

**L'organisation des soins
en matière de traitements de substitution
en milieu carcéral**

RAPPORT

**pour la Commission Nationale Consultative
des Traitements de Substitution**

Auteurs :

- Dr Laurent MICHEL, chef de service du SMPR/CSST de la Maison d'Arrêt de Bois d'Arcy
- Olivier MAGUET, responsable de l'action communautaire à AIDES

Rapport remis pour la séance du 1^{er} avril 2003

Préambule

Ce rapport n'a pas la prétention de constituer une enquête exhaustive sur l'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral. Il exprime l'analyse de deux membres de la Commission Nationale Consultative des Traitements de Substitution sollicités sur ce dossier en raison de leur pratique professionnelle. La confrontation de cette pratique avec les données issues d'une investigation sur le terrain et celles de la littérature a permis de faire émerger des grandes tendances exprimées sous forme de recommandations. En ce sens, il constitue une réponse à la commande qui a été confiée.

Remerciements

Nous remercions :

- Les membres de la DGS (Bernard BASSET, Hélène MORFINI), de la DHOS (Yves FEUILLERAT) et de la DAP (Chantal RODIER-GUILPART et Dominique de GALLARD) qui ont facilité la mise en place de cette enquête.
- Les intervenants en prison de l'association AIDES qui ont participé à l'administration des questionnaires détenus (Corinne CASTELLANO, Nathalie CLEMENT et Carine BATTAGLIA)
- Christine CALDERON (AIDES) et Anne GUICHARD (INSERM, U 88) pour les conseils qu'elles nous ont apportés dans l'interprétation des résultats.
- Et bien évidemment l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à nos questionnaires et de participer à un entretien (personnels sanitaires et pénitentiaires, détenus, soit près de 80 personnes).

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	5
2. OBJECTIFS	6
3. ETATS DES LIEUX	7
3.1. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN FRANCE : HISTORIQUE ET CADRE ACTUEL DE PRESCRIPTION	7
3.2. APERÇU GENERAL DE L'ORGANISATION DES SOINS EN MILIEU CARCERAL : CADRE LEGAL ET REGLEMENTAIRE	9
3.3. LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES EN MILIEU CARCERAL	10
3.3.1. Les aspects réglementaires	10
3.3.2. Les rapports, études, enquêtes et avis	12
3.3.2.1. Les textes concernant l'organisation des soins en milieu carcéral	12
3.3.2.2. Les textes concernant l'usage de drogues en milieu carcéral	15
3.3.2.3. Les textes concernant l'usage de drogues et/ou les traitements de substitution	16
3.3.2.4. Les autres textes	18
3.4. LES DONNEES CHIFFREES	19
4. INVESTIGATION SUR LE TERRAIN	20
4.1. MATERIEL ET METHODE	21
4.2. RESULTATS	22
4.2.1. Enquête sanitaire	22
4.2.1.1. Présentation du recueil de données	22
4.2.1.2. Mise à disposition des traitements de substitution	24
4.2.1.3. Contrôles urinaires	24
4.2.1.4. Poursuite des traitements de substitution	25
4.2.1.5. Initialisation des traitements de substitution	25
4.2.1.6. Délivrance des traitements de substitution	26
4.2.1.7. Co-prescription	28
4.2.1.8. Prise en charge	28
4.2.1.9. Confidentialité des soins	29
4.2.1.10. Dossier de soins	29
4.2.1.11. Sorties/transferts	29
4.2.1.12. Extractions	30
4.2.1.13. Formation	50
4.2.1.14. Remarques complémentaires à l'ensemble du questionnaire	31
4.2.2. Enquête pénitentiaire	31
4.2.2.1. Présentation du recueil de données	31
4.2.2.2. Sur les connaissances des personnels pénitentiaires	32
4.2.2.3. Sur la formation des personnels pénitentiaires	32
4.2.2.4. Les propositions des personnels pénitentiaires	32
4.2.2.5. Attentes majeures des personnels pénitentiaires	32
4.2.2.6. Les principaux enseignements concernant les personnels pénitentiaires	33
4.2.3. Enquête détenus	34
4.2.3.1. Présentation du recueil de données	34
4.2.3.2. Sur le contexte de la prescription du traitement	34
4.2.3.3. Le vécu et les représentations de la substitution chez les détenus	36
4.2.3.4. La difficile lisibilité de la substitution par les détenus et un sentiment d'incompréhension	37

4.2.3.5. Stigmatisation et confidentialité	37
4.2.3.6. L'enjeu de la délivrance des traitements	38
4.2.3.7. Sorties, transferts, extractions	39
4.2.3.8. L'arrêt de la substitution	40
4.2.3.9. Autres enseignements	40
4.2.3.10. Conclusion générale sur le volet détenus	40
5. RECOMMANDATIONS	42
5.1. UNE RECOMMANDATION TRANSVERSALE	42
5.2. LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	42
5.2.1. Reconduction des traitements de substitution	42
5.2.1.1. Prescription authentifiée	42
5.2.1.2. Prescription non authentifiée	42
5.2.1.3. La situation particulière des centres de détention et des centrales	43
5.2.2. Initiation des traitements de substitution	44
5.2.3. Place des contrôles urinaires	44
5.2.4. Modalités de prescription des traitements de substitution	44
5.2.5. Modalités de délivrance	45
5.2.5.1. La méthadone	45
5.2.5.2. La BHD	45
5.2.5.3. Remarque générale	47
5.2.6. Co-prescriptions	47
5.2.7. Prise en charge	48
5.2.8. Confidentialité des soins	49
5.2.9. Dossiers de soin	49
5.2.10. Sortie/Transferts	49
5.2.11. Extractions	49
5.2.12. Formation/Information	50
5.2.13. Accompagner les équipes !	51
6. CONCLUSION	52
6.1. UNE MISE EN PERSPECTIVE	52
6.1.2. La prise en charge sanitaire des détenus	52
6.1.3. Les mésusages liés aux traitements de substitution	52
6.1.4. La substitution comme outil de réduction des risques	54
6.1.5. Les conséquences de la politique pénale	54
6.2. DES FACTEURS CONDITIONNANT OU LIMITANT CLAIREMENT IDENTIFIES	55
6.2.1. Remarque préliminaire	55
6.2.1. Facteurs spécifiques	55
6.3. CE QUE NOUS APPREND LA PRISON	56
7. ANNEXES	59
7.1. Questionnaire soignants	60
7.2. Questionnaire pénitentiaires	66
7.3. Trame d'entretien détenus	68
7.4. Lettres de mission DGS et courrier DAP	71

1- INTRODUCTION

La diversité des pratiques soignantes et les difficultés qu'évoquent d'une part les équipes dans la prise en charge au quotidien des patients bénéficiant d'un traitement de substitution en prison, d'autre part les détenus concernés, rappellent, si besoin est, la particularité de ces thérapeutiques.

La Loi de 1994, affirmant le principe de continuité et d'équivalence des soins entre milieu carcéral et milieu libre, semble en difficulté du fait des enjeux sous-tendant leur indication, leur prescription et leur délivrance.

Le milieu carcéral ne fait sans doute que cristalliser des difficultés latentes en milieu libre, comme dans bien d'autres domaines.

On peut également souligner que de nombreux autres aspects de la vie carcérale s'avèrent particulièrement complexes ou conflictuels et que si un intérêt particulier est porté aux traitements de substitution, de nombreuses autres dimensions pourraient faire l'objet d'une même attention.

Cependant, en raison du nombre de détenus concernés par le problème des addictions (dont la proportion parmi la population pénitentiaire est beaucoup plus importante qu'en population générale) et des contradictions apparentes auxquelles sont soumises les équipes de soin, il paraît nécessaire de pouvoir recenser les difficultés rencontrées et, au regard des diverses variables conditionnant le « soin » en milieu carcéral, faire des propositions pour y remédier.

La Commission Nationale Consultative des Traitements de Substitution a donc souhaité que soit produit un « guide des bonnes pratiques » de substitution en milieu carcéral, permettant aux professionnels d'adapter leurs pratiques au contexte carcéral et au dispositif local (voir lettres de mission, annexe 4, pp 71 et 72).

2 - OBJECTIFS

Le but de ce rapport est de fournir aux intervenants en milieu carcéral des indications ou recommandations sur les modalités possibles et consensuelles d'organisation des soins pour les détenus bénéficiant d'un traitement de substitution ou présentant une dépendance majeure aux opiacés qui justifierait la proposition d'un traitement de substitution.

Les thèmes abordés sont la continuité et l'initiation des traitements, l'organisation de la délivrance des traitements, la confidentialité, les consommations associées, la préparation à la sortie, la gestion des traitements lors des extractions, la formation et l'information des personnels soignants et pénitentiaires ainsi que des détenus.

Le recueil d'information s'est fait selon 2 axes :

- état des lieux actuel avec synthèse des données de la littérature ;
 - investigation sur le terrain auprès des personnels et détenus concernés.
- L'état des lieux actuel comprend :
 - Un bref historique portant sur l'organisation des soins aux toxicomanes en milieu libre et sur les soins en milieu carcéral (dont les soins aux détenus présentant une dépendance aux produits illicites ou licites).
 - Les aspects réglementaires :
 - ❖ Code de Déontologie Médicale, Code de la Santé Publique et Code de Procédure Pénale ;
 - ❖ Circulaires et Textes de Loi.
 - Les rapports et documents publiés qui abordent la question des traitements de substitution en milieu carcéral :
 - ❖ Rapport Santé Justice sur la Réduction Des Risques en milieu carcéral (2000), Rapport conjoint IGAS/IGSJ sur la Santé des détenus (2001).
 - ❖ Rapport du Conseil National du SIDA sur cadre légal de la réduction des risques (2001).
 - ❖ Rapport 2002 sur l'accès à la méthadone en France.
 - ❖ Rapport sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH (Delfraissy 2002).
 - ❖ Etude RESSCOM (juin 1999).
 - ❖ Rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur les conditions de détention en France
 - L'investigation sur le terrain s'est déroulée de la façon suivante :
 - rencontres avec les responsables des équipes soignantes pour présenter l'organisation locale des soins en substitution,
 - recueil des perceptions et avis des différentes catégories de personnels pénitentiaires au sujet de l'organisation des soins,
 - recueil du vécu et des attentes des détenus présentant une dépendance majeure aux opiacés.

3 - ETAT DES LIEUX

3-1 : LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN FRANCE : HISTORIQUE ET CADRE ACTUEL DE PRESCRIPTION

Les premières manifestations d'intérêt pour les traitements de substitution en France datent du début des années 1970. Et elles concernent alors la méthadone. Si ce médicament analgésique narcotique à longue durée d'action a été synthétisé dans les années 30, son utilité a été démontrée dans le traitement des dépendances aux opiacés au début des années 1960 aux Etats-Unis. Devant les résultats apparemment positifs des essais développés aux Etats-Unis et dans d'autres pays européens, en 1973 un cadre expérimental d'utilisation de la méthadone est conçu et proposé par l'INSERM à la demande des pouvoirs publics. Mais cette ouverture reste très limitée. Sur les 4 centres spécialisés agréés pour mener cette expérimentation, seuls 2 répondent positivement (Fernand Widal et Sainte-Anne à Paris) proposant chacun 20 places. Le cadre de ces deux programmes est très strict, tant en terme de critères d'accessibilité (au moins 5 années de dépendance aux opiacés) que de condition et de suivi du traitement (délivrance quotidienne, etc.). Ces deux expériences restent confidentielles, les intervenants en toxicomanie de l'époque n'étant pas favorables au principe des traitements de substitution (le consensus alors en vigueur en matière de prise en charge de la toxicomanie reposant sur un accompagnement psychologique et sur le sevrage).¹

L'épidémie de sida vient progressivement bouleverser les représentations du corps médical et des pouvoirs publics en matière de traitements de substitution. Face à une population d'usagers de drogues par voie intraveineuse au sein de laquelle la prévalence du VIH est très élevée (environ 20 %) en raison de sa forte transmissibilité par voie sanguine, les traitements de substitution vont apparaître comme un outil de réduction des risques infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse.

C'est ainsi qu'une première circulaire du ministère de la Santé incite à développer les traitements par la méthadone, en posant un premier protocole d'utilisation (circulaire DGS-DAS/405/2D-FE2 du 15 mai 1990 relative aux priorités dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie). Ces premières évolutions reposent sur une implication et une visibilité croissantes des usagers de drogues dans les réponses associatives à l'épidémie, qui témoignent entre autres que de nombreux usagers de drogues séropositifs s'inscrivent dans une démarche de soin par rapport au VIH. C'est à cette époque que le centre Pierre Nicole ouvre un programme méthadone (12 places).

En parallèle, de plus en plus de médecins de ville utilisent la buprénorphine (avec le Temgésic®, médicament antalgique depuis 1984) et les sulfates de morphine dans une indication de traitement de la dépendance aux opiacés, sans toutefois que le cadre réglementaire les y autorise (pas d'AMM avec indication « substitution » sur les médicaments alors prescrits).

En 1993, une circulaire du Secrétaire d'Etat à la Santé relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue permet d'augmenter de 250 le nombre de places en traitement méthadone dans les centres de soins (circulaire n°72 du 9 novembre 1993), portant ainsi la capacité globale de prescription à 525. Cette circulaire s'appuie sur le protocole défini en mai 1990.

Sous le même gouvernement, en 1994, la première circulaire spécifique « méthadone » est publiée, fixant un objectif de 1 000 places méthadone pour la fin de l'année. Cette même circulaire (DGS, n°14 du 7 mars 1994) apporte par la même occasion un nouveau protocole d'utilisation de la méthadone, mais toujours en centres de soins spécialisés qui doivent être

¹ Même si ce consensus se noue, quelque peu hypocritement, dans un contexte où la consommation de médicaments codéinés – disponibles sans prescription – est très forte, majoritairement en raison de l'usage qu'en font les personnes héroïno-dépendantes, y compris dans un objectif d'auto-substitution.

préalablement agréés par le ministère après avis de la commission consultative des traitements de substitution.

L'année 1995 marque un tournant majeur en matière de traitements de substitution. Tout d'abord, une circulaire relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes publiée en début d'année (circulaire DGS n° 4 du 11 janvier 1995) annonce, parmi les 4 efforts prioritaires du gouvernement dans ce domaine, le « développement des capacités de prescription et de délivrance de la méthadone ». Un nouveau cadre d'utilisation de la méthadone est mis en place :

- tous les CSST sont désormais autorisés à prescrire et à délivrer (l'agrément préalable du ministère est supprimé) ;
- chaque centre détermine en fonction de ses moyens le nombre de personnes pouvant bénéficier d'une telle prescription ;
- les indications de traitement ne font plus état d'une durée de 5 ans de dépendance et d'échecs préalables de sevrage.

Le cadre est donc assoupli, tandis que le cap des 1 695 places (sur 45 centres de soins) est franchi. En outre, la circulaire annonce que le dossier d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de la méthadone est en cours d'examen par l'Agence du Médicament. Cette AMM, accordée le 21 mars 1995, ouvre la possibilité d'un relais en médecine de ville pour la poursuite du traitement.

