendait de 3,4 % à 17,5 % et dans les MC de 3,64 % à 7,5 %. (Tableau des résultats présenté en annexe 9)

- Pourcentage de détenus sous MSO selon la présence de surpopulation ou non au sein de l'établissement

La présence d'une surpopulation dans l'établissement était définie par une densité carcérale supérieure à 100 %. Dans notre enquête nous n'avons pas mis en évidence de lien entre la présence d'une surpopulation et le nombre de détenus sous MSO sur le plan statistique avec respectivement 8,2 % et 8,5 % de détenus sous MSO dans les établissements non surpeuplés (N=25) et surpeuplés (N=72).

(Tableau d'analyse univariée comparant les deux sous-groupes présenté en annexe 8)

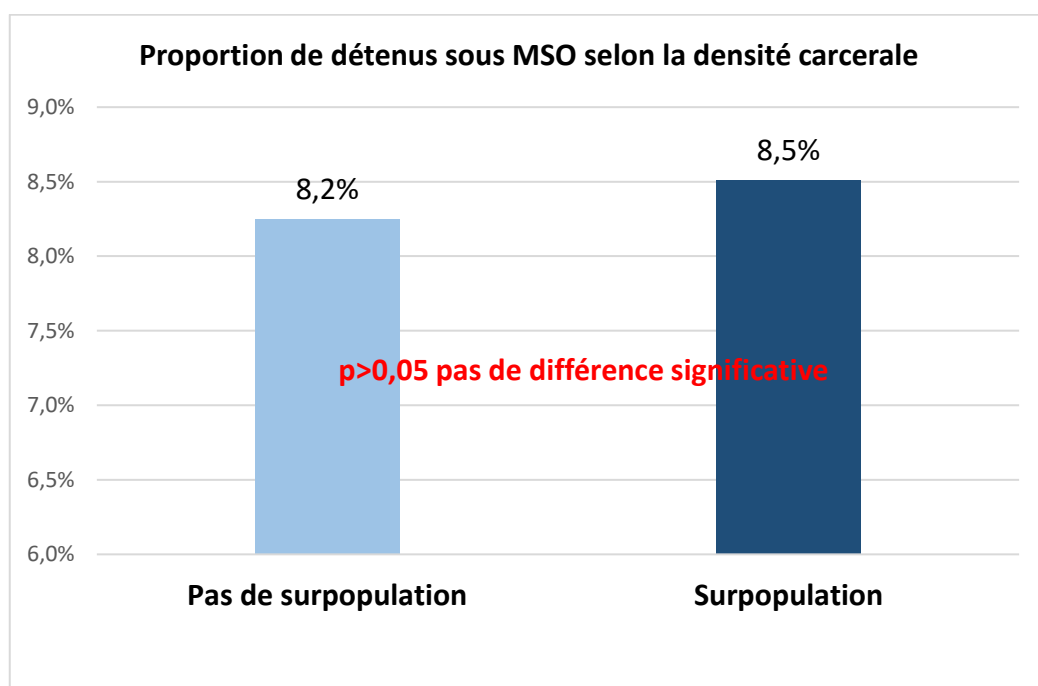


Figure 9 : Proportion de détenus sous MSO en fonction de la présence d'une surpopulation

- Pourcentage de détenus sous MSO selon la DIR et la taille de l'établissement

Les taux de détenus sous MSO des prisons classées selon leur taille ou leur région sont présentés en annexe 10.

4) Types de MSO prescrits en milieu carcéral

- a) Proportion de détenus sous Subutex®, BHD générique, Suboxone® ou méthadone

Dans notre étude, nous demandions à chaque établissement de préciser, pour les détenus sous MSO, par quel MSO étaient-ils substitués parmi la BHD générique, le Subutex® (médicament princeps contenant de la BHD), l'association buprénorphine-naloxone dite Suboxone® ou la méthadone. Chaque établissement renseignait donc le nombre de détenus sous tel ou tel médicament substitutif à l'instant t donné auquel il répondait.

Parmi les 3985 détenus sous substitution aux opiacés, 1573 soit 39,5 % étaient sous BHD générique, 1514 soit 38 % étaient sous méthadone, 590 soit 14,8 % étaient sous Suboxone® et enfin 308 détenus soit 7,7 % étaient sous Subutex®.

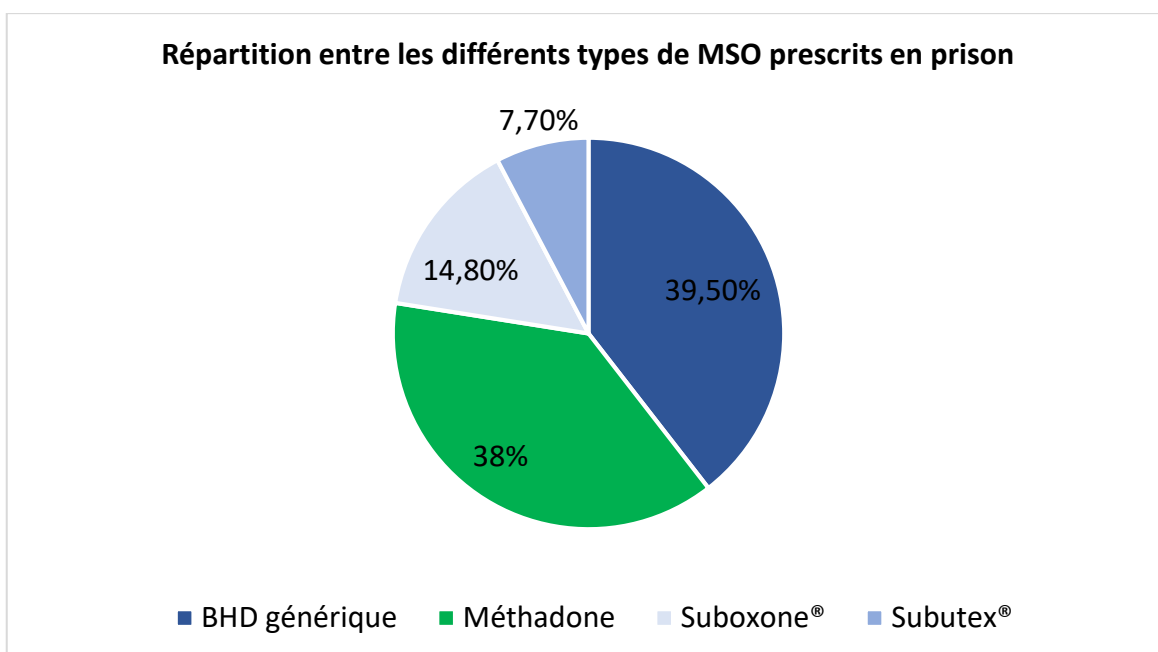


Figure 10 : Répartition entre les types de MSO

La BHD générique et la méthadone sont donc majoritairement prescrites en milieu pénitentiaire à peu près à parts égales, puis vient le Suboxone® et enfin le Subutex® princeps.

Si l'on regroupe le Subutex® et la BHD générique sous le nom de BHD, notre étude montre que 38 % des détenus sous substitution aux opiacés sont sous méthadone et 47,2% sont sous BHD et 14,8% sous Suboxone® comme le montre la figure ci-dessous.

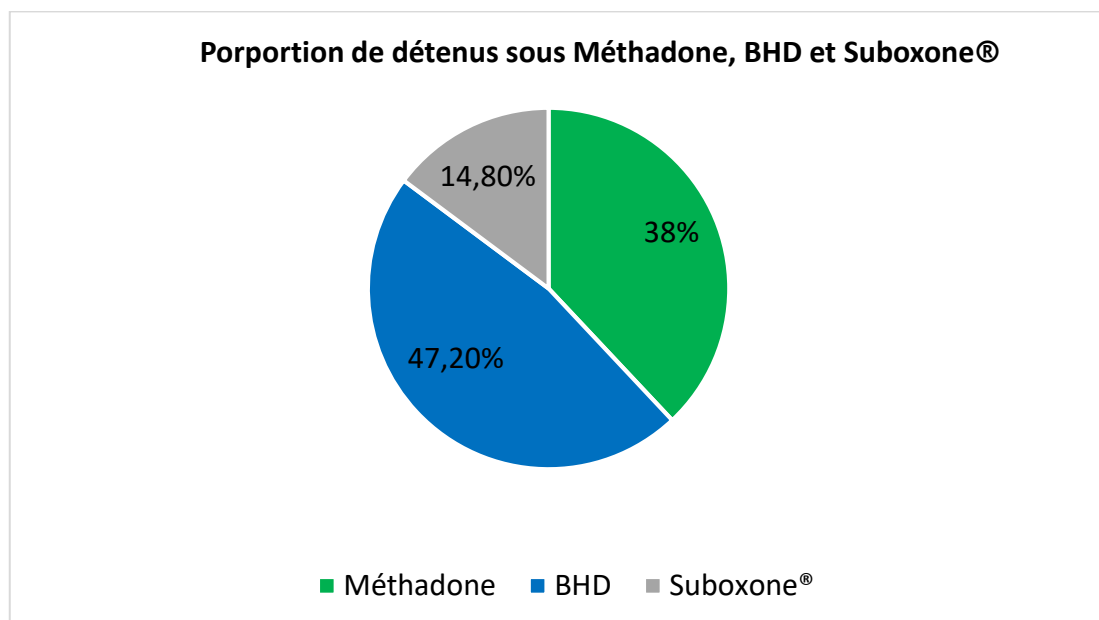


Figure 11 : Répartition entre les différents MSO

b) Proportion de détenus sous Subutex®, BHD générique, Suboxone® et méthadone en fonction du type de l'établissement

Dans les MC, la prescription de BHD générique est largement majoritaire, en effet 84,6 % des détenus incarcérés en MC sous substitution aux opiacés sont sous BHD générique, 7,7 % sous Subutex® et seulement 3,8 % sous méthadone et sous Suboxone®.

Dans les MA, la part des détenus sous BHD générique et sous méthadone est à peu près équivalente à 43 %, le Subutex® est très peu prescrit puisque seulement 1,9 % des détenus incarcérés en MA sont substitués par ce médicament princeps, la part de suboxone® est de 12,2 %.

Dans les CP et les CD les proportions respectives sont assez proches : ainsi, dans les CP la part de détenus sous BHD générique et sous méthadone est à peu près équivalente, 36,2 % pour la BHD générique et 34,7 % pour la méthadone, la part de détenus sous Subutex® est de 13,2 % et la

part de détenus sous Suboxone® de 15,9 %, et dans les CD la part de détenus sous BHD générique et sous méthadone est assez proche avec 34,4 % de détenus sous BHD générique et 33,1 % de détenus sous méthadone, 8,8 % des détenus sont substitués par Subutex® et enfin 23,8 % par Suboxone®.

Concernant le Suboxone®, il semble donc être plus fréquemment prescrit dans les CD.

La figure ci-dessous permet une meilleure visibilité des répartitions entre les différents MSO dans les quatre types d'établissements carcéraux répondeurs de notre étude. Nous avons réuni la BHD générique et le Subutex® au sein du même groupe.

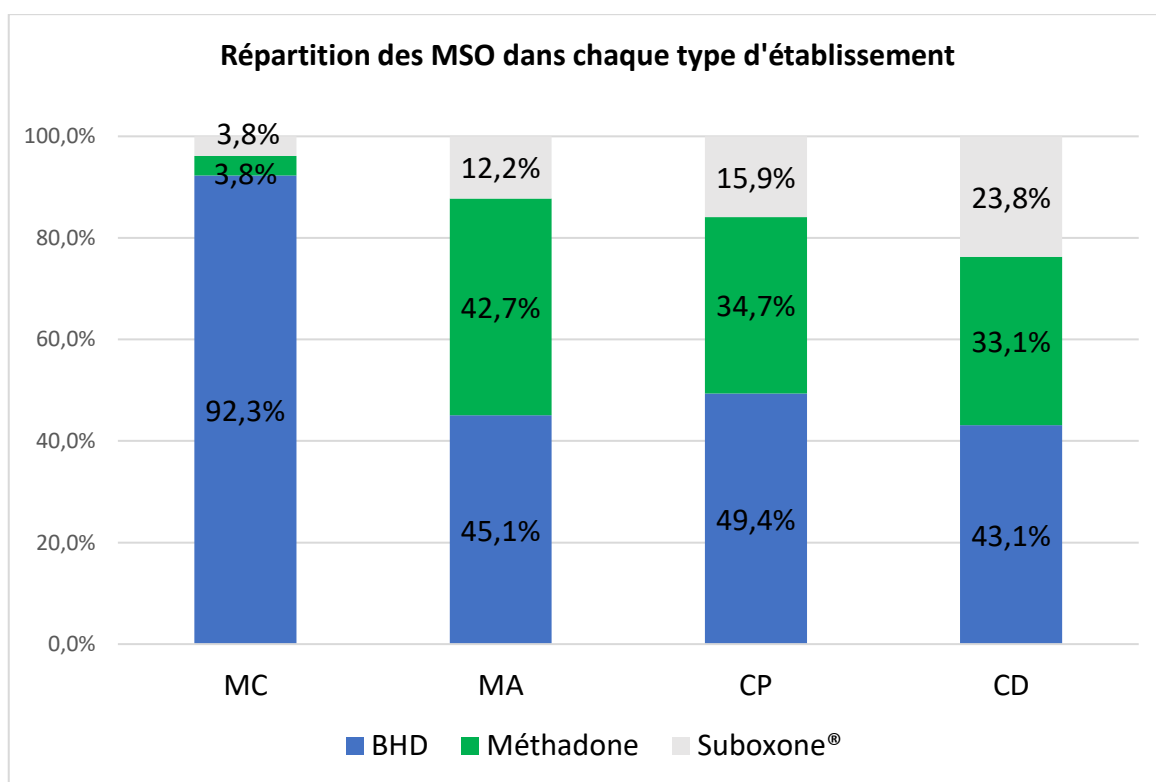


Figure 12 : Proportion de détenus substitués par chaque MSO selon le type de prison

5) Accès aux MSO en prison

Notre étude nous a permis également d'évaluer l'accès au TSO en milieu pénitentiaire et notamment l'accès aux différentes molécules de substitution.

Cette question a été évaluée sur 100 réponses.

Dans notre enquête, 3 établissements ne proposaient pas de méthadone, 12 établissements ne proposaient pas de BHD générique ou Subutex® et enfin 42 établissements ne prescrivait pas de suboxone®.

Dans les 88 établissements prescrivant de la BHD, les médicaments génériques étaient largement majoritaires, la forme princeps dite Subutex® étant présente dans 16 établissements seulement.

Les 12 établissements ne proposant pas de BHD générique ou de Subutex® dans notre étude, proposaient systématiquement, en plus de la méthadone, le Suboxone®; ce nouveau MSO semblait ainsi « remplacer » la BHD au sein de ces établissements.

Parmi les établissements ne proposant pas de méthadone, deux proposaient uniquement la BHD générique et un seul proposait BHD générique et suboxone®.

Le graphique ci-dessous résume le choix moléculaire présent au sein des établissements répondeurs.

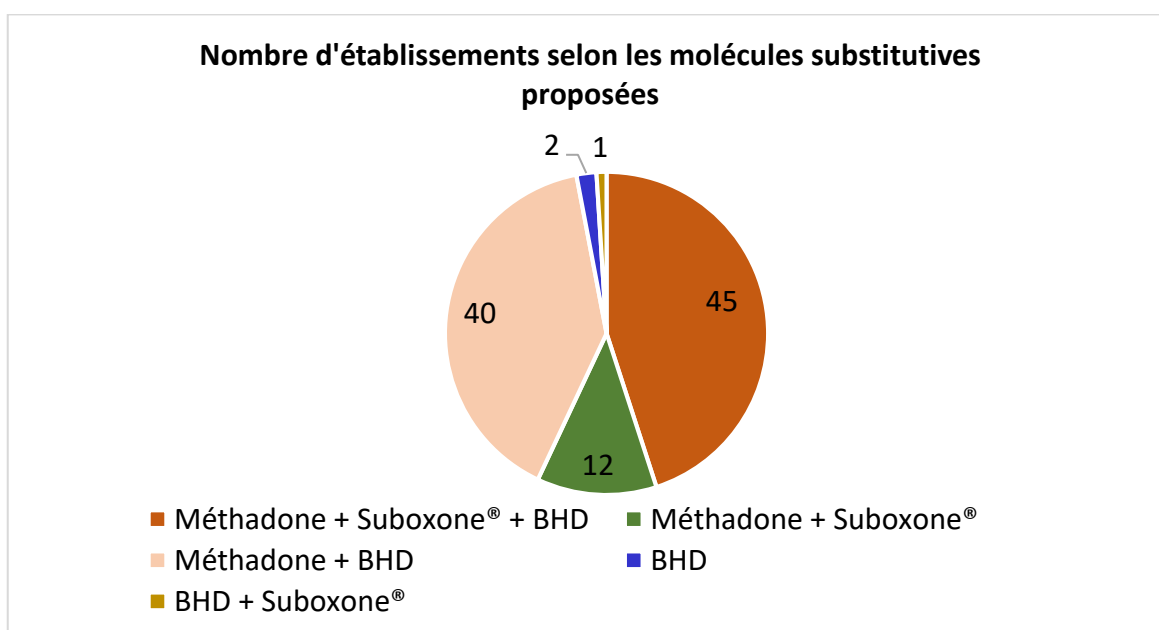


Figure 13 : Molécules de substitution aux opiacés proposées dans les prisons

Ainsi 45 % des établissements répondeurs proposaient trois types de MSO : méthadone, BHD et Suboxone®, 40 % des établissements proposaient en parallèle les deux molécules « classiques » substitutives, la méthadone et la BHD, la récente association BHD + naloxone n'était pas présente au sein de ces établissements, 12 % des établissements proposaient Méthadone et Suboxone® en parallèle, ce dernier « remplaçant » la BHD et on note enfin que 3 % des établissements de notre étude ne propose pas de Méthadone.

6) Lieu de dispensation des MSO en prison

Dans notre étude nous demandions à chaque établissement de nous indiquer le lieu de dispensation du MSO au patient détenu, en dissociant le lieu de dispensation pendant la semaine (lundi au vendredi) et le lieu de dispensation pendant le weekend pour évaluer l'impact des effectifs sur la dispensation du MSO.

Le lieu de dispensation pouvait être : à l'unité sanitaire exclusivement, en cellule exclusivement, à l'unité sanitaire et en cellule (selon les patients traités).

En semaine, les résultats sont les suivants :

- La méthadone est majoritairement délivrée exclusivement à l'unité sanitaire dans 84 % des établissements concernés, exclusivement en cellule dans 7 % des établissements et enfin dans 9 % des établissements la méthadone est délivrée selon les patients traités à l'unité sanitaire et en cellule également.
- Pour la BHD, 39 % des établissements concernés la délivrent exclusivement à l'unité sanitaire, 35 % exclusivement en cellule et 26 % déclarent la délivrer à l'unité sanitaire et en cellule selon les patients traités.
- Pour le Suboxone® 45 % des établissements concernés la délivrent exclusivement à l'unité sanitaire, 29 % exclusivement en cellule et enfin 26 % à l'unité sanitaire et en cellule selon les patients traités.

L'unité sanitaire est donc le lieu de dispensation très fréquemment choisi pour délivrer la méthadone au patient dans les établissements carcéraux de notre étude ; en effet, plus de trois quarts des établissements délivrent la méthadone exclusivement à l'unité sanitaire ; pour la BHD

générique ou Subutex® et le Suboxone® la répartition entre les différents lieux possibles est beaucoup plus homogène.

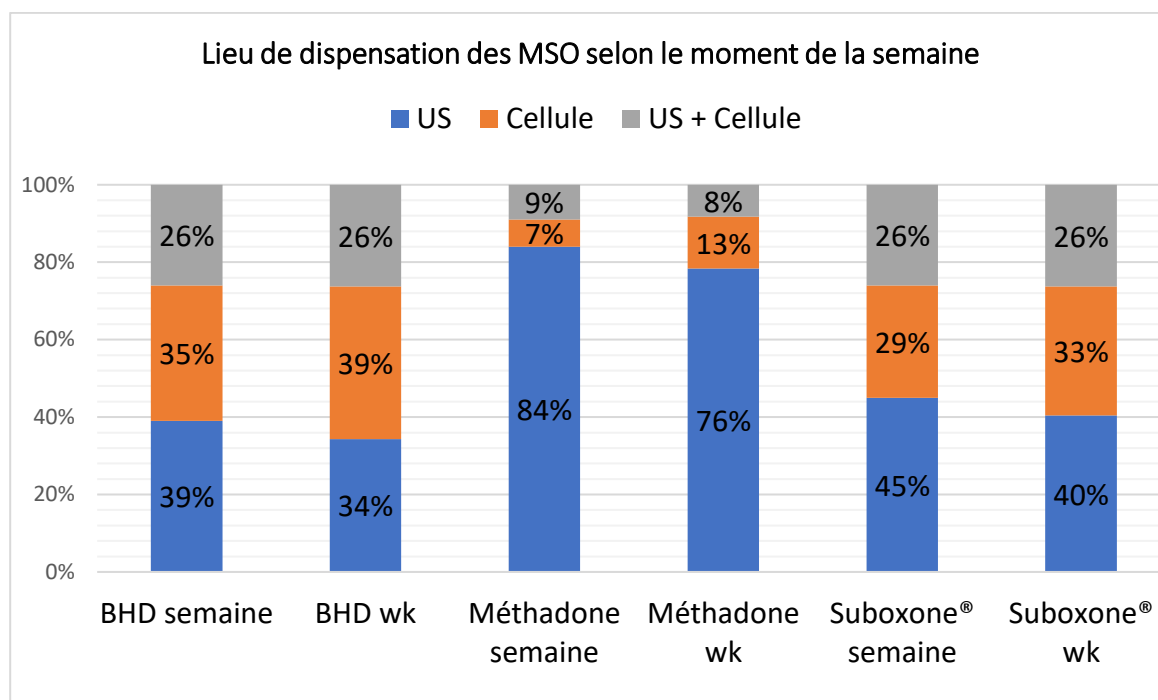


Figure 14 : Répartition entre les différents lieux de dispensation possibles selon le type de MSO et le moment de la semaine

Lorsqu'on compare les réponses selon le moment de la semaine (du lundi au vendredi ou samedi/dimanche) on s'aperçoit que la répartition entre les lieux de dispensation pour chaque MSO change peu. On constate une très faible diminution des dispensations à l'unité sanitaire au profit des dispensations en cellule le week-end.

7) Forme galénique choisie pour la Méthadone

Nous avons également demandé aux établissements pénitentiaires interrogés quelle forme galénique de méthadone était délivrée au patient entre la gélule et la solution buvable (sirop).

Parmi les 97 établissements de notre population d'étude prescrivant de la méthadone, la solution buvable était très majoritairement proposée : 77 % des établissements proposent uniquement la méthadone sous forme de sirop, 2 % proposent uniquement la forme gélule, 19 % proposent les deux galéniques au sein de leur établissement et enfin 2 % ne savent pas quelle forme galénique est proposée dans la prison dans laquelle ils travaillent.

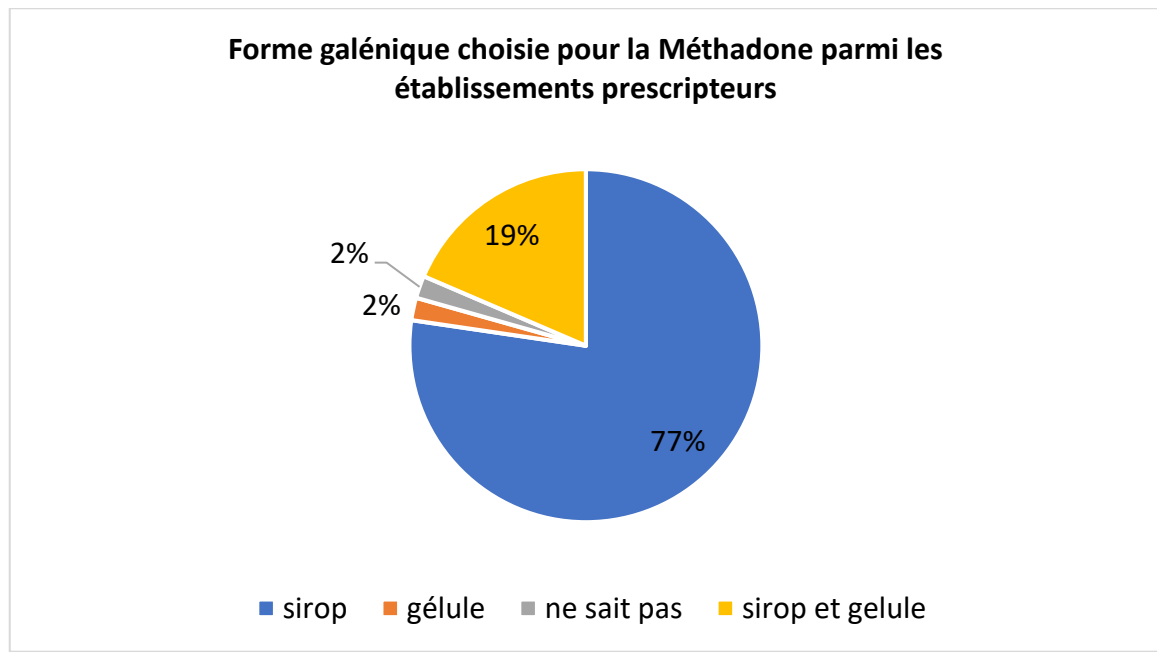


Figure 15 : forme galénique de la méthadone présente aux seins des prisons

8) Délivrance des MSO en milieu pénitentiaire

Nous avons enfin questionné les établissements sur la délivrance des MSO au sein de leur établissement carcéral : pour chaque type de MSO (Méthadone, BHD générique ou princeps et Suboxone®) ils devaient répondre si la délivrance du médicament substitutif était quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou autre.

Pour la méthadone, la totalité des établissements prescripteurs proposaient une délivrance quotidienne.