Le ministère de la Santé vient alors re-préciser le cadre général des « traitements de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés » (circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995)²; ce texte vient clarifier le cadre de mise en œuvre des traitements de substitution et pose que « la prise en charge des toxicomanes qui inclut maintenant la prescription de médicaments de substitution constitue un volet essentiel de la politique de santé publique » ; elle précise que « deux médicaments, la méthadone et la buprénorphine haut dosage, ont ou auront respectivement une indication validée de traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés ». La méthadone, qui dispose alors d'une AMM, sort de son statut expérimental et, comme on l'a vu, peut être prescrite dans le cadre du traitement substitutif par tout médecin exerçant en CSST, avec un potentiel relais en ville ; la circulaire du 29 mars re-précise son cadre d'utilisation. La buprénorphine haut-dosage est reconnue comme traitement de substitution (le dossier d'AMM étant en cours) et la circulaire précise là-aussi son futur cadre d'utilisation. Le ministère demande en outre la mise en place de comités départementaux de suivi de la substitution (qui ont pour mission d'organiser la prescription et la délivrance des médicaments de substitution, de conseiller les professionnels de santé et de veiller à la bonne utilisation de ces traitements).

Ce dispositif est complété le 31 juillet 1995 par l'AMM accordée à la buprénorphine haut dosage (Subutex®) ; les modalités de prescription (et de délivrance) diffèrent de la méthadone (en particulier, tout médecin, sans restriction de cadre d'exercice, est autorisé à prescrire de la BHD, y compris en primo-prescription). Ce médicament sera prescrit très rapidement à 20 000 usagers de drogues. Le nombre de personnes en traitement par Subutex® augmentera régulièrement pour arriver aujourd'hui à environ 80 000 personnes, en grande majorité suivies en médecine de ville.

En parallèle, le développement des programmes méthadone se poursuit, mais à moindre échelle. La circulaire santé de 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes (circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996) vient renforcer les moyens des CSST³ pour permettre l'accessibilité à la méthadone (renforcement en personnel

² C'est la première – et la seule – circulaire ministérielle consacrée aux traitements de substitution (en l'occurrence la méthadone et la BHD, les sulfates de morphine étant exclus d'une indication substitutive).

³ Y compris ceux intervenant en milieu pénitentiaire (voir chapitre 3-3-1).

médical, modification de la prise en charge des frais d'analyses urinaires, crédits formation pour les équipes).

Les patients « stabilisés » se voient proposer de passer en médecine de ville. Aujourd'hui, environ 16 000 personnes sont traitées par méthadone (8 000 en centres de soins spécialisés en toxicomanie, 8 000 en médecine de ville), mais la primo-prescription reste obligatoirement en centres de soins spécialisés. Une circulaire du ministère de la santé de janvier 2002 (circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002) vient assouplir le cadre de prescription de la méthadone en autorisant une primo-prescription par tout praticien d'un établissement public de santé.

Enfin, la tolérance qui est accordée jusqu'au milieu des années 90 par l'Etat et les Caisses d'Assurance-Maladie à la prescription de sulfates de morphine (Skénan®, Moscontin®) dans une indication de substitution hors AMM est supprimée ; mais une note d'information du directeur de la DGS en date du 27 juin 1996 prévoit une possibilité de dérogation en concertation avec le médecin-conseil de la CPAM. La poursuite des traitements en cours est tolérée mais très contrôlée et les initiations de traitement deviennent exceptionnelles (pour les personnes en situation d'échec avec la méthadone et la BHD et pour certaines femmes enceintes). Aujourd'hui, 1 500 à 2 000 personnes sont en traitement par sulfates de morphine dans cette indication.

En près de 7 ans, la population des personnes sous substitution en France passe ainsi de moins de 5 000 à près de 100 000.

3-2 : APERÇU GENERAL DE L'ORGANISATION DES SOINS EN MILIEU CARCERAL : CADRE LEGAL ET REGLEMENTAIRE

La loi du 18 janvier 1994 (loi n°94-43), prenant modèle sur le décret du 14 mars 1986 fondateur des SMPR, introduit une profonde réforme de la santé en milieu pénitentiaire : la prise en charge sanitaire des détenus ne dépend plus de l'administration pénitentiaire mais du service public hospitalier. Chaque établissement pénitentiaire signe un protocole avec l'hôpital de proximité désigné pour assurer la prise en charge des détenus. Ce sont désormais des médecins et infirmiers d'un hôpital public qui viennent exercer leurs activités en prison et organiser le suivi médical des détenus. Le service public hospitalier assure pour les personnes incarcérées les examens de diagnostic et les soins en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ; il participe aussi aux actions de prévention et d'éducation à la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. La circulaire du 8 décembre 1994 (circulaire interministérielle d'application de la loi du 18 janvier 1994) pose comme objectif « d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population ». Dans les prisons du « programme 13 000 » (à gestion semi-privée), la prise en charge des soins relève de groupes privés (mais avec les mêmes obligations de soins que les hôpitaux pour les établissements pénitentiaires). En mars 2002, la prise en charge médicale dans les établissements « 13 000 » passe dans le secteur public.

Le détenu est désormais soigné dans les locaux des Unités de Consultation et de Soins Ambulants (UCSA) aménagés au sein de chaque prison. L'UCSA remplace alors l'ancienne infirmerie. Le fonctionnement de l'UCSA est assuré par une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers,...). Dans les établissements de plus de 1 000 détenus, un pharmacien peut organiser et gérer une pharmacie à usage interne. Dans les autres établissements, la pharmacie de l'hôpital est utilisée. Les UCSA sont cependant équipées d'une armoire à pharmacie contenant les médicaments de base. Des agents de l'administration pénitentiaire sont aussi affectés à l'UCSA sur décision du chef d'établissement et sont chargés d'assurer la sécurité des personnes et des locaux. Ils ne doivent pas participer aux soins, ni distribuer les médicaments ; ils peuvent cependant accompagner les infirmiers lors de la distribution des médicaments, pour des raisons de sécurité et pour ouvrir la porte des cellules.

La personne qui arrive en prison doit rencontrer un médecin dans « les délais les plus brefs » (art. D 285 du CPP). Cette visite médicale d'entrée est obligatoire. Elle doit être l'occasion pour le détenu de signaler toute pathologie nécessitant un traitement. « Si le détenu entrant est porteur de médicaments, le médecin doit en être immédiatement avisé afin de décider de l'usage qui doit en être fait » (art. D 335 du CPP).

3-3 : LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES EN MILIEU CARCERAL

Nous allons aborder cette partie en deux temps :

- les aspects réglementaires de l'organisation des soins ;
- les rapports et études sur la situation des usagers de drogues en prison, de la substitution en particulier.

3-3-1 : Les aspects réglementaires

Rappelons le, le principe général qui prévaut est celui d'une « qualité et une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population ». Toutefois, l'Etat est venu encadrer plus précisément la prise en charge des personnes présentant une dépendance aux drogues ou à l'alcool en prison. Depuis la loi du 18 janvier 1994, cette prise en charge est assurée en détention par deux services (médecine générale et psychiatrie) qui dépendent tous deux du secteur public hospitalier :

- l'UCSA (voir plus haut) prend en charge le suivi médical somatique ; le détenu toxicomane qui souhaite être suivi doit s'adresser par écrit (ou lors de la visite d'entrée) à l'UCSA ; le médecin pourra alors débiter un traitement de substitution ou orienter le patient vers le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) ou un centre spécialisé.⁴
- Le SMPR est chargé depuis 1986 de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire ; rattaché à un établissement public de santé, il constitue la structure de base du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire ; lorsqu'il n'existe pas de SMPR dans l'établissement pénitentiaire, un établissement public de psychiatrie doit pouvoir dispenser des soins dans l'établissement pénitentiaire (art. D 368 du CPP) ; les missions des SMPR et du secteur de psychiatrie incluent les soins aux toxicomanes et aux alcooliques (arrêté du 14 décembre 1986).

A ces deux structures peuvent s'ajouter des Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie intra-carcéraux (ex « antennes toxicomanie »⁵) qui fonctionnent en détention sous la responsabilité du médecin en charge du SMPR. La circulaire du 3 novembre 1987 précise les modalités de fonctionnement de ces antennes. Le rôle du personnel de ces antennes est d'assurer une prise en charge médico-sociale du détenu usager de drogues, d'assurer éventuellement un suivi psychologique pendant la détention et de l'orienter à sa sortie vers des structures extérieures spécialisées. « Dans le cadre de la prise en charge globale des personnes présentant une dépendance à un produit licite ou illicite, les secteurs de psychiatrie générale et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire favorisent et coordonnent, en collaboration avec les UCSA, les interventions, au sein de l'établissement pénitentiaire, des équipes des structures spécialisées de soins, notamment des CSST et des CHAA » (Art. D 385 du CPP).

⁴ En avril 2003, il existe une UCSA par établissement hors établissement de semi-liberté (soit 170 UCSA), 26 SMPR et 16 « antennes toxicomanie » (ces 16 CSST étant situés dans les plus grandes maisons d'arrêt pourvues de SMPR).

⁵ Aux termes du décret du 29 juin 1992, les « antennes de lutte contre la toxicomanie » en prison deviennent des CSST en acquérant le même statut et la même dénomination que les centres de soins extérieurs.

Face aux très grandes diversités d'interprétation des textes en vigueur (le sevrage pouvant être entendu comme unique modalité de traitement envisageable), l'organisation des soins a été explicitée par la Circulaire santé-justice du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire (circulaire DGS/DH/DAP n° 739). Celle-ci rend possible l'initiation ou la poursuite en prison de traitements de substitution à la méthadone ou au Subutex® : « une prise en charge intégrant l'ensemble des problèmes de dépendance doit être proposée en détention. En particulier pour les personnes toxicomanes, un traitement de substitution par la méthadone ou le Subutex® peut être poursuivi ou initié ». Toutefois, concernant la méthadone, si « un traitement entrepris avant l'incarcération doit pouvoir être poursuivi en détention au titre de la continuité », une primo-prescription ne peut être réalisée que « par un médecin d'un CSST, qu'il s'agisse d'une antenne toxicomanie ou d'un centre extérieur habilité à intervenir en milieu pénitentiaire ».

Un traitement de substitution par sulfates de morphine ne peut pas être poursuivi ou initié en prison, dans la mesure où, en milieu libre, il ne dispose pas d'AMM dans cette indication.

D'un point de vue pratique, cette même circulaire du 5 décembre 1996 prévoit une délivrance quotidienne du Subutex® ou de la méthadone au patient.

L'article D273 du Code de Procédure pénale (Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998, art. 57 et 190) stipule par ailleurs que « Les détenus ne peuvent garder à leur disposition aucun objet ou substance pouvant permettre ou faciliter un suicide, une agression ou une évasion, non plus qu'aucun outil dangereux en dehors du temps de travail », mais précise également que « sauf décision individuelle du chef d'établissement motivée par des raisons d'ordre et de sécurité, un détenu peut garder à sa disposition, selon les modalités prescrites par les médecins intervenant dans les établissements pénitentiaires, des médicaments, matériels et appareillages médicaux ». Il existe donc une marge d'interprétation du texte réglementaire laissant supposer que sur indication des médecins intervenant en milieu pénitentiaire, un traitement peut être gardé en cellule par le détenu quelle que soit sa nature.

De plus, le Code de Déontologie Médicale précise que « Le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance » (article 9).

La loi du 18 janvier 1994 interdit la distribution des médicaments en « fiole » sous une forme diluée. Désormais, la distribution des médicaments est en principe réalisée par le personnel infirmier sous leur forme originale. Le traitement est emballé sous sachet nominatif : la nature et la prise des produits sont inscrites sur le sachet distribué au détenu par l'infirmier.

De façon plus générale, la circulaire interministérielle du 9 août 2001 est venue renforcer la priorité accordée à la prise en charge sanitaire et sociale des détenus présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Cette circulaire prévoit qu'un protocole d'amélioration de cette prise en charge doit être conclu entre les différents acteurs concernés par cette question (SMPR ou secteur psychiatrique associé, UCSA, CSST s'il y a lieu, pharmacie, administration pénitentiaire, PJJ si mineurs, tout autre partenaire intérieur ou extérieur concerné). Une trame d'entretien permettant de diagnostiquer et d'évaluer l'abus et la dépendance aux substances (« échelle minigrade ») est proposée aux intervenants.

Enfin, la circulaire du 30 janvier 2002 sur l'élargissement de la primo-prescription de la méthadone à tout praticien d'un établissement public de santé est venu lever les derniers obstacles laissés par des interprétations divergentes des textes réglementaires antérieurs : la méthadone peut ainsi clairement être initiée en détention, chaque établissement étant de fait rattaché à un établissement public de santé. Cette circulaire souligne ainsi que « la primo-prescription d'un traitement de substitution par des médecins exerçant en établissement de santé, donc par les médecins des UCSA, des SMPR et des secteurs de psychiatrie, doit également permettre de résoudre certaines difficultés spécifiques qui se posent en milieu pénitentiaire dans l'accès aux traitements de substitution ».

3-3-2 : Les rapports, études, enquêtes et avis

Un certain nombre de documents non réglementaires ou légaux et traitant de la réduction des risques, de la prise en charge des usagers de drogues ou de la question du VIH font autorité de par leurs auteurs ou de par la démarche consensuelle qui les sous-tend.⁶ Ces documents abordent tous plus ou moins la question de la substitution en milieu carcéral et formulent des analyses et/ou propositions sur le sujet. La compilation de ces analyses et propositions pourrait former un premier corpus destiné à éclairer les recommandations et les conclusions de notre mission.

3-3-2-1 : Les textes concernant l'organisation des soins en milieu carcéral

En raison de leur thématique, ces textes abordent aussi la question des traitements de substitution en milieu carcéral.

« L'organisation des soins aux détenus », Rapport d'évaluation de l'Inspection Générale des Services Judiciaires (ministère de la Justice) et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (ministère de l'Emploi et de la Solidarité), Juin 2001.

● Contexte

En juin 2002, les deux ministres concernés demandent conjointement à l'IGSJ et à l'IGAS d'évaluer l'organisation des soins et de l'hygiène des détenus. Cette mission a essentiellement pour objectif d'évaluer l'impact et l'application de la loi du 18 janvier 1994. La lettre de mission souhaite aussi l'analyse de problèmes plus spécifiques parmi lesquels « la toxicomanie et l'accès aux traitements de substitution ».

● Synthèse

De façon générale, le rapport pointe des difficultés qui, si elles ne sont pas spécifiques à l'organisation des soins en matière de traitements de substitution, ont un impact sur cette dernière et font l'objet de points traités dans notre présent rapport (pour n'en citer que quelques uns : secret médical, relations des services de soins avec les SPIP, difficultés dans la prise en charge sanitaire au regard des contraintes liées à l'univers carcéral, logique de territorialité dans le fonctionnement des UCSA et des SMPR, relations parfois difficiles entre SMPR et CSST, etc.).

Concernant plus particulièrement la situation en matière de prise en charge de la toxicomanie et de traitements de substitution (pp 66-69), si la mission IGSJ/IGAS note une clarification du cadre réglementaire et une progression des traitements de substitution, elle pointe toutefois 3 grands motifs de blocage :

- des refus de principe d'un certain nombre de médecins par rapport aux traitements de substitution ;
- des pratiques très différentes d'un établissement à l'autre ;
- des difficultés inhérentes à la vie carcérale compliquant ainsi l'accès aux traitements (trafics, difficultés de prise en charge globale accompagnant les traitements de substitution).