Pour la BHD générique ou Subutex®, la délivrance est beaucoup plus disparate avec tout de même majoritairement une délivrance quotidienne : 58,4 % des établissements prescripteurs effectuaient une délivrance quotidienne, 38,2 % une délivrance hebdomadaire et 3,4 % une délivrance « autre ».

Pour l'association buprénorphine-naloxone (Suboxone®), la délivrance du médicament était là aussi majoritairement quotidienne avec cette fois ci 63,9 % des établissements prescripteurs de Suboxone® effectuant une délivrance quotidienne, 37,9 % des établissements pratiquant une délivrance hebdomadaire et enfin 8,2 % une délivrance « autre ».

Pour les 3 types de MSO aucun établissement n'a répondu pratiquer une délivrance mensuelle.

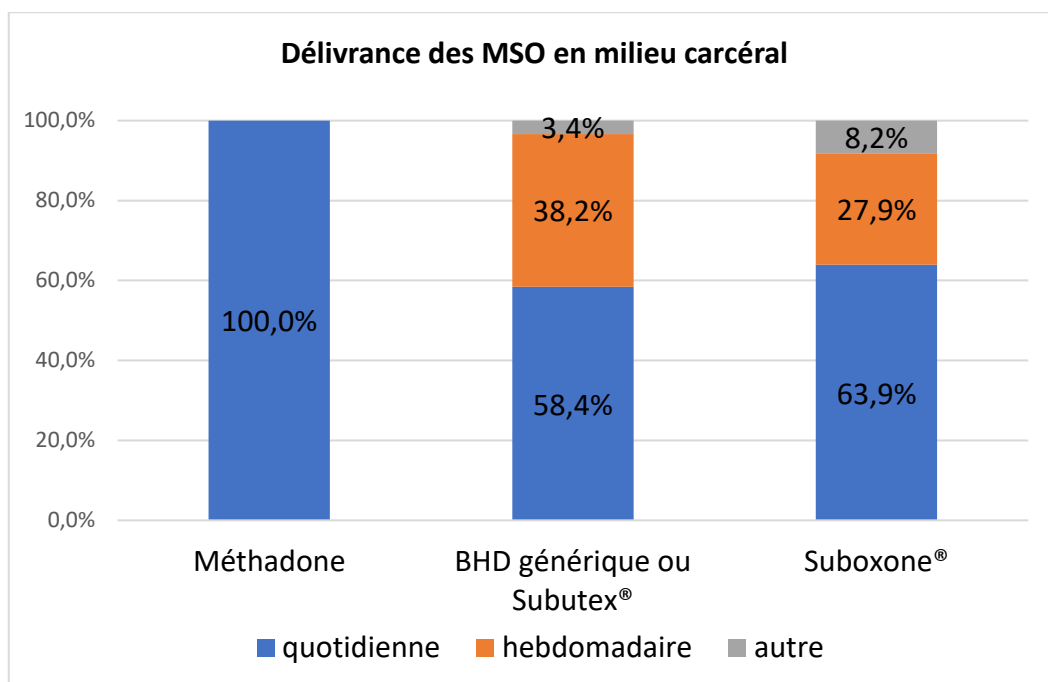


Figure 16 : Délivrance des MSO

B) Place de l'association buprénorphine-naloxone parmi les MSO prescrits en milieu pénitentiaire

La troisième partie de notre questionnaire d'étude interrogeait le médecin sur sa pratique quotidienne et lui demandait, sous la forme d'un Q.C.M., son avis vis-à-vis du Suboxone® et sa place dans sa pratique quotidienne. Nous cherchions également l'existence de facteurs déterminant la prescription de Suboxone®.

1) Taux de réponse et description des médecins répondants

Nous avons obtenu 94 réponses à cette partie du questionnaire.

Chaque médecin répondant nous indiquait son sexe, son âge, sa spécialité médicale, le type d'établissement dans lequel il travaille (MA, MC, CD, CP), le type de service dans lequel il travaille, son nombre d'années d'expérience en milieu carcéral et la DIR à laquelle est rattachée son établissement ; il déclarait aussi s'il possédait ou non une ou plusieurs formations complémentaires (DIU, DU, capacité etc.) en addictologie, psychiatrie ou médecine en milieu carcéral.

Il donnait enfin le nombre de places théoriques que possède l'établissement dans lequel il travaille permettant de subdiviser les établissements en trois catégories : les établissements de petite taille (P) avec moins de 150 places, les établissements de moyenne taille (M) possédant entre 150 et 500 places et enfin les établissements de grande taille (G) de plus de 500 places.

Les pourcentages ont été arrondis au dixième.

63 % des médecins qui ont répondu à cette partie de l'enquête étaient des hommes et 37 % des femmes ; plus de la moitié avaient plus de 50 ans (56,4 %), 2,1 % avaient moins de 30 ans, 17 % entre 30 et 40 ans et enfin 24,5 % entre 40 et 50 ans.

Concernant leur spécialité, 55,3 % étaient des médecins généralistes, 26,6 % des psychiatres et 18,1 % d'une autre spécialité.

73,4 % des médecins ont déclaré avoir une ou plusieurs formations complémentaires dont 59,4 % en addictologie, 21,7 % en psychiatrie et 31,9 % en médecine en milieu carcéral et 26,6 % ont déclaré n'avoir aucune formation complémentaire.

60,6 % des médecins travaillaient en MA, 26,6 % en CP, 9,6 % en CD et enfin 3,2 % en MC. Par ailleurs 82,8 % d'entre eux travaillaient dans une unité sanitaire, 15,1 % en SMPR et 2,2 % en CSAPA.

Concernant le nombre d'années d'expérience professionnelle en milieu pénitentiaire, la médiane se situait entre 5 et 10 ans, 10,6 % des médecins avaient moins de 2 ans d'expérience, 13,8 % entre 2 et 5 ans, 29,8 % entre 5 et 10 ans, 26,6 % entre 10 et 20 ans et enfin 19,1 % d'entre eux avaient plus de 20 ans d'expérience.

Nous avons obtenu des réponses des médecins provenant de toutes les DIR existantes sur le territoire français, les 3 régions les plus représentées étaient Bordeaux, Rennes et Lyon avec respectivement 14,9 %, 13,8 % et 12,8 % des médecins provenant de ces régions.

Enfin 34 % des médecins travaillaient dans des établissements dit de grande taille, 36,2 % dans des établissements dit de moyenne taille et enfin 29,8 % dans des établissements de petite taille.

Le tableau des résultats «Caractéristiques des médecins répondeurs» est disponible en annexe 11.

2) Fréquence de prescription des MSO

Nous avons demandé aux médecins d'estimer leur fréquence de prescription des médicaments substitutifs au cours de leur pratique quotidienne (évaluation subjective).

23,4 % déclaraient prescrire des MSO « rarement », 39,4 % « régulièrement » et enfin 37,2 % déclaraient en prescrire « très fréquemment ».

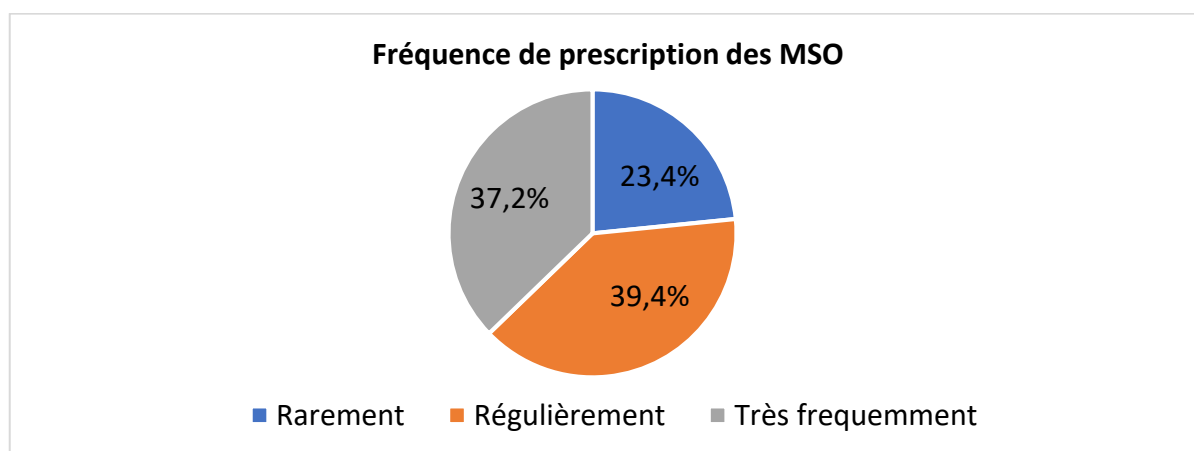


Figure 17 : Evaluation subjective de la fréquence de prescription de MSO dans sa pratique par le médecin

3) Connaissance et prescription de l'association buprénorphine-naloxone dite Suboxone®

Sur les 94 médecins répondeurs, 93 connaissaient l'association buprénorphine-naloxone dite Suboxone®, seul 1 médecin ne connaissait pas le Suboxone®.

52 médecins ont déclaré prescrire le Suboxone® soit 55,3 % des médecins répondeurs contre 42 médecins ayant déclaré ne pas le prescrire soit 44,7 % des médecins répondeurs.

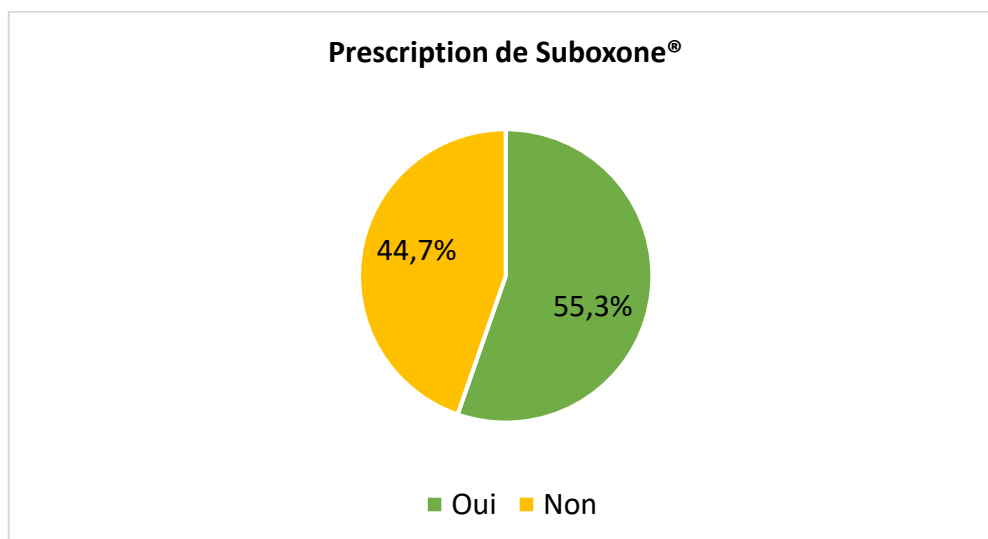


Figure 18 : Prescription de Suboxone® par les médecins

4) Raisons évoquées par les médecins concernant la prescription ou non de l'association buprénorphine-naloxone dite Suboxone®

En fonction de leur statut de prescripteurs ou de non prescripteurs de Suboxone®, les médecins répondaient à un Q.C.M. tachant d'expliquer les raisons de leur choix. Les médecins pouvaient cocher plusieurs raisons ce qui explique que les totaux ne soient pas égaux à 100 %.

Cette question a été évaluée sur 93 réponses dont 41 médecins ayant répondu ne pas le prescrire et 52 médecins ayant répondu le contraire.

a) Médecins non prescripteurs de Suboxone®

Prescription Suboxone®	Nb de réponses exploitées	Raisons évoquées	Nb de réponses	%
NON	41	Autres	20	49 %
		J'ai l'habitude de prescrire de la buprénorphine seule (SUBUTEX® et générique) et de la méthadone	14	34 %
		Je ne trouve pas avoir assez de connaissance sur ce médicament et je ne suis pas à l'aise pour le prescrire	7	17%
		Pas encore assez de données/preuves scientifiques sur l'impact de ce médicament sur la réduction du mésusage	7	17%
		J'ai une mauvaise appréciation éthique de ce médicament	6	15%
		L'association buprénorphine-naloxone est mésusée	5	12%
		Mauvaise tolérance chez les patients	3	7%
		Mauvaise efficacité dans la prise en charge de l'addiction aux opiacés	2	5%
		L'association buprénorphine-naloxone est plus chère que les autres MSO	2	5%
		Ne se prononce pas	2	5%
		Pas encore assez de recul temporel sur ce médicament récent	1	2%
		Le rapport bénéfice/risque est défavorable	1	2%

Tableau 4 : Raisons évoquées par les médecins non prescripteurs de Suboxone®

Les raisons évoquées par les médecins ne prescrivant pas le Suboxone® étaient pour 34 % d'entre eux « J'ai l'habitude de prescrire de la buprénorphine seule (SUBUTEX® et générique) et de la méthadone », pour 17 % « Je ne trouve pas avoir assez de connaissances sur ce médicament et je ne suis pas à l'aise pour le prescrire » et également « Pas encore assez de données/preuves scientifiques sur l'impact de ce médicament sur la réduction du mésusage », pour 15 % d'entre eux « J'ai une mauvaise appréciation éthique de ce médicament », 12 % ont répondu « L'association buprénorphine-naloxone est mésusée » et 7 % « Mauvaise tolérance chez les patients », 5 % ont évoqué la mauvaise efficacité du médicament et le prix plus élevé de cette association et enfin 2 % le « manque de recul temporel sur ce médicament récent » et le « rapport bénéfice/risque défavorable ».

Il est important de souligner que deux médecins (soit 5 %) ne se sont pas prononcés sur cette question et que tout de même presque la moitié des médecins (49 %) ont répondu « autres » à cette question ; parmi ces « autres réponses » nous avons extrait une nouvelle donnée : 24 % des médecins (soit 10 réponses parmi les 20 réponses « autres ») ont répondu qu'ils ne prescrivaient pas le Suboxone® car ce médicament était non référencé à la pharmacie ou que la pharmacie refusait de le délivrer.

Les cinq raisons principales évoquées par les médecins ne prescrivant pas le Suboxone® sont donc les habitudes de pratiques de prescriptions (34 % d'entre eux), la non accessibilité de ce traitement à la pharmacie (24 %), le manque de connaissances sur ce médicament (17 %), le manque de preuves sur sa réduction du mésusage (17 % également) et enfin la mauvaise appréciation éthique du médicament (15 %).

b) Médecins prescripteurs du Suboxone®

Prescription Suboxone®	Nb de réponses exploitées	Raisons évoquées	Nombre de réponses	%
OUI	52	Je prescris le SUBOXONE® lorsque ce traitement est antérieur à l'arrivée du patient en prison (continuité d'un	43	83%
		En cas de mésusage de la BHD et/ou de la méthadone je switch avec l'association buprénorphine naloxone SUBOXONE®	37	71%
		La naloxone contenue dans le SUBOXONE® aide à réduire le mésusage du produit en	28	54%
		Lorsque que j'initie un traitement substitutif aux opiacés chez un patient n'ayant jamais été substitué par un MSO	23	44%
		Je prescris l'association buprénorphine-naloxone/SUBOXONE® systématiquement à la place du SUBUTEX® ou générique au sein de l'unité sanitaire	21	40%
		Je switch la Buprénorphine Haut Dosage pour l'association buprénorphine naloxone /SUBOXONE® en cas de dosage maximal de 16mg/j atteint avec la buprénorphine, le SUBOXONE® ayant son AMM jusqu'à	13	25%
		Je trouve ce médicament plus efficace dans la prise en charge des personnes	8	15%
		Autres	2	4%
		Ne se prononce pas	0	0%

Tableau 5 : Raisons évoquées par les médecins prescripteurs de Suboxone®

Parmi les médecins prescrivant le Suboxone®, 83 % ont répondu le prescrire lorsqu'il était antérieur à l'arrivée du patient en prison, 71 % en cas de mésusage de la BHD ou méthadone de la part du patient, pour la moitié d'entre eux (54 %) parce que la naloxone aide à réduire le mésusage du MSO, 44 % d'entre eux déclarent le prescrire lors de l'initiation d'un MSO chez un patient n'ayant jamais été substitué, 40 % déclarent le prescrire systématiquement à la place de la BHD seule au sein de l'unité sanitaire dans laquelle il travaille et 25 % déclarent le prescrire lorsque la posologie maximale de la BHD est atteinte ; enfin 15 % des médecins ont répondu trouver ce médicament plus efficace dans la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés et 4 % ont coché « autres » cette question.

5) Enquête de pratique

a) Initiation d'un MSO en milieu pénitentiaire chez un patient jamais substitué

Nous avons interrogé les médecins sur leur pratique concernant l'initiation d'un traitement substitutif vis à vis d'un patient n'ayant jamais été substitué (naïf des MSO/primo-prescription) ou substitué "de rue" sans prescription médicale authentifiée à l'extérieur « des murs » à l'aide d'une question à choix multiples où une seule réponse était possible.

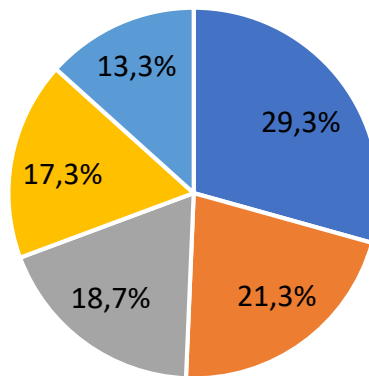
➤ Parmi la population entière de médecins répondeurs :

18 médecins soit 19,4 % d'entre eux ne se sont pas prononcés sur cette question ; nous avons donc évalué cette question à partir de 75 réponses.

29,3 % (N=22) des médecins proposent les trois MSO disponibles (BHD seule, méthadone ou association buprénorphine-naloxone) et commencent par l'un des trois, 21,3 % (N=16) ne prescrivent pas le Suboxone® en première intention dans cette situation et commencent plutôt par de la BHD ou méthadone, 18,7 % (N=14) commencent généralement par de la méthadone, 17,3 % (N=13) par le Suboxone® et enfin 13,3 % (N=10) par de la BHD seule.

Aucune attitude préférentielle ne ressort donc vraiment, les pratiques sont assez hétérogènes selon les médecins, l'attitude la plus fréquente pour environ un tiers d'entre eux est de proposer les trois MSO disponibles au patient jamais substitué dans un protocole médical.

Initiation d'un MSO chez un patient jamais substitué



- Je propose à mon patient les 3 MSO disponibles et commence par l'un des trois
- Je commence par de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX® générique) ou de la Méthadone
- Je commence généralement par de la méthadone
- Je commence généralement par l'association buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®)
- Je commence généralement par de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX® ou générique)

Figure 19 : Attitude pratique vis-à-vis d'un patient jamais substitué

Le tableau des résultats « Attitude pratique vis-à-vis d'un patient jamais substitué » est présenté en annexe 12.

➤ Parmi les sous-groupes prescripteurs de Suboxone® et non prescripteurs de Suboxone® : 7 et 11 médecins ne se sont pas prononcés sur cette question parmi les sous-groupes respectifs prescripteurs et non prescripteurs de Suboxone® soit 13,5 % et 26,8 % d'entre eux parmi chaque groupe ; nous ne les avons pas inclus pour le calcul des pourcentages des graphiques ci-dessous.

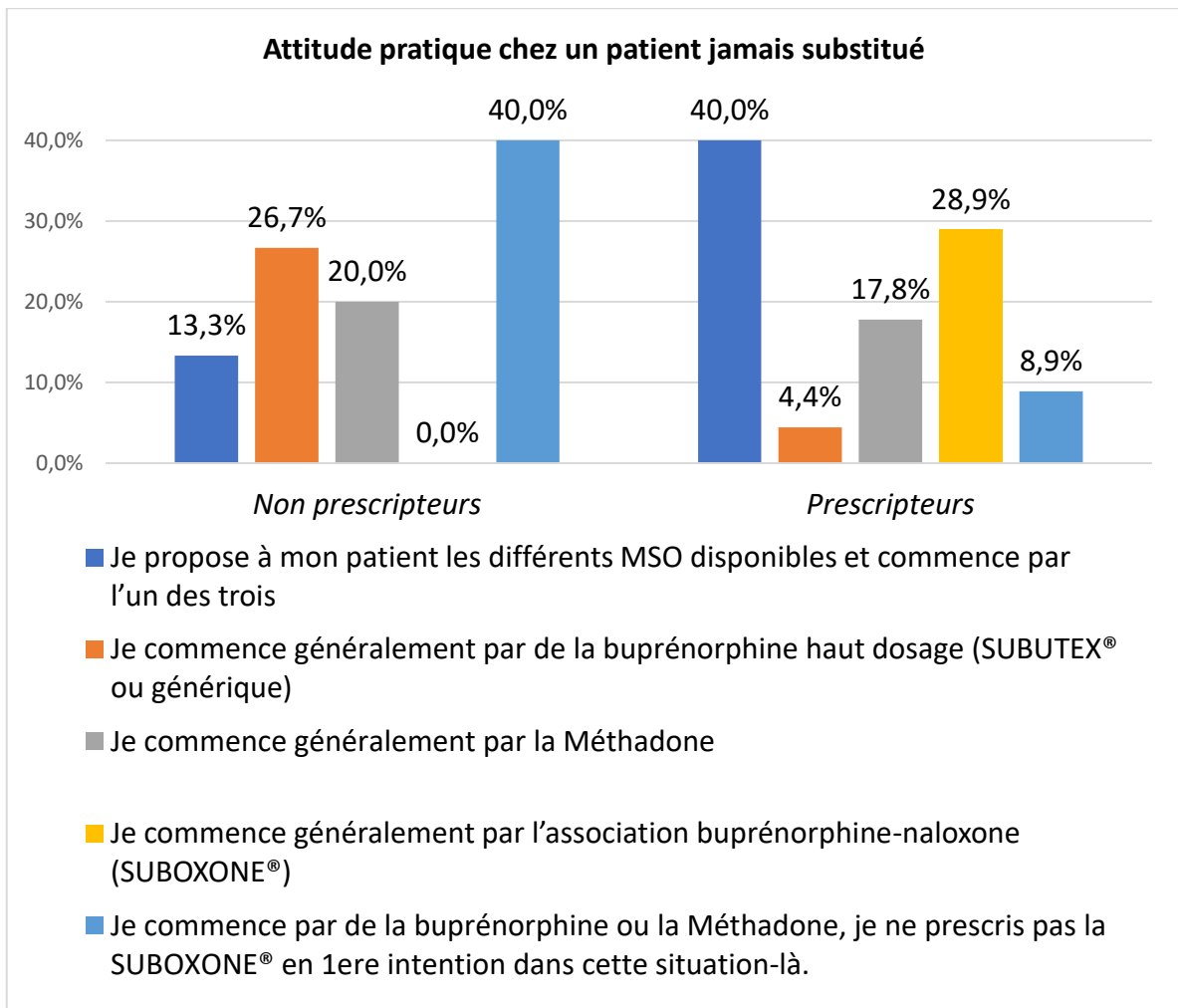


Figure 20 : Attitude pratique chez un patient jamais substitué parmi les sous-groupes

Ce graphique montre les différences de pratique pour démarrer une substitution médicamenteuse aux opiacés chez un patient jamais substitué médicalement auparavant entre les 2 sous-groupes de médecins de notre étude.

Ainsi, parmi le groupe des non prescripteurs (N=30), 40 % d'entre eux déclarent ne pas prescrire le Suboxone® dans cette indication et commencer par de la BHD ou méthadone pour substituer un patient, 26,7 % démarrent généralement par la BHD et 20 % par la méthadone, enfin ils sont seulement 13,6 % à proposer et prescrire l'une des trois molécules substitutives citées.

A l'inverse, parmi le groupe des médecins prescripteurs de Suboxone® ayant répondu à cette question (N=45), 40 % d'entre eux déclarent proposer et prescrire l'une des trois molécules, 28,9 % prescrivent le plus souvent le Suboxone®, 17,8 % la méthadone et seulement 4,4% la BHD ; ils sont seulement 8,9 % à ne pas initier un traitement médicamenteux substitutif par Suboxone® mais préférer la BHD ou la méthadone chez un patient jamais substitué médicalement.

Le tableau présentant les résultats « Attitude pratique vis-à-vis d'un patient jamais substitué parmi les sous-groupes prescripteurs et non prescripteurs de Suboxone® » est disponible en annexe 13.

b) Attitude pratique face au mésusage du MSO par le patient

Nous avons interrogé les médecins sur leur attitude de prescription face aux patients « mésuseurs » ou « injecteurs » connus de BHD ou méthadone. Le mésusage était défini dans notre étude par une mauvaise utilisation (sniff, injection) du médicament, une revente, une polyconsommation, une augmentation ou/et une fragmentation des doses.

D'une part, de nombreux médecins ne se sont pas prononcés sur ces questions, notamment concernant le mésusage de la méthadone et d'autre part, la formulation de la question et des options de réponse s'est révélée peu pertinente et adéquate pour répondre au questionnaire et donc difficilement exploitable sur le plan statistique.

Dans ce travail, nous présenterons donc uniquement nos données concernant le mésusage de la BHD parmi nos 2 sous-groupes de médecins prescripteurs et de non prescripteurs de Suboxone®.

Pour cette question, dans le sous-groupe des non prescripteurs, près d'un tiers des médecins n'ont préféré pas répondre. Les médecins ne s'étant pas prononcés sur cette question ont été retirés pour le calcul des pourcentages des deux graphiques ci-dessous.

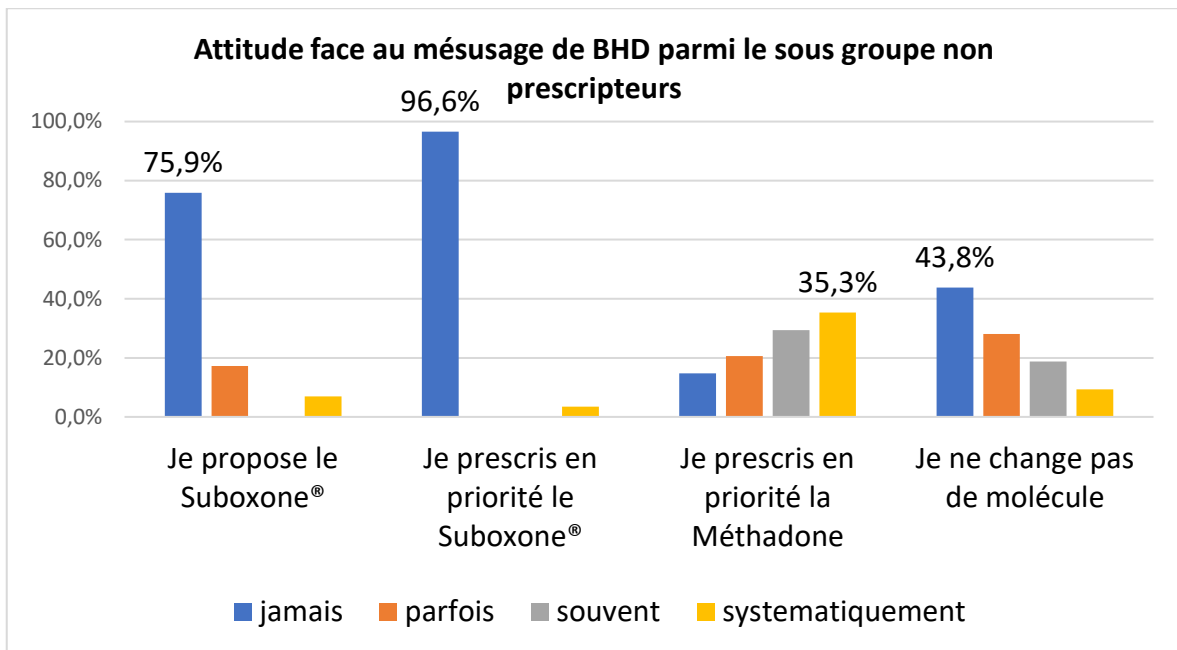


Figure 21 : Attitude pratique concernant les patients dit "mésuseurs" ou "injecteurs" connus de BUPRENORPHINE parmi le sous-groupe médecins non prescripteur de Suboxone®

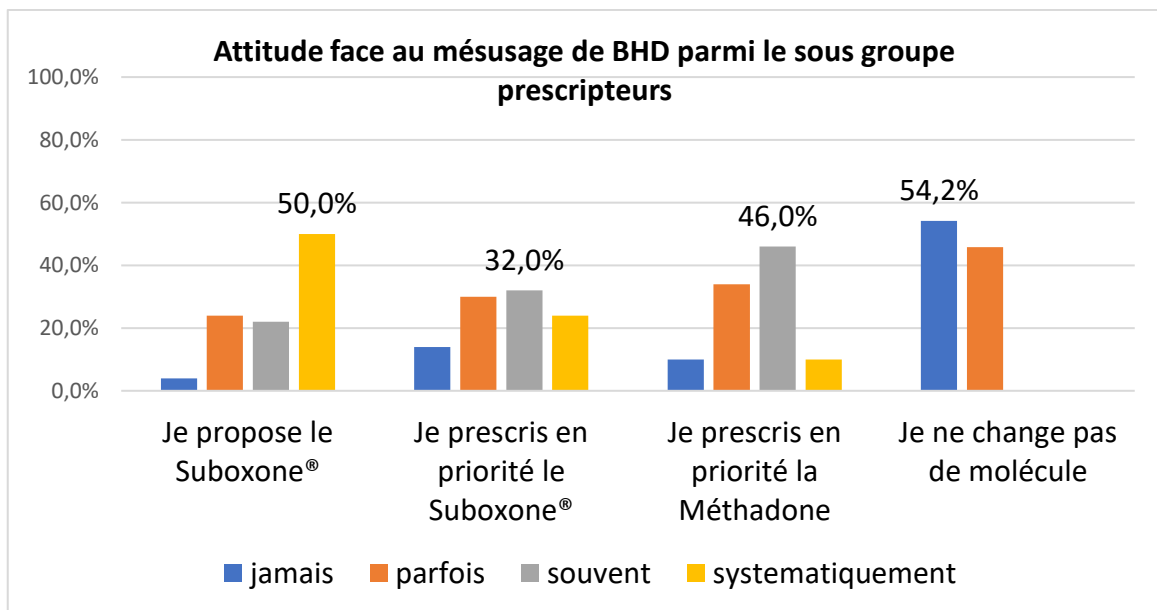


Figure 21' : Attitude pratique concernant les patients dit "mésuseurs" ou "injecteurs" connus de BUPRENORPHINE parmi le sous-groupe médecins non prescripteur de Suboxone®

On constate, en comparant ces deux graphiques, que l'attitude pratique face au mésusage de la BHD chez un patient diffère selon que l'on est prescripteur ou non prescripteur de Suboxone®.

En effet, parmi les non prescripteurs, ils sont 75,9 % à ne jamais proposer et 96,6 % à ne jamais prescrire le Suboxone® assez logiquement, les médecins de ce sous-groupe ont plus tendance à switcher avec la méthadone dans cette situation ; au contraire, 50 % des médecins prescripteurs

proposent le Suboxone® et 30 % le prescrivent souvent dans cette situation-là, ou le switchent fréquemment avec la méthadone puisque 46 % d'entre eux déclarent prescrire souvent en priorité la méthadone également.

Le tableau des résultats « Attitude pratique concernant les patients dit "mésuseurs" ou "injecteurs" connus de BUPRENORPHINE parmi les sous-groupes prescripteurs et non prescripteurs de Suboxone® » est disponible en annexe 14.

6) Avis personnel vis-à-vis du Suboxone®

Nous avons demandé aux médecins leur avis concernant le Suboxone® et sa place parmi les MSO disponibles pour prendre en charge les personnes addictes aux opiacés à l'aide d'une question à choix multiples à une seule réponse possible.

➤ Parmi la population entière des médecins répondants :

16 médecins sur les 93, soit 17,2 % d'entre eux, n'ont pas souhaité se prononcer sur cette question.

Parmi les 77 médecins répondants, 53,2 % (N=41) ont déclaré trouver le Suboxone® équivalent aux autres MSO disponibles, 40,3 % (N=31) ont déclaré que le Suboxone® apportait un avantage en milieu carcéral par rapport aux autres MSO disponibles et 6,5 % (N=5) se sont dit défavorables à l'utilisation du Suboxone® pour prendre en charge les personnes souffrant d'addiction aux opiacés.

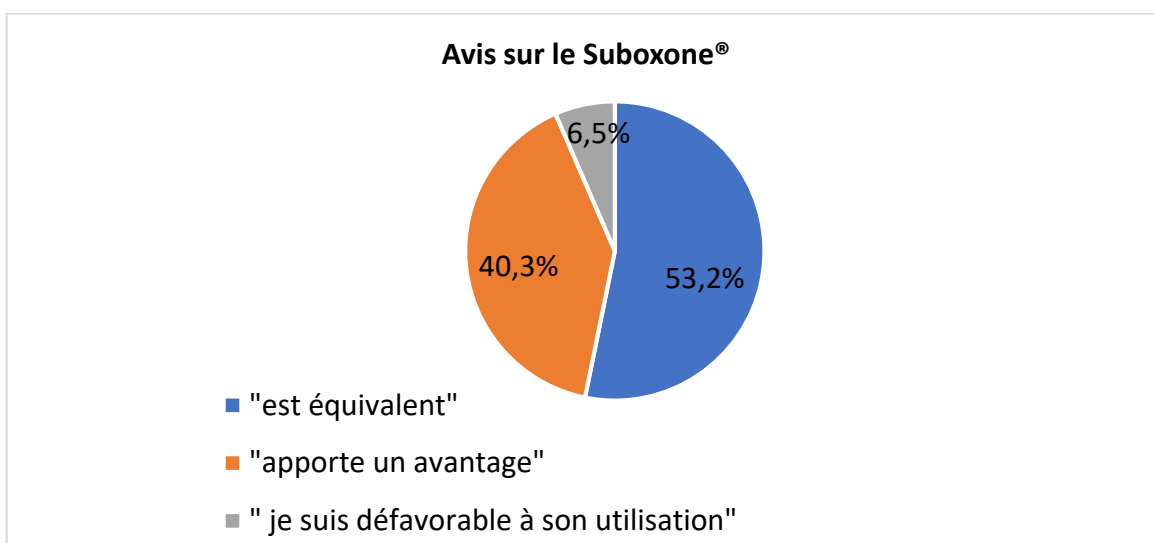


Figure 22 : Avis des médecins concernant le Suboxone®

Le tableau « Avis des médecins concernant le Suboxone® » est disponible en annexe 15.

➤ Parmi les sous-groupes prescripteurs et non prescripteurs du Suboxone® :

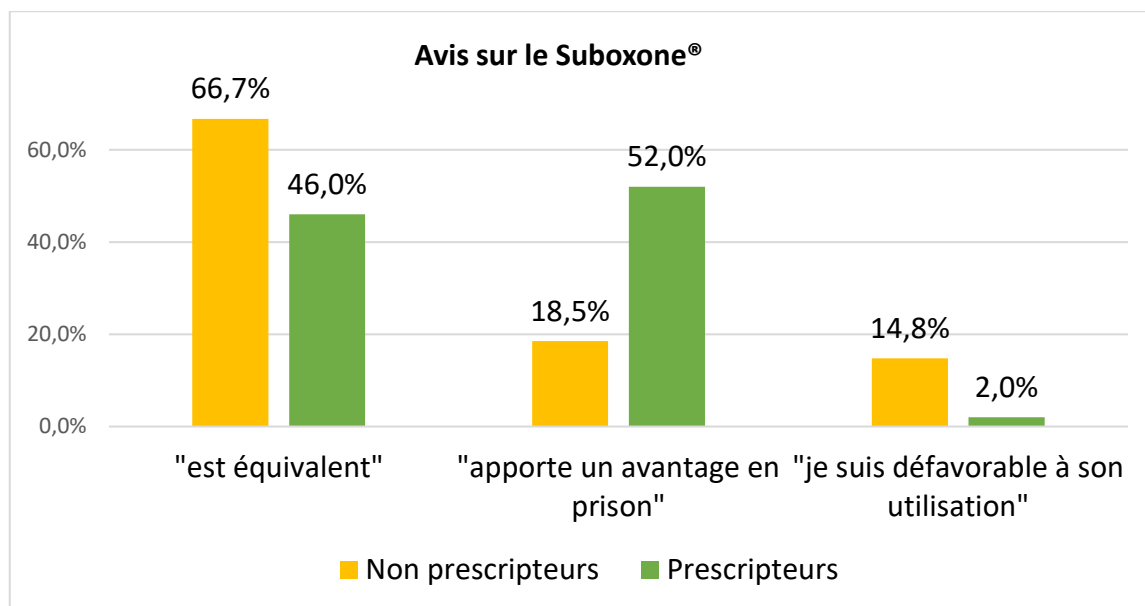


Figure 23 : Avis des médecins concernant le Suboxone® parmi les deux sous-groupes

On observe sur ce graphique, que l'avis des médecins diffère selon qu'ils sont prescripteurs ou non du Suboxone®. En effet, 52 % (N=26) des prescripteurs déclarent que le Suboxone® apporte un avantage en milieu carcéral et 46 % (N=23) d'entre eux déclarent qu'il est équivalent aux autres traitements substitutifs et se rajoute à la gamme thérapeutique ; les médecins du sous-groupe non prescripteurs déclarent majoritairement à 66,7 % (N=18) que le Suboxone® est équivalent à la BHD et à la méthadone, 18,5 % (N=5) seulement lui confèrent un avantage et 14,8 % (N=4) déclarent être défavorables à son utilisation.

Ces différences sont significatives sur le plan statistique : un test exact de Fisher a été réalisé, les effectifs étant parfois inférieurs à 5, on retrouve une plus-value inférieure à 0,05 (p=0,035). L'avis du médecin sur cette nouvelle molécule est donc logiquement influencé selon s'il prescrit ou non le Suboxone®.

7) Facteurs déterminants la prescription de Suboxone® en milieu carcéral

L'analyse des facteurs déterminant la prescription de Suboxone® porte sur 94 médecins et leur établissement carcéral. Rappelons que 52 d'entre eux soit 55,3 % ont répondu prescrire le Suboxone® et 41 soit 44,7 % ont répondu ne pas le prescrire.

Plusieurs variables ont été étudiées :

- Le sexe du médecin
- L'âge du médecin
- La spécialité médicale du médecin
- La présence ou non de formation complémentaires (DU, DIU, capacité etc.) et le type de formations complémentaires (psychiatrie, addictologie, médecine carcérale)
- Le nombre d'année d'expérience en milieu carcéral
- Le type d'établissement au sein duquel le médecin travaille : MA, MC, CP, CD
- Le type de service au sein duquel le médecin travaille : US, CSAPA, SMPR
- La DIR à laquelle appartient l'établissement au sein duquel le médecin travaille
- La taille de l'établissement au sein duquel le médecin travaille : G (grand), M (moyen) et P (petit)
- L'évaluation par le médecin lui-même de sa fréquence de prescription de MSO dans sa pratique quotidienne : rarement, régulièrement, très fréquemment
- La densité carcérale subdivisée en quatre sous-groupes : non (pas de surpopulation [0,100%]), p (petite surpopulation [100, 120%]), m (surpopulation moyenne [120,140%]), g (grande surpopulation [140,160%]), tg (très grande surpopulation [>160%])
- Les nombres réel et théorique de détenus ainsi que la densité carcérale (%) de l'établissement au sein duquel le médecin travaille
- Le nombre de détenus sous MSO et donc le pourcentage de détenus sous MSO associé de l'établissement au sein duquel le médecin travaille

Tableau descriptif des variables qualitatives disponible en annexe 16.

Tableau descriptif des variables quantitatives disponible en annexe 16.

a) Comparaison statistique des deux sous-groupes « médecins prescripteurs de Suboxone® » et « médecins non prescripteurs de Suboxone® » : analyse univariée

Les variables qualitatives ont été comparées entre les deux sous-groupes par le test du Chi2 lorsque les conditions d'application étaient respectées, ou bien par le test exact de Fisher dans le cas contraire.

Pour les variables quantitatives, le test de Wilcoxon Mann Whitney a été utilisé pour comparer les deux sous-groupes, les variables ne respectant pas une distribution normale.

En analyse univariée pour les variables qualitatives, on constate que seule la variable « sexe » est significative ($p=0,0214$).

En effet, 21 médecins femmes sur 35 au total, soit 60,0 %, ne prescrivent pas le Suboxone®, et 14, soit 40 %, le prescrivent. Alors que chez les hommes, les proportions sont bien différentes, ils sont seulement 21 sur 59, soit 35,6 %, à ne pas prescrire le Suboxone® et 38 soit 64,4 % à le prescrire. Le sexe masculin ressort donc dans notre étude comme facteur déterminant la prescription de Suboxone®.

Par ailleurs, trois variables ont une p-value à la limite du seuil de significativité. D'une part, les médecins possédant une formation en addictologie semblent prescrire plus facilement le Suboxone® ; en effet, 47,2 % seulement des médecins ne possédant pas de formation en addictologie prescrivent le Suboxone® alors que 65,9 % de ceux qui possèdent une telle formation le prescrivent. La présence d'une formation en addictologie semble donc être un facteur déterminant la prescription de Suboxone® (p value : 0,0708).

D'autre part, le fait de posséder une formation complémentaire (en addictologie, en psychiatrie ou en médecine carcérale) semble également influencer la prescription de Suboxone® ; seulement 40 % des médecins ne possédant pas de formation complémentaire prescrivent le Suboxone® alors que 60,9 % possédant une formation complémentaire le prescrivent. Le fait de posséder une formation complémentaire semble donc être aussi un facteur déterminant la prescription de Suboxone® (p value 0,0721).

Enfin, la DIR à laquelle appartient la prison du prescripteur semble également influencer la prescription de Suboxone® ; 4 prescripteurs sur 5 des prisons de la DIR de Marseille, soit 80 %, prescrivent le Suboxone®, à Bordeaux ils sont 10 sur 14 soit 71,4 %, à Toulouse ils sont 7 sur 9 soit 77,8 %, à Rennes ils sont 9 sur 13 soit 69,2 %, à Lyon ils sont 7 sur 12 soit 58,3 %, à Strasbourg

ils sont 5 sur 9 soit 55,6 %, à Dijon ils sont 5 sur 11 soit 45,5 %, à Lille ils sont 4 sur 10 soit 40,0 %, à Paris un seul médecin sur 8 prescrit le Suboxone® soit 12,5 % et enfin en outre-mer aucun médecin ne prescrit le Suboxone®. La DIR à laquelle appartient la prison semble donc être également un facteur déterminant la prescription de Suboxone® (p value 0,0590).

L'âge, la spécialité médicale, le nombre d'années d'expérience professionnelle en prison, la fréquence de prescription des MSO du prescripteur, le type d'établissement et de service, la densité carcérale, la taille de la prison dans laquelle le prescripteur travaille ainsi que la présence d'une formation complémentaire en psychiatre ou en médecine carcérale n'influence pas dans notre échantillon la prescription de Suboxone® en analyse univariée.

Concernant les variables quantitatives, aucune n'est un facteur déterminant la prescription de Suboxone®.

Les nombres réel et théorique de détenus et la densité carcérale de l'établissement pénitentiaire dans lequel le médecin travaille ainsi que le nombre de détenus sous MSO et le pourcentage de détenus sous MSO dans la prison n'influencent pas la prescription de Suboxone®, les p-values sont toutes supérieures à 0,2.

Les tableaux d'analyse univariée comparant les deux sous-groupes prescripteurs et non prescripteurs de Suboxone® sont présentés en annexe 17.

- b) Comparaison statistique des deux sous-groupes « médecins prescripteurs de Suboxone® » et « médecins non prescripteurs de Suboxone® » : analyse multivariée

Pour l'analyse multivariée, une régression logistique a été effectuée. Les variables avec une p-value supérieure à 0,2 en analyse univariée ont été intégrées au modèle, soit le sexe, la présence d'une formation complémentaire, la présence d'une formation en addictologie et également la fréquence de prescription des MSO du prescripteur qui possédait une p-value en univariée à 0,1825.

La DIR de l'établissement pénitentiaire ayant un trop grand nombre de modalités n'a pas été intégrée au modèle de régression logistique.

Analyse des effets Type 3			
Effet	DDL	Khi-2 de Wald	P-value
<i>Sexe</i>	1	5.6450	0.0175
<i>Formation Addictologie</i>	1	1.0803	0.2986
<i>Formation supplémentaire</i>	1	0.4340	0.5100
<i>Fréquence de prescription des MSO</i>	2	3.4391	0.1791

Tableau 6 : p-value globale de chaque variable intégrée

En analyse multivariée, seule la variable sexe est significative avec une p-value à 0,0175, le sexe influence donc statistiquement la prescription de Suboxone®.

La présence d'une formation complémentaire et la présence d'une formation en addictologie ne sont pas significatives.

La fréquence de prescription des MSO sans être significative semble toutefois intéressante avec une p-value encore inférieure à 0,2 dans l'analyse multivariée.

Estimation des rapports de côtes					
Effet	Odds ratio	Intervalle de confiance à 95%		Khi-2 de Wald	P-value
<i>Sexe : homme vs femme</i>	3.025	1.214	7.540	5.6450	0.0175
<i>Formation Addictologie : oui vs non</i>	1.724	0.617	4.811	1.0803	0.2986
<i>Formation supplémentaire : oui vs non</i>	1.479	0.461	4.743	0.4340	0.5100
<i>Fréquence de prescription des MSO : régulièrement vs rarement</i>	2.274	0.726	7.125	0.3456	0.5566
<i>Fréquence de prescription des MSO : très fréquemment vs rarement</i>	2.985	0.914	9.749	1.9673	0.1607

Tableau 7 : Odds ratio des modalités accompagnées de leur p-value associée

Le sexe masculin influence donc statistiquement la prescription de Suboxone®, les médecins hommes prescrivent plus fréquemment le Suboxone® dans notre échantillon que les femmes avec un OR égal à 3,025 IC 95 % [1,214 ; 7,540].

La fréquence de prescription des MSO sans être statistiquement significative (p-value à 0,1607) semble tout de même avoir un effet. Le fait de prescrire très fréquemment des MSO contre les prescrire rarement semble augmenter la prescription du Suboxone® avec un OR=2,985 IC 95 % [0,914 ; 9,749], et le fait de prescrire régulièrement des MSO contre les prescrire rarement semble également augmenter la prescription du Suboxone® avec un OR égal à 2,274 IC 95 % [0,726. 7,125].

Avec une puissance plus importante, cette tendance pourrait peut-être être confirmée.

IV) Discussion

A) Limites et forces de notre étude

1) Ses limites

a) Les biais de sélection de notre échantillon

➤ L'inclusion des établissements et des médecins répondants :

Les modalités d'inclusion (questionnaire d'étude envoyé à deux médecins par prison) rendent possible la présence de doublons dans les réponses ; il avait été demandé aux médecins répondants, informés de ce double envoi, de se coordonner entre eux pour éviter ce phénomène. Nous avons choisi ce double envoi pour maximiser le taux de réponses ; en effet, l'organisation des soins addictologiques différant d'une prison à une autre, les secteurs psychiatrique et somatique s'articulent parfois entre eux pour prendre en charge les détenus mais ce n'est pas toujours le cas.

➤ Le manque de réponses provenant de certains types d'établissements :

On peut regretter l'absence de réponses des établissements pour mineurs (EPM), probablement moins concernés par la substitution médicamenteuse aux opiacés, absence à nuancer car des « quartiers pour mineurs » sont présents dans des prisons couvertes par notre étude.

Les prisons des territoires d'outre-mer nous ont également faiblement répondu (N=3) ; notre étude concerne donc plus les écroués-détenus et les médecins en milieu carcéral métropolitains.

Enfin, on trouve dans notre étude une sur-représentativité statistiquement significative des MA parmi les établissements répondants, sur-représentativité qui est à prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

➤ Taux de réponse global :

Nous avons obtenu des réponses de 53,8 % des établissements carcéraux, accueillant 70,1 % de la population d'écroués-détenus au moment de l'étude.

Ce taux de réponse, pour un sujet de thèse, est acceptable par rapport à ceux obtenus lors des enquêtes nationales précédentes : 66% des prisons avaient répondu à l'enquête Pri²de en 2009 couvrant 74% de la population incarcérée et 86 % des établissements couvrant 92 % de la population incarcérée avaient répondu à l'enquête Prevacar en 2010.

Ce taux de réponse et notamment le taux de détenus représentés par les établissements répondeurs est donc loin d'être insatisfaisant ; il suggère tout de même un taux de « non réponse » non négligeable dont il faut se souvenir dans l'interprétation des résultats.

b) Les biais de déclaration et de désirabilité sociale :

Les données chiffrées rapportées par celui ou celle qui répond au questionnaire sont déclaratives et peuvent donc contenir des erreurs ou des approximations ; pour certaines questions, par exemple sur la délivrance et la dispensation des traitements, il est possible que les réponses données soient orientées pour se rapprocher des recommandations officielles.

c) Le type d'enquête

Notre étude est une enquête épidémiologique transversale recueillant des informations à un instant donné. Ce type d'étude est facile et rapide à mettre en œuvre et nous paraissait adapté pour répondre à l'objectif n°1 de notre étude, dresser un état des lieux de la substitution médicamenteuse aux opiacés dans les prisons françaises.

Cependant ce type d'enquête entraîne des facteurs de confusion et des biais dans la sélection de l'échantillon dont il faut avoir conscience en interprétant les résultats.

d) Une méthodologie perfectible pour l'objectif n°2

Le second objectif de notre étude cherche à questionner les médecins exerçant en milieu carcéral sur leur pratique et la place qu'ils accordent au Suboxone® parmi l'offre de substitution médicamenteuse aux opiacés, c'est l'objet de la troisième partie du questionnaire.

➤ Petits échantillons :

Nous avons obtenu 93 réponses à cette partie du questionnaire subdivisé en deux sous-groupes comportant respectivement 52 et 41 médecins ; ces échantillons sont donc faibles et ne permettent pas de généraliser les résultats obtenus.

➤ Biais de sélection :

Les médecins en milieu carcéral ayant répondu à ce questionnaire sont probablement plus concernés et plus intéressés par la thématique addictologique abordée et par le Suboxone® ; cela entraîne forcément un biais dans les réponses obtenues.

➤ Taux de « non réponse » :

Beaucoup de questions de cette partie ont récolté un taux de « ne se prononce pas » élevé allant parfois jusqu'à un tiers des médecins répondants, minimisant encore plus les échantillons sur lesquels ont été calculées les proportions.

Certaines questions étaient peut-être mal posées et difficilement compréhensibles ; les options de réponse (choix multiples et parfois une seule réponse possible) n'étaient pas non plus forcément satisfaisantes, étant trop restrictives.

➤ Un seul médecin par prison :

Un seul médecin par établissement carcéral pouvait répondre au questionnaire : sa réponse ne reflète pas forcément les pratiques de toute l'équipe soignante.

➤ Une méthodologie perfectible :

La méthodologie choisie était quantitative et posait des questions fermées ; elle n'est pas forcément la plus adaptée lorsqu'on fait une enquête de pratique auprès des médecins, et que l'on cherche à comprendre les motivations et les freins existants dans les choix de sa prescription

médicamenteuse ; rappelons de plus que les thématiques addictologiques tels que le mésusage, le trafic et détournement des MSO en prison et le Suboxone® sont facilement sujettes à débat.

Le taux des réponses « autre » et « ne se prononce pas » élevé à chaque question montrent bien qu'il n'est pas évident de résumer une pratique médicale à une réponse déjà écrite et par définition impersonnelle ; il aurait été plus judicieux de réaliser dans un second temps une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés par exemple.

Ce type de questionnaire a été choisi car il était plus facile à mettre en place et moins chronophage, intégré à notre questionnaire d'étude initial décrivant l'état des lieux de la substitution aux opiacés ; de plus il permettait également de venir étayer immédiatement les résultats potentiels de notre premier objectif.