Face à ces constats, la mission formule 4 recommandations majeures sur la prise en charge de la toxicomanie, dont une concerne le renforcement de l'accès aux traitements de substitution (pp 143-144) :

« Les traitements de substitution se développent avec difficulté. C'est sans doute dans ce domaine que le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur se pose avec le plus d'acuité.

- la clause de conscience du médecin qui ne veut pas prescrire en raison de questions éthiques, ne doit pas faire obstacle à la demande du patient qui souhaite un traitement de substitution. Dans une telle situation, le détenu doit avoir accès à un médecin qui ne fait pas jouer cette clause de conscience ;

⁶ Ces textes ne sont certainement pas exhaustifs sur la question, mais nous avons privilégié ceux qui répondaient à une commande de l'Etat ou de ses administrations centrales, ou bien ceux qui émanaient directement d'institutions mises en place par l'Etat.

- l'impossibilité pour les détenus de recevoir de la méthadone dans les établissements où aucun CSST n'intervient est problématique. La modification en cours de l'AMM sur la méthadone devrait contribuer à résoudre ce problème ;⁷
- la continuation d'un traitement de substitution ou son initialisation en prison font l'objet d'appréciations diverses. Une politique cohérente doit être mise en place. Il ne s'agit pas d'entraver la liberté de prescription du médecin mais de lui apporter un cadre utile que beaucoup de soignants réclament d'ailleurs.

La mission recommande que les administrations centrales concernées élaborent, en concertation avec les professionnels, un cadre général de mise en œuvre des traitements de substitution en prison et définissent ainsi les bonnes pratiques. Ce point devrait par ailleurs faire l'objet d'une attention particulière lors de la discussion du nouveau cahier des charges des antennes toxicomanies et des protocoles soumis aux DDASS ».

« Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral », Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) – Direction Générale de la Santé (DGS), Décembre 2001.

● Contexte

A la suite de la réforme découlant de la loi de janvier 1994, le ministre de la Justice et le secrétaire d'Etat à la Santé avaient confié au professeur Gentilini une mission d'étude sur la prise en charge du VIH et de la toxicomanie en milieu pénitentiaire. Certaines des recommandations du rapport avaient fait l'objet d'une mise en œuvre immédiate. Afin de poursuivre la réflexion dans le domaine de la prévention, le directeur général de la santé et le directeur de l'administration pénitentiaire décident de mettre en place fin 1997 une mission conjointe santé-justice sur la réduction des risques de contamination par le VIH et les hépatites virales en milieu carcéral. Ce rapport aborde les traitements de substitution en tant qu'outil de RDR (au même titre d'ailleurs qu'en milieu libre).

● Synthèse

La mission préconise le développement des traitements de substitution en prison (à partir d'une situation jugée « insatisfaisante » à l'époque⁸ : inégalité de l'accessibilité aux traitements, grande disparité des pratiques de prise en charge entre établissements et régions, difficultés dans la prise en charge psychosociale). Si la recommandation n'est pas nouvelle, la mission apporte en revanche une approche novatrice en souhaitant un développement qui « assure la réussite » de ces traitements (page 56). Concrètement, il s'agit de :

- « élargir l'AMM de la méthadone aux hospitaliers afin de permettre aux médecins hospitaliers des établissements non dotés de SMPR de prescrire un traitement par méthadone ;⁹
- développer les formations des équipes sanitaires sur les traitements de substitution (protocoles, dosages...) et leur intérêt pour les personnes détenus dépendantes ;
- impulser une réflexion sur les modalités de mise en œuvre des traitements de substitution les mieux adaptés aux besoins des usagers. Afin de favoriser cette réflexion, la mission propose d'organiser – dans le cadre des journées régionales envisagées pour la mise en œuvre des présentes recommandations (ndlr : du rapport) – des rencontres régionales sur la substitution en milieu carcéral ; ces rencontres, qui regrouperaient les personnels médicaux et spécialisés intervenant en milieu pénitentiaire, des praticiens extérieurs et des personnels pénitentiaires (surveillants et travailleurs sociaux) formés sur la question des dépendances, auraient pour objectif de faire émerger un consensus sur les modalités de mise en œuvre de la substitution en milieu carcéral (la mission propose ensuite des thèmes de contenus de ces rencontres : bénéfices des traitements, méfaits induits par l'arrêt des traitements en détention, connaissance des traitements, dosages adaptés aux besoins des personnes, continuité des soins à l'extérieur, modalités de délivrance) ;
- sensibiliser les personnels pénitentiaires à l'intérêt des traitements de substitution dans le cadre de la prise en charge des détenus toxicomanes (formation initiale et modules de sensibilisation) ;
- inscrire la prescription des traitements de substitution dans une prise en charge globale. »

⁷ Modification acquise depuis, suite à la circulaire du 30 janvier 2002 et à la modification de l'AMM méthadone en date du 4 février 2002.

⁸ Rappelons que les travaux de la mission ont commencé fin 1997.

⁹ Là encore, la modification a été faite depuis.

Au delà des traitements de substitution, la mission préconise que la politique de RDR en milieu pénitentiaire fasse l'objet d'une « dynamique locale dans chaque établissement pénitentiaire sur la base d'objectifs opérationnels clairement définis » (page 65).

« Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France », Sénat, juin 2000.

● Contexte

Le 10 février 2000, le Sénat a adopté une résolution présentée par la Commission des Lois et visant à créer une commission d'enquête sur les conditions de détention. Ce rapport est donc de portée générale et aborde tous les aspects de la vie carcérale, y compris les questions de santé de façon générale, de prise en charge des détenus toxicomanes en particulier.

● Synthèse

Avant de détailler les constats et propositions du rapport sur la substitution en milieu carcéral, permettons-nous de mentionner un principe affirmé par les sénateurs (page 182) :

« La place des toxicomanes en tant que tels n'est pas en prison. La simple consommation de stupéfiants ne devrait pas impliquer de peines d'emprisonnement ».

Sur l'organisation des soins, le rapport pointe deux obstacles soulignés par d'autres textes :

- si la loi de janvier 1994 est clairement analysée comme un « progrès incontestable », cette « réussite reste à parfaire » en matière d'inadaptation des locaux des services de soins, de médiation des personnels de surveillance dans l'accès aux soins, de complexité des transferts prison-hôpital, et de difficile coopération entre l'administration pénitentiaire et le monde médical ; parmi ces difficultés était aussi soulignée la question particulière des établissements pénitentiaires à gestion déléguée¹⁰ où était pointée une formation insuffisante des personnels de santé aux pathologies particulières des détenus – VIH, hépatites, toxicomanie, ... (pp. 88-96) ;
- la difficile coordination entre les soins somatiques et psychiatriques, et donc les relations entre les UCSA et les SMPR (pp. 95-96).

Enfin, en matière de substitution, le rapport dénonce une « multiplicité d'acteurs de lutte contre la toxicomanie (SMPR, CSST, UCSA, CISIH, associations...) » qui est « contreproductive » (pp. 54-55).

Ce constat amène la commission d'enquête à formuler deux recommandations qui intéressent notre mission (la première directement, la seconde indirectement) :

- « Il semble nécessaire, sans procès d'intention, que le ministère de la santé, le ministère de la justice et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie mettent en place des règles plus satisfaisantes de coordination. (page 55)
- Des réunions régulières et programmées entre service médical et responsable d'un établissement pourraient permettre une meilleure coopération. (page 94) »

Plus spécifiquement sur la substitution, le rapport précise son souhait en matière de coordination de lutte contre la toxicomanie (page 182) :

« S'agissant des toxicomanes délinquants, la commission souhaite que les traitements de substitution soient généralisés dans l'ensemble des UCSA.¹¹

A la sortie de détention, il est essentiel que ces traitements ne soient pas interrompus.¹² »

Enfin, de manière plus générale, la commission pointe très largement les situations d'incarcération, d'indigence et de pauvreté des détenus. Ces situations nourrissent un terrain peu favorable à la mise en œuvre d'une réelle démarche de soins, analyse que nous reprendrons en discussion de notre présent rapport.

¹⁰ Etablissements du « Programme 13 000 » à gestion semi-privée, où les équipes médicales ont dépendu jusqu'en 2002 de groupements privés assurant les missions de soins aux détenus.

¹¹ Le rapport est rédigé avant la circulaire de janvier 2002.

¹² Sur ce dernier point, le rapport souligne que cette question est aussi liée aux capacités d'accueil (et donc à l'organisation des soins) en milieu libre.

3-3-2-2 : Les textes concernant l'usage de drogues en milieu carcéral

En raison de leur thématique, ces textes abordent aussi plus ou moins spécifiquement la situation en milieu carcéral. En outre, certaines de leurs considérations peuvent nourrir notre réflexion et nos conclusions plus générales.

« L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison - polyconsommation - substitution . Les "années cachets" », Rapport du RESSCOM ; P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé ; juin 1999.

● Contexte

La DGS et la DAP ont souhaité mieux connaître les situations de prises de risques liées à la sexualité et à la consommation de drogues par voie intraveineuse en prison. Le rapport répond à cette commande. Il a été réalisé sur la base d'entretiens qualitatifs avec des usagers de drogues (hommes et femmes) dont les trajectoires personnelles ont été marquées par des incarcérations (et pour certain-e-s d'entre eux en grand nombre)¹³. Il s'agit essentiellement d'un document descriptif¹⁴ autour des consommations, trafics et prises de risques en prison, mais aussi des interactions existant entre le milieu libre et l'environnement carcéral sur ce sujet. Eu égard à son sujet, les traitements de substitution en prison occupent un thème important de ce travail, mais dans une utilisation de produit-drogue. Les analyses plus générales autour de la situation des drogues en prison peuvent aider à éclairer certaines des recommandations et conclusions de notre mission.

● Synthèse

L'hypothèse majeure qui sous-tend l'analyse repose sur l'existence de nouvelles trajectoires dans la consommation de produits psychoactifs en raison de l'apparition d'une polyconsommation médicamenteuse, tant en milieu libre qu'en prison. Les traitements de substitution s'inscrivent dans (et nourrissent aussi) ce nouveau contexte : « les cachet (y compris les traitements de substitution) sont au centre de ce système » (page 57-58). Autre élément majeur, ce nouveau système de consommation est marqué par la grande précarisation des usagers, précarisation qui n'est pas sans incidences sur la prison (tant en terme de profils des personnes incarcérées¹⁵ que des conséquences sur l'économie carcérale et la place que les prescriptions médicales prennent dans le trafic¹⁶).

Comme dans de nombreux autres sources, les auteurs décrivent un environnement carcéral marqué par une grande hétérogénéité des prises en charges des usagers de drogues, y compris en matière de traitements de substitution. Selon eux, « ces disparités ont des incidences sur les pratiques des usagers » et leurs représentations du système de soin, tant « dedans » que « dehors ». Cet impact peut être d'autant plus fort que :

- « la situation d'enfermement ne casse pas le mode de vie des personnes ayant intégré les produits psychoactifs dans leur mode de vie » (page 94) ;
- « les trajectoires de la majorité des personnes rencontrées sont marquées par des expériences précoces de démarquage vis-à-vis des dispositifs publics dans leur ensemble. » (page 111)

L'importance de ces conduites de « démarquage », au moins chez les usagers les plus précarisés, amène les auteurs à souligner la nécessité d'individualiser la relation de soin en matière de traitement de substitution :

¹³ Ces usagers ont été recrutés par le biais de structures de première ligne.

¹⁴ Documenté à partir de la situation existant dans les années 1998/1999.

¹⁵ Selon les auteurs, ce sont les détenus les plus précarisés qui consomment, et ces personnes arrivent généralement avec des trajectoires de consommation dans ces produits préalables à leur incarcération. A l'inverse, elles vont pérenniser à leur sortie des pratiques de consommation contractées en prison (« toutes les personnes qui ont connu [ndlr : hors prescription] le Subutex en prison vont directement le chercher dans la rue à leur sortie, et passent très rapidement du sniff à l'injection » page 93).

¹⁶ Ce que les auteurs appellent le « prix de l'indigence », étant précisé que le marché noir carcéral médicamenteux est alimenté tant par les prescriptions internes que par des apports extérieurs.

« à partir du moment où le contexte comme les moyens ne permettent pas une attention et un suivi individuel des personnes, on trouve automatiquement sur le marché carcéral illicite les moyens [ndlr : en termes de traitements de substitution] pour que les personnes maintiennent en prison leur mode de fonctionnement habituel, sans espoir d'un changement, voire même dans un désespoir total » (page 114).

Cette distanciation avec le soin, dans le cadre de ces nouvelles trajectoires de consommation, amène les auteurs à penser que le temps de l'incarcération ne constitue plus une période de « break » propice à l'entrée dans le soin, et obère la sortie de prison en termes de relais post-pénal. Cette appréciation est parallèle au sentiment souvent exprimé par les usagers rencontrés que « avant, avec l'héroïne, c'était moins dur ».

En conclusion, les auteurs pointent que pour cette catégorie d'usagers très précarisés et très marqués par l'incarcération, « des déplacements importants se sont opérés ces dernières années en France dans les logiques et contextes de consommation de drogues, que ce soit par détournement, association ou expérimentation de nouvelles molécules. Les produits de substitution, en particulier le Subutex, ont pris une place centrale pour devenir – avec des variations selon les régions et les modes d'usage – une « drogue de la rue » et un produit d'élection pour les consommateurs en situation précaire. Pour d'autres, il constitue un « complément » d'accès moins risqué et moins coûteux, utilisé pour réduire la souffrance dans les temps d'entre-deux, ou encore un substitut plus occasionnel et secondaire utilisé en situation de pénurie momentanée d'héroïne. » (page 145).

Selon les auteurs, la question de la substitution en prison s'inscrit dans cette analyse générale : « [Ce travail] montre seulement que [la prison] n'est ni un monde clos, ni un monde à part, et qu'il ne peut se comprendre ou s'améliorer que mis en perspective, en continuité, et non pas en contradiction, avec le reste du monde social. » (page 151)

3-3-2-3 : Les textes concernant l'usage de drogues et/ou les traitements de substitution

En raison de leur thématique, ces textes abordent aussi plus ou moins spécifiquement la situation en milieu carcéral. En outre, certaines de leurs considérations peuvent nourrir notre réflexion et nos conclusions.

« Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique – Propositions pour une reformulation du cadre législatif », Rapport, avis et recommandations du Conseil National du Sida, adoptés le 21 juin 2001.

● Contexte

En 1993, le CNS avait produit un premier rapport sur la vulnérabilité des usagers de drogues par voie intraveineuse face aux risques infectieux. Il soulignait alors la politique de prévention et appelait les pouvoirs publics et les associations à « s'engager résolument dans une politique de réduction des risques liés aux usages de drogues ». Les stratégies de RDR, et particulièrement la mise à disposition de traitements de substitution comme nous avons pu le voir précédemment, étaient alors à l'état embryonnaire. Plusieurs années plus tard, le CNS a voulu faire le point sur cette question, pour deux raisons majeures : d'une part (et malgré un réel impact des actions de RDR), des comportements à risques existent toujours chez certains usagers (qu'il s'agisse de partage de matériel servant à la consommation de drogues ou de relations sexuelles non protégées) ; d'autre part, le CNS appelle à une réflexion sur la place de la dimension préventive et de la stratégie de RDR dans la loi.