Il convient donc, au vu des biais cités, de se rappeler que les résultats obtenus pour cette partie fournissent seulement des pistes de réflexions, des éléments de réponse et nous permettent uniquement de produire des hypothèses pour des études futures éventuelles.

2) Ses forces

Notre étude repose sur une enquête épidémiologique prospective réalisée sur quatre mois avec un questionnaire standardisé. Le choix d'une étude transversale descriptive nous permet de dresser de manière satisfaisante l'état des lieux de l'offre de substitution médicamenteuse aux opiacés dans les prisons françaises qui était notre premier objectif.

Le dernier état des lieux de ce type, disponible dans la littérature, date de 2013 et concerne notamment la prévalence de détenus français sous MSO (chiffre de l'OSSD) ; les prévalences trouvées dans notre étude sont d'ailleurs très proches des données déjà publiées. Notre taux de réponse avec notamment 70,1 % des écroués-détenus représentés est tout à fait représentatif et nous permet donc de généraliser nos résultats.

Notre étude apporte des données nouvelles :

- Les proportions de détenus sous chaque type de MSO, intégrant la part de détenus sous Suboxone® et dissociant les détenus substitués par Subutex® princeps ou BHD générique.
- Les modalités de dispensation et de délivrance des MSO
- L'offre de substitution médicamenteuse présente dans les prisons

Il était également intéressant d'étudier la place du Suboxone® au sein du milieu carcéral car les problématiques addictives y sont plus présentes qu'en milieu libre et le mésusage et le détournement des produits y est plus problématique. L'introduction du Suboxone® en France en 2012 a fait débat au sein des corporations soignantes et des associations représentant les usagers de drogues.

Le questionnaire rattaché au second objectif de notre étude, bien qu'ayant une méthodologie perfectible, apporte des éléments de réponses qui viennent étayer directement les résultats de notre premier objectif.

La recherche des facteurs déterminant la prescription de Suboxone® dans notre échantillon a été faite par une analyse mathématique adéquate permettant de s'affranchir des facteurs de confusion potentiellement amenés par une analyse univariée simple.

B) Les résultats de notre étude

1) Etat des lieux de la substitution médicamenteuse aux opiacés dans les prisons françaises

a) Une surpopulation carcérale toujours d'actualité

Notre étude montre une densité carcérale moyenne tous types d'établissements confondus de 134 % ; un quart seulement des prisons de notre échantillon ne sont pas surpeuplées.

Les chiffres publiés par le Ministère de la Justice au 1^{er} février 2017 indiquent une densité carcérale moyenne de 118 % dans les prisons françaises (63).

La différence entre ces deux résultats s'explique, d'une part, par le fait que nos données chiffrées sont déclaratives : le médecin répondeur donnait la capacité théorique de la prison dans laquelle il travaille et le nombre réel de détenus présents dans la prison ; les données recueillies peuvent donc être approximatives. D'autre part, parce qu'on constate une sur-représentativité des MA ainsi que des CP qui contiennent des quartiers maisons d'arrêts dans les répondants à notre étude ($p < 0.05$) ; ce type d'établissement étant le plus sujet à la surpopulation carcérale, cela augmente logiquement le chiffre mesuré par notre étude.

Notre étude confirme le manque de place déjà bien documenté et bien connu du grand public dans les prisons françaises. La surpopulation carcérale, qui reste plus que jamais d'actualité, est en partie responsable, parmi d'autres facteurs, des conditions de détention difficiles, qui rappelons-le, ont conduit des établissements carcéraux français devant la Cour Européenne des droits de l'homme, considérant le cadre de vie imposé aux détenus comme « une atteinte à la dignité humaine » (68). La promiscuité qui en découle ne permet pas forcément des conditions favorables à une bonne santé mentale physique ainsi qu'à une resocialisation possible (65) (67).

La densité carcérale est très variable d'un établissement à l'autre (de 49,4 % à 227 %) et notre étude montre qu'elle est corrélée statistiquement au type d'établissement : les MA ont une densité carcérale moyenne de 152,5 %, les CP de 113,8 %, les CD de 90 % (de 80 à 100 %) et enfin les MC de 93,5 % (de 85 à 100 %) ; aucun des CD et MC de notre étude n'ont donc une densité carcérale supérieure à 100 %, et ils sont même souvent « sous peuplés ». Les chiffres publiés par le Ministère de la justice restent cohérents avec les nôtres, bien que leur classification soit un peu différente (63).

La variation du taux d'occupation est liée au fait que tous les types d'établissements carcéraux ne sont pas concernés par la surpopulation ; seules les MA ou les quartiers maisons d'arrêts le sont en réalité. Il faut rappeler qu'en MA sont incarcérées les personnes prévenues en détention provisoire c'est-à-dire les personnes en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive. On impose donc une surpopulation carcérale à des personnes qui ne seront peut-être jamais condamnées à de la prison ferme.

Notre étude retrouve également un taux de surpopulation significativement plus élevé dans les petits établissements, de moins de 150 places, que dans les moyens et grands établissements, de 150 à plus de 500 places (densité carcérale moyenne de 152,6 % contre 126 % environ).

Il n'y a pas de différence significative du taux de surpopulation carcérale entre les différentes régions ; la densité carcérale la plus élevée retrouvée dans notre étude concerne les établissements d'île de France avec une densité carcérale moyenne de 155,3 %.

b) Prévalence de détenus sous MSO

Le pourcentage de personnes incarcérées sous médicaments substitutifs aux opiacés parmi les établissements ayant répondu à notre enquête est de 8,5 %, ce qui représente 3985 personnes sur les 47110 détenus inclus dans notre enquête de janvier à juin 2017.

Nous estimons la prévalence de détenus sous MSO dans les établissements pénitenciers français à 8,5 %, IC 95 % [8,25 ; 8,75].

Cette prévalence est proche des données chiffrées des différentes enquêtes similaires déjà réalisées ; ainsi l'enquête Pri²de de 2009 trouvait une prévalence de détenus sous MSO de 9 % (125), l'enquête Prevacar de 2010 l'estimait à 7,9 %, soit environ 5000 patients détenus et enfin l'OSSD donnait un nombre de détenus ayant eu un MSO de 9 % en 2012 (126) et de 5714 détenus soit 8% en 2013 (127). La prévalence retrouvée dans notre étude est donc très proche des différentes données de la littérature et montre que le taux de détenus sous MSO reste stable depuis 2013.

➤ Des disparités entre établissements :

Parmi les 100 établissements répondeurs de notre étude on observe une grande disparité du taux de détenus sous MSO, qui varie de 0,5 % à 56,9 % avec une médiane à 8,3 % ; l'enquête Pri²de indiquait un résultat similaire avec un taux variant de 0 à 40 % (125).

Cette grande variabilité peut s'expliquer par des pratiques de soins addictologiques, la mise en place d'un MSO chez un patient par exemple, différentes d'une équipe sanitaire à une autre.

Il est en effet difficile d'établir des recommandations médicales strictes pour définir quand et comment introduire un traitement substitutif aux opiacés, décision qui dépend en partie de l'évaluation faite par le médecin. Mais autant de variabilité entre les prisons pose tout de même la question d'un accès aux MSO peut-être plus difficile d'un établissement pénitentiaire à un autre.

N'oublions pas que la prise en charge des toxicomanes, leur accès aux soins addictologiques et aux molécules de substitution a longtemps fait débat en France aussi bien dans l'opinion publique que dans les corporations soignantes. La mise en place des politiques nationales de santé telles

que les mesures de réductions des risques pour les usagers de drogues, s'est heurtée à encore plus de difficulté dans ce milieu fermé qu'est la prison. L'enquête réalisée par l'OFDT en 2004 notait « un problème d'acceptation de la substitution en milieu carcéral » pour près d'un établissement sur 5 (131). De nombreux rapports récents pointent également les pratiques non uniformes d'un établissement carcéral à l'autre et les efforts encore à fournir pour favoriser l'accès aux mesures de réduction des risques en prison (128) (126).

Notre étude montre que c'est dans les MA et les CP qu'on observe par ailleurs la plus grande dispersion des valeurs du taux de détenus sous MSO : ce dernier s'étend dans les MA de 1 à 56,9 % avec une moyenne de 9,5 % (ET +/-7,8 %) et dans les CP de 0,5 à 24,5 % avec une moyenne de 10 % (ET +/-6,1 %).

- Proportions de détenus sous MSO en fonction du type d'établissement :

Notre étude a permis d'obtenir les taux de détenus sous MSO dans les différents types d'établissement pénitentiaires :

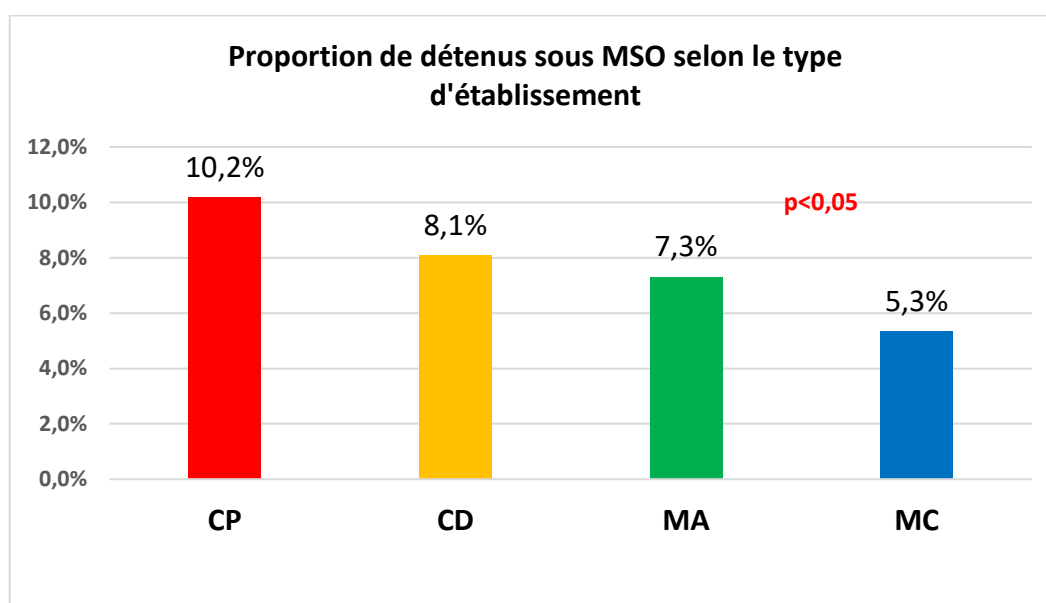


Figure 8 : Proportion de détenus sous MSO selon le type d'établissement

La proportion de détenus sous MSO est la plus élevée dans les CP (10,2 %) et diminue dans les CD (8,1 %), les MA (7,3 %) et enfin dans les MC (5,3 %), ces différences étant significatives sur le plan statistique.

En 2012, l'OSSD publiait un taux de détenus dans les CD de 13 %, dans les CP de 11 %, dans les MA de 8 %, dans les MC de 5 % et enfin dans les EPM de 0.09 % (126).

Les proportions trouvées par notre étude sont donc similaires aux dernières données de la littérature pour les MA, les MC et les CP ; ce qui est cohérent avec la stabilité du taux de détenus sous MSO retrouvé depuis 2010/2013.

➤ Proportion de détenus sous MSO et surpopulation :

La promiscuité induite par la surpopulation carcérale est en partie responsable de la violence intra carcérale décrite et des conditions de détentions difficiles qui peuvent conduire les détenus à initier de nouvelles conduites addictives avec les produits disponibles entre les murs. Or le trafic de drogue est présent dans la prison comme à l'extérieur, les médicaments sont également facilement accessibles et peuvent être utilisés comme monnaie d'échange entre les détenus. Des primo-dépendances aux MSO sont d'ailleurs décrites dans la littérature, liées notamment à la revente des MSO sur le marché noir.

Notre étude ne met cependant pas en évidence de différence significative entre les proportions de détenus substitués dans les établissements surpeuplés ou non (8,5 % contre 8,2 %).

c) Types de MSO prescrits en milieu carcéral

➤ Une répartition plutôt stable depuis 2013 :

Notre étude montre que 39,5 % des 3985 détenus, sous substitution aux opiacés, étaient sous BHD générique, 38 % sous méthadone, 14,8 % sous Suboxone® et enfin 7,7 % sous Subutex®.

Nous avons ainsi séparé les différents types de MSO, alors que les enquêtes précédentes dissociaient seulement la BHD (princeps /générique/association BHD-naloxone) et la Méthadone.

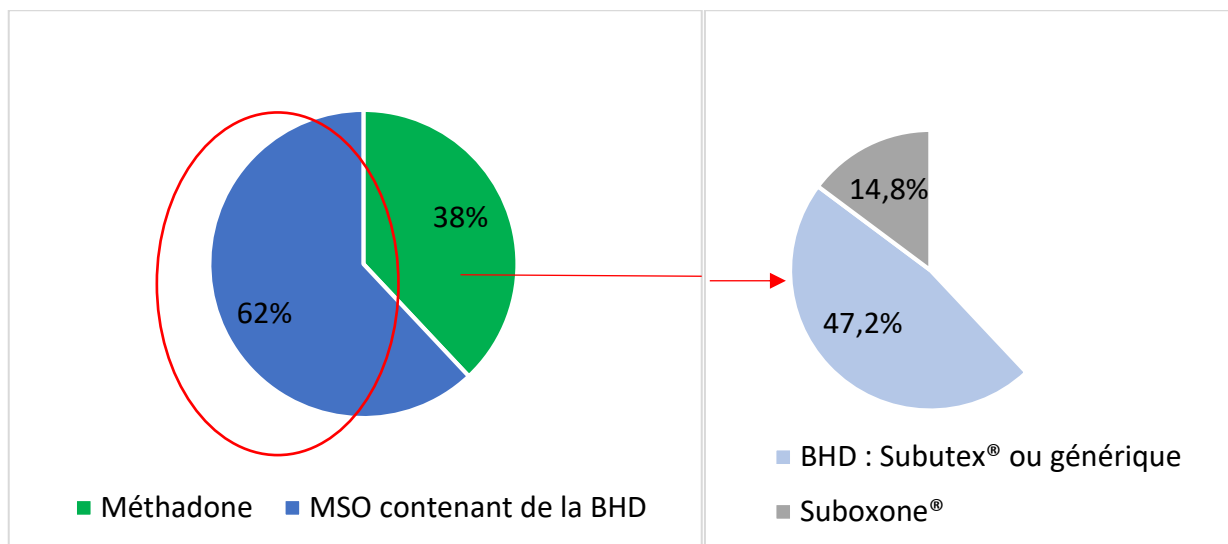


Figure 24 : Répartition entre BHD, Suboxone® et méthadone dans notre étude

Le dernier tableau de bord « TSO 2018 » de l'OFDT publie les chiffres suivants : en 1998, en milieu carcéral français, 15,2 % des détenus sont substitués par la méthadone et 84,8 % par BHD ; en 2004, 31,5 % par méthadone et 79,6 % par BHD et enfin en 2013, 38,4 % des détenus sont substitués par la méthadone et 61,6 % par la BHD. (127)

Notre enquête confirme que les chiffres restent stables depuis 2013 avec 38 % des détenus sous méthadone et 62 % des détenus sous médicaments contenant de la BHD dans notre étude.

Concernant la population générale, sur les 151 000 personnes ayant bénéficié en 2016 d'un remboursement de MSO en ville, 37 % avaient reçu de la méthadone et 63 % de la BHD(127). On constate donc, d'une part, que la répartition entre BHD et méthadone ne diffère pas entre le milieu ouvert et la prison, ce qui suggère que la prison et ses particularités n'interfèrent pas ou peu dans le choix de MSO par le prescripteur, et que, d'autre part, les médicaments contenant de la BHD sont toujours majoritairement prescrits en France que ce soit en ville ou en prison.

Pour ce dernier point, malgré la prédominance des MSO contenant de la BHD, rappelons tout de même la diminution de la part de cette dernière au profit de la méthadone, qui entre 1998 (enquête « un jour donné ») et 2013 (chiffre tiré de l'OSSD) augmente de 15,2 % à 38,4 % avec, en parallèle, la part de la BHD qui diminue de 84,8 % à 61,6 %. Cette augmentation de la part de la méthadone au fil des années est également constatée en milieu libre.

Initialement très peu prescrite lors de l'introduction des MSO en France (en raison de conditions de prescriptions plus restreintes), il est constaté une accélération après 2001 de la part de prescription de la méthadone en milieu carcéral ; cette accélération s'explique par la circulaire n° 57/DGS /DHOS de 2002 autorisant tout médecin travaillant dans une unité sanitaire à primo-prescrire la méthadone, par la conférence de consensus sur les TSO de 2004 souhaitant une meilleure accessibilité de la méthadone en France et parce que la méthadone (sous forme sirop) permet une meilleure supervision de la prise du traitement en prison.

En ville, on peut expliquer de la même façon l'augmentation de la prescription de méthadone excepté le fait que c'est plutôt l'arrivée de la forme gélule de la méthadone en 2008 qui est venue maintenir cette dynamique de croissance (132).

➤ Subutex® : la forme princeps se fait rare en milieu carcéral :

Notre enquête nous a permis d'obtenir la part de détenus sous Suboxone® et également de dissocier les détenus substitués par BHD princeps soit le Subutex® et par BHD générique, chiffres connus pour la population générale à travers les données publiées par l'OFDT notamment, mais pas pour la population carcérale.

Nous constatons que le Subutex® est peu prescrit en prison, en effet 83,6 % des détenus substitués par un MSO contenant de la BHD (sauf suboxone®) se voient prescrire le générique et 16,4 % la forme princeps ; par ailleurs, seuls 16 établissements parmi les 100 répondants déclaraient des détenus sous Subutex® au moment de leur réponse.

En ville, à l'inverse, plus de la moitié des bénéficiaires de BHD en 2016 se sont vu prescrire le Subutex® (127). Cette tendance s'explique, d'une part, parce que, jusqu'à fin 2014, les excipients (talc et silice notamment) des génériques pouvaient entraîner des complications cutanées en cas d'injection IV, pratique courante chez les usagers, et, d'autre part parce que la BHD n'est pas soumise aux objectifs de délivrance nationales des génériques.

La faible prescription du Subutex® en prison peut s'expliquer par les choix de délivrance des pharmacies hospitalières, par son coût ; il est également probable que le patient détenu puisse moins « négocier » son traitement en prison où la substitution est très protocolisée et plus facilement « imposée » au patient.

➤ Le Suboxone® fréquemment prescrit en prison :

Le Suboxone® est bien plus prescrit en prison qu'en milieu ouvert : 14,8 % des détenus inclus dans notre enquête bénéficient de ce nouveau MSO apparu en 2012 sur le marché français, alors qu'en ville, il ne représente que 5% des patients qui se sont vus rembourser un MSO en 2016.

Comment expliquer cette différence ?

D'une part, parce que les équipes sanitaires travaillant en prison sont plus sensibilisées au mésusage et au trafic. Les caractéristiques de la population pénale (grande précarité, comorbidité psychiatrique et somatique, poly-usage de SPA etc.) et l'absence d'argent libre favorisent le détournement et le mésusage du médicament. Or on sait que les MSO et le trafic des MSO en prison gênent : en témoignent les nombreuses circulaires et les notes des missions santé-justice promulguées depuis 1990 pour promouvoir la réduction des risques et le développement de la substitution aux opiacés au sein des établissements carcéraux plusieurs fois jugés insuffisants en prison.

Deux facteurs sont également importants à souligner : le MSO « détourné » et « trafiqué » ne peut provenir que du médecin de l'US prescripteur (bien que les MSO puissent également provenir de l'extérieur), et, la prison accueillant notamment des personnes incarcérées pour une infraction à la législation des stupéfiants, la substitution aux opiacés pouvant alimenter un trafic potentiel au sein d'un lieu de privation de liberté peut donc poser un problème moral.

Le guide des TSO (114) en milieu carcéral qui aborde le sujet du mésusage et du trafic en donnant la parole aux soignants est d'ailleurs assez éloquent : « Le pilage a été fait car la pénitencière s'inquiétait des produits qui circulaient et pour garantir la réputation de l'unité de soin. » « Les surveillants ont surpris plusieurs personnes détenues à faire du trafic en promenade, en ont parlé au SMPR qui a pris la décision de diluer le Subutex® ». Ces déclarations décrivent donc des pratiques de dilution ou de pilage des MSO pour tenter de diminuer le trafic. On comprend assez bien avec ces deux témoignages le malaise des équipes face au trafic et au mésusage et la potentielle influence de la pénitencière sur les pratiques des soignants.

Ainsi, bien que le Suboxone® soit une indication limitant le mésusage de de la voie d'administration, ce nouveau médicament peut paraître attrayant pour les équipes sanitaires des prisons ; d'ailleurs 12 % des établissements répondants de notre étude prescrivent méthadone et Suboxone® en parallèle, la BHD seule n'étant plus prescrite au sein de la prison.

D'autre part, la prison concentre une population beaucoup plus sujette aux problématiques addictives qu'à l'extérieur. Les équipes sanitaires des prisons y sont donc plus souvent confrontées au cours de leur pratique qu'en médecine générale par exemple ; elles sont donc plus aux faits des derniers traitements, des dernières recommandations ; ainsi, dans notre étude, 25 % des médecins avaient une formation en addictologie.

- Le Suboxone® fréquemment prescrit, mais pas par tous :

14,8 % des détenus sont substitués sous Suboxone® ! Ce chiffre est élevé quand on sait que 42 % des établissements carcéraux de notre étude ne prescrivent pas le Suboxone®. Cela signifie donc que les équipes sanitaires qui prescrivent le Suboxone® le font fréquemment.

En effet, parmi ces établissements, la part de détenus sous Suboxone® variait de 1,1 % à 75,4 % du nombre total de détenus substitués avec une médiane à 34,2 % : la moitié de ces établissements avait donc plus d'un tiers de leurs détenus sous substitution aux opiacés sous Suboxone®.

De plus, parmi les médecins prescrivant le Suboxone® (N=52), 40 % d'entre eux ont répondu prescrire « l'association buprénorphine-naloxone/SUBOXONE® systématiquement à la place du Subutex® ou générique au sein de l'unité sanitaire » ; ces médecins voient donc dans le Suboxone® une sorte de Subutex® amélioré qui aide à réduire le mésusage de la voie d'administration et le trafic : 54 % d'entre eux déclare également que « la naloxone contenue dans le SUBOXONE® aide à réduire le mésusage du produit ».

Notre étude met donc en évidence cette pratique spécifique du milieu carcéral qui renvoie probablement à la problématique causée par le trafic des MSO en prison, et, elle démontre aussi que cette pratique n'est pas commune à tous les établissements.

- Type de MSO selon le type d'établissement :

Notre étude montre que la répartition des pourcentages entre les différents MSO - BHD, Méthadone et Suboxone®- est peu différente entre les MA, les CP et les CD : le Suboxone® était plus fréquemment prescrit dans les CD avec 23,8 % des détenus sous substitution, cette part était de 15,9 % dans les CP et de 12,2% dans les MA.

En revanche, la répartition entre les différents types de MSO est beaucoup plus singulière dans les MC, la méthadone surtout n'y étant quasiment pas prescrite : 3,8 % des détenus substitués sous méthadone seulement et plus de 90 % sous BHD ; mais seules trois MC nous ont répondu sur les six existantes (N=488 détenus soit 1 % des détenus inclus), cette tendance singulière doit donc être nuancée, mais elle interpelle tout de même et rappelle la diversité des pratiques de substitution en milieu carcéral.

d) Dispensation et délivrance des MSO en milieu carcéral

➤ Pour la méthadone :

77 % des établissements proposent la méthadone sous forme de solution buvable, 2 % sous forme de gélule et 9 % proposent conjointement les deux. La méthadone en solution buvable est donc la forme galénique très majoritairement choisie ; à l'inverse, en ville, 36,4 % des bénéficiaires de méthadone en 2016 se sont vu prescrire la forme sirop, 52,4 % la forme gélule et 11,8 % les deux, la forme gélule ayant d'ailleurs supplanté la forme sirop en milieu libre depuis 2014.(127)

Le choix de prescrire la solution buvable est donc clairement influencé par la détention et nous reviendrons plus tard sur les raisons logiques de ce choix.

De plus, dans les établissements carcéraux de notre étude, l'unité sanitaire est le lieu de dispensation très fréquemment choisi pour délivrer la méthadone au patient : ainsi, plus de trois quarts des établissements délivrent la méthadone exclusivement à l'unité sanitaire.

Enfin, concernant la délivrance, la totalité des prisons ont choisi une délivrance quotidienne.

En conclusion les établissements carcéraux prescrivent majoritairement la méthadone sous forme de sirop, la délivrent au patient quotidiennement pour l'ensemble d'entre eux et très fréquemment à l'unité sanitaire.

Ce choix est en accord avec les recommandations émises dans le « guide des TSO en milieu carcéral » : la méthadone, en raison du risque d'overdose et de l'interdiction pour le détenu de

posséder dans sa cellule une substance potentiellement dangereuse pour lui-même ou pour autrui, doit faire l'objet d'une délivrance quotidienne supervisée.

La forme sirop facilite grandement la supervision de la prise, et la prise à l'unité sanitaire et la délivrance quotidienne vont dans ce sens également.

Toutefois, pour le lieu de dispensation, le guide nuance sa recommandation : il peut être la cellule, d'autant plus que cela évite la stigmatisation du détenu, à condition d'avoir une cellule individuelle. « Il est nécessaire, [...] de s'assurer qu'aucune autre personne ne peut détourner la méthadone et que la dose délivrée ne sera pas ultérieurement consommée par une autre personne » (114).

Rappelons que la méthadone a été mise en cause en 2015 en France (seule ou en association) dans 31 % des décès en relation avec des abus de médicaments ou substances (enquête DRAME (19)). Le taux de suicide augmente en prison depuis les 30 dernières années (18,5 pour 10000 détenus sur la période 2005-2010) et le suicide est plus fréquent dans la population pénale que dans une population générale de mêmes caractéristiques sociodémographique (6,5 fois plus). Dans la région pénitentiaire PACA -Corse par exemple, on a recensé en 2002 201 tentatives de suicides dont 47 par ingestions médicamenteuses (133). La méthadone peut donc se révéler dangereuse dans ce contexte.