● Synthèse

Le rapport ne porte pas directement sur le milieu carcéral. Toutefois, une des recommandations majeures du CNS ne peut qu'avoir des conséquences sur le sujet de notre mission : la dépénalisation de l'usage privé de toutes les drogues et l'aménagement des réponses pénales au regard des risques sanitaires et sociaux encourus par les usagers de drogues. Cet impact ne résiderait pas tant dans la diminution de la présence d'usagers de drogues en prison (les usagers de drogues étant souvent incarcérés pour d'autres motifs que l'usage simple, qu'il s'agisse d'autres d'ILS ou d'autres infractions) ; cette mesure pourrait

surtout faciliter une approche pragmatique de toutes les questions liées à la RDR en milieu carcéral (dont la question des consommations en prison, ou encore celle de l'injection).¹⁷

Au delà de cette recommandation majeure, le rapport du CNS aborde plus particulièrement la question des traitements de substitution en milieu carcéral et formule les recommandations suivantes (pp. 106-107) :

« [Le CNS] réaffirme avec force l'indispensable ouverture du milieu pénitentiaire à l'ensemble des pratiques médicales permettant la prise en charge des dépendances. En particulier, il voit dans la persistance de freins à un accès équivalent aux produits de substitution à l'intérieur et à l'extérieur du contexte carcéral, un démenti aux ambitions affichées par la loi du 18 juillet 1994, comme aux recommandations des plus hautes instances internationales (OMS, Conseil de l'Europe, ONUSIDA) et constate qu'il est fondé à renouveler l'exigence de changements en la matière.

- Il préconise d'une part que soit mis un terme aux distinctions dans les autorisations de prescrire des différentes structures qui y exercent la fonction de santé ; le partage des tâches dans la primo-prescription en milieu carcéral (seuls les CSST dépendant des SMPR, à l'exclusion des UCSA, peuvent initier la méthadone) conduit par exemple à des inégalités d'accès aux soins qui ne sont pas justifiées.¹⁸
- Il propose d'autre part qu'en cas d'impossibilité de prise en charge au moyen de médicaments de substitution adaptés aux besoins des usagers de drogues incarcérés, au sein même de la prison, en particulier lorsque ceux-ci bénéficient déjà d'un traitement à leur entrée, la loi envisage le recours à des praticiens extérieurs »

Ce souci est synthétisé dans une recommandation précise à l'attention du législateur (page 130) :

« Le CNS recommande qu'un complément soit apporté à la loi de 1994 sur la santé en milieu pénitentiaire, dont le CNS constate les effets très positifs ; une disposition visant à permettre le recours à un praticien extérieur, notamment pour la prise en charge au moyen de médicaments de substitution, pour tout usager incarcéré à qui des soins seraient refusés ou confronté à la rupture de traitements qu'il suit. »

Au delà de cette recommandation¹⁹, le CNS souhaite contourner les difficultés d'accès aux soins en milieu carcéral en formulant une recommandation à l'attention des pouvoirs publics (page 132) :

« Le CNS recommande que les soins en milieu pénitentiaire fassent l'objet de décisions de la part des autorités de santé et de justice, visant à garantir leur mise en œuvre dans tous les centres de détention, à offrir un même niveau de prestations médicales dans toutes les structures, et à éviter les ruptures de traitements observées actuellement, notamment dans les prescriptions de médicaments de substitution. »

« L'accès à la méthadone en France – Bilan et recommandations », Rapport réalisé à la demande du ministre de la Santé par M.-J. Caumon, J.-F. Bloch-Lainé, W. Lowenstein, A. Morel, avril 2002.

● Contexte

Le ministre de la Santé demande en 2001 à un groupe d'expert investis dans le soin aux toxicomanes et/ou la réduction des risques d'analyser la situation de la méthadone en France et de formuler des recommandations sur le cadre d'utilisation de la méthadone. Au delà de la méthadone, ce groupe a analysé plus globalement la question des traitements de substitution.

● Synthèse

Le rapport dresse un état des lieux soulignant la disproportion dans la répartition des traitements entre méthadone et BHD. Son analyse et ses recommandations sont de portée générale (ce qui ne veut pas dire qu'elles ne sont pas précises). Au sujet du milieu carcéral, le

¹⁷ « c'est là un des paradoxes majeurs de la prise en charge des comportements à risque en prison : particulièrement favorable à l'amplification des risques sanitaires et aux usages de drogues eux-mêmes, l'univers pénitentiaire est régi par le respect de la loi et des interdits réglementaires ; dès lors, toute démarche fondée sur la reconnaissance des usages de drogues illicites ou des risques qui en résultent se heurte à un contexte répressif particulièrement prononcé », rapport du CNS, page 46. Dans la même veine, le CNS se prononce pour la mise en place de programmes expérimentaux d'échange de seringues en prison.

¹⁸ La circulaire du 30 janvier 2002 a donné le cadre réglementaire pour répondre à cette attente.

¹⁹ Qui offrirait un support légal permettant une alternative aux difficultés rencontrées dans l'accès aux traitements de substitution en raisons des variabilités d'accessibilité et des diversités de pratiques.

constat dressé par les auteurs rejoint ce qui ressort d'autres rapports (disparités des pratiques en raisons d'obstacles idéologiques et/ou matériels). En termes de recommandations, les auteurs préconisent « d'améliorer la qualité du soin avec les traitements de substitution en milieu carcéral » (page 83) :

- « assurer, en milieu carcéral, les mêmes droits et choix de traitements de substitution qu'en ville ou à l'hôpital conformément à la circulaire d'août 2001 signée par le Directeur Général de la Santé, le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, la Directrice de l'Administration pénitentiaire et la Présidente de la MILDT.
- Assurer une continuité de la prise en charge sociale à la sortie de prison pour éviter l'interruption des traitements »

Citons cependant deux recommandations de portée générale issues de ce rapport, sur lesquelles la mise en place d'un cadre de bonnes pratiques en milieu carcéral pourrait s'appuyer : la mise en place d'une conférence de consensus sur les modes d'utilisation de la méthadone et la création d'une Agence Nationale de Recherche en Addictologie. De la même façon, la réflexion des auteurs sur le cadre d'utilisation de la méthadone (en particulier sur la primo-prescription en médecine de ville) pourrait nourrir les questions liées à la prescription et à la délivrance de méthadone en prison. Au delà de la méthadone, les auteurs appellent à une diversification des traitements de substitution (cadre de prescription et de suivi, galéniques – y compris sous forme injectable, molécules et traitements possibles, etc.).

Enfin, les auteurs pointent les contradictions auxquelles aboutit le cadre légal issu de la loi de 1970 en matière de soins : selon les auteurs, la loi de 1970 a introduit une logique de spécialisation dans le soin aux toxicomanes, logique de spécialisation portée par des structures elles-mêmes spécialisées, avec des traitements (dits de substitution) eux-même spécialisés ; cette configuration institue un environnement d'exception pour tout ce qui touche à la toxicomanie, y compris en ce qui concerne sa prise en charge médicale. Or, cet environnement d'exception est foncièrement remis en cause par le développement des traitements de substitution à partir de 1995, en particulier avec la diffusion massive de la BHD en médecine de ville. La prescription de cette molécule rejoignant un système de droit commun, la loi d'exception n'est plus justifiée selon les auteurs. La confrontation de la RDR et de ses outils au milieu carcéral et aux limites légales et réglementaires que ce dernier impose pourrait relever d'une même logique.

3-3-2-4 : Les autres textes

Concernant des thématiques plus générales, ils peuvent incidemment apporter un éclairage sur la situation en milieu carcéral.

« Prise en charge des personnes infectées par le VIH – Rapport 2002 », Recommandations du groupe d'experts, sous la direction du Pr Jean-François Delfraissy, Ministère de la Santé, juillet 2002 (Flammarion, coll. Médecine-sciences).

● Contexte

La prise en charge de l'infection par le VIH fait l'objet depuis maintenant plusieurs années en France d'un encadrement par des recommandations portant sur les indications de traitements, la prise en charge globale, la prise en compte de spécificités, etc. Ces recommandations sont le fruit d'une mission confiée par le ministère de la santé à un groupe d'experts issus de champs variés et coordonnés par un praticien. Ce rapport, s'il concerne la prise en charge de l'infection à VIH, aborde aussi la situation spécifique de l'infection à VIH en milieu carcéral et notamment dans cette partie la question des traitements de substitution.

● Synthèse

Le groupe d'experts s'intéresse tout d'abord aux traitements de substitution en tant qu'outils de prévention et/ou de réduction des risques infectieux du VIH et des hépatites au sein d'une population particulièrement exposée à ce risque. Comme d'autres auteurs, il pointe lui aussi

« une très grande hétérogénéité dans l'accès aux traitements de substitution en prison ». Selon lui, « cette situation pose le problème de l'absence de choix du médecin prescripteur pour les personnes incarcérées ».

Le groupe d'expert précise ensuite ses recommandations concernant la prise en charge des pratiques addictives en milieu carcéral. Après avoir rappelé les conditions de cette prise en charge telles que spécifiées par les textes réglementaires (voir chapitre précédent), il propose 4 types de recommandations (page 358) :

- adopter une démarche pragmatique dans la délivrance en fonction de la taille des établissements et de la relation du patient au traitement (délivrance quotidienne ou deux fois par semaine selon les cas pour la BHD, en cellule ou au service médical)²⁰ ;
- « En cas de consommation non officielle (trafic en promenade) de buprénorphine, il peut être proposé une prescription de buprénorphine dans le cadre d'une consultation médicale. Cette attitude qui peut paraître contradictoire, a pour objectif de réintégrer le détenu dans une filière de soins » ;
- La proposition d'un traitement de sevrage à doses dégressives pour les détenus toxicomanes refusant tout traitement de substitution soit pour des raisons administratives (en cas d'expulsion), soit pour des raisons personnelles (échec antérieur, contrainte sanitaire, peur du racket), ces patients devant alors être revus en consultation à l'issue du sevrage.
- Anticiper le relais thérapeutique post-pénal.

Le groupe d'experts conclue (de façon générale et pas uniquement sur la substitution) sur cette synthèse (page 363) :

« (...) Cette prise en charge médicale et thérapeutique n'a de valeur que si elle s'inscrit dans la continuité. Il est donc nécessaire de :

- de sensibiliser les patients à un suivi médical après leur sortie de prison ;
- d'organiser au mieux socialement la sortie de détention. La préparation à la sortie implique une collaboration et une coordination des SPIP et des services médicaux ;
- de renforcer le partenariat entre les centres pénitentiaires et les structures associatives ou hospitalières qui prendront en charge ces patients.

Le suivi médical et thérapeutique doit s'accompagner d'une politique de réduction des risques pleinement appliquée. Cette action doit se faire avec l'appui de l'administration pénitentiaire et doit s'inscrire dans une approche de santé plus globale :

- l'accès aux traitements de substitution notamment doit être réel et uniforme dans l'ensemble des prisons françaises. Un état des lieux prison par prison paraît indispensable afin d'identifier et de recenser les établissements où la prescription de traitements de substitution pose problème, la DDASS pouvant choisir de faire intervenir un médecin extérieur dans ces établissements (...).

3-4 : LES DONNEES CHIFFREES

En France, la population pénale est de 59 000 détenus en avril 2003 (11 500 de plus qu'en février 2001, soit une augmentation de 24 %). Parmi ces derniers, la proportion d'utilisateurs de drogues est évaluée dans une fourchette allant de 23 % à 43 % (source : OEDT, l'usage de drogues en milieu carcéral), un chiffre moyen de 30 % étant couramment admis. Quel que soit le chiffre réel²¹, ces données font clairement apparaître une sur-représentation d'utilisateurs de drogues comparativement à la population française (l'expérimentation et l'usage d'héroïne au sein de la population française sont somme toute assez rares : chez les 18-44 ans, en 1999, l'usage d'héroïne au cours de la vie concerne 0,4 % des femmes et 1,7 % des hommes. De manière globale, il est estimé que le nombre d'utilisateurs problématiques d'opiacés ou de cocaïne en France, en 1999, se situerait entre 146 000 et 178 000 ; source : OFDT).

²⁰ Pour la méthadone, distribution quotidienne à l'unité de soin.

²¹ Il existe un débat, à la fois sur la part de détenus dépendants (et la définition que l'on donne à la dépendance) à l'entrée, mais aussi sur les données concernant la consommation de drogues en prison.

La proportion de détenus bénéficiant d'une prescription de traitement de substitution a régulièrement augmenté ces dernières années :

Tableau 1

	Nbre de détenus	% de détenus en substitution	Nbre de détenus dépendants (hypothèse : 30 %)	% de substitués parmi les détenus dépendants
Mars 1998	52 000	2 %	15 600	6 %
Novembre 1999	50 000	3,3 %	15 000	11 %
Décembre 2001	47 000	5,4 %	14 100	18 %

Source : DGS/DHOS

A titre de comparaison, si l'on reprend les données en population générale, 56 % des usagers de drogues sont en traitement de substitution (96 000 personnes en traitement méthadone ou BHD pour environ 160 000 personnes dépendantes à l'héroïne).

Concernant la répartition par traitement, en décembre 2001 85,6 % des détenus sous substitution avaient une prescription de BHD, les autres un traitement méthadone (cette répartition est semblable à celle existant en population générale).

Ces augmentations dans la proportion des personnes traitées sont corrélées à trois phénomènes :

- augmentation sur la même période du nombre de personnes en traitement de substitution en milieu libre (conséquences sur la poursuite des traitements en milieu carcéral) ;
- diminution du nombre de services médicaux ne pratiquant pas la substitution en milieu carcéral ;
- diminution des interruptions de traitements de substitution au moment de l'incarcération.

Si l'accessibilité aux traitements de substitution en milieu carcéral progresse indéniablement, il n'en reste pas moins que le détail de l'organisation des soins révèle une diversité très forte des pratiques d'une part (voir chapitre suivant), et que d'autre part la couverture de soin par rapport à la population dépendante aux opiacés est largement inférieure à celle prévalant en milieu libre (18 % des détenus concernés contre 56 % des usagers de drogues en France).

4 - INVESTIGATION SUR LE TERRAIN

4 - 1 : MATERIEL ET METHODE

Des questionnaires spécifiques ont été élaborés à destination des :

- équipes soignantes (annexe 1, page 60)
- personnels pénitentiaires (annexe 2, page 66)
- patients toxicomanes incarcérés (annexe 3, page 68).

● Questionnaire « équipes soignantes » : entretien semi-directif avec questions semi-ouvertes ou ouvertes (avec le médecin référent désigné par le Chef de Service de l'UCSA ou du SMPR et parfois des représentants de l'équipe soignante) évaluant le type de dispositif existant et les propositions des soignants. Passation sur le lieu de détention ou dans l'hôpital de rattachement par un investigateur unique²². Le questionnaire a été légèrement modifié au cours des premières passations afin de tenir compte des suggestions des personnes interrogées.

Les établissements pénitentiaires ont été choisis afin d'être représentatifs sur des critères :

- de dispositif de soin existants : UCSA et/ou SMPR et/ou CSST ;
- de taille d'établissement ;
- de type d'établissement (Maison d'Arrêt, Etablissement pour peine, Etablissement pour hommes, Etablissement pour femmes) ;
- de représentativité géographique.

● Questionnaires « personnels pénitentiaires » : entretien semi-directif avec questions ouvertes ou semi-ouvertes portant sur la connaissance du dispositif de soins dans l'établissement concerné, la perception des traitements de substitution et les suggestions ou demandes afin d'améliorer le dispositif actuel.