➤ Pour les médicaments contenant de la BHD :

Pour la BHD, en semaine, 39 % des établissements la délivrent exclusivement à l'unité sanitaire, 35 % exclusivement en cellule et 26 % déclarent la délivrer à l'unité sanitaire ou en cellule selon les patients traités. Pour le Suboxone®, en semaine, 45 % des établissements concernés la délivrent exclusivement à l'unité sanitaire, 29 % exclusivement en cellule et 26 % dans l'une ou l'autre selon les patients traités.

A l'inverse de la méthadone, la répartition entre les différents lieux de dispensation possibles est beaucoup plus homogène, avec tout de même une préférence pour l'unité sanitaire.

Environ 60 % des établissements délivrent la BHD ou le suboxone® quotidiennement, un tiers en moyenne les délivrent de façon hebdomadaire et une petite partie des établissements ont choisi une délivrance « autre » ; la délivrance quotidienne reste donc toujours plus fréquente mais cela est loin d'être systématique comme pour la méthadone.

A noter qu'aucune des prisons de notre étude n'effectue de délivrance mensuelle des médicaments contenant de la BHD, alors qu'en ville la délivrance en une fois pour 28 jours se fait fréquemment.

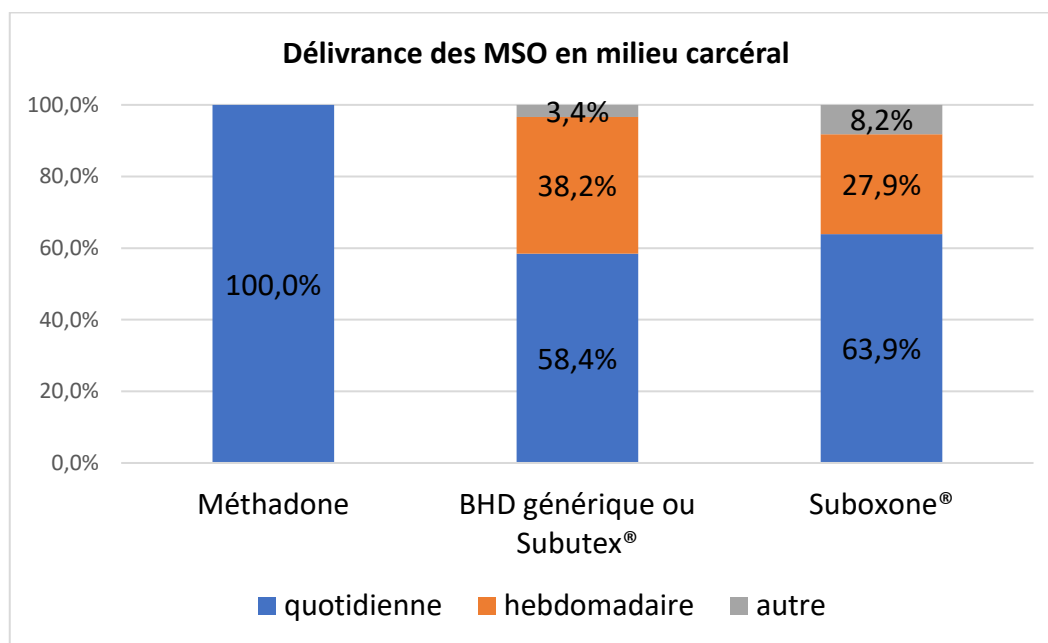


Figure 16 : Délivrance des MSO

Le risque d'overdose étant très faible avec la BHD et le plus souvent lié à une association avec d'autres médicaments déprimeurs du système cardiorespiratoire, le guide des TSO préconise donc une période courte de prise quotidienne supervisée pour garantir le bon déroulement de prise du traitement, suivi ensuite d'un aménagement individuel. « Les principes de délivrance ou d'administration de la buprénorphine devraient permettre une banalisation de ces thérapeutiques évitant une stigmatisation excessive des patients » (114).

La venue quotidienne à l'unité sanitaire pour la prise de leur traitement substitutif, des mêmes personnes, aux mêmes horaires par exemple, peuvent les stigmatiser, les rendre reconnaissables, limitant ainsi indirectement le secret médical et pouvant favoriser les rackets ou pressions de la part des autres détenus.

➤ Lieu de dispensation selon le moment de la semaine :

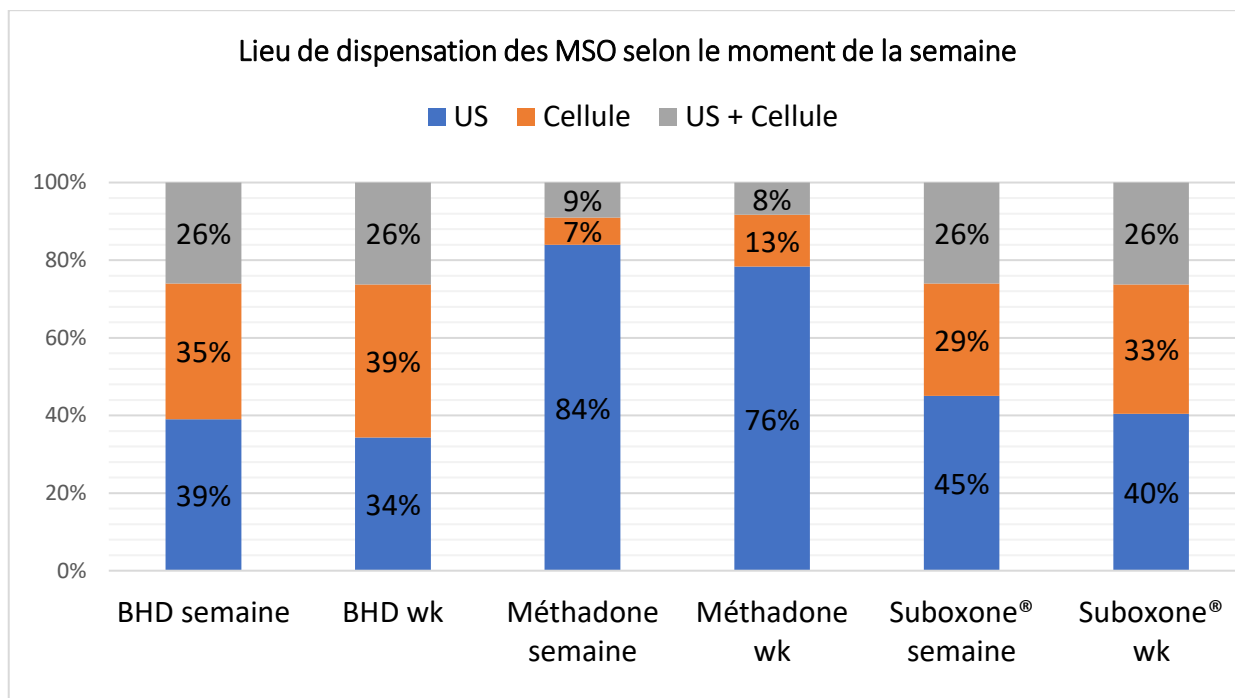


Figure 14 : Répartition entre les différents lieux de dispensation possibles selon le type de MSO et le moment de la semaine

On constate que pour chaque type de MSO le pourcentage d'établissements carcéraux délivrant le traitement à l'unité sanitaire a tendance à diminuer le weekend au profit de la délivrance en cellule ; cette diminution reste cependant faible et la répartition entre les différents lieux de dispensation possibles semble donc peu influencée par le moment de la semaine.

e) Accès et diversification des MSO en prison : des disparités selon les établissements

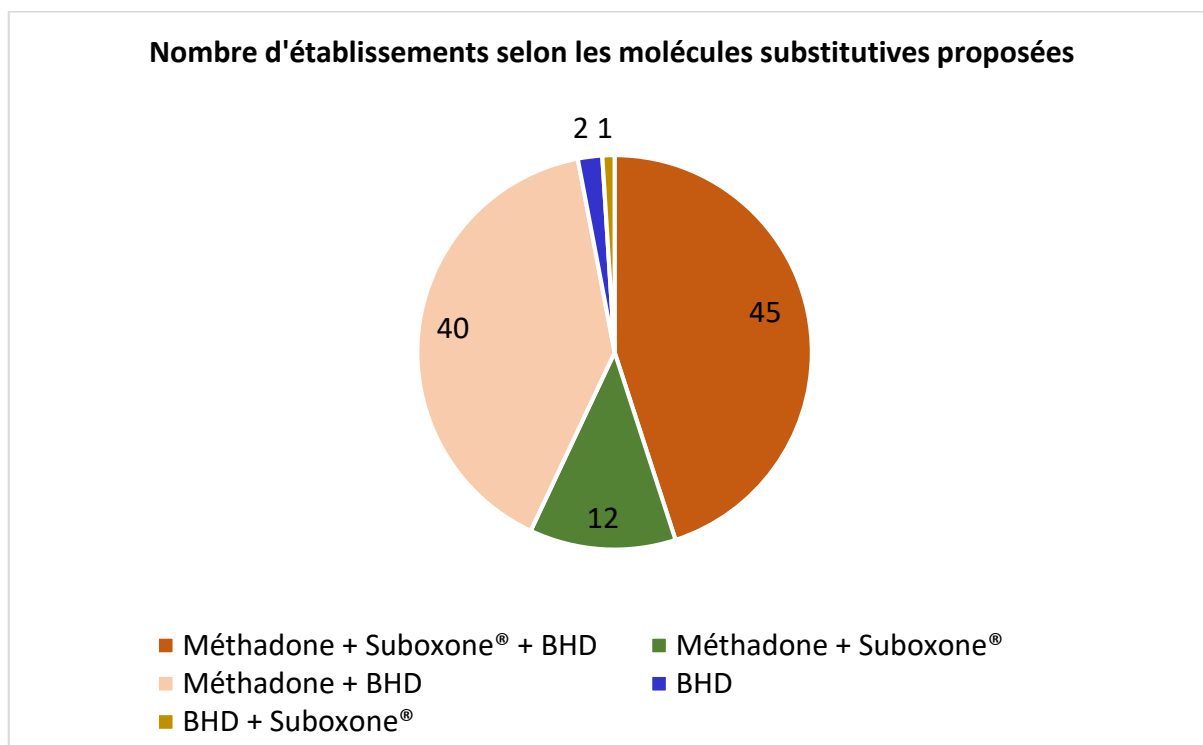


Figure 13 : Molécules de substitution aux opiacés proposées dans les prisons

Notre étude montre que la totalité des prisons offrent un accès au TSO. C'est un résultat très encourageant, la substitution aux opiacés et la prise en charge des toxicomanes ayant été difficiles à mettre en place en prison.

Mais notre étude met en lumière des disparités importantes dans l'accès à la substitution :

- 3 établissements ne proposent pas de méthadone
- 12 établissements ne proposent pas de BHD seule ; ces établissements prescrivent en fait tous Suboxone® et méthadone en parallèle et ont donc retiré la BHD seule des molécules substitutives présentes dans leurs murs. Comme nous l'avons déjà explicité, cette pratique est probablement un choix des équipes sanitaires qui considère le Suboxone® comme un « Subutex® amélioré » venant donc « remplacer » ce dernier. Le malaise des équipes face au trafic et au mésusage en prison peut en partie influencer ce choix.
- 40 % des établissements proposent BHD et méthadone en parallèle, le Suboxone® n'étant pas présent dans ces établissements ; ces établissements déclarent ne pas prescrire le Suboxone®, bien qu'il soit disponible depuis 2012 et gardent un choix de substitution dit « classique ».

- enfin seulement 45 % des établissements proposent les 3 médicaments, Suboxone®, BHD et méthadone.

Le faible chiffre des prisons proposant les 3 molécules substitutives s'explique principalement par les divergences de pratiques et d'accès vis-à-vis du Suboxone®. Ce dernier est présent dans seulement 58 % des prisons et nous reviendrons plus tard sur les raisons pouvant motiver les équipes soignantes à prescrire ou au contraire à ne pas prescrire le Suboxone®.

Les précédentes enquêtes réalisées en milieu pénitentiaire français mettaient en lumière les progrès considérables ayant été réalisés en milieu carcéral pour développer la substitution (rappelons qu'en 1998 le taux de détenus sous TSO était de 2 %), mais elles relevaient également déjà ces disparités d'accès et de diversification de substitution médicamenteuse :

- l'enquête Pri²de (125) évaluait l'adhésion des prisons françaises concernant l'accès au TSO à 27 % seulement en 2009 avec 22 % des établissements déclarant ne jamais initier un traitement par méthadone, 23 % par BHD et 13 % déclarant ne jamais initier de traitement substitutif du tout ; des limitations posologiques de la méthadone, des pratiques de pilage et dilution des MSO étaient décrites également, pratiques qui peuvent compromettre l'efficacité du traitement.
- dans l'enquête PREVACAR (84) publiée en 2010, 5 % des prisons ne proposaient encore qu'une seule des deux molécules (pour la moitié, la BHD seule, et pour l'autre moitié, la méthadone seule) à l'encontre des recommandations nationales.

Notons que dans ces enquêtes le Suboxone® n'est pas mentionné car il n'est pas encore arrivé sur le marché français.

Notre étude montre que, si l'on considère que Suboxone® et BHD sont équivalents et peuvent se substituer l'un et l'autre, alors 97 % des prisons offrent maintenant un choix moléculaire de substitution « complet » aux détenus. Mais peut-on considérer le Suboxone® et la BHD comme des médicaments substitutifs équivalents ? La question diviserait probablement les soignants.

Les disparités dans les pratiques substitutives s'expliquent principalement par le fait que l'organisation et la politique des soins en prison sont décidées principalement par les équipes des unités sanitaires, et peuvent donc diverger d'une équipe à une autre. Les pratiques de soins ne

sont pas uniformes d'un établissement à un autre et elles paraissent ainsi « unité sanitaire-dépendantes. Elles sont aussi le reflet en général des pratiques « hors les murs ».

Cette hypothèse avait déjà été émise dans le rapport de l'INSERM (52) : « la prescription de médicaments de substitution, théoriquement possible dans les mêmes conditions qu'en milieu libre, pour initier ou poursuivre un traitement [...] est cependant mise en œuvre de façon disparate selon les établissements. En pratique, l'accès aux traitements de substitution dépend, le plus souvent, des médecins des UCSA. »

Il est probable aussi que le personnel pénitentiaire a une influence sur les politiques de soins menées en prison par les équipes sanitaires comme l'ont montrée les témoignages des soignants en prison tiré du Guide des TSO en milieu carcéral concernant les TSO et leur influence potentielle sur le trafic entre les murs. Il serait ainsi intéressant d'interroger les équipes soignantes sur les relations qu'elles entretiennent avec le personnel pénitentiaire, de rechercher l'existence d'un frein ou au contraire d'une coopération dans la réalisation des différentes politiques de soin menées en prison.

De plus, comme nous l'avons déjà évoqué dans l'introduction, la non uniformité des pratiques est plus globale et concerne les soins addictologiques et les mesures de réduction des risques au sens large et pas seulement la substitution médicamenteuse aux opiacés. La taille des prisons, la taille des effectifs soignants, voire les sous-effectifs, le budget alloué, la formation des différents intervenants, la présence d'un CDAG, d'un SMPR, ..., beaucoup de facteurs influencent la mise en place et l'organisation des soins addictologiques en prison.

Notre étude montre donc les efforts qui restent encore à fournir pour poursuivre la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues au sein du milieu carcéral (3 établissements ne prescrivant pas de méthadone). Elle explicite également cette disparité des pratiques de substitution au sein du milieu carcéral français : 42 % des prisons ne proposent pas de Suboxone® pourtant disponible sur le marché et, à l'inverse, 12 % des établissements proposent systématiquement le Suboxone® à la place de la BHD.

La non uniformité des pratiques et le sentiment d'une politique de substitution aux opiacés « équipe sanitaire-dépendante » et donc « prison-dépendante » posent tout de même question : rappelons que la loi de 1994 a posé le principe d'équivalence des soins et d'équivalence d'accès

aux soins entre le milieu libre et la prison, ce grand principe fondamental ayant été réaffirmé par la loi pénitentiaire de 2009 (77) (70).

Il pourrait s'envisager la création de groupes de travail intégrant tous les intervenants du soin en prison, pour discuter et réfléchir sur cette question : faut-il harmoniser les prises en charge addictologiques en milieu carcéral français ? Plus précisément, faut-il harmoniser l'offre et la diversification de substitution médicamenteuse aux opiacés en milieu carcéral français ? Et si oui, comment l'harmoniser ?

2) Place du Suboxone® au sein des pratiques des médecins carcéraux

a) Des médecins fréquemment confrontés aux problématiques addictives

94 médecins nous ont répondu ; 62,8 % d'entre eux sont des hommes, 56,4 % ont plus de 50 ans ; ils sont médecins généralistes pour 55 % d'entre eux, psychiatres pour 26,6 %, et travaillent dans l'unité sanitaire d'une maison d'arrêt ou un centre pénitentiaire pour la grande majorité (plus de 8 sur 10).

Plus des trois quarts des médecins estiment prescrire très fréquemment (37,2 %) ou au moins régulièrement (39,4 %) des MSO au cours de leur pratique quotidienne. La question posée est perfectible puisqu'elle demandait au médecin d'estimer lui-même sa fréquence de prescription de MSO, amenant une réponse subjective donc difficilement comparable et reproductible d'un médecin à un autre. Cependant cette fréquence élevée confirme que les problématiques addictives ne sont pas rares en prison, expliquant également que 43,6 % des médecins de notre étude possèdent une formation complémentaire type DIU, DU, capacité, ...etc. en addictologie. En effet, un médecin aura logiquement plus tendance à se former dans une discipline ou sur un sujet qu'il souhaite maîtriser, fréquents dans sa pratique.

Les usagers de drogues sont nombreux en prison ; d'une part, l'incarcération est fréquente dans le parcours d'un usager de drogue et d'autre part, la prison ne marque pas l'arrêt des consommations et des nouvelles consommations sont même initiées pour surmonter des conditions de détentions difficiles et le choc psychologique liée à l'entrée en détention.

En 2006, une étude montrait un taux de prévalence de la toxicomanie en prison oscillant entre 10,8 % et 14,6 % (134).

La population usagère de drogue en prison est plus sujette qu'une autre aux comportements à risque, tel que les pratiques d'injection et le poly usage de SPA ; elle est également souvent issue de milieu défavorisé avec un niveau scolaire bas (27% d'échec au bilan de lecture (92)). Les problématiques addictives conjuguées aux caractéristiques sociodémographiques de la population carcérale au sein d'un milieu fermé se voulant punitif et éducatif à la fois, rendent donc complexe la prise en charge de la toxicomanie pour les équipes sanitaires.

Un travail d'information, d'éducation à la santé et de prévention est à fournir pour tenter d'améliorer durablement l'état de santé de cette population et de réduire la morbidité/mortalité, la désinsertion sociale et la transmission des IST liée à la consommation de drogue.

Il est donc évidemment difficile d'exercer en prison sans s'intéresser et se former en addictologie.

b) Prescription du Suboxone® : un avis plutôt partagé

Nous avons cherché à quantifier et à comprendre les divergences vis-à-vis du Suboxone®. Le graphique ci-dessous montre que les médecins qui le prescrivent sont très légèrement majoritaires (55,3 %).

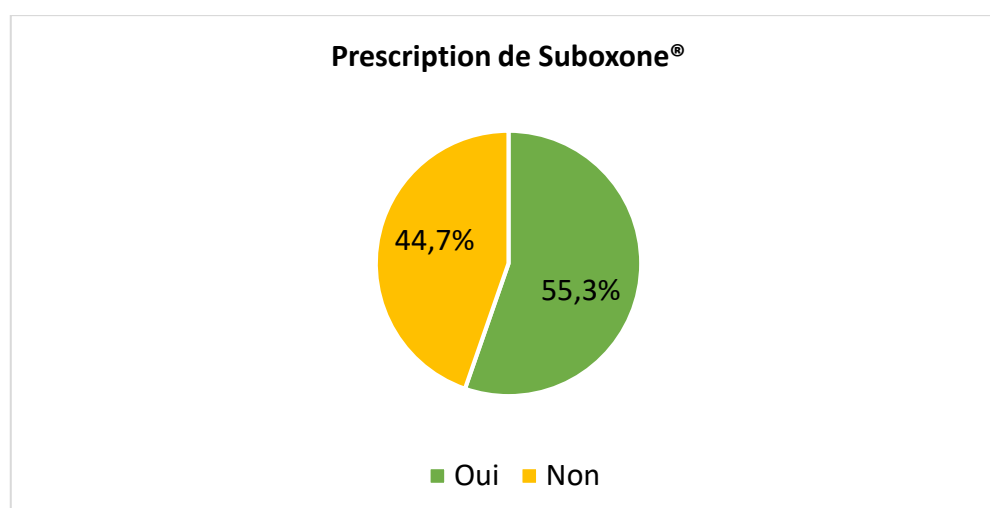


Figure 18 : Prescription de Suboxone® par les médecins

Un seul des 94 médecins interrogés ne connaissait pas l'association BHD-naloxone. Ce médicament plutôt récent (il est sur le marché depuis 6 ans seulement) est donc bien implanté chez les médecins en milieu pénitentiaire bien formés en addictologie. On peut ainsi déjà en déduire que la non prescription du Suboxone® n'est en tout cas pas expliqué par une méconnaissance de cette molécule en milieu carcéral.

➤ Pourquoi « je ne prescris pas le Suboxone® » ?

Les cinq raisons principales citées par les 41 médecins ne le prescrivant pas sont pour 34 % d'entre eux les habitudes de pratiques de prescriptions, pour 24 % la non accessibilité de ce traitement à la pharmacie, pour 17 % le manque de connaissance sur ce médicament, pour 17 % également le manque de preuve sur sa réduction du mésusage et pour 15 % la mauvaise appréciation éthique du médicament.

Ces réponses correspondent bien avec l'introduction et la disponibilité récentes du Suboxone® qui datent seulement de 2012, alors qu'à l'inverse la BHD et la Méthadone sont accessibles en France depuis les années 90.

Les médecins expriment ainsi conserver leur habitude de prescription de ces deux derniers traitements, qu'ils connaissent bien, sur lesquels ils ont beaucoup de recul et dont la preuve d'une efficacité thérapeutique et d'un bénéfice réel pour les personnes toxicomanes n'est plus à faire (De nombreuses études scientifiques ainsi que la conférence de consensus de 2004 sur les TSO rappellent ces bénéfices apportés par l'accès au traitement substitutif par méthadone et BHD en matière de santé publique (31)).

On peut ainsi émettre l'hypothèse que la part de prescription du Suboxone® aura tendance à augmenter au fil des années, une fois rentrée dans les habitudes de prescription des médecins.

En ville, depuis son introduction, la prescription de Suboxone® a doublé : 3456 patients ont eu un remboursement de Suboxone® par l'assurance maladie en 2011, ils sont 7311 en 2016 (127). Nous n'avons pas de chiffres connus pour le milieu carcéral.

Le Suboxone® est un médicament récent, conçu pour améliorer le profil pharmacologique de la BHD seule et tenter de diminuer le mésusage du médicament, notamment le mésusage de la voie d'administration.

En effet, les pratiques de sniff ou d'injection du Subutex® ou ses génériques sont fréquentes : en 2016, 27 % des usagers de drogues fréquentant les CSAPA déclaraient s'injecter la BHD, 27 % la sniffaient et 5% la fumaient (127). Le marché noir des TSO, le trafic et la revente des TSO constituent également un problème de santé publique.

La commission de transparence de l'HAS sur le Suboxone® réalisée une première fois en 2008 puis en 2015 donne à ce nouveau traitement un SMR important : il a montré son efficacité pour prendre en charge les personnes toxicomanes, réduire le craving, la consommation d'opiacés et

les pratiques à risques (48) (50). Cependant, concernant une éventuelle diminution du mésusage et une réduction potentielle du trafic, la commission est restée hésitante, rappelant un manque de recul et de preuves scientifiques : il existe en effet actuellement quelques études rapportant des résultats contradictoires. (48) (50)

De nouvelles recherches seront très probablement menées dans l'avenir, pour venir étayer nos connaissances sur le Suboxone® sur son impact, réel ou non, sur le mésusage et le trafic.

Tout cela peut donc expliquer le « manque de connaissance » et le « manque de preuves sur la réduction du mésusage » évoqués en troisième et quatrième positions par les médecins de notre étude continuant de prescrire la BHD et la méthadone. Après la publication de nouvelles données scientifiques, ces médecins décideront alors si oui ou non ils accordent au Suboxone® un intérêt thérapeutique.

Les 15 % de médecins qui déclarent « avoir une mauvaise appréciation éthique » du Suboxone® nous renvoient au débat qu'avait suscité parmi les soignants et les associations représentant les usagers de drogues l'introduction du Suboxone® : ils lui reprochaient notamment son aspect punitif pour les patients mésusant la voie d'administration de leur traitement (135).

Il faut dire que la communication initiale du laboratoire sur ce nouveau médicament n'a pas été très « subtile » : le Suboxone® « inshootable » devait remédier aux problèmes engendrés par le Subutex®, trafic, détournement, etc. En 1989, des militants d'Actup Paris sont venus perturber la commission nationale des TSO auprès de laquelle le laboratoire présentait à l'époque sa nouvelle association médicamenteuse, le Suboxone®, en vue d'obtenir son AMM. L'article de presse de l'époque est assez éloquent : « Act Up-Paris exige que ce produit n'obtienne pas son A.M.M., car remplacer le Subutex® (qui n'a pas réalisé "l'idéal" d'une véritable politique de substitution) par une autre forme de Subutex® "inshootable", c'est amener les usagers de drogues qui ne désirent pas arrêter le shoot, à retourner dans la rue, c'est leur faire prendre à nouveau des risques. L'introduction de ce produit sur le marché français constitue une régression inacceptable de la politique de réduction des risques à la française. Au contraire, il faut une galénique injectable pour élargir la palette de substitution et développer l'accès aux seringues » (136).