Trois établissements ont été retenus (trois Maisons d'Arrêt, une en Ile de France et 2 en province) avec passation sur place par deux investigateurs²³, lors d'entretiens individuels avec l'ensemble des catégories de personnels pénitentiaires (personnels de direction, chefs de service pénitentiaire, premiers surveillants, CIP, surveillants soit 8 à 10 entretiens par établissement).

● Questionnaires « détenus » : entretien semi-directifs avec questions ouvertes ou semi-ouvertes portant sur le type de prise en charge actuelle, les attentes et demandes afin d'améliorer cette prise en charge, la perception du dispositif de soin et de son intégration dans l'ensemble de l'établissement.

Sélection des détenus ayant participé à l'évaluation : deux populations distinctes ont été recrutées :

- La première représentée par des détenus déjà suivis par des correspondants locaux de AIDES intervenant en prison (8 établissements) ; investigateurs multiples²⁴.
- La seconde, selon des modalités adaptées aux établissements visités pour ceux où il n'y avait pas d'intervention de AIDES (8 établissements également) ; investigateur unique²⁵.

²² Laurent MICHEL.

²³ Laurent MICHEL et Olivier MAGUET.

²⁴ Les correspondants de AIDES localement : Corinne CASTELLANO, Nathalie CLEMENT, Carine BATTAGLIA.

²⁵ Olivier MAGUET.

Les entretiens ont été effectués soit aux parloirs « Avocats », soit dans les locaux des UCSA/SMPR, soit dans les locaux habituellement utilisés par le SPIP.

L'enquête sur le terrain a été réalisée entre les mois d'octobre 2002 et mars 2003.

L'ensemble des établissements, des équipes soignantes et des correspondants locaux ont accepté le principe de l'enquête et ont répondu à nos demandes avec beaucoup de disponibilité et d'attention.

Un ordre de mission a été délivré par la DGS et un courrier circulaire transmis par la DAP à l'ensemble des Directions Régionales concernées afin de faciliter notre démarche annexe 4 page 73).

4 - 2 : RESULTATS

4-2-1 : ENQUETE SANITAIRE

4-2-1-1 : présentation du recueil de données

Au total, 22 questionnaires ont été complétés, concernant :

- ❖ 13 Maisons d'Arrêt Hommes (Metz, Villefranche, Grasse, Nice, Nîmes, Fleury-Mérogis, Nanterre, Toulouse, Bayonne, Clermont, Riom, Loos, Angoulême),
- ❖ 2 Maisons d'Arrêt Femmes (Fresnes, Rennes),
- ❖ 1 Centre des Jeunes Détenus (Fleury-Mérogis),
- ❖ 3 Centres de détention Hommes (Tarascon, Loos, Muret),
- ❖ 2 Centrales Hommes (Poissy, Riom),
- ❖ 1 Centre de Détention Femmes (Rennes).

Six établissements disposent d'un CSST intra-carcéral. Celui-ci est en général étroitement associé dans son fonctionnement à celui du SMPR et a le même chef de service.

Onze établissements (dont les 6 disposant d'un CSST) disposent d'un SMPR (en fait, 7 sur l'ensemble des 26 SMPR français, les CD – Muret, Loos, Rennes – n'étant pas le siège de SMPR mais bénéficiant des prestations du SMPR, et le CJD de Fleury faisant partie de la maison d'arrêt).

L'importance de la charge de travail représentée par les soins aux détenus bénéficiant d'un traitement de substitution est quasi-impossible à déterminer en raison de son intrication avec le reste du fonctionnement des structures de soins. Il est rare que des temps soignant, médical ou psychologique précis soient individualisables.

Il paraît néanmoins clair que cette charge de travail est importante et en général sous-évaluée par les équipes concernées si l'on tient compte des temps consacrés à :

- ❖ La commande et les formalités administratives associées (récapitulatifs...).
- ❖ La préparation des traitements.
- ❖ La délivrance (incluant la surveillance et l'échange associé) des traitements.
- ❖ Les prescriptions médicales (sans compter le temps médical consacré au patient qui n'est pas spécifique des patients sous substitution).
- ❖ Le temps consacré aux recadrages des patients en difficulté.
- ❖ Le temps consacré aux reprises institutionnelles (en générale nécessaires et nombreuses) que ce soit au sein des équipes de soin ou avec le personnel pénitentiaire, les tutelles, directions....

L'entretien a eu lieu avec le médecin référent « toxicomanie » désigné par le chef de service du SMPR/CSST quand ils existent ou de l'UCSA. Un ou plusieurs représentants de l'équipe infirmière ont occasionnellement participé à l'échange ou partie de l'échange.

Les médecins référents désignés sont :

- ❖ Dans 12 cas sur 16 (et non 22 puisque le référent pouvait exercer dans deux établissements visités, Maison d'Arrêt + Centre de détention par exemple) psychiatres de formation.
- ❖ Dans un cas médecin généraliste.
- ❖ Dans un cas médecin de Santé Publique.
- ❖ Dans deux cas médecins Anesthésistes/Réanimateurs de formation.

Trois médecins sur les 16 ont une formation universitaire en addictologie (Capacité...).

Trois médecins (dont un des trois ci-dessus) exercent par ailleurs dans un CSST en dehors de la prison, l'un des 3 étant également responsable d'une ECIMUD.

L'ensemble de la population carcérale évaluée est de 11 168 détenus (effectif au jour de l'enquête dans chaque établissement), soit environ 20 % de la population carcérale totale.

Sur l'ensemble de ces détenus, 7,8 % (870) bénéficient d'un traitement de substitution, dont 709 par BHD soit 81,5 % des substitués et 6,35 % de la population pénale étudiée, 161 par méthadone (18,5 % des substitués et 1,44 % de la population pénale étudiée).

Ces chiffres sont en croissance comparativement à ceux de l'enquête DGS/DHOS de décembre 2001 (5,4 % de la population pénale bénéficiait d'un traitement de substitution, dont 4,6 % par BHD et 0,8 % par méthadone) mais doivent être relativisés puisqu'ils ne portent que sur un échantillon de la population pénale (échantillon dans lequel sont sur-représentés les établissements dotés de SMPR et CSST, respectivement 11/22 et 6/22).

Le pourcentage de personnes substituées varie notablement d'un type d'établissement à l'autre (aucun détenu substitué dans les deux centrales pour hommes, 5,16 % pour l'ensemble des 3 CD contre 8,57 % en moyenne (757/8830) pour les 13 Maison d'Arrêt Hommes).

Ces variations existent également d'une Maison d'Arrêt à l'autre (2,1 % pour un petit établissement de l'Ouest contre 15 % et même 16,2 % de la population pénale pour les 2 grosses Maisons d'Arrêt proches de la frontière belge).

Les établissements dotés de structures spécialisées (SMPR, CSST) sont ceux présentant le plus important pourcentage de patients substitués (cf. tableau 2).

Fleury-Mérogis, traditionnelle détentrice du record de détenus substitués du fait de sa population pénale, est dans la moyenne des maisons d'Arrêt avec 7,8 % de détenus.

Tableau 2

MAF : maison d'arrêt Femmes ; MAH : maison d'arrêt Hommes ; CD : centre de détention ; CJD : centre des jeunes détenus

	MAF	MAH	MAH avec SMPR/CSST	MAH sans CSST	CD	centrale	CJD
Nombre d'établissements	2	13	5	8	4	2	1
Nombre de détenus	140	8830	6050	2780	1781	347	70
Substitués (Méthadone + BHD)	19 (13,57%)	757 (8,57%)	583 (9,64%)	174 (6,26%)	94 (5,28%)	0	0
Méthadone	7 (5%)	147 (1,66%)	111 (1,83%)	36 (1,29%)	7 (0,39%)	0	0
BHD	12 (8,57%)	610 (6,91%)	472 (7,80%)	138 (4,96%)	12 (4,88%)	0	0

4-2-1-2 : Mise à disposition des traitements de substitution

Un seul établissement (CD) n'offre pas la possibilité au détenu de maintenir un traitement de substitution préexistant, et ceci uniquement pour la méthadone (en raison de conflits institutionnels et d'une insuffisance de moyens). Il est alors proposé au détenu substitué par méthadone d'être réorienté en Maison d'Arrêt ou d'être sevré.

Cependant, on peut noter que parmi l'ensemble des établissements visités, 3 n'ont aucun patient sous BHD (1 quartier mineur et les 2 centrales pour hommes, posant la question de la place de ces traitements dans le cadre des longues peines), 6 aucun patient sous méthadone (dont le quartier mineur et les deux centrales hommes, mais aussi 3 maisons d'arrêt dont 2 dans lesquelles le seul intervenant en toxicomanie présent n'intervient plus).

Concernant l'initialisation des traitements de substitution :

- ❖ 3 sur 22 ont pris l'option de ne pas initialiser la méthadone (1 Centrale, 1 CD, 1 MA).
- ❖ 3 sur 22 ont pris l'option de ne pas initialiser la BHD (1 Centrale, 1 CD, 1 MA).

Ces choix sont justifiés :

- ❖ Pour la Centrale par l'absence de demande.
- ❖ Pour le CD par l'absence de moyen disponible et des conflits institutionnels.
- ❖ Pour une des maisons d'Arrêt, par le choix délibéré de privilégier la méthadone, considérée comme plus adaptée au milieu carcéral et plus fiable car plus contrôlable, et pour l'autre, par des habitudes de prescription centrées sur la BHD, considérée comme plus « sûre » lors de mésusages.

4-2-1-3 : Contrôles urinaires

Neuf établissements sur les 22 ne pratiquent aucun contrôle urinaire.

Dans les autres établissements, la prescription de contrôles urinaires est rare ou exceptionnelle, réservée aux détenus entrants ne pouvant justifier d'une prescription et aux situations d'impasse thérapeutique.

Les médecins également référents d'un CSST hors du milieu carcéral disent moins les utiliser en prison qu'à l'extérieur, en percevant moins d'indications cliniques.

4-2-1-4 : Poursuite des traitements de substitution

Reconduction

▪ Méthadone

Un seul établissement (CD) ne poursuit pas les traitements par Méthadone (Cf. ci-dessus).

La vérification d'une prescription antérieure est systématiquement effectuée auprès du prescripteur, du CSST ou de la pharmacie de délivrance (en général en attente de pouvoir contacter le prescripteur). Une demande de confirmation par fax est parfois demandée (1 établissement). Dans les établissements pour peine, les prescriptions inscrites sur le dossier provenant du précédent établissement suffisent. La posologie est en général maintenue après examen clinique, avec réévaluation en cas de posologies élevées.

▪ BHD

Tous les établissements poursuivent un traitement par BHD préexistant.

Quatorze établissements sur 22 acceptent, en fonction de l'évaluation clinique, de prescrire à l'entrée un traitement par BHD sur les propos seuls du détenu quand la prescription n'est pas vérifiable. En établissement pour peine, la question est simplifiée par la transmission du dossier médical du précédent établissement dans lequel les prescriptions sont relevées. Quatre Maisons d'Arrêts ne pérennisent la BHD que si une confirmation téléphonique peut être obtenue.

Qui prend la décision ?

C'est le dispositif local de soins qui détermine l'identité du prescripteur et du médecin prenant la décision du maintien du traitement. Lorsqu'un dispositif spécialisé existe (CSST intra-carcéral ou intervenant en toxicomanie extérieur), il intervient prioritairement. Dans les autres établissements, la répartition des tâches entre le SMPR ou le psychiatre extérieur et les médecins de l'UCSA dépend des dispositifs locaux et de leur histoire. Les SMPR, quand ils sont présents, sont plus sollicités dans l'évaluation, la prescription notamment de méthadone et l'organisation des soins. A contrario, les UCSA sont plus concernées par la délivrance des traitements notamment la BHD, suivant en cela les recommandations de la circulaire de 1994.

Posologies

Les posologies extérieures de méthadone sont habituellement reconduites, étant plus facilement vérifiables que celles de BHD. Une nuance est cependant apportée quand les posologies dépassent les seuils de 90-100 mg.

Trois établissements (2 MA, 1 CD) limitent les posologies à 8 mg par jour de BHD, estimant que cliniquement ses posologies sont habituellement suffisantes et que les reliquats font en général l'objet de trafics. Huit établissements s'en tiennent à l'évaluation clinique en tenant compte de l'Autorisation de Mise sur le Marché (limitant à 16 mg/j). Les autres établissements tolèrent, quand cela leur paraît justifié cliniquement, des posologies supérieures à 16 mg par jour.

4-2-1-5 : Initialisation des traitements de substitution

▪ Méthadone

Depuis la circulaire du mois de janvier 2002, la primo-prescription de méthadone est étendue à l'ensemble des praticiens des Etablissements Publics de Santé. L'initialisation par un traitement méthadone est donc devenue possible dans les établissements pénitentiaires ne possédant pas de CSST intra-carcéral ou d'intervenant d'un CSST extérieur.

Qu'en est-il en pratique quotidienne ?

Comme nous l'avons vu plus haut, trois établissements sur 22 ont pris l'option de ne pas initialiser la méthadone (1 Centrale, 1 CD, 1 MA) pour des motifs que nous avons détaillé.

Cependant, dans la majorité des autres établissements, si l'initialisation est possible, elle est décrite comme rare voire exceptionnelle (les motifs évoqués sont la brièveté des séjours, la réticence des détenus à bénéficier d'un traitement méthadone, la difficulté à organiser le relais post-pénal, le «risque» associé à la méthadone).

La décision d'initialisation est systématiquement prise par le médecin désigné référent « toxicomanie » (concrétisant ainsi le plus souvent une réflexion institutionnelle). Celui-ci est souvent aussi le prescripteur.

▪ **BHD**

Trois sur 22 ont pris l'option de ne pas initialiser la BHD (1 Centrale, 1 CD, 1 MA) pour des raisons déjà détaillées ci-dessus.

La décision est en général également prise par le médecin référent « toxicomanie » identifié sauf dans deux maisons d'arrêt (l'une à forte population pénale, l'autre présentant le pourcentage le plus élevé de patients substitués par BHD) disposant d'un SMPR (également CSST dans un cas) et d'une UCSA qui se répartissent les initialisations.

4-2-1-6 : Délivrance des traitements de substitution

▪ **Méthadone**

Dans tous les établissements pénitentiaires, la méthadone est délivrée quotidiennement, week-ends et jours fériés compris, et prise devant soignant.

Lieu de délivrance

Lorsqu'un SMPR/CSST existe, la délivrance a lieu dans ses locaux à l'exception d'un établissement pour lequel la délivrance se fait dans les locaux de l'UCSA (par du personnel UCSA ; c'est cette même maison d'arrêt qui a pris l'option de ne pas initialiser la méthadone). Dans les autres établissements uniquement dotés d'UCSAs, la délivrance se fait dans leurs locaux à l'exception de deux établissements qui délivrent la méthadone en détention en même temps que les traitements à visée somatique.

Personnel délivrant la méthadone

Dans les établissements dotés de SMPR/CSST, la délivrance est effectuée par son personnel soignant (à l'exception d'une maison d'arrêt dotée d'un SMPR, dont c'est le personnel UCSA qui délivre dans ses locaux la méthadone, cf. supra).

Dans les autres établissements, c'est le personnel soignant de l'UCSA qui effectue la délivrance. Dans 2 de ces établissements (une maison d'arrêt et un CD) ce sont des infirmières de formation psychiatrique et intégrées dans l'équipe de l'UCSA qui la réalisent en semaine.