Enfin « le non référencement du Suboxone® à la pharmacie » exprimé par 24 % des médecins de notre étude est une donnée extraite : en effet, parmi les 49 % des médecins ayant répondu « autre » à cette question, la moitié d'entre eux ont cité le fait que le Suboxone® n'était pas accessible à la pharmacie hospitalière délivrant les médicaments aux détenus. Ces médecins prescriraient donc peut être le Suboxone® si cela leur était possible. Nous avons trouvé important d'extraire cette donnée et de la rapporter car elle complète le profil des médecins « non prescripteurs » de notre étude et permet de comprendre pourquoi 40 % des prisons ne proposent pas encore le Suboxone®.

Il est important par ailleurs de souligner que 2 médecins ne se sont pas prononcés sur cette question et que 20 médecins, soit presque la moitié, ont répondu « autre » à cette question à choix multiples. Notre méthodologie par questionnaire à réponses fermées n'est pas la plus adéquate pour répondre à un questionnement sur leurs pratiques.

➤ Pourquoi « je prescris le Suboxone® » ?

Les cinq raisons principales citées par les 52 médecins prescrivant le Suboxone® sont pour 83 % d'entre eux qu'il est déjà prescrit antérieurement à l'arrivée du patient détenu en prison, pour 71 % en cas de mésusage de la BHD ou/et de la méthadone, pour 54 % car il aide à réduire le mésusage en prison, pour 44 % lorsqu'il initie un TSO chez un patient-détenu jamais substitué et enfin pour 40 % parce qu'il le prescrivent systématiquement à la place de la BHD au sein de l'US dans laquelle ils travaillent.

La première réponse majoritairement évoquée est assez évidente puisqu'elle répond à une logique de continuité des soins et des traitements entre le milieu extérieur et la prison, qui est d'ailleurs prévue par la loi : il doit en effet y avoir un repérage des conduites addictives et d'une prise en charge addictologique antérieures à l'entrée en prison lors de la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée au détenu, les soins et traitements addictologiques doivent être poursuivis ou mis en place si nécessaire et la poursuite des soins et des traitements avec les structures extérieures lors de la sortie du détenu doit être organisée par les équipes sanitaires (120) (77) (137). Pour aider la mise en place d'une continuité des soins, l'ARS conformément au plan d'action stratégique 2010/2014 a d'ailleurs désigné un CSAPA référent pour chaque établissement pénitentiaire. Ainsi renouveler le Suboxone® chez un détenu qui prenait ce

traitement dans le cadre d'une prise en charge addictologique et était équilibré sous ce traitement avant d'entrer en détention est conforme aux recommandations.

Les deux réponses venant ensuite font référence au mésusage des TSO :

- 71 % des médecins changent le traitement substitutif de leur patient qui mésuse leur traitement par BHD ou méthadone et le remplacent par du Suboxone®.

Le Suboxone® ayant été développé pour répondre au mésusage et aux problèmes posés par la BHD seule, il est donc logique qu'il soit proposé et/ou prescrit par le médecin au moment où un mésusage est mis en évidence ou exprimé par le patient. L'indication de ce médicament est selon l'HAS : "Traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique. La naloxone est un composant destiné à dissuader le mésusage du produit par voie intraveineuse". Le Suboxone® permet-il de réduire ou non le mésusage de la voie d'administration du TSO et le trafic des TSO ? Les données scientifiques (déjà précédemment citées) sont contradictoires, les soignants se positionnent donc et adaptent leur pratique selon leur propre conviction et expérience.

- 54 % pensent « que le Suboxone® aide à réduire le mésusage en prison.

Nous avons déjà indiqué plus haut que la part de détenus substitués par ce nouveau traitement est beaucoup plus importante qu'en milieu libre (14,8 % contre 5 %). Cette part importante de détenus substitués par Suboxone® s'explique probablement en partie par le malaise et le problème que pose le mésusage des produits en prison. Le suboxone® paraît donc être une molécule attrayante pour tenter d'amener des solutions au mésusage par les médecins des US.

Les 44 % des médecins qui disent initier un traitement substitutif par Suboxone® chez leur patient jamais substitué « médicalement » ne proposent donc pas ce traitement au patient uniquement au moment où un mésusage est mis en évidence au sein d'une consultation ; ils démarrent un TSO par cette nouvelle molécule, qui apparaît comme un premier choix et non comme un médicament de seconde intention dans l'arbre thérapeutique décisionnel du médecin. Il serait utile de savoir si ce choix est fait quel que soit le profil addictif du patient ou s'il est fait en fonction des facteurs de risque de mésuser que peut présenter le patient (modes de consommations d'opiacés, type d'opiacés, poly usage, conditions économiques défavorables etc.).

Enfin 40 % des médecins expriment remplacer systématiquement la BHD seule par le Suboxone®.

Dans les 12 établissements qui répondent ne pas prescrire la BHD seule et qui proposent Suboxone® et méthadone en parallèle aux patient détenus, le Suboxone® vient donc se substituer au Subutex®. Une partie des médecins prescripteurs du Suboxone® voit potentiellement cette nouvelle molécule comme une amélioration de la BHD seule.

Des pratiques du « Tout Suboxone® » sont ainsi décrites en prison, elles sont peut-être choisies pour répondre à une meilleur prise en charge et tenter de réduire le mésusage de façon plus globale supprimant la BHD circulante.

Ici encore, on ne peut que regretter le manque de précision qu'induit le choix d'un questionnaire à réponses fermées pour tenter de comprendre les pratiques des médecins. La méthodologie choisie apporte des pistes de réflexions et des ébauches de réponse, mais il serait plus judicieux pour comprendre l'opinion partagée des soignants vis-à-vis du Suboxone® et l'hétérogénéité des pratiques de réaliser une étude de méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés.

c) Place du Suboxone® dans leur pratique médicale quotidienne

Nous avons interrogé les médecins sur leur pratique de prescription concernant l'initiation d'un traitement substitutif et également sur leur pratique face aux patients « mésuseurs » ou « injecteurs » connus de BHD.

La première question concernait un patient n'ayant jamais été substitué (naïf des MSO/primo-prescription) ou substitué "de rue" sans prescription médicale authentifiée à l'extérieur des murs. Pour la deuxième question, le mésusage était défini par une mauvaise utilisation (sniff, injection) du médicament, une revente partielle ou totale du médicament par le patient détenu venant alimenter le trafic, une polyconsommation, une augmentation ou/et une fragmentation des doses. La définition du mésusage d'un TSO est vaste, cependant pour certains soignants la dimension « trafic ou détournement du MSO » ne s'intègre pas dans la définition du « mésusage » des TSO. Chaque médecin a sa propre définition du mésusage.

En analysant les réponses données par chaque sous-groupe de médecins prescripteurs ou non prescripteurs de Suboxone®, on comprend mieux l'hétérogénéité des pratiques au sein des US.

- Initier un MSO chez un patient jamais substitué auparavant :

Ainsi, pour démarrer une substitution médicamenteuse, 40 % des médecins prescripteurs déclarent proposer et prescrire l'une des trois molécules parmi la BHD, la méthadone et le Suboxone®, assez rarement par de la BHD (4,4 % d'entre eux déclarent prescrire en priorité la BHD dans cette situation-là) et ils sont seulement 8,9 % à ne pas initier un traitement par Suboxone® chez un patient jamais substitué auparavant. En revanche, parmi les non prescripteurs, ils sont 40 % à déclarer ne pas prescrire le Suboxone® dans cette indication et à commencer plutôt par de la BHD ou de la méthadone.

- En cas de mésusage authentifié de la BHD :

Concernant le mésusage de la BHD, si 50 % des médecins prescripteurs proposent le Suboxone® et 30 % le prescrivent en priorité dans cette situation clinique, à l'inverse 75,9 % des médecins non prescripteurs déclarent ne jamais proposer le Suboxone® et 96,6 % ne jamais le prescrire.

Les pratiques de prescription divergent donc en fonction de leur statut de prescripteurs ou non de Suboxone®. Les médecins non prescripteurs conservent leurs habitudes de pratique et ont également probablement une certaine « méfiance » vis-à-vis de cette molécule. Dans notre état des lieux, nous avons montré que 45 % des établissements carcéraux proposaient les trois molécules substitutives, 40 % méthadone et BHD en parallèle et 12 % Suboxone® et méthadone en parallèle ; ces chiffres paraissent donc en partie s'expliquer par un avis partagé sur le Suboxone® chez les médecins des US. Rappelons tout de même que le non référencement » du Suboxone® à la pharmacie délivrante joue un rôle sur son absence de certaines prisons.

- Que pensent les médecins de cette nouvelle association médicamenteuse ?

Plus de la moitié des 77 médecins voient le Suboxone® comme équivalent, se rajoutant donc à la palette thérapeutique des MSO déjà disponibles, 40,3 % déclarent qu'il apporte un avantage en milieu carcéral et 6,5 % sont défavorables à son utilisation.

Parmi les deux sous-groupes de médecins, notre étude montre une différence significative pour leur positionnement face au Suboxone® : les médecins prescripteurs pour plus de la moitié

d'entre eux déclarent que le Suboxone® apporte un avantage en milieu carcéral ce qui est concordant et logique avec leur pratique de prescription, et à l'inverse, les médecins non prescripteurs de notre étude lui confèrent pour plus des deux tiers un niveau équivalent et ils sont en moyenne 15 % à être défavorables à son utilisation.

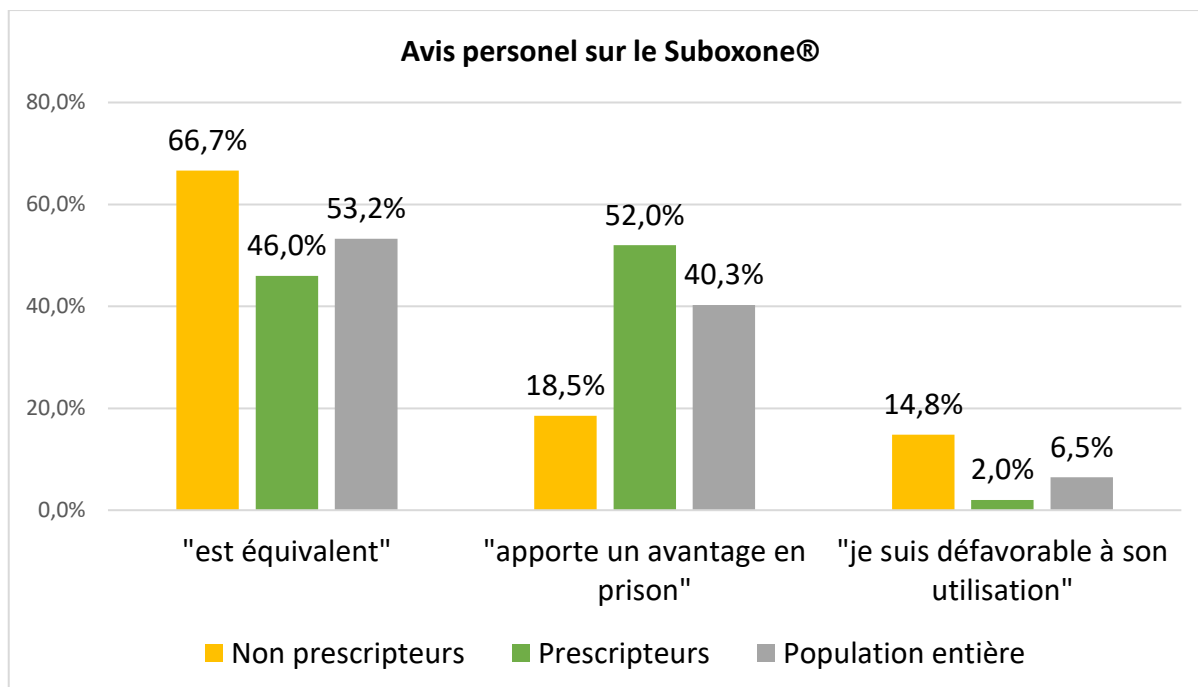


Figure 26 : Avis personnel sur le Suboxone® parmi la population entière et chaque sous-groupe

Ces résultats sont tout de même à nuancer.

- D'une part, un nombre non négligeable de médecins ont préféré s'abstenir de répondre, 19 % environ à la question « attitude pratique chez un patient jamais substitué », près d'un tiers à la question « attitude pratique face au mésusage de BHD » et 17 % environ à la question « avis personnel sur le Suboxone® ». Nos effectifs parmi chaque sous-groupe sont donc trop petits pour tirer des conclusions.
- D'autre part, ici encore la méthodologie n'est pas la plus adaptée pour répondre à ce type de questionnaire et par ailleurs la formulation et les options de réponses assez restrictives orientent le médecin dans sa réponse.
- Enfin un seul médecin répondait à ce questionnaire, sa pratique ne reflète donc pas obligatoirement les pratiques et le positionnement d'une équipe sanitaire entière.

Nos données chiffrées apportent cependant des pistes de réflexion pour comprendre l'hétérogénéité des pratiques de substitution et l'avis très partagé sur le Suboxone® parmi les médecins travaillant en milieu carcéral.

d) Les commentaires libres concernant l'association BHD-naloxone

Les médecins répondants avaient la possibilité de faire un commentaire libre sur le Suboxone® à la fin du questionnaire d'étude.

Ces commentaires sont bruts et non exploitables, mais en voici quelques-uns, que nous avons choisi parce qu'ils permettent également de mieux se rendre compte de cette opinion très partagée autour du Suboxone®, de la gêne liée au mésusage en prison et de la difficulté à le prendre en charge ; c'est également en lisant ces commentaires que nous nous sommes rendus compte de la mauvaise formulation de certaines de nos questions et de la difficulté pour les médecins à résumer leur pratique de substitution à travers un questionnaire fermé :

« Aucun intérêt de ce nouveau médicament »

« Diminution nette des patients sous TSO depuis le "tout suboxone », meilleure prise en charge et prévention des dépendances acquises en prison »

« J'ai essayé, inutile, peu efficace, inadapté au milieu. »

« Les patients se plaignent du goût prononcé de citron, de la grosseur du comprimé plus lent à fondre, refusent souvent ce médicament. »

« Je fais en fonction de l'entretien avec le patient. Je n'ai pas d'idée ou de schémas thérapeutiques de TSO préconçus, j'adapte. Pour ce qui est de l'association il serait important d'avoir une information plus claire »

« Soit les drogues sont légalisées soit elles sont interdites et alors puisque c'est le cas il est inconcevable éthiquement que les médecins facilitent la vie de ceux qui en mésusent »

« Questionnaire quand même très orienté Suboxone... et difficile d'imaginer qu'il n'y ait aucun conflit d'intérêt »

« La méthadone sirop prise à l'USMP permet d'éviter tout mésusage et trafic au sein de la MA »

« Associer les patients au choix de la molécule !!! »

« Nous essayons de faire entrer au livret l'association BHD naloxone, qui peut être une proposition alternative chez certains patients. Il nous est arrivé une fois de faire entrer la BHD naloxone via la pharmacie (après discussion) pour un patient en particulier qui ne tolérait pas les 2 TSO disponibles dans notre pharmacie hospitalière. »

« Dosages disponibles insuffisants »

« Nécessité de campagnes d'informations destinés aux patients incarcérés sur le Suboxone et de formations du personnel de l'USCA sur le profil pharmacologique et les indications du Suboxone »

« L'introduction du Suboxone en prison a fait chuter la demande de TSO de 50 % »

« Nous sommes passés au Suboxone en systématique depuis environ 1 an pensant réduire le mésusage, finalement nous nous rendons compte en entretien qu'il est quand même sniffé. Manipulation plus difficile également qu'avec la BHD. Je ne suis donc pas persuadée de l'efficacité de ce traitement »

« Le problème principal en milieu carcéral est l'hétérogénéité des prises en charges et des coutumes d'un établissement à un autre, or ces patients pour un pourcentage non négligeable changent d'établissement régulièrement »

« Le Suboxone réduit le mésusage, mais peu »

« Dans le service nous devons faire une demande spéciale à la pharmacie pour obtenir du Suboxone, le traitement est prescrit lorsque le patient arrive avec et est équilibré. J'ai plusieurs fois observé des signes de sous doses ou effets secondaires supérieurs avec le Suboxone qu'avec la BHD seule »

« Nous avons établi un protocole à l'admission d'un détenu dépendants aux opiacés : Après test urinaires : soit sevrage soit prescription de TSO ; si traitement antérieur par BHD : passage systématique au Suboxone sauf allergie ; si traitement antérieur par méthadone : poursuite du traitement après vérification ; si pas de traitement antérieur connu : choix du patient entre méthadone et suboxone »

« Le suboxone devrait être prescrit préférentiellement en milieu carcéral au regard du mésusage de la BHD »

« Il complète la palette de prescription. L'orientation scientifique médicale doit rester en balance avec le travail clinique autour du lien. Avec le temps et l'expérience approuvée par le patient sur ce type de traitement, la possibilité d'acceptation augmente »

e) Facteurs déterminant la prescription de Suboxone®

Notre étude montre que le sexe du médecin influe nettement sur la prescription de Suboxone® en analyse multivariée : les hommes prescrivent statistiquement plus fréquemment le Suboxone® dans notre échantillon que les femmes avec un OR égal à 3,025, IC 95 % [1,214 ; 7,540].

La fréquence de prescription des MSO sans être statistiquement significative (p-value à 0,1607) semble tout de même avoir un effet : le fait de prescrire « très fréquemment » des MSO contre « rarement » semble augmenter la prescription du Suboxone® avec un OR=2,985, IC 95 % [0,914 ; 9,749]. Le fait de prescrire « régulièrement » des MSO contre « rarement » semble augmenter la prescription du Suboxone® par le médecin avec un OR égal à 2,274, IC 95 % [0,726. 7,125]. Une puissance plus importante pourrait peut-être confirmer cette tendance.

L'âge, la spécialité médicale, le nombre d'années d'expérience professionnelle en prison, le type d'établissement et de service, la taille de la prison, les nombres réel et théorique de détenus, la densité carcérale, le taux de détenus sous MSO de l'établissement pénitentiaire dans lequel le médecin travaille ainsi que la présence d'une formation complémentaire dans son cursus n'influencent pas la prescription de Suboxone® dans notre échantillon.

VI) Conclusion

Notre étude permet de dresser un état des lieux de la substitution médicamenteuse aux opiacés dans le milieu carcéral français. Le taux de réponse est satisfaisant, 53,8 % des établissements pénitentiaires représentant 70,1 % des écroués détenus en France ayant répondu à l'enquête.

La prévalence de détenus sous MSO est estimée à partir de notre échantillon à 8,5%, IC 95% [8,25 ; 8,75], proportion qui semble s'être stabilisée depuis les derniers chiffres publiés datant de 2013.

Parmi les détenus sous substitution aux opiacés de notre échantillon, 47,2 % sont sous BHD générique ou Subutex®, 38 % sont sous méthadone et enfin 14,8 % sous Suboxone®. La part de prescription de méthadone semble donc stable depuis 2013. Le Subutex® paraît bien moins prescrit qu'en milieu ouvert, puisque seulement 16,6 % des bénéficiaires de BHD se voient prescrire la forme princeps en prison. Enfin le recours au Suboxone® paraît bien plus fréquent en prison qu'en milieu ouvert pour lequel sa part est estimée à 5 % seulement.

Nous notons par ailleurs des progrès dans l'accès à la substitution médicamenteuse aux opiacés en prison. Cependant notre étude met en lumière les disparités d'accès à la substitution et de diversification médicamenteuse déjà décrites dans la littérature : 3 établissements ne proposent pas de méthadone, 12 établissements ont supprimé la BHD du choix thérapeutique en la remplaçant systématiquement par le Suboxone®, et 42 établissements ne proposent pas de Suboxone®. 45% des établissements seulement proposent et prescrivent donc les 3 molécules substitutives actuellement disponibles sur le marché français.

Ces disparités d'offre médicamenteuse semblent s'expliquer en partie par des divergences d'opinion sur la nouvelle association BHD-naloxone ; en effet, parmi notre échantillon de médecins, 44 % disent ne pas la prescrire et ce pour des raisons d'habitude de pratique, de manque de preuves scientifiques sur la réduction potentielle du mésusage et d'une mauvaise appréciation éthique de ce médicament. La non disponibilité de ce traitement dans les pharmacies hospitalières semble aussi expliquer son absence de certaines prisons. A l'inverse, les médecins qui prescrivent le Suboxone® y voient un intérêt pour amoindrir le risque de mésusage chez les patients traités et pour une partie des professionnels, le trafic dans la prison

et considèrent qu'il peut potentiellement présenter un avantage en milieu carcéral par rapport aux autres médicaments de substitution.

Le recours fréquent au Suboxone® en prison s'explique ainsi en partie par les problématiques de mésusage et de trafic qui restent des préoccupations importantes, s'associant mal avec les logiques pénitentiaires. Le mésusage et le trafic des MSO semble plus difficile à « accepter » par certaines équipes sanitaires des prisons.

En pratique, notre étude montre des pratiques de substitution qui peuvent largement diverger d'un établissement à un autre. Ces différences de pratiques, qui paraissent prison-dépendantes, peuvent amener à se poser la question suivante : faut-il harmoniser les soins addictologiques et plus précisément l'accès à la substitution et l'offre médicamenteuse disponibles dans les prisons françaises ?

Bibliographie

1. Addiction. In: Wikipédia [Internet]. 2017 [cité 20 déc 2017]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Addiction&oldid=143382229>
2. Odier N. Apports des sciences sociales à la compréhension des addictions : un enjeu de santé publique? Aix-Marseille; 2014.
3. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. [cité 26 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
4. Gazel C, Fatséas M, Auriacombe M. Quels changements pour les addictions dans le DSM-5? Lett Psychiatre. 2014;10:50–53.
5. Auriacombe M, Serre F, Fatseas M. Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? Traité D'addictologie Paris Lavoisier. 2016;78–83.
6. Centres d'addictovigilance. Résultats OPPIDUM 2011 : focus sur le milieu carcéral. 2011;
7. Addictions [Internet]. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
8. Facteurs de risque, facteurs de protection [Internet]. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/facteurs-de-risques-facteurs-de-protection>
9. Que nous dit la science des addictions ? [Internet]. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/que-nous-dit-la-science-des-addictions>
10. OFDT, Beck F, Ades JE. Drogues, chiffres clés, 7e édition. 7e édition. Saint-Denis: OFDT; 2017. 8 p. (Drogues, chiffres clés).
11. Janssen E. Estimating the number of people who inject drugs: a proposal to provide figures nationwide and its application to France. J Public Health. :1-9.
12. Lermenier Jeannet A, Cadet-Taïrou A, Gautier S, OFDT. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015. Tendances. oct 2017;(120):6 p.
13. OFDT. RECAP (recueil commun sur les addictions et les prises en charge) Tableaux statistiques. 2016.
14. Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Semaille C. Estimation de la seroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(39-40):504-9.

15. Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. Bull Epidemiol Hebd. 2006;33:244–7.
16. Cadet-Taïrou A, Saïd S, OFDT. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. Tendances. janv 2015;(98):8 p.
17. Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos JC, Jauffret Roustide M, Lot F, et al. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. Numéro thématique. Hépatites B et C, données épidémiologiques récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(13-14):224-9.
18. Deborde T, Bisacier AC. Les décès par surdose en France. État des lieux et comparaisons européennes. Saint-Denis: OFDT; 2016. 130p. (Focus - Consommateurs et conséquences.).
19. CEIP-A Grenoble. Résultats de l'enquête DRAMES 2015. 2015.
20. Brisacier A-C. Premiers résultats de l'enquête «cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants». Saint-Denis, OFDT; 2015.
21. Morphine. In: Wikipédia [Internet]. 2017 [cité 20 déc 2017]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Morphine&oldid=141825347>
22. Héroïne. In: Wikipédia [Internet]. 2017 [cité 20 déc 2017]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=H%C3%A9ro%C3%AFne&oldid=143498677>
23. Beck F, Richard JB, Guignard R, Le Nezet O, Spilka S, OFDT. Les niveaux d'usage de drogues en France en 2014. Tendances. mars 2015;
24. Opium, opiacés, opioïdes [Internet]. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: <http://sciences-physiques.ac-montpellier.fr/ABCDORGA/Famille4/OPIUM.htm>
25. Lefebvre É, Caroline V-V, Biologiques U de NU de F et de R de SP et. Douleur et pharmacodépendance aux opiacés d'un état des lieux vers l'amélioration des pratiques. Nantes; 2012.
26. FMPMC-PS - Pharmacologie - Niveau DCEM1 [Internet]. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/POLY.Chp.11.4.html>
27. Pharmacologie - Faculté de Médecine de Strasbourg [Internet]. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: http://udsmed.u-strasbg.fr/pharmaco/module_dcem3.htm
28. HAS. Commission de la transparence : Avis sur le chlorhydrate de méthadone. 2012.
29. Vazquez V, Gury C, Laqueille X. Méthadone : de la pharmacocinétique à la pharmacologie clinique. L'Encéphale. 1 août 2006;32(4, Part 1):478-86.
30. Marquet P. Pharmacologie de la buprénorphine haut-dosage (HD). Lett Pharmacol. mars 2001;(Vol.15, n°3):40-2.