Week-ends

La délivrance du week-end donne lieu à quelques aménagements.

Dans une MA et un CD dotés d'un SMPR commun, c'est l'équipe de l'UCSA qui effectue la délivrance du week-end par insuffisance d'effectif SMPR/CSST.

Dans une MA dotée d'un SMPR/CSST, la délivrance du week-end est toujours effectuée par l'équipe SMPR/CSST mais dans les locaux de l'UCSA.

Dosages plasmatiques de méthadone

Des méthadonémies sont occasionnellement effectuées dans cinq maisons d'arrêts.

La formation initiale des médecins référents influe vraisemblablement sur la pratique de cet examen puisque alors que 3/4 des médecins référents « toxicomanie » rencontrés sont psychiatres, 3/5 des référents intégrant cette évaluation dans leur pratique ne le sont pas.

■ **BHD**

Il existe de grandes variations dans la délivrance de BHD d'un établissement à l'autre.

Lieu de délivrance

Dans 6 établissements, la délivrance est effectuée exclusivement en détention.

Dans 7 établissements, la délivrance a lieu exclusivement à l'UCSA.

Dans 4 établissements, la délivrance a lieu dans les locaux du SMPR (ou du CSST quand ils sont individualisés).

Dans 5 établissements (toutes des maisons d'arrêt de grande taille), il existe un dispositif mixte, prévoyant :

- ❖ soit une délivrance initiale en lieu de soin pendant une période donnée (7 jours dans 2 maisons d'arrêt et 10 jours dans une troisième) afin d'évaluer la connaissance du traitement et d'informer des risques associés au mésusage, puis en détention ;
- ❖ soit une délivrance habituellement en lieu de soin mais aussi en détention chez les patients faisant preuve d'une compliance suffisante (2 maisons d'arrêt).

Personnel délivrant la BHD

- ❖ Dans 13 établissements (dont 1 doté de SMPR et un CD dont la MA proche dispose d'un SMPR/CSST), c'est exclusivement l'équipe de l'UCSA qui délivre la BHD, la tâche étant confiée aux infirmières de formation psychiatrique dans deux cas (2 fois par semaine dans un CD, tous les jours sauf le week-end dans une maison d'arrêt) avec une mission d'information et d'éducation à la santé ;
- ❖ Dans 4 établissements, c'est exclusivement l'équipe du SMPR/CSST qui délivre la BHD ;
- ❖ Dans 4 établissements (2 établissements d'un point de vue fonctionnel : CJD + MA, CD + MA), il existe un partage des tâches entre SMPR/CSST et UCSA. Ce partage se fait soit par répartition des quartiers de détention soit dans le cas du CD en alternant une semaine sur 2 l'équipe devant effectuer la délivrance.

A noter dans un certain nombre d'établissements une forte participation des préparateurs en pharmacie non seulement à la préparation des traitements de substitution mais aussi à la délivrance en détention.

Rythme et type de délivrance

- ❖ Dix-sept établissements (77 %) effectuent une délivrance quotidienne de la BHD, 11 (50 %) demandant que la prise se fasse devant soignant (dans les autres cas, la BHD est remise en main propre sous blister) et 5 (23 %) pilant les comprimés pour mieux contrôler la prise.
- ❖ Deux établissements effectuent une délivrance mixte, quotidienne usuellement, mais aussi deux fois par semaine ou hebdomadaire quand cela est possible (bonne compliance du patient).
- ❖ Trois établissements effectuent en règle générale une délivrance 2 fois par semaine (l'un des établissements proposant une délivrance 2 fois par semaine ou hebdomadaire selon la compliance du patient).

En cas de trafic ou de difficulté thérapeutique, cette délivrance est le plus souvent adaptée selon l'évaluation clinique avec retour possible à une prise sublinguale devant soignant.

Il faut noter que :

- ❖ les 5 établissements ne proposant pas une délivrance strictement quotidienne sont tous des maisons d'arrêts de grande taille ou amenés à gérer un grand nombre de patients substitués.
- ❖ les 5 établissements pilant la BHD sont des établissements de très petite taille et/ou ayant un très faible effectif de patients sous BHD (moyenne de 233 détenus pour ces établissements et une moyenne de 2 % de patients sous BHD).

Il semble par ailleurs que plus la taille de l'établissement est faible, plus la proportion de détenus sous BHD est minime (crainte de la stigmatisation ?).

Week-ends

Le dispositif change peu en général.

Dans trois établissements proposant une délivrance quotidienne en semaine (dont deux avec prise sublinguale devant soignant), le traitement est remis pour 2 ou 3 jours avant le week-end.

Dans une autre situation, le soignant du SMPR/CSST se déplace à l'UCSA le week-end pour la délivrance du traitement.

4-2-1-7 : Co-prescriptions

Tous les interlocuteurs (sauf un) disent avoir comme politique de limiter les co-prescriptions avec un traitement de substitution mais sont aussi unanimes à admettre que c'est extrêmement difficile à respecter.

L'accent est mis sur les benzodiazépines et le risque de leur association avec aussi bien BHD que méthadone

Les difficultés évoquées sont moins liées aux prescriptions de médecins extérieurs qu'à celles d'autres établissements pénitentiaires dont provient le patient²⁶. La réduction ou l'arrêt sont particulièrement difficiles à négocier car issues de médecins exerçant en milieu carcéral.

Un sevrage progressif est le plus souvent proposé. Une structure sèvre brutalement et l'autre remplace les benzodiazépines par du méprobamate.

Néanmoins, certains tolèrent plus facilement l'association méthadone-benzodiazépines (3 établissements), estimée moins dangereuse, d'autre celle BHD-benzodiazépines (1 établissement). Certains excluent toute prescription BHD-benzodiazépines (2 établissements). Quatre établissements prescrivent une benzodiazépine lorsqu'une co-morbidité psychiatrique est repérée (c'est alors une prescription émanant du psychiatre).

4-2-1-8 : Prise en charge

Réunions institutionnelles

Sept établissements n'ont aucune réunion institutionnelle centrée sur la toxicomanie, faute de temps. Ce sont tous des établissements ne disposant que d'une UCSA.

Les autres ont un temps institutionnel plus ou moins spécifiquement consacré aux traitements de substitution ou à la toxicomanie en général.

Suivi social

Huit établissements proposent systématiquement ou à la demande un suivi social (tous sont SMPR), les autres s'en remettant au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation.

Prise en charge ou suivi psychiatrique

Quatre établissements estiment être en difficulté lorsque un avis ou un suivi psychiatrique s'avèrent nécessaire (2 CD, 2 maisons d'arrêt ne disposant pas de SMPR).

Suivi psychologique

Se fait dans la majorité des établissements à la demande du patient ou sur orientation de l'équipe.

Le contact avec un(e) psychologue est systématique dans un établissement, systématiquement proposé dans 5 établissements (dont 4 dotés d'un SMPR et 2 d'un CSST), sachant que dans 2 de ces établissements, l'entretien accueil arrivant est effectué par un des psychiatres du SMPR.

Activités thérapeutiques

Des activités thérapeutiques destinées aux détenus toxicomanes sont proposées dans 6 établissements (5 dotés d'un CSST, 1 sans SMPR ni CSST).

Éducation à la Santé

Sept établissements (soit le tiers) n'ont pas de programme d'éducation à la santé.

²⁶ Nous retrouvons particulièrement cet aspect dans les entretiens avec les détenus (voir page 67).

Pratiques à risque

Injection : 12 établissements (sur 22) ont eu connaissance de pratiques d'injections, 4 par ouï-dire (3 MA, 1 CD) et 8 (2 CD, 1 centrale, 5 MA) ayant des preuves directes (2 fois des vols de seringues, les autres fois du matériel retrouvé). Un tiers (4/12) de ces établissements sont des établissements pour peine dans lesquels le maintien de pratiques à risques semble donc plus fréquent que supposé.

Autres pratiques à risque : 10 établissements évoquent spontanément des pratiques de tatouage, 3 de piercing et un des pratiques sexuelles non protégées .

4-2-1-9 : Confidentialité des soins

La confidentialité des soins est reconnue à la quasi-unanimité comme imparfaite en raison du contexte même dans lequel s'effectuent les soins (repérage rapide des détenus venant quotidiennement pour leur traitement ou recevant quotidiennement leur traitement en détention si cette délivrance n'est pas associée à celle des traitements à visée somatique). Le ou les surveillant(s) en poste dans la structure de soin est (sont) en général parfaitement au courant de la liste des patients substitués même si celle-ci n'est pas formalisée.

Paradoxalement, la plupart des interlocuteurs interrogés, s'ils en font le constat, estiment difficile d'améliorer cet état de chose et en définitive s'estiment satisfaits de l'existant dans le contexte actuel.

Beaucoup considèrent que le fonctionnement pénitentiaire étant ce qu'il est, il est préférable de faire un travail de sensibilisation auprès du personnel pénitentiaire plutôt que s'attacher à tout prix à étanchéiser ce qui ne peut pas l'être dans un fonctionnement de collectivité.

A noter cependant qu'un dispositif semble particulièrement satisfaire les soignants : la délivrance des traitements de substitution en détention au même moment que celle des traitements à visée somatique. Ceci suppose la délivrance par la même équipe de tous les traitements en détention, que les traitements à visée somatique soient distribués quotidiennement, que la prise ne se fasse pas devant soignant pour la BHD (trop long) ou en tout cas pas pour chaque détenu et que l'établissement ne soit pas de trop grande taille (charge de travail infirmière trop importante).

4-2-1-10 : Dossier de soins

Le dossier n'est partagé avec l'UCSA que dans trois établissements sur les 11 desservis par un SMPR/CSST.

La pharmacie étant par contre unique, les prescriptions d'une équipe de soin sont théoriquement connues des autres ou au moins des préparateurs et pharmaciens qui font le lien.

Cependant, dans nombre d'établissements, les équipes se sont réparties certaines prescriptions afin d'éviter les risques de double prescription (en particulier, aux psychiatres les psychotropes, aux médecins de l'UCSA les antalgiques hors sevrage,...).

4-2-1-11 : Sorties / Transferts

Préparation à la sortie

Quatre établissements proposent un dispositif de préparation à la sortie, 3 dans des établissements dotés de SMPR (Unité de Préparation à la Sortie ou Quartier Intermédiaire Sortant). Une maison d'arrêt dispose de modules de préparation à la sortie.

Relais à la sortie

Le relais et la transmission d'informations se font surtout par téléphone, un courrier étant souvent associé. Quatre établissements (dotés de SMPR et de CSST) favorisent une première rencontre avec les équipes de soins extérieures dans l'établissement pénitentiaire.

A noter une continuité de soins optimale quand le médecin intervenant en milieu carcéral est également le ou un des médecins du CSST local (3 établissements).

Evaluation de l'ouverture de droits - CMU

Dans 10 établissements, cette évaluation est faite par les équipes de soin elles-mêmes (8 sont dotés d'un SMPR et/ou CSST). Dans les autres établissements, cette évaluation serait effectuée par le Service Pénitentiaire d'Insertion et Probation.

4-2-1-12 : Extractions

Nous entendons par extractions toute sortie de l'établissement afin de mettre le détenu à disposition des différentes étapes de la procédure judiciaire. Les équipes de soins n'en sont pas toujours informées, de même que les détenus eux-mêmes.

La plupart des équipes estiment que les extractions ne posent pas de problèmes majeurs et qu'il est exceptionnel que les patients sortent sans avoir pu recevoir leur traitement.

Les centrales et CD sont peu concernés par les extractions, les procédures étant par définition closes.

Dans les structures dont les horaires le permettent (démarrage à partir de 7h00 – 7h30), la remise du traitement se fait le matin même de l'extraction.

Dans 7 établissements, le traitement est remis la veille au détenu (avec dans un établissement, la mise dans une cellule la veille ne permettant pas le « yoyotage » - trafic par la fenêtre - quand il s'agit de méthadone).

Dans 7 autres établissements, le traitement est remis la veille au greffe puis en main propre au détenu le jour même par le personnel du greffe.

Dans un établissement, le traitement est remis au surveillant la veille.

4-2-1-13 : Formation

Formation personnelle des personnes rencontrées

Trois des médecins rencontrés ont une formation universitaire centrée sur les addictions, trois (dont un des précédents) travaillent également dans un CSST.

Les autres évoquent une formation personnelle, la pratique, les formations et contacts rendus possibles par le réseau ville-hôpital, des formations internes plus ou moins structurées, le travail de formation proposé par l'industrie pharmaceutique, les colloques, les contacts avec les CSST locaux. La formation est donc très protéiforme.

Les besoins de formation

- ❖ Le besoin le plus fréquemment exprimé (6 fois) est celui d'échanges sur les pratiques avec d'autres équipes intervenant en milieu carcéral ou avec des intervenants en CSST.
- ❖ Une formation centrée sur la globalité de la prise en charge et sur le travail en partenariat est évoquée trois fois.
- ❖ Une réactualisation globale des connaissances (2 fois) avec approche spécifique de la psychopathologie des addictions (1 fois).
- ❖ Les autres thèmes sont :
 - Le problème des co-prescriptions notamment avec les benzodiazépines (2 fois) ;
 - La méthadone (bonnes pratiques, pharmacologie, 2 fois) ;
 - Le suivi social et la préparation à la sortie ;
 - L'éthique et le soin ;
 - La pharmacocinétique des traitements de substitution ;
 - La Buprénorphine Haut Dosage.

Les formations à destination du personnel pénitentiaire

Les formations animées par les équipes sanitaires à destination des personnels pénitentiaires sont rares et considérées comme souvent frustrantes, les surveillants se présentant étant le plus souvent peu nombreux en raison des insuffisances d'effectifs dans les établissements.

4-2-1-14 : Remarques complémentaires à l'ensemble du questionnaire

Des points spécifiques ont été abordés en plus des questions posées :

- ❖ La demande d'une réflexion sur la place des traitements de substitution lors de longues peines.
- ❖ Les difficultés communes à deux établissements du nord de la France, frontaliers avec la Belgique, confrontés à la gestion de détenus substitués par de la méthadone prescrite en Belgique, de qualité et de cadre de prescription différents.
- ❖ Les insuffisances en effectifs soignants et en locaux pour les équipes.
- ❖ Et, point particulièrement intéressant, un désir de beaucoup plus « fonctionner » en logique de partenariat que d'opposition avec le personnel pénitentiaire.

4-2-2 : ENQUETE PENITENTIAIRE

4-2-2-1 : Présentation du recueil de données

Des personnels pénitentiaires de 3 établissements ont fait l'objet d'entretiens semi-directifs ayant pour objet de :

- évaluer leurs connaissances des traitements de substitution (en général et dans l'établissement pénitentiaire) ;
- recueillir leurs points de vue, représentations, opinions, propositions et attentes en matière d'organisation des soins en substitution.

Ce travail devait être initialement complété par une formation expérimentale (1 journée) proposée à des personnels dépendants de la direction régionale pénitentiaire de Paris, mais ce second volet n'a pas vu le jour faute de temps et en raison des difficultés à l'organiser.

En terme de méthodologie, nous n'avons pas l'objectif d'interviewer un panel représentatif des personnels pénitentiaires en France (que ce soit en termes d'âge, d'ancienneté, de fonction exercée, d'affectation attribuée, de taille d'établissement, etc.) Il s'agissait plutôt de recueillir, à travers des entretiens assez qualitatifs, des grandes tendances autour des objets d'investigation.