31. HAS. Textes de recommandations / Conférence de consensus : stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 2004.
32. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 juill 2009;(3):CD002209.
33. Dematteis M, Auriacombe M, D'Agnone O, Somaini L, Szerman N, Littlewood R, et al. Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. *Expert Opin Pharmacother.* déc 2017;18(18):1987-99.
34. médicale (Inserm) I national de la santé et de la recherche. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Les éditions Inserm; 2010.
35. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug Alcohol Depend.* 1 avr 2000;59(1):17-31.
36. Condelli WS, Dunteman GH. Exposure to methadone programs and heroin use. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1993;19(1):65-78.
37. Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan L, Ali R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 16 avr 2008;(2):CD004145.
38. Sullivan LE, Metzger DS, Fudala PJ, Fiellin DA. Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users. *Addict Abingdon Engl.* févr 2005;100(2):150-8.
39. Gibson DR, Flynn NM, McCarthy JJ. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS Lond Engl.* 1 oct 1999;13(14):1807-18.
40. Esteban J, Gimeno C, Barril J, Aragonés A, Climent JM, de la Cruz Pellín M. Survival study of opioid addicts in relation to its adherence to methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend.* 21 mai 2003;70(2):193-200.
41. Palepu A, Tyndall MW, Joy R, Kerr T, Wood E, Press N, et al. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend.* 15 sept 2006;84(2):188-94.
42. Duburcq A, Charpak Y, Blin P, Madec L. [Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex)]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* août 2000;48(4):363-73.
43. Sullivan LE, Moore BA, Chawarski MC, Pantaloni MV, Barry D, O'Connor PG, et al. Buprenorphine/naloxone treatment in primary care is associated with decreased human immunodeficiency virus risk behaviors. *J Subst Abuse Treat.* 1 juill 2008;35(1):87-92.

44. Morel A. Traitements de substitution à la buprénorphine: l'expérience française. *Toxibase*. 2000;3:1–37.
45. Brisacier A-C, OFDT. Tableau de bord TSO 2017. 2017;
46. Plaine L, Polomeni P, Plaine D-L, Touzeau D. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitution. *L'Information Psychiatr*. 2005;81(5-MAI):463–70.
47. afssaps. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage. 2011.
48. HAS. Commission de la Transparence : Avis SUBOXONE. 2015.
49. SUBOXONE - EurekaSanté par VIDAL. EurekaSanté.
50. HAS. Commission de la transparence : Avis SUBOXONE. 2008.
51. ANSM. Bonnes pratiques de pharmacovigilance. 2011.
52. médicale (Inserm) | national de la santé et de la recherche. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances. Les éditions Inserm; 2012.
53. Centres d'addictovigilance. Resultats OPPIDUM 2016.
54. CEIP-A. Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2016.
55. Fudala PJ, Bridge TP, Herbert S, Williford WO, Chiang CN, Jones K, et al. Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *N Engl J Med*. 4 sept 2003;349(10):949-58.
56. McKeganey N, Russell C, Cockayne L. Medically assisted recovery from opiate dependence within the context of the UK drug strategy: methadone and Suboxone (buprenorphine-naloxone) patients compared. *J Subst Abuse Treat*. janv 2013;44(1):97-102.
57. Alho H, Sinclair D, Vuori E, Holopainen A. Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug Alcohol Depend*. 17 avr 2007;88(1):75-8.
58. Le Suboxone®, c'est pour bientôt ! | ASUD [Internet]. [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.asud.org/2008/06/21/suboxone/>
59. buprenorphine + naloxone Dépendance aux opiacés : pas de preuve d'un moindre risque d'auto-injections. *La Revue PRESCRIRE*. juin 2007;Tome 27(284):405-8.
60. Bruce RD, Govindasamy S, Sylla L, Kamarulzaman A, Altice FL. Lack of Reduction in Buprenorphine Injection After Introduction of Co-Formulated Buprenorphine/Naloxone to the Malaysian Market. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2009;35(2):68-72.
61. Les structures pénitentiaires [Internet]. [justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr). [cité 15 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>

62. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France. Ministère de la Justice; 2017 janv.
63. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France. Ministère de la Justice; 2017 févr.
64. Direction de l'administration pénitentiaire. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014. Ministère de la Justice; 2014.
65. Floch J. Rapport de M. Jacques Floch sur la situation dans les prisons françaises : tome I (rapport). 2000 juin. Report No.: 2521.
66. Hyst J-J, Cabanel G-P. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome1, rapport). Sénat; 2000 juin. Report No.: 449.
67. Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. La santé et la médecine en prison. 2006 oct. Report No.: 94.
68. OIP O international des prisons. 36 prisons condamnées pour conditions de détention indignes. oip.org.
69. Chodorge G, Nicolas G, Colin M, Fuchs D. Santé en milieu carcéral. Paris: Haut Comité de la santé publique; 1993.
70. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
71. Décret n°98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie . Décrets) et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires. 98-1099 déc 8, 1998.
72. INPES - Santé en milieu pénitentiaire : Législation.
73. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.
74. Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
75. circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.
76. LOI n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. 2002-1138 sept 9, 2002.
77. LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. 2009-1436 nov 24, 2009.
78. Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice et des Libertés. Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.
79. Ministère de la Santé, Ministère de la Justice. Guide méthodologique : prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 2012.

80. circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.
81. Conseil de l'Europe. Convention européenne des droits de l'homme. 1998.
82. Rencki G. L'Assemblée consultative du Conseil de l'Europe. Union fédéraliste inter-universitaire, Bureau d'études; 1956.
83. Ministère de la Justice. Les règles pénitentiaires européennes [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RPE1.pdf
84. Direction Générale de la Santé, InVs. enquête prevacar : volet offre de soins-vih hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. 2011 oct.
85. Code de la santé publique - Article L3214-3. Code de la santé publique.
86. Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.
87. Exploitation des données 2009/2010-Rapport de présentation-"Politique de santé des personnes placées sous main de justice". Observatoire des structures de santé des personnes détenues; 2011 déc.
88. Fatome M, Vernerey M, Lalande F, Valdes Boulouque M, Froment B. L'organisation des soins aux détenus. Rapp D'évaluation Paris IGASISGJ. 2001;
89. IGAS. Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. 2015 nov. Report No.: 2015-050R.
90. Observatoire internationale des prisons (OIP). Accès aux soins. oip.org.
91. Mouquet MC. Enquête de la DREES : La santé des personnes entrées en prison en 2003. mars 2005;(386).
92. Observatoire internationale des prisons (OIP). On incarcère les plus précaires. oip.org.
93. Fauchille E, Thienpont C, Sannier O, Faure R, Trugeon A. Description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013. Bull Epidemio Hebd. 2016;(18-19):344-9.
94. Gautron V, Retière J-N. Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées [Internet]. Presses Universitaires de Rennes; 2013 [cité 21 nov 2017]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01076712/document>
95. Gough E, Kempf MC, Graham L, Manzanero M, Hook EW, Bartolucci A, et al. HIV and hepatitis B and C incidence rates in US correctional populations and high risk groups: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2010;10(1):777.
96. Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, et al. The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey. Am J Public Health. 2009;99(4):666-672.

97. Prisons : France-2016 [Internet]. OFDT EMCDDA; [cité 1 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/France2016-5-1-PrisonFR.pdf>
98. Kouyoumdjian FG, Leto D, John S, Henein H, Bondy S. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea and syphilis in incarcerated persons. *Int J STD AIDS*. avr 2012;23(4):248-54.
99. Semaille C, Strat YL, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Eurosurveillance*. 11 juill 2013;18(28):20524.
100. Désesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France. *Population*. 2005;60(1):71–98.
101. Binswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender Differences in Chronic Medical, Psychiatric, and Substance-Dependence Disorders Among Jail Inmates. *Am J Public Health*. mars 2010;100(3):476-82.
102. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*. 1 mai 2012;200(5):364-73.
103. Prieto N, Faure P. [The mental health of new prisoners or of those monitored in French prisons with « services medicopsychologiques régionaux » (SMPR, Regional Medical and Psychological Departments)]. *L'Encephale*. déc 2004;30(6):525-31.
104. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. déc 2006;6(1).
105. Obradovic I. trente ans de réponse pénales à l'usage de stupéfiants-Tendances-OFDT. oct 2015;
106. Viard-Guillot L. Le traitement judiciaire des infractions liées aux stupéfiants en 2015- INFOSTAT JUSTICE. Ministère de la Justice; 2017 mars. (Bulletin d'information statistique). Report No.: 150.
107. ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA) O régional de la santé de P-A-C d'Azur, Rotily M. Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : synthèse. Direction de l'administration pénitentiaire ; Direction générale de la santé; 2000. 35-51 p.
108. Stankoff S, Dherot J, Direction de l'administration pénitentiaire D, DGS D générale de la santé. Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. Paris: Ministère de la Justice; 2000. 329 p.
109. Obradovic I. Réduction des risques en milieu pénitentiaire. *Revue des expériences étrangères. études*. 2012;31(74):70–94.
110. Sannier O, Verfaillie F, Lavielle D. Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace. *Presse Médicale*. 1 juill 2012;41(7):e375-85.

111. OFDT. L'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral. mars 2017;
112. Ballester C, Meroueh F. Evolution des consommations de substances psychoactives chez des personnes suivies pour des soins d'addictologie, en milieu pénitentiaire. France; 2017. 110 p.
113. Béguin F. La distribution de seringues en prison compromise. Le Monde.fr. 29 mars 2017;
114. Ministère des affaires sociales et de la santé, MILDT. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral. 2011.
115. circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative a la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.
116. Note interministérielle n°474 du 9/08/2011 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites.
117. circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé.
118. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
119. Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique. 2005-347 avr 14, 2005.
120. Instruction DGS/MC2/DGOS n°2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.
121. MILDECA. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives . Plan d'actions 2013-2015.
122. MILDECA. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan d'actions 2016-2017.
123. circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.
124. Place des CSAPA référents pour la préparation à la sortie de prison. vih.org.
125. Michel L, Jauffret Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, et al. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009. 2011. 409-12 p.
126. DGS. Enquête flash relative à la prise en charge des addictions en milieu carcéral. oct 2016;
127. Brisacier A-C, OFDT. Tableau de bord « traitements de substitution aux opiacés » 2018. 2018;

128. Obradovic I. Traitements des dépendances en prison-INSERM [Internet]. [cité 3 déc 2017]. Disponible sur:
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2072/?sequence=18>
129. K C, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, Semaille C, C B, C M, et al. Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites : Enquête Prevacar 2010. *Épidémiologie Hebdomadaire* 2012 ; 10-11, 6 mars : 131-134. *Bull Méthodologique Hebd.* 6 mars 2012;
130. Fédération Addiction. Rapport d'enquête : Addiction et milieu carcéral - les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et l'extra-muros. 2012 déc.
131. Obradovic I, OFDT. 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. déc 2004;
132. OFDT. Évolution de la consommation de buprénorphine haut dosage et de méthadone depuis 1995.
133. médicale (Inserm) I national de la santé et de la recherche. Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Les éditions Inserm; 2005.
134. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. déc 2006;6(1).
135. Suboxone® subi ou Subutex® choisi ? | ASUD. asud.org.
136. Act Up-Paris. Non au Subutex « inshootable ».
137. Trégoat J-J. Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène. *Rev Francoph Lab*. mars 2006;2006(380):53-4.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'étude

Place de l'association buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®) parmi les médicaments substitutifs aux opiacés prescrits en milieu pénitentiaire français.

Préambule :

Le questionnaire est en 3 parties et prends une dizaine de minutes :

- Partie 1 Questionnaire individuel (caractéristiques du médecin répondeur)
- Partie 2 État des lieux des médicaments substitutifs aux opiacés prescrits en milieu pénitentiaire (concerne l'établissement pénitentiaire dans lequel vous travaillez)
- Partie 3 Votre expérience personnelle avec l'association buprénorphine-naloxone (reflète votre pratique personnelle)

Ce questionnaire a été envoyé à tous les médecins référents et les psychiatres référents de chaque établissement pénitentiaire français : maison d'arrêt, maison centrale, centre de détention, centre pénitentiaire, établissement pour mineurs.

Deux médecins l'ont donc reçu pour un établissement donné.

Je souhaite une seule réponse si possible par établissement.

*Si vous êtes responsable de plusieurs établissements pénitentiaires (dans le même département par exemple) :

Il faut répondre pour chaque établissement pénitentiaire.

- soit vous répondez plusieurs fois au questionnaire pour chaque établissement et il vous sera possible d'éviter la Partie 3 du questionnaire au moment où vous arriverez à cette section pour ne pas avoir à y répondre plusieurs fois.
- soit vous transférez le lien du questionnaire à un de vos confrères pour qu'il réponde pour un des établissements.

*Pour les grands établissements avec de nombreux régimes de détention différents :

- soit vous répondez pour la totalité des détenus de l'établissement.

- soit, si cela est plus simple pour vous, vous pouvez répondre plusieurs fois au questionnaire pour chaque quartier de détention (exemple CP femmes, CP hommes etc..) et idem il vous sera possible d'éviter la Partie 3 du questionnaire.

- soit vous faites le choix de transférer le lien du questionnaire à des confrères travaillant avec vous pour que chacun réponde pour le quartier de détention qui le concerne.

Le principal pour moi est d'avoir un maximum de réponse pour pouvoir établir un état des lieux représentatif du nombre de détenus sous MSO en milieu pénitentiaire.

Vous serez, bien entendu, maintenu au courant des résultats de cette étude. Nous présenterons les résultats préliminaires au prochain congrès national des Unités sanitaires.

Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire.

Aucun jugement de valeur n'est émis quand à vos réponses.

En vous remerciant,

PARTIE I : Questionnaire individuel à remplir par le médecin répondeur

1) Date du jour :/..../.....

2) Votre sexe ? Homme femme

3) Votre âge ? Entre 20 et 30 ans Entre 30 et 40 ans Entre 40 et 50 ans 50 ans et plus

4) Votre spécialité ? Médecine générale Psychiatrie autre

5) Avez-vous des formations complémentaires (DU, DIU, capacité) ?

Dans le domaine de l'addictologie Dans le domaine de la psychiatrie

Dans le domaine de la médecine pénitentiaire

Je n'ai pas de formations complémentaires dans ces 3 domaines

6) Dans quelle structure travaillez-vous ?

Maison d'arrêt Centre de détention Maison centrale Etablissement pour mineur

Centre pénitentiaire (au moins deux quartiers de régime de détention différent)

Autre.....

7) Quel est le type de service dans lequel vous travaillez ? SMPR unité sanitaire autre.....

8) Depuis combien de temps exercez-vous en milieu pénitentiaire ?

Moins de 2 ans de 2 à 5 ans de 5 à 10 ans de 10 à 20 ans plus de 20 ans

9) A quelle direction inter-régionale appartient l'établissement dans lequel vous travaillez ?

Rennes Bordeaux Lille Paris Toulouse outre-mer Lyon Marseille

Dijon Strasbourg

PARTIE II : État des lieux des médicaments substitutifs aux opiacés prescrits en milieu pénitentiaire

Il s'agit de donner des nombres à un instant t, c'est-à-dire au moment où vous répondez au questionnaire.

Cette partie reflète la pratique suivie dans l'établissement pénitentiaire où vous travaillez.

1) Combien de détenus sont accueillis actuellement dans la prison dans laquelle vous

travaillez (nombre de détenus réel) ?

Un nombre est attendu

2) Quel est le nombre de places théorique de la prison dans laquelle vous travaillez ?

Un nombre est attendu

3) Parmi les patients combien sont sous médicament substitutif aux opiacés (MSO) actuellement ?

Un nombre est attendu

4) Remplissez le tableau ci-dessous : Un nombre est attendu dans chaque cellule du tableau

	METHADONE	SUBUTEX®	Buprénorphine générique	SUBOXONE®
Parmi ces patients sous MSO combien sont sous :				

5) Quelle est la forme galénique choisie pour la méthadone dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?

Sirop / solution orale gélule les deux sont prescrites

La méthadone n'est pas prescrite dans l'établissement

Ne sait pas / c'est un autre prescripteur qui gère la prescription de méthadone

6) Dans votre établissement, quel est le mode de dispensation du médicament substitutif au patient pendant la SEMAINE ?

*Pour la méthadone : en cellule à l'unité sanitaire traitement non prescrit

*Pour la buprénorphine (SUBUTEX® ou générique) : en cellule à l'unité sanitaire traitement non prescrit

*Pour la buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®) : en cellule à l'unité sanitaire

traitement non prescrit

7) Dans votre établissement, quel est le mode de dispensation du médicament substitutif pendant le WEEKEND ?

*Pour la méthadone : en cellule à l'unité sanitaire traitement non prescrit

*Pour la buprénorphine (SUBUTEX® ou générique) : en cellule à l'unité sanitaire traitement non prescrit

*Pour la buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®) : en cellule à l'unité sanitaire traitement non prescrit

8) Dans votre établissement, quelle est la délivrance du médicament substitutif au patient ?

*Pour la méthadone : quotidienne hebdomadaire ou moins (quelques jours)

mensuelle traitement non prescrit autre.....

*Pour la buprénorphine (SUBUTEX® ou générique) : quotidienne hebdomadaire ou moins (quelques jours)

mensuelle traitement non prescrit autre.....

*Pour la buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®) : quotidienne hebdomadaire ou moins (quelques jours)

mensuelle traitement non prescrit autre.....

--

PARTIE III : Votre expérience pratique de l'association buprénorphine-naloxone SUBOXONE® :
Cette partie reflète votre pratique médicale personnelle et individuelle.

1) A quelle fréquence prescrivez-vous un traitement substitutif aux opiacés dans votre

pratique quotidienne ?

Rarement / occasionnellement

Régulièrement

Très fréquemment

2) Connaissez-vous l'association buprénorphine-naloxone/SUBOXONE® parmi les médicaments substitutifs aux opiacés ? avant ce questionnaire OUI NON

→SI NON : ne répondez pas à la suite du questionnaire et envoyez-nous vos réponses par fax 04.67.69.55.09 (US de Villeneuve les Maguelone) ou à ce mail mamzellion@gmail.com

→ SI OUI : poursuivez le questionnaire

3) Prescrivez-vous l'association buprénorphine-naloxone SUBOXONE® actuellement ?
OUI NON

→ Si vous avez répondu NON à la question n°3 [je ne prescris pas le SUBOXONE® actuellement] répondez à la question suivante n°4

→ Si vous avez répondu OUI à la question n°3 [je prescris le SUBOXONE® actuellement] rendez-vous à la question n°5 directement

4) Vous ne prescrivez pas l'association buprénorphine-naloxone actuellement. Quelles en sont les raisons ?

Plusieurs choix sont possibles

Mauvaise tolérance chez les patients

- Mauvaise efficacité dans la prise en charge de l'addiction aux opiacés
- J'ai l'habitude de prescrire de la buprénorphine seule (SUBUTEX® ou générique) et de la méthadone
- Je trouve ne pas avoir assez de connaissances sur ce médicament et je ne suis pas à l'aise pour le prescrire
- Pas encore assez de données/preuves scientifiques sur l'impact de ce médicament sur la réduction des mésusages
- Pas assez de recul (temporel) sur ce médicament
- L'association buprénorphine-naloxone / SUBOXONE® est mésusé
- Mauvaise appréciation éthique de ce médicament
- L'association buprénorphine-naloxone / SUBOXONE® est plus cher que les autres MSO
- Le rapport bénéfice risque est défavorable
- Autres :
.....
...
- Ne se prononce pas

→ La question suivante n°5 ne vous concerne pas, rendez-vous directement à la question n°6 pour finir le questionnaire

5) Vous avez répondu que vous prescrivez l'association buprénorphine-naloxone actuellement. Dans quelles situations cliniques la prescrivez-vous ?

Plusieurs choix sont possibles

- Lorsque que j'initie un traitement substitutif aux opiacés chez un patient n'ayant jamais été substitué par un MSO
- En cas de mésusage de la BHD et/ou de la méthadone je switch avec l'association

buprénorphine naloxone SUBOXONE®

- Je switch la Buprénorphine Haut Dosage pour l'association buprénorphine naloxone /SUBOXONE® en cas de dosage maximal de 16mg/j atteint avec la buprénorphine, le SUBOXONE® ayant son AMM jusqu'à 24mg/j
- Je prescris le SUBOXONE® lorsque ce traitement est antérieur à l'arrivée du patient en prison (continuité d'un traitement en milieu ouvert)
- Je prescris l'association buprénorphine-naloxone/SUBOXONE® systématiquement à la place du SUBUTEX® ou générique au sein de l'unité sanitaire
- Je trouve ce médicament plus efficace dans la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés
- La naloxone contenue dans le SUBOXONE® aide à réduire le mésusage du produit en prison
- Autres :
- Ne se prononce pas

6) Quelle est votre attitude pratique concernant l'initiation d'un traitement substitutif aux opiacés vis-à-vis d'un patient n'ayant jamais été substitué (naïf des TSO / primo-prescription) ou substitué « de rue » sans prescription médicale ?

Une seule réponse possible

- Je propose à mon patient les différents MSO disponibles et commence par l'un des trois
- Je commence généralement par de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX® ou générique)
- Je commence généralement par la Méthadone
- Je commence généralement par l'association buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®)
- Je commence par de la buprénorphine ou la Méthadone, je ne prescris pas la SUBOXONE® en 1ere intention dans cette situation-là.

Ne se prononce pas

7) Quelle est votre attitude pratique concernant les patients dits « mésuseurs » ou injecteurs connus de buprénorphine haut dosage ?

Mésusage : mauvaise utilisation (sniff, injection), revente, poly consommation, augmentation, fragmentation des doses.

- Je propose à mon patient l'association buprénorphine-naloxone SUBOXONE® :

jamais parfois souvent systématiquement ne se prononce pas

- Je prescris en priorité l'association buprénorphine-naloxone SUBOXONE® :

jamais parfois souvent systématiquement ne se prononce pas

- Je prescris en priorité la Méthadone

jamais parfois souvent systématiquement ne se prononce pas

- Je ne change pas de molécule et laisse le patient sous buprénorphine SUBUTEX® ou son générique :

jamais parfois souvent systématiquement ne se prononce pas

8) Quelle est votre attitude pratique concernant les patients dits « mésuseurs » ou injecteurs connus de Méthadone ?

Mésusage : mauvaise utilisation (sniff, injection), revente, poly consommation, augmentation, fragmentation des doses.

- Je propose à mon patient l'association buprénorphine-naloxone SUBOXONE® :

jamais parfois souvent systématiquement ne se prononce pas

- Je prescris en priorité l'association buprénorphine-naloxone SUBOXONE® :

jamais parfois souvent systématiquement ne se prononce pas

- Je prescris en priorité la buprénorphine SUBUTEX® ou générique :
 jamais parfois souvent systématiquement ne se prononce pas
- Je ne change pas de molécule et laisse le patient sous Méthadone :
 jamais parfois souvent systématiquement ne se prononce pas

9) Pensez-vous que l'association buprénorphine-naloxone :

- Apporte un avantage en milieu carcéral par rapport aux autres médicaments substitutifs aux opiacés
- Est équivalent aux autres MSO disponibles et se rajoute donc à la gamme dans la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés
- Je suis défavorable à l'utilisation de ce médicament pour prendre en charge les personnes dépendantes aux opiacés
- Ne se prononce pas

10) Avez-vous des commentaires à faire sur l'association buprénorphine-naloxone SUBOXONE® ou sur ce questionnaire ?

TEXTE LIBRE

Vous pouvez renvoyer ce questionnaire une fois rempli par fax au 04.67.69.55.09 (US de la maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelone) ou à cette adresse mail mamzellion@gmail.com .

En vous remerciant du temps consacré à remplir ce questionnaire,

En vous remerciant également de m'aider à réaliser mon travail de thèse,

Mes salutations, **FIN**

Annexe 2 : Tableau des critères du trouble addictif d'après Goodman

Critères du trouble addictif (d'après Goodman, 1990)
A. Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
B. Tension croissante avant d'initier le comportement
C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action
D. Perte du contrôle en débutant le comportement
E. Cinq des critères suivants ou plus : 1. Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci 2. Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement 3. Efforts répétés pour réduire ou arrêter 4. Temps considérable passé à réaliser le comportement 5. Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement 6. L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles 7. Poursuite malgré les problèmes sociaux 8. Tolérance marquée 9. Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement
F. Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période

Critère du trouble addictif d'après Goodman 1990 (2)

Annexe 3 : Tableau des critères de la dépendance de la Classification Statistique internationale des maladies de l'OMS

<p style="text-align: center;">Les 6 critères de la dépendance de la Classification Statistique internationale des maladies de l'OMS (CIM 10)</p>
<p>Pour faire ce diagnostic, au moins 3 des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps, au cours de la dernière année :</p>
<p>Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;</p>
<p>Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;</p>
<p>Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;</p>
<p>Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré</p>
<p>Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;</p>
<p>Poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives</p>

Les 6 critères de la dépendance de la Classification Statistique internationale des maladies de l'OMS

Annexe 4 : Caractéristiques des établissements répondeurs

Les variables qualitatives sont présentées via leurs effectifs et pourcentages associés.