Vingt-sept entretiens ont été réalisés auprès de toutes les catégories de personnels de ces établissements (3 maisons d'arrêt : Osny, Nîmes, Villefranche sur Saône) :

- 6 Surveillants affectés en détention (tous types de postes : étage, quartier mineur, quartier disciplinaire, loge, etc.).
- 1 Surveillant affecté à l'UCSA.
- 5 Premiers Surveillants.
- 1 Surveillant Principal (parloir familles).
- 1 Surveillant échelon exceptionnel.
- 3 Chefs de Service Pénitentiaire.
- 1 Directeur et 2 Directeurs adjoints.
- 4 Conseillers d'Insertion et de Probation.
- 2 cadres des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation.
- 1 Moniteur de sport.

Les entretiens ont été réalisés :

- soit dans un bureau affecté à cet effet ;

- soit sur le lieu d'affectation le jour de l'enquête (cette modalité ayant pu limiter pour certaines personnes une liberté de parole, un supérieur hiérarchique ou un collègue pouvant être présent à proximité).

4-2-2-2 : Sur les connaissances des personnels pénitentiaires

De façon générale, les personnels connaissent l'organisation des soins dans l'établissement, y compris les rôles respectifs du médecin chef de l'UCSA et du psychiatre (responsable du SMPR ou de secteur associé).

En revanche, les niveaux de connaissance sur les traitements sont inférieurs : si les dénominations de « méthadone » et « Subutex® » sont connues dans l'absolu, peu identifient une différence entre les deux traitements (au delà de la galénique – voir plus bas) d'une part, et peu savent concrètement quels traitements sont prescrits dans leur établissement (11 sur 27 ne savent pas ou ne sont pas sûrs, soit 41 % d'entre eux). De la même façon, beaucoup (23 répondants, soit 85 %) ne savent pas quand les traitements de substitution ont été introduits dans leur établissement (mais il est vrai qu'une dizaine d'entre eux avait une ancienneté dans l'établissement inférieure à 4 ans).

4-2-2-3 : Sur la formation des personnels pénitentiaires

La plupart déclarent ne pas avoir eu de formation spécifique sur les traitements de substitution, que ce soit en formation continue pour les personnels en poste au moment de l'introduction des traitements, ou en formation initiale à l'ENAP pour les personnels plus récents (en fait, une discussion avec ces derniers les amènent à se rappeler qu'ils ont bénéficié d'un module sur la substitution - 1 heure ou 2 - mais qu'ils ne s'en souviennent pas).

4-2-2-4 : Les propositions des personnels pénitentiaires

Deux propositions majeures ressortent des entretiens :

- l'amélioration des circuits de délivrance ;
- le souhait de voir une galénique liquide pour tous les traitements de substitution.

Ces deux propositions s'appuient sur le même souci : diminuer le trafic des traitements de substitution. C'est ainsi que sont proposées soit une délivrance en détention (bureau à l'étage – 1 proposition – ou en cellule – que ce soit avec la distribution des médicaments somatiques ou par une distribution spécifique), soit une meilleure organisation de la délivrance au service médical (en particulier pour éviter les « engorgements »). De la même façon, une très grande majorité se prononce pour une galénique unique liquide à boire immédiatement devant la personne délivrant le traitement ; si la terminologie employée pour qualifier cette galénique est très diverse, elle souligne un souci unique majeur partagé : « oral, buvable, liquide, dilué, en flacon, solution aqueuse ».

Le trafic apparaît comme la préoccupation majeure des personnels (en particulier des personnels surveillants, mais aussi de quelques personnels des SPIP) : « il y a tellement de cachets qu'on ne contrôle plus rien ».

4-2-2-5 : Attentes majeures des personnels pénitentiaires

Les personnels pénitentiaires ne souhaitent pas jouer un rôle particulier dans l'organisation des soins en matière de substitution. Le principal argument invoqué est que cette mission relève du sanitaire ; toutefois, cette absence de projection dans un rôle spécifique peut aussi s'expliquer chez certains par au minimum une interrogation sur les bénéfices et l'intérêt pour le détenu des traitements de substitution, au maximum par des représentations négatives de l'usage de drogue (auquel la substitution est foncièrement associée dans leur esprit) : « je n'aime pas trop avec ces gars, le patient comme ils disent... ».

Cela n'empêche pas les personnels pénitentiaires d'avoir des demandes spécifiques vis à vis des personnels sanitaires, demandes reposant sur le manque de connaissance sur les drogues et leurs effets (dont le manque) et la nature des traitements prescrits. Cette attente vis à vis des personnels sanitaires peut se doubler d'une demande d'échanges plus formels ou plus réguliers autour des détenus concernés dans un souci de mieux connaître les conséquences de la dépendance ou de l'abus sur les détenus pour mieux gérer les situations quotidiennes. Les personnels qui ont été ou sont affectés à la surveillance des UCSA et des SMPR sont particulièrement demandeurs d'un minimum d'information.

Parfois, le « service médical » est ainsi vécu comme une boîte noire (dans laquelle le personnel pénitentiaire ne cherche pas à s'immiscer), qui le frustre. Et ce d'autant plus que les personnels souhaitent malgré tout un minimum d'échanges et/ou de formations/informations. Ce souhait est aussi nourri par le constat que leur expérience quotidienne avec les détenus peut les amener à jouer malgré tout un rôle : « nous apportons l'expérience du quotidien avec les détenus », « on joue un petit rôle : quand ils sont en manque, on essaie de discuter avec eux en attendant l'infirmière »

4-2-2-6 : Les principaux enseignements concernant les personnels pénitentiaires

L'expérience professionnelle (« le vécu en détention ») apparaît comme la source majeure de ce qui forge l'opinion et les connaissances en matière de traitements de substitution.

Au terme de l'enquête, l'opinion des personnels pénitentiaires semble osciller entre un arbitrage entre avantages et inconvénients des traitements :

- d'un côté le sentiment que l'introduction des traitements de substitution en prison a facilité leur travail en « calmant » les détenus dépendants en manque ;
- de l'autre un désaccord avec les traitements de substitution soit parce qu'ils sont perçus comme une toxicomanie médicalisée (« il faudrait mieux les sevrer »), soit parce que la délivrance de ces traitements génère du trafic face auquel ils se sentent impuissants.

Un des personnels a formulé cette dichotomie de la façon suivante : « le risque sanitaire individuel des détenus baisse mais le risque du point de vue de la vie quotidienne dans l'établissement augmente (difficultés générées par le trafic) »

A terme, de nombreux personnels souhaitent que le traitement ne soit que transitoire dans la perspective d'un sevrage (« c'est très bien si à la fin de ce traitement les gens sont désintoxiqués »).

4-2-3 : ENQUETE DETENUS

4-2-3-1 : présentation du recueil de données

28 détenus ont été rencontrés dans 5 sites et 7 établissements :

- Toulouse : 4 détenus au CD et 1 en MA
- Villefranche sur Saône : 4 détenus en MA
- Ecrouves : 3 détenus au C.D.
- Loos : 4 détenus en MA et 4 au CD
- Marseille : 8 détenus en MA

Soit 17 détenus en MA et 11 détenus en CD. Seuls des hommes ont été rencontrés.

Si le questionnaire initial était composé de questions semi-ouvertes, la passation des entretiens a finalement plus relevé de l'entretien qualitatif, le questionnaire fournissant alors une trame d'entretien.

La remarque méthodologique formulée pour la partie pénitentiaire s'applique aussi à la partie détenus : il s'est plus agi d'identifier les grandes tendances en matière de vécu, de représentations et d'attentes par rapport à la substitution que de dresser une photographie représentative des 3 000 détenus en substitution en France.

Moins d'entretiens que ceux initialement prévus ont été réalisés (cf. moins de sites investigués du côté détenus) ; toutefois, des tendances majeures sont rapidement apparues.

Les entretiens ont la plupart du temps porté sur l'ensemble du parcours dans la substitution de la personne (y compris à l'occasion d'autres incarcérations ou de prise en charge en milieu libre) et des expériences carcérales (certains entretiens ayant pu durer 2 heures). Les entretiens ont ainsi permis d'évaluer la situation par rapport au vécu et à la perception des traitements de substitution par ces mêmes détenus de manière plus large (dans d'autres établissements et/ou à d'autres périodes d'incarcération).

Les rencontres avec les détenus ont été organisées :

- soit dans les unités de soin (SMPR, UCSA ou CSST), un bureau étant affecté à l'investigateur qui rencontrait le détenu au moment de la délivrance et/ou de la consultation ;
- soit en parloirs avocat ou dans les bureaux des SPIP, les détenus ayant été préalablement sélectionnés par les équipes sanitaires et/ou les SPIP, et convoqués par les personnels de surveillance le jour de l'entretien.²⁷

4-2-3-2 : Sur le contexte de la prescription du traitement

Les parcours de soin dans la substitution ont été assez difficiles à expliciter par les détenus. Une des raisons majeures à cette incertitude repose sur l'alternance entre incarcérations et périodes en milieu libre d'une part, sur la perception des termes « initiation » et « poursuite » différente de celle des équipes sanitaires d'autre part. En effet, de nombreux détenus ont « initié » le traitement hors prescription (que ce soit en milieu libre ou en milieu carcéral). A cet égard, ces détenus ne sont pas foncièrement différents de la population des usagers de drogues en France (90 % des répondants à l'enquête AIDES/INSERM²⁸ déclaraient avoir consommé régulièrement hors prescription le traitement actuellement prescrit). Un troisième élément vient perturber la lecture faite par les détenus : la succession de périodes différentes dans le rapport au produit (phases de consommation compulsives de produits illicites ; essais de diminution des consommations, voire arrêt ; temps de substitution s'insérant dans ces parcours chaotiques ; etc.).

²⁷ En fait, dans les établissements où les SPIP avaient été sollicités, ces derniers ont la plupart du temps renvoyé sur les équipes sanitaires.

²⁸ « Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés ». Septembre 2002.

Un contexte de prescription marqué par des difficultés pour la plupart des détenus...

Il convient donc de distinguer « initiation d'une prescription d'un traitement de substitution » de « initiation au médicament de substitution ». De nombreux détenus (70 %) ont « essayé » le traitement hors prescription. Cette première rencontre avec le traitement a généralement eu lieu en milieu libre, mais 3 des détenus interviewés ont déclaré avoir consommé le traitement (de la BHD) pour la première fois en prison. Les raisons invoquées par ces 3 détenus sont la recherche du soulagement des effets anxiogènes dus à l'incarcération et le soulagement d'une douleur somatique (un bras cassé) ; ces comportements de consommation ont été facilités par l'existence d'une offre importante. En milieu libre, la prise d'un traitement de substitution hors prescription concerne à la fois la méthadone et la BHD dans les proportions relatives à la diffusion de ces deux traitements actuellement, avec une mention spéciale pour le nord de la France où des usagers de drogue ont recours à des préparations magistrales de méthadone dans des pharmacies belges.

Si ce phénomène est donc fréquemment partagé chez les détenus, constituant ainsi une sorte de dénominateur commun, les réponses en termes de prise en charge sanitaire apparaissent très disparates et incohérentes aux yeux des détenus : en fonction des lieux d'incarcération, la palette des décisions thérapeutiques proposées ira de la « non poursuite » d'un traitement dont la prescription n'est pas authentifiée (créant chez le détenu un sentiment d'incompréhension et d'injustice profonde) à une poursuite sur les simples propos du détenu. Il est d'ailleurs intéressant de constater, sur ce dernier point, que la majorité des détenus ayant vécu ce type de situation s'accorde, avec du recul, à le dénoncer, parfois en des termes assez vifs : « c'est la merde à [étab. X] ; ils donnent trop facilement ; j'ai eu des problèmes à cause de ça : tout le monde nous voyait et savait ce qu'on avait » ; « A [étab. X], quand je suis arrivé, j'ai demandé ce que je voulais et on m'a tout donné » ; « ils n'ont pas cherché à savoir plus, ils n'ont pas appelé mon médecin pour vérifier l'ordonnance » ; « ici, c'est une vraie plaque tournante » ; « A [étab. X], le médecin m'a demandé à combien j'étais ; je lui ai répondu que j'étais à 10 mg ; il m'a juste dit qu'il allait m'en donner 12 mg ». Le même : « maintenant, c'est différent ; quand je suis arrivé à [étab. Y], le médecin a discuté avec moi ; il m'a donné 12 mg au début, mais je le vois et on en discute car je veux baisser ; il m'aide ». Sur le long terme, ce que l'on peut qualifier de dérives dans la pratique de prescription est vécu comme tel par les détenus.

Le constat est d'autant plus dur si ces pratiques ont cours lorsque la prescription est initiée alors que le détenu est en situation transitoire dans l'établissement (exemple : un mois), avant le transfert dans un autre établissement.

Conséquence :

- les détenus ont des difficultés à se construire une opinion sur le traitement de substitution ;
- une perception négative est automatiquement associée au traitement et au système de soin, que cette opinion soit explicitement formulée ou qu'elle transparisse dans l'analyse que font les détenus de leur parcours dans la substitution.

Cela ne contribue certainement pas à asseoir un projet thérapeutique clair pour les détenus, le médicament de substitution étant assimilé à un produit-drogue.

... mais qui peut être bénéfique à certains d'entre eux

Toutefois, l'incarcération, en permettant aussi une initiation ou une poursuite dans un cadre thérapeutique clair (avec entre autre la réévaluation d'un traitement pré-existant) a bénéficié à certains détenus (sentiment d'un impact du traitement dans leur vie, distanciation avec les pratiques de mésusages, etc.) ; ce bénéfice semble étroitement lié au sentiment d'être écouté par l'équipe médicale (tant lors de la prescription – accompagné d'un examen médical – que

du temps passé avec les personnels infirmiers au moment de la délivrance des traitements). Ce sentiment se traduit par un niveau de satisfaction partagé par les détenus vis-à-vis de l'organisation des soins en substitution et dans les relations avec les équipes sanitaires. Le cheminement pour arriver à percevoir ce bénéfice n'est pas toujours fluide et limpide, et le détenu passera parfois par une phase d'adaptation douloureuse suite au transfert : ce qui est perçu comme un refus de prescription par rapport à la situation antérieure pourra générer des comportements violents chez le détenu qui se sent incompris ; ce n'est généralement qu'au terme de ces épisodes de violence (après un passage en quartier disciplinaire) qu'une réévaluation de la dépendance sera proposée par l'équipe sanitaire.

Le sentiment d'incompréhension ou d'injustice peut être d'autant plus marqué que le détenu aura une expérience riche d'incarcérations dans des établissements différents ou bien dans le ou les mêmes établissement(s) mais à des périodes différentes ; il en viendra ainsi à comparer les pratiques des professionnels en matière de décision thérapeutique, l'accessibilité plus ou moins grande des traitements, dressant ainsi une sorte de « guide Michelin » des établissements pénitentiaires autour de la dichotomie suivante : ceux où « l'on trouve ce qu'on veut »²⁹ et les autres. Nous retrouvons d'ailleurs le même phénomène pour ce qui concerne la prescription de benzodiazépines (voir plus bas).