Variable	Nb de réponses exploitées	Modalité	Nb de prisons	% de prisons	Nb de détenus	% de détenus
<i>DIR</i>	100	Bordeaux	15	15,0%	3851	7,9%
		Dijon	11	11,0%	3340	6,9%
		Rennes	14	14,0%	4668	9,6%
		Paris	9	9,0%	10518	21,7%
		Strasbourg	11	11,0%	4143	8,6%
		Toulouse	9	9,0%	5530	11,4%
		Marseille	6	6,0%	5127	10,6%
		Lille	10	10,0%	5234	10,8%
		Outre-Mer	3	3,0%	1790	3,7%
		Lyon	12	12,0%	4254	8,8%
<i>Type de prisons</i>	100	CP	27	27,0%	18043	37,2%
		CD	10	10,0%	3955	8,2%
		MA	60	60,0%	25969	53,6%
		MC	3	3,0%	488	1,0%
<i>Taille de la prison</i>	100	G	35	35,0%	32146	66,3%
		M	35	35,0%	13123	27,1%
		P	30	30,0%	3186	6,6%

Répartition des prisons et des détenus selon la DIR, le type et la taille de l'établissement

Annexe 5 : Tableau des résultats « Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcérale en fonction du type de prison » et analyse statistique univariée

NR : Nombre réel de détenus

NT : Nombre théorique de détenus

D : Densité carcérale (%)

KW : test de Kruskal-wallis

Variable	Type de prisons	Moyenne	Ecart type	Min	Médiane	Max	Test stat. et p-value
NR	MA	432,8	628,2	30	220	4500	KW p : 3.9E-9
NT		282,8	379,3	14	156	2700	
D		152,5%	34%	64,0%	146,7%	227,0%	
NR	CP	668,3	333,4	123	656	1800	
NT		584,0	229,7	210	600	1200	
D		113,8%	28,4%	49,4%	111,9%	160,0%	
NR	CD	395,5	153,8	184	432,5	566	
NT		442,4	174,4	184	500	602	
D		90,0%	6,7%	80,0%	89,4%	100,0%	
NR	MC	162,7	82,6	68	200	220	
NT		170	79,38	80	200	230	
D		93,55%	7,72%	85,0%	95,7%	100,0%	

Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcérale calculée en fonction du type d'établissement carcéral

Annexe 6 : Tableau des résultats « Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcéral en fonction de la DIR de la prison » et analyse statistique univariée

Variable	DIR	Moyenne	Ecart type	Médiane	Test stat.
NR	Paris	1168,7	1306,2	1015	KW p-value : 0.22
NT		731,7	771,6	550	
D		155,3%	42,4%	166,7%	
NR	Bordeaux	256,7	207,1	160	
NT		243,7	196,8	184	
D		118,8%	41,7%	112,5%	
NR	Rennes	333,4	304,1	218,5	
NT		275,3	282,3	229,5	
D		146,3%	47,3%	144,2%	
NR	Toulouse	614,4	419,7	704	
NT		436,3	316,0	529	
D		146,2%	27,6%	140,0%	
NR	Marseille	854,5	581,50	794,5	
NT		563	379,9	587	
D		144,7%	28,6%	143,7%	
NR	Dijon	303,6	155,6	314	
NT		261,5	173,0	276	
D		130,6%	32,8%	127,8%	
NR	Lille	523,4	209,50	524,5	
NT		450	236,99	500	
D		130,0%	39,5%	122,1%	
NR	Strasbourg	376,6	250,0	280	
NT		318,4	201,1	280	
D		118,6%	28,9%	119,7%	
NR	Outre-Mer	596,7	385,5	620	
NT		460	286,89	600	
D		135,5%	27,9%	149,2%	
NR	Lyon	354,5	256,0	385,5	
NT		334,4	253,7	358,5	
D		128,5%	40,4%	126,2%	

*Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcéral calculée dans les établissements
répondeurs en fonction de leur DIR*

Annexe 7 : Tableau de résultats « Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcérale en fonction de la taille de la prison » et analyse statistique univariée

Variable	Taille	Moyenne	Ecart type	Médiane	Test stat.
NR	P	106,2	54,4	111,5	KW p-value : 0.0075
NT		71,4	34,2	62	
D		152,6%	36,1%	145,8%	
NR	M	374,9	151,1	380	
NT		301,9	94,5	280	
D		125,9%	38,1%	129,3%	
NR	G	918,5	679,4	800	
NT		713,3	372,2	600	
D		126,2%	35,9%	119,7%	

*Nombre de détenus réels, théoriques et densité carcérale calculée dans les établissements
répondeurs en fonction de leur taille*

Annexe 8 : Tableau d'analyse univariée comparant les 2 groupes « détenus sous MSO » et « détenus non substitués » selon le type de prison et la présence d'une surpopulation dans l'établissement

Col= pourcentage de la modalité par rapport au total en colonne

Lig= pourcentage de la modalité par rapport au total en ligne

Variable	Nombre de réponses exploitées	Modalité	Total de détenus	SOUS MSO			NON SUBSTITUES			Test stat. et p-value
				Nombre de détenus	Lig	Col	Nombre de détenus	Lig	Col	
Surpopulation	97	Non	8862	731	8,2%	18,3%	8131	91,8%	18,9%	Chi2 0.62
		Oui	38248	3254	8,5%	81,7%	34994	91,5%	81,1%	
Type de prison	97	CP	18043	1839	10,2%	46,1%	16204	89,8%	37,6%	Chi2 1.36E-25
		CD	3955	320	8,1%	8,0%	3635	91,9%	8,4%	
		MA	24624	1800	7,3%	45,2%	22824	92,7%	52,9%	
		MC	488	26	5,3%	0,7%	462	94,7%	1,1%	

Analyse univariée comparant les groupes « détenus sous MSO » et « non substitués » selon le type de prison et la présence d'une surpopulation dans l'établissement

Annexe 9 : Tableau des résultats : « taux de détenus sous MSO dans les différents types de prisons »

Type	Moyenne	Ecart type	Min	Q25	Médiane	Q75	Max
CD	8,70%	4,97%	3,40%	4,88%	6,76%	12,60%	17,50%
CP	10,03%	6,12%	0,48%	5,35%	10,00%	13,20%	24,50%
MA	9,57%	7,83%	1,00%	5,46%	8,31%	11,36%	56,92%
MC	5,18%	2,04%	3,64%	4,02%	4,41%	5,96%	7,50%

Taux de détenus sous MSO dans les différents types de prisons

Annexe 10 : Proportion de détenus sous MSO selon la DIR et la taille de l'établissement carcéral

➤ Selon la DIR de l'établissement :

Col= pourcentage de la modalité par rapport au total en colonne

Lig= pourcentage de la modalité par rapport au total en ligne

Variable	Nombre de réponses exploitées	Modalité	Total de détenus	SOUS MSO			NON SUBSTITUES			Test stat. et p-value
				Nombre de détenus	Lig	Col	Nombre de détenus	Lig	Col	
DIR	97	Lyon	4254	254	6,0%	6,4%	4000	94,0%	9,3%	Chi2 4.5E-170
		Rennes	4598	477	10,4%	12,0%	4121	89,6%	9,6%	
		Toulouse	5530	696	12,6%	17,5%	4834	87,4%	11,2%	
		Marseille	5127	289	5,6%	7,3%	4838	94,4%	11,2%	
		Paris	9493	414	4,4%	10,4%	9079	95,6%	21,1%	
		Dijon	3340	405	12,1%	10,2%	2935	87,9%	6,8%	
		Lille	4984	495	9,9%	12,4%	4489	90,1%	10,4%	
		Outre-Mer	1790	11	0,6%	0,3%	1779	99,4%	4,1%	
		Bordeaux	3851	366	9,5%	9,2%	3485	90,5%	8,1%	
		Strasbourg	4143	578	14,0%	14,5%	3565	86,0%	8,3%	

Analyse univariée comparant les groupes « détenus sous MSO » et « non substitués » en fonction de la DIR de l'établissement

La proportion de détenus sous MSO était de 14 % dans les établissements de la DIR de Strasbourg, 12,6 % pour la DIR de Toulouse, 12,1 % pour Dijon, 10,4 % pour Rennes, 9,9 % pour Lille, 9,5 % pour Bordeaux, 6 % pour Lyon, 5,6 % pour Marseille, 4,4 % pour Paris et enfin seulement 0,6 % pour Outre-Mer. Ces différences de proportion de détenus sous substitution médicamenteuse aux opiacés entre les différentes régions sont significatives sur le plan statistique.

➤ Selon la taille de l'établissement :

Variable	Nombre de réponses exploitées	Modalité	Total de détenus	SOUS MSO			NON SUBSTITUES			Test stat. et p-value
				Nombre de détenus	Lig	Col	Nombre de détenus	Lig	Col	
Taille de la prison	97	G	31121	2277	7,3%	57,1%	28844	92,7%	66,9%	Chi2 1.01 E- 35
		M	12873	1411	11,0%	35,4%	11462	89,0%	26,6%	
		P	3116	297	9,5%	7,5%	2819	90,5%	6,5%	

Analyse univariée comparant les groupes « détenus sous MSO » et « non substitués » en fonction de la taille de la prison

Dans notre échantillon de population carcérale, 11 % des détenus incarcérés dans des établissements de taille moyenne était sous MSO, 9,5 % des détenus incarcérés dans des établissements de petite taille et enfin 7,3 % des détenus incarcérés dans des établissements de grande taille était sous MSO. Ces différences en fonction de la taille des établissements sont également significatives sur le plan statistique.

Annexe 11 : Tableau « Caractéristiques des médecins répondeurs »

Les pourcentages du tableau ont été arrondis au dixième.

Variable	Nombre de	Modalités	Nombre	%
<i>Sexe</i>	94	Homme	59	62,8%
		Femme	35	37,2%
<i>Age</i>	94	Moins de 30 ans	2	2,1%
		De 30 à 40 ans	16	17,0%
		De 40 à 50 ans	23	24,5%
		Plus de 50 ans	53	56,4%
<i>Spécialité médicale</i>	94	Médecin généraliste	52	55,3%
		Psychiatre	25	26,6%
		Addictologue	8	8,5%
		Médecin du travail	1	1,1%
		Interniste	2	2,1%
		Urgentiste	6	6,4%
<i>Formations complémentaires</i>	94	Non	25	26,6%
		Oui	69	73,4%
<i>Types de formations complémentaires</i>	69	En addictologie	41	59,4%
		En psychiatrie	15	21,7%
		En médecine carcérale	22	31,9%
<i>Type d'établissements</i>	94	CD	9	9,6%
		CP	25	26,6%
		MA	57	60,6%
		MC	3	3,2%
<i>Type de services</i>	93	US	77	82,8%
		SMPR	14	15,1%
		CSAPA	2	2,2%
<i>Nombre d'années d'expérience</i>	94	Moins de 2 ans	10	10,6%
		De 2 à 5 ans	13	13,8%
		De 5 à 10 ans	28	29,8%
		De 10 à 20 ans	25	26,6%
		Plus de 20 ans	18	19,1%

Variable	Nombre de	Modalités	Nombre	%
<i>DIR</i>	94	Paris	8	8,5%
		Lyon	12	12,8%
		Marseille	5	5,3%
		Rennes	13	13,8%
		Toulouse	9	9,6%
		Dijon	11	11,7%
		Lille	10	10,6%
		Bordeaux	14	14,9%
		Strasbourg	9	9,6%
		Outre-Mer	3	3,2%
<i>Taille de l'établissement</i>	94	G	32	34,0%
		M	34	36,2%
		P	28	29,8%

Caractéristiques des médecins répondants

Annexe 12 : Tableau des résultats « Attitude pratique vis-à-vis d'un patient jamais substitué »

Attitude pratique	Nombre de réponses	%
Je propose à mon patient les 3 MSO disponibles et commence par l'un des trois	22	23,7 %
Ne se prononce pas	18	19,4 %
Je commence par de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX® générique) ou de la Méthadone, je ne prescris pas l'association buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®) en 1ère intention dans cette situation	16	17,2 %
Je commence généralement par de la méthadone	14	15,1 %
Je commence généralement par l'association buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®)	13	14,0 %
Je commence généralement par de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX® ou générique)	10	10,8 %
TOTAL	93	100,2 %

Attitude pratique vis-à-vis d'un patient jamais substitué

Annexe 13 : Tableau des résultats « Attitude pratique vis-à-vis d'un patient jamais substitué parmi les sous-groupes prescripteurs et non prescripteurs de Suboxone® »

Attitude pratique	Prescripteurs		Non prescripteurs	
	Nb de réponses	%	Nb de réponses	%
Ne se prononce pas	7	13,5 %	11	26,8 %
Je propose à mon patient les différents MSO disponibles et commence par l'un des trois	18	34,6 %	4	9,8 %
Je commence généralement par de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX® ou générique)	2	3,8 %	8	19,5 %
Je commence généralement par la Méthadone	8	15,4 %	6	14,6 %
Je commence généralement par l'association buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®)	13	25,0 %	0	0,0 %
Je commence par de la buprénorphine ou la Méthadone, je ne prescris pas la SUBOXONE® en 1ere intention dans cette situation-là.	4	7,7 %	12	29,3 %
TOTAL	52	100,0 %	41	100,0 %

Attitude pratique chez un patient jamais substitué parmi les sous-groupes

Annexe 14 : Tableau des résultats « Attitude pratique concernant les patients dit "mésuseurs" ou "injecteurs" connus de BUPRENORPHINE » dans chaque sous-groupes prescripteurs ou non prescripteurs de Suboxone®

Attitude pratique	Prescripteurs N=52		Non prescripteurs N=41	
	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%
Je propose le Suboxone®				
Jamais	2	3,8 %	22	53,7 %
Parfois	12	23,1 %	5	12,2 %
Souvent	11	21,2 %	0	0 %
Systématiquement	25	48,1 %	2	4,9 %
Ne se prononce pas	2	3,8 %	12	29,3 %
Je prescris en priorité le Suboxone®				
Jamais	7	13,5 %	28	68,3 %
Parfois	15	28,8 %	0	0 %
Souvent	16	30,8 %	0	0 %
Systématiquement	12	23,1 %	1	2,4 %
Ne se prononce pas	2	3,8 %	12	29,3 %
Je prescris en priorité la Méthadone				
Jamais	5	9,6 %	5	12,2 %
Parfois	17	32,7 %	7	17,1 %
Souvent	23	44,2 %	10	24,4 %
Systématiquement	5	9,6 %	12	29,3 %
Ne se prononce pas	2	3,8 %	7	17,1 %
Je ne change pas de molécule				
Jamais	26	50,0 %	14	34,1 %
Parfois	22	42,3 %	9	22,0 %
Souvent	0	0 %	6	14,6 %
Systématiquement	0	0 %	3	7,3 %
Ne se prononce pas	4	7,7 %	9	22 %

Attitude pratique concernant les patients dit "mésuseurs" ou "injecteurs" connus de

BUPRENORPHINE

Annexe 15 : Tableau des résultats « Avis des médecins concernant le Suboxone® »

Avis sur le Suboxone®	Nombre de réponses	Pourcentage %
Apporte un avantage en milieu carcéral par rapport aux autres médicaments substitutifs disponibles	31	44,1 %
Est équivalent aux autres médicaments substitutifs disponibles et se rajoute à la gamme thérapeutique dans la prise en charge des addictions aux opiacés	41	33,3 %
Je suis défavorable à l'utilisation de ce médicament pour la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés	5	5,4 %
Ne se prononce pas	16	17,2 %
Total	93	100 %

Avis des médecins concernant le Suboxone®

Annexe 16 : Facteurs déterminants la prescription de Suboxone® en milieu carcéral : Tableaux descriptifs des variables

➤ Tableau descriptif des variables qualitatives

Les variables qualitatives seront présentées via leurs effectifs et pourcentages associés.

Variable	Nombre de réponses exploitées	Modalités	Nombre	%
Sexe	94	Homme	59	62,8%
		Femme	35	37,2%
Age	94	Moins de 30 ans	2	2,1%
		De 30 à 40 ans	16	17,0%
		De 40 à 50 ans	23	24,5%
		Plus de 50 ans	53	56,4%
Spécialité médicale	94	Médecin généraliste	52	55,3%
		Psychiatre	25	26,6%
		Addictologue	8	8,5%
		Médecin du travail	1	1,1%
		Interniste	2	2,1%
		Urgentiste	6	6,4%
Formations complémentaires	94	Non	25	26,6%
		Oui	69	73,4%
Types de formations complémentaires	69	En addictologie	41	59,4%
		En psychiatrie	15	21,7%
		En médecine carcérale	22	31,9%
Type d'établissements	94	CD	9	9,6%
		CP	25	26,6%
		MA	57	60,6%
		MC	3	3,2%
Type de services	93	US	77	82,8%
		SMPR	14	15,1%
		CSAPA	2	2,2%

Variable	Nombre de réponses exploitées	Modalités	Nombre	%
Nombre d'années d'expérience	94	Moins de 2 ans	10	10,6%
		De 2 à 5 ans	13	13,8%
		De 5 à 10 ans	28	29,8%
		De 10 à 20 ans	25	26,6%
		Plus de 20 ans	18	19,1%
DIR	94	Paris	8	8,5%
		Lyon	12	12,8%
		Marseille	5	5,3%
		Rennes	13	13,8%
		Toulouse	9	9,6%
		Dijon	11	11,7%
		Lille	10	10,6%
		Bordeaux	14	14,9%
		Strasbourg	9	9,6%
		Outre-Mer	3	3,2%
Taille de l'établissement	94	G	32	34,0%
		M	34	36,2%
		P	28	29,8%
Densité carcérale	94	Non	24	25,5%
		P	12	12,8%
		M	21	22,3%
		G	16	17,0%
		Tg	21	22,3%
Fréquence de prescription des MSO	94	Rarement	22	23,4%
		Régulièrement	37	39,4%
		Très fréquemment	35	37,2%

Caractéristiques descriptives des médecins réponders et de leur établissement (variables qualitatives)

➤ Tableau descriptif des variables quantitatives

Les variables quantitatives seront présentées via moyenne \pm écart type ainsi que minimum, maximum, médiane et intervalles interquartiles.

Variable	Nombre de réponses exploitées	Moyenne	Ecart type	Min	Q25	Médiane	Q75	Max
Nombre réel de détenus	94	482,6	539,9	30,0	142,3	380,5	654,5	4500,0
Nombre théorique de détenus	94	376,7	354,9	14,0	106,0	287,5	589,3	2700,0
Nombre de détenu sous MSO	92	40,3	42,9	1,0	9,8	26,5	60,0	220,0
Pourcentage de détenus sous MSO	92	9,4%	7,0%	0,5%	5,3%	8,1%	11,9%	56,9%
Densité carcérale (%)	94	133,7%	38,7%	49,4%	100,1%	133,3%	154,2%	227,0%

Caractéristiques descriptives des établissements des médecins répondeurs (variables quantitatives)

Annexe 17 : Facteurs déterminants la prescription de Suboxone® : Comparaison statistique en analyse univariée des deux sous-groupes « médecins prescripteurs de Suboxone® » et « médecins non prescripteurs de Suboxone® »

➤ Tableau des variables qualitatives :

Nre : Nombre de réponses exploitées

N : Nombre de réponses au total pour chaque modalité

n : Nombre de réponses pour chaque modalité en fonction du statut de prescripteur de Suboxone

Col : Pourcentage de la modalité par rapport au total de la colonne

Lig : Pourcentage de la modalité par rapport au total de la ligne

Test et p : Test statistique utilisé et valeur du p (probability value)

OUI : Médecins prescripteurs du Suboxone® NON : Médecins ne prescrivant pas le Suboxone®

Variable	Nre	Modalité	N	NON			OUI			Test et p
				N	Col	Lig	N	Col	Lig	
Sexe	94	Femme	35	21	50.0	60.0	14	26.9	40.0	Chi2 0,0214
		Homme	59	21	50.0	35.6	38	73.1	64.4	
Age	94	20 à 30 ans	2	1	2.4	50.0	1	1.9	50.0	Fisher 0,6415
		30 à 40 ans	16	5	11.9	31.3	11	21.2	68.8	
		40 à 50 ans	23	12	28.6	52.2	11	21.2	47.8	
		Plus de 50 ans	53	24	57.1	45.3	29	55.8	54.7	
Spécialité du prescripteur	94	MG	52	27	64.3	51.9	25	48.1	48.1	Fisher 0,2905
		Psychiatre	25	10	23.8	40.0	15	28.8	60.0	
		Addictologue	8	1	2.4	12.5	7	13.5	87.5	
		Interniste	2	1	2.4	50.0	1	1.9	50.0	
		Médecine travail	1	0	0.0	0.0	1	1.9	100.0	
		Urgentiste	6	3	7.1	50.0	3	5.8	50.0	
Type de prisons	94	CD	9	3	7.1	33.3	6	11.5	66.7	Fisher 0,7020
		CP	25	10	23.8	40.0	15	28.8	60.0	
		MA	57	27	64.3	47.4	30	57.7	52.6	
		MC	3	2	4.8	66.7	1	1.9	33.3	
Type de services	93	CSAPA	2	1	2.4	50.0	1	1.9	50.0	Fisher 0,8860
		SMPR	14	7	17.1	50.0	7	13.5	50.0	
		US	77	33	80.5	42.9	44	84.6	57.1	
Taille de la prison	94	G	32	13	31.0	40.6	19	36.5	59.4	Chi2 0,7262
		M	34	17	40.5	50.0	17	32.7	50.0	
		P	28	12	28.6	42.9	16	30.8	57.1	

Variable	Nre	Modalité	N	NON			OUI			Test et p
				n	Col	Lig	N	Col	Lig	
Formation en addictologie	94	Non	53	28	66.7	52.8	25	48.1	47.2	Chi2 0,0708
		Oui	41	14	33.3	34.1	27	51.9	65.9	
Formation en psychiatrie	94	Non	79	37	88.1	46.8	42	80.8	53.2	Chi2 0,3349
		Oui	15	5	11.9	33.3	10	19.2	66.7	
Formation en médecine carcérale	94	Non	72	33	78.6	45.8	39	75.0	54.2	Chi2 0,6843
		Oui	22	9	21.4	40.9	13	25.0	59.1	
Formation supplémentaire	94	Non	25	15	35.7	60.0	10	19.2	40.0	Chi2 0,0721
		Oui	69	27	64.3	39.1	42	80.8	60.9	
DIR	94	Bordeaux	14	4	9.5	28.6	10	19.2	71.4	Fisher 0,0590
		Dijon	11	6	14.3	54.5	5	9.6	45.5	
		Lille	10	6	14.3	60.0	4	7.7	40.0	
		Lyon	12	5	11.9	41.7	7	13.5	58.3	
		Marseille	5	1	2.4	20.0	4	7.7	80.0	
		Outre-mer	3	3	7.1	100.0	0	0.0	0.0	
		Paris	8	7	16.7	87.5	1	1.9	12.5	
		Rennes	13	4	9.5	30.8	9	17.3	69.2	
		Strasbourg	9	4	9.5	44.4	5	9.6	55.6	
		Toulouse	9	2	4.8	22.2	7	13.5	77.8	
Densité carcérale	94	g	16	7	16.7	43.8	9	17.3	56.3	Chi2 0,4984
		m	21	10	23.8	47.6	11	21.2	52.4	
		non	24	10	23.8	41.7	14	26.9	58.3	
		p	12	3	7.1	25.0	9	17.3	75.0	
		tg	21	12	28.6	57.1	9	17.3	42.9	

Variable	Nre	Modalité	N	NON			OUI			Test et p
				n	Col	Lig	N	Col	Lig	
Durée d'expérience	94	10 à 20 ans	25	14	33.3	56.0	11	21.2	44.0	Chi2 0,6795
		2 à 5 ans	13	6	14.3	46.2	7	13.5	53.8	
		5 à 10 ans	28	10	23.8	35.7	18	34.6	64.3	
		Moins de 2ans	10	4	9.5	40.0	6	11.5	60.0	
		Plus de 20 ans	18	8	19.0	44.4	10	19.2	55.6	
Fréquence de prescription de MSO	94	Rarement	22	13	31.0	59.1	9	17.3	40.9	Chi2 0,1825
		Régulièrement	37	17	40.5	45.9	20	38.5	54.1	
		Très fréquemment	35	12	28.6	34.3	23	44.2	65.7	

Analyse univariée entre le groupe prescripteur et le groupe non prescripteurs de Suboxone®

(variables qualitatives)

➤ Tableau des variables quantitatives :

WmW rank sum : Utilisation du test de Wilcoxon Mann Whitney

Q25 : 1^{er} quartile Q75 : 3^{ème} quartile

Variable	Prescription Suboxone	Nombre de médecins	Moyenne (+/- Ecart type)	Médiane (Q25 ; Q75)	Test stat. P value
Nombre de détenu réel	NON	42	527.7 (± 698.4)	400.0 (136.0;650.0)	WmW rank sum 0.7542
	OUI	52	446.2 (± 369.3)	372.5 (144.5;725.0)	
Nombre de détenu théorique	NON	42	389.9 (± 427.7)	287.5 (103.0;586.0)	WmW rank sum 0.9399
	OUI	52	366.0 (± 287.0)	287.5 (106.5;600.0)	
Nombre de détenus sous MSO	NON	41	36.0 (± 41.1)	19.0 (10.0;58.0)	WmW rank sum 0.4146
	OUI	51	43.7 (± 44.4)	33.0 (8.0;65.0)	
Pourcentage détenu sous MSO	NON	41	9.4 (± 9.3)	7.2 (4.9;11.5)	WmW rank sum 0.2825
	OUI	51	9.3 (± 4.3)	9.2 (5.3;12.3)	
Densité carcérale (%)	NON	42	137.6 (± 38.6)	137.3 (103.3;166.4)	WmW rank sum 0.2625
	OUI	52	130.6 (± 38.8)	129.6 (100.0;150.0)	

Analyse univariée entre les groupes prescripteurs et non prescripteurs de Suboxone® (variables quantitatives)

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

Résumé

L'accès aux traitements de substitution aux opiacés a été difficile à mettre en place dans les prisons françaises, où les problématiques de mésusage et de trafic restent des préoccupations importantes. Récemment est apparu le Suboxone® censé réduire le mésusage de la BHD seule.

Nous avons établi l'état des lieux de l'offre de substitution médicamenteuse aux opiacés proposée aux détenus et défini la place du Suboxone® au sein de celle-ci.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale descriptive et analytique en interrogeant les médecins référents des unités sanitaires françaises à l'aide d'un questionnaire standardisé.

Le recueil des données s'est étalé de février à juin 2017. 53,8 % des établissements pénitentiaires ont répondu à l'enquête, représentant 70,1 % des détenus en France.

La prévalence de détenus sous TSO est estimée à 8,5 %, IC 95 % [8,25 ; 8,75].

39,5 % des détenus sous substitution aux opiacés sont sous BHD générique, 38 % sous méthadone, 14,8 % sous Suboxone® et 7,7 % sous Subutex®. Le recours au Suboxone® paraît bien plus fréquent en prison qu'en milieu ouvert.

3 établissements ne proposent pas de méthadone, 12 établissements ont supprimé la BHD du choix thérapeutique en la remplaçant systématiquement par le Suboxone® et 42 établissements ne proposent pas de Suboxone®. 45 % des établissements prescrivent donc les trois molécules substitutives actuellement disponibles sur le marché.

Ces disparités d'offre médicamenteuse semblent s'expliquer en partie par des divergences d'opinion sur la nouvelle association BHD-naloxone. Ce nouveau médicament fait toujours débat auprès des soignants aujourd'hui.

MOTS CLES : Addictions / TSO (traitements substitutifs aux opiacés) / MSO (médicaments substitutifs aux opiacés) / Suboxone / Milieu carcéral / Repérage addictions / Soins en milieu carcéral