En conclusion, nous soulignons les 3 aspects suivants concernant la prescription :

- le parcours dans la substitution de nombreux détenus révèle une difficulté préalable certaine ne facilitant pas l'inscription de la démarche substitutive dans le cadre d'une relation de soin (soignant/soigné) ;
- la diversité des pratiques en milieu pénitentiaire constatées par les détenus au regard de la substitution augmente cette difficulté ;
- toutefois, certains détenus expriment la satisfaction d'avoir pu bénéficier d'une réelle évaluation ou réévaluation consécutivement à un transfert ayant provoqué un changement de pratiques (ou à une évolution de la prise en charge sanitaire des usagers de drogues dans le même établissement) ; dans ces cas, la prison peut jouer un rôle d'initiateur de soins dans un cadre permettant au détenu d'exprimer une certaine satisfaction.

4-2-3-3 : Le vécu et les représentations de la substitution chez les détenus

Si une partie mineure des détenus souhaite maintenir une relation distante avec le médecin et considère le médicament de substitution comme un « produit » ou comme un anxiolytique, la majorité souhaite inscrire le traitement de substitution dans un cadre de soin (avec une perspective de sortie de la substitution).

Beaucoup de détenus ont demandé à diminuer les doses prescrites au motif que la dépendance au traitement de substitution était plus forte que celle ressentie avec les opiacés (« finalement, c'est pire » ; « je ne peux pas m'en passer »).

Les détenus inscrivant le traitement dans une relation de soin expriment la frustration de ne pas pouvoir investir plus longtemps et plus souvent les temps de rencontre avec l'équipe sanitaire (qu'il s'agisse du médecin prescripteur ou de l'équipe infirmière). C'est ainsi que les détenus déplorent que le renouvellement de la prescription puisse être réalisé par le médecin sans consultation ou que le temps passé avec l'équipe infirmière au moment de la distribution ne soit pas plus long. « Il y a des jours quand tu te lèves, tu as réfléchi toute la nuit et tu as envie d'en parler ; mais il y a trop de monde à la distribution, alors ils n'ont pas le temps ; cela ne dure même pas 5 minutes ». Cette frustration est souvent le seul reproche formulé à l'encontre des équipes sanitaires concernant l'organisation des soins en substitution.

²⁹ Nous parlons ici de « ce que l'on trouve » par le système de soin, c'est-à-dire officiellement.

Sur la représentation du médicament, le cadre de délivrance du traitement en prison contribue beaucoup à l'image qui est donnée par le détenu. Ainsi, la BHD apparaît beaucoup plus souvent que la méthadone comme un produit dangereux au regard des conditions d'incarcération. Nous retrouvons ici une caractéristique proche du milieu libre, où les traitements de substitution sont eux aussi étroitement associés au cadre de leur prescription.

4-2-3-4 : La difficile lisibilité de la substitution par les détenus et un sentiment d'incompréhension

Comme nous l'avons vu, les détenus sont ou ont été confrontés à une très grande diversité des pratiques des équipes sanitaires par rapport à la substitution.

La diversité des pratiques rencontrées par les détenus dans leurs différents parcours d'incarcération ne contribue pas à asseoir une compréhension et une lisibilité claire des traitements de substitution.

Ces difficultés sont renforcées quand la même diversité de pratiques concerne les prescriptions associées (dont celles de benzodiazépines) : « j'avais du Tranxène® à [étab. X] ; pourquoi, je ne peux pas en avoir ici ? ». Il est d'ailleurs important de souligner que ce n'est pas tant la décision médicale en elle-même qui est mise en cause que l'impression de ne pas être entendu dans une souffrance. Dans tous les cas de ce type, le détenu déclare ne pas comprendre la motivation de cette décision médicale : « je ne sais pas ; ici, c'est comme ça, c'est tout ». Cette incompréhension est d'autant plus forte que le détenu aura parlé en consultation de ses consommations associées (y compris celles obtenus par le trafic) et qu'il ne se voit pas proposer une prise en charge par le médecin : « le psy est au courant, mais il m'a dit que comme je me débrouille pour en trouver, je n'ai qu'à continuer comme cela... ». C'est sur la question des prescriptions associées que les détenus expriment la moins grande satisfaction par rapport aux équipes sanitaires.

4-2-3-5 : Stigmatisation et confidentialité

Les détenus ressentent une stigmatisation certaine consécutive aux modalités d'organisation de la prescription d'un traitement de substitution (dont les circuits de délivrance) ; les difficultés, voire l'absence, de confidentialité sont étroitement liées à cette stigmatisation. Cette dimension du vécu des détenus apparaît sous deux angles : les autres détenus et les surveillants.

Les autres détenus

Nous abordons certainement ici un des points les plus cruciaux unanimement révélés par les entretiens : la pression énorme exercée par l'environnement des autres détenus autour de la substitution. Le traitement de substitution (la BHD en l'occurrence, la méthadone étant délivrée quotidiennement devant soignant) constitue une monnaie supplémentaire dans l'univers carcéral. Il fait donc, au même titre que les autres médicaments psychoactifs ou que les drogues, l'objet d'un trafic. Les modalités de ce trafic sont variées, de la même façon que les raisons qui le nourrissent. Dans les entretiens, trois types de détenus sont apparus :

- les détenus gérant leur prescription autour de deux objectifs (le traitement de la dépendance en partie, la possibilité d'avoir une ressource supplémentaire de l'autre – « pour ma consommation personnelle et pour les affaires ») ;
- les détenus étant soumis à une contrainte physique et morale pour rétrocéder leur traitement ;
- les détenus extérieurs aux circuits de trafic sur les traitements de substitution.

Ce trafic autour du médicament de substitution n'est pas alimenté uniquement à partir des prescriptions internes aux établissements.

Nous n'allons pas nous pencher sur les raisons de ce trafic (toutefois, nous reviendrons sur la place du trafic en prison de façon plus générale dans le chapitre conclusions et discussion) ;

notons simplement que ce dernier existe aussi en milieu libre. D'ailleurs, face à ce phénomène, les détenus font la comparaison eux mêmes dans des termes très clairs : « les mecs se prennent la tête en prison comme dehors pour le subutex sans médecin ; dehors, tu cours, ici tu cours aussi ».³⁰

Ce contexte oppose donc très clairement un obstacle majeur à une entrée dans le soin ou à une appropriation de la relation de soin par le détenu. Une amélioration des bonnes pratiques en matière de substitution en prison ne pourra pas faire l'économie d'une réflexion plus globale sur cet environnement oppressant et violent.

Cette pression amène certains détenus à se construire des « armes de protection » autour d'éléments relevant de pathologies :

- un détenu utilisant l'argument de l'hépatite C pour se protéger du racket « si tu veux ce qu'il y a dans ma bouche, tu prendras tout ce qu'il y a avec » ;
- un détenu déclarant aller quotidiennement au service médical en raison de son asthme.

Ces « excuses » ou « protections » ne contribuent-elles pas à dévaloriser le rapport au médical, et donc aussi le traitement ? Le fait de penser que « en prison, c'est la jungle » n'alimente-t-il pas de la même façon un contexte défavorable au soin ?

Les surveillants

Les détenus en substitution s'accordent tous à penser que les personnels de surveillance les considèrent comme des toxicomanes. Concernant leurs relations avec les surveillants, certains ont fait part de difficultés (rapports violents, dans un sens ou dans l'autre). Il est vraisemblable que ces difficultés ne sont pas spécifiques aux traitements de substitution dans les rapports surveillants/détenus ; toutefois, les témoignages recueillis ont fait apparaître qu'en cas de difficultés, le traitement de substitution (et surtout l'accès physique au traitement) peut devenir un moyen de pression sur les détenus : « si tu nous emmerdes, on ne te laissera pas descendre à l'infirmerie pour aller chercher ta came » ; « le chef, il sait qu'on prend un traitement de substitution et il te dit : tu es obligé de filer droit, sinon il y aura des représailles : on ne te laissera pas aller à l'infirmerie et là tu vas couiner ». La pression autour de la substitution ne constitue donc pas le monopole des autres détenus...

4-2-3-6 : L'enjeu de la délivrance des traitements

La place accordée par les détenus aux réflexions sur la délivrance des traitements en prison est certainement liée au fait que cette question est au croisement de plusieurs problématiques : celles abordées ci-dessus d'une part et leur incidence directe sur la vie quotidienne en détention d'autre part.

Un phénomène que nous n'avions pas envisagé est apparu au cours des entretiens : la lassitude, voire la fatigue, générée par les modalités de délivrance des traitements (essentiellement quand celle-ci est quotidienne). Les propos des détenus sur ce sujet sont explicites : « c'est fatigant de se lever tous les matins pendant plusieurs années ; il faudrait au moins que les horaires soient plus précis » ; « Ca m'ennuie de le prendre tous les jours ».

Mais, les détenus sont très clairement conscients des contraintes posées par la délivrance des traitements de substitution en milieu carcéral, qui amènent les équipes sanitaires à définir un cadre assez strict de délivrance. Bien évidemment, la question du trafic et du racket est prégnante dans leur analyse, et ce pour trois raisons différentes :

- soit ils ont eux mêmes participé ou participent à ce trafic ;
- soit ils ont subi des pressions de co-détenus et se sont fait racketter ;

³⁰ Notons que dans les établissements visités, le comprimé de 8 mg de Subutex est négocié dans une fourchette allant de 11 euros à 31 euros (pour information, le rapport Trend 2001 mentionnait une moyenne nationale en milieu libre de 4,5 euros [1,8-8,4] avec une médiane de 3,8 euros). Ce qui amène un détenu à déclarer au cours d'un entretien : « J'ai voulu régulariser en ayant une ordonnance ; et cela me coûtait trop cher... ».

- soit ils ont été les témoins de scènes relevant de l'une ou l'autre des situations.

Ce dernier point soulève d'ailleurs une commisération certaine de leur part : « ce n'est pas normal, j'en connais qui ont eu tellement de problèmes qu'ils ne vont même plus chercher leur traitement ; ils restent tout le temps seuls en cellule et ils ne vont même pas en promenade ». Au delà d'un sentiment d'impuissance et de fatalité (« de toute façon, c'est la loi de la jungle ici »), cette conscience aiguë des difficultés les amène à formuler des propositions très précises sur l'organisation de la délivrance, propositions qui ont clairement pour objet de garantir au mieux la confidentialité et la non stigmatisation, la protection des détenus vulnérables par rapport à leur environnement, la souplesse du cadre de distribution afin d'atténuer la lassitude et la fatigabilité :

- dans les cas de distribution quotidienne en service médical, il conviendrait selon eux de :
 - préciser les tranches horaires dans lesquelles les détenus sont susceptibles d'être convoqués pour aller chercher leur traitement (une amplitude moyenne de 3 heures à 3 heures et demi actuellement) ;
 - éviter les phénomènes d'atroupement au sein du service médical (meilleure répartition des flux de détenus) et à l'extérieur (meilleure gestion de l'espace devant l'entrée du service médical) ; ce dernier point est particulièrement sensible, des concentrations très importantes de détenus venant clairement renforcer la pression sur les détenus venus chercher leur traitement et contribuant à les identifier ;
- la délivrance en cellule devrait être privilégiée, à la condition qu'un infirmier y participe ;
- de façon générale, les détenus souhaitent qu'il existe des dispositifs spécifiques pour les détenus « vulnérables » (c'est-à-dire particulièrement soumis à des pressions) ;

Quelle que soit l'opinion des détenus sur les modalités de délivrance, la plupart s'accordent à dire qu'il n'y a pas assez de temps consacré à cet acte essentiel dans la vie du détenu en substitution. Le manque de volonté des équipes sanitaires n'est pas évoqué, mais bien plutôt la conscience que ces dernières sont en sous-effectif. Un incident rapporté en lien avec une délivrance de méthadone un week-end vient illustrer la rapidité à laquelle les équipes peuvent être contraintes dans leurs actes, en raison de cette insuffisance de moyen, et les conséquences que ce fonctionnement à capacités réduites fait peser sur le détenu et son intégrité (ainsi, un détenu s'est vu remettre un dimanche l'emballage carton comportant le flacon d'un autre détenu, soit 90 mg de méthadone, au lieu des 20 mg prescrits...).

Les détenus font preuve de maturité et d'esprit constructif dans leur analyse des conditions de délivrance.

4-2-3-7 : Sorties, transferts et extractions

Nous avons évoqué la question de la réévaluation (ou bien de l'initiation) de la prescription à la suite d'un transfert.

Au travers des entretiens réalisés, la préparation de la sortie ne semble pas poser de problème en matière de relais post-pénal pour la prise en charge médicale. Cette perspective est même souvent investie d'un désir de « sortie de la dépendance », y compris par rapport au traitement de substitution (voir ci-dessous).

Concernant les extractions, les détenus savent qu'ils peuvent avoir accès à leur traitement (soit la veille, soit le matin même avec le service médical en fonction des horaires, soit par le biais d'une enveloppe scellée à leur nom et déposée au greffe), mais il n'ont pas confiance dans la fluidité du système, certains d'entre eux ayant connu des interruptions de traitement. Une sorte de « système D » s'est ainsi mis en place : la veille, les détenus rappellent aux personnels assurant la délivrance qu'ils auront une extraction le lendemain. Un cas d'absence

totale de traitement à l'occasion d'un transfert provisoire entre deux établissements (pour une durée de 5 jours) a été signalé.

4-2-3-8 : L'arrêt de la substitution

De nombreux détenus (tous traitements confondus) ont exprimé le souhait d'arrêter le traitement de substitution. Deux stratégies apparaissent :

- l'arrêter en détention (« le sevrage à la dure », comme il y a quelques années pour les opiacés) ;
- l'arrêter à la sortie.

Dans tous les cas, la dépendance ressentie vis-à-vis du traitement (surtout pour la BHD) est manifeste et clairement exprimée ; cette dépendance est comparée à celle des opiacés, cette dernière étant jugée moins douloureuse. Pour une minorité de détenus (particulièrement les plus jeunes), une autre raison préside à ce souhait d'arrêter le traitement : le médicament de substitution est associé au parcours dans la toxicomanie d'un point de vue social, familial et affectif mais aussi judiciaire. L'image du traitement est assez négative. La dimension du trafic en détention vient renforcer cette perception.

4-2-3-9 : Autres enseignements

Si les entretiens avec les détenus avaient pour objet de recueillir leur sentiment sur la substitution en milieu carcéral, les temps d'attente entre les entretiens sur un même établissement ont permis à l'investigateur d'avoir des discussions informelles avec les équipes soignantes présentes. Ces entretiens méritent d'être retranscrits sur certains aspects :

- dans un établissement, les entretiens avec les détenus, confortés par des discussions avec l'équipe infirmière, ont révélé un système exceptionnel de délivrance de la méthadone par rapport aux pratiques en vigueur : délivrance pour deux jours le week-end (flacon bu devant soignant le samedi, flacon du dimanche laissé au détenu qui doit le rapporter au service médical le lundi).
- Dans d'autres établissements, des personnels en première ligne sur la distribution des médicaments ont pu faire état de leurs questionnements et de leurs doutes sur l'intérêt des médicaments délivrés : « nous, on est contre ; mais comme le psy prescrit, il faut bien les donner... » ; « on a bien été obligé de donner la méthadone avec la circulaire de janvier 2002... » ; « on ne connaît pas les effets secondaires de ces médicaments » ; etc.

Ces remarques n'ont pas vocation à dé-crédibiliser l'organisation des soins, mais bien à pointer les difficultés ressenties par les équipes, justifiant certainement un accompagnement (voir chapitre recommandations : formation et accompagnement des équipes).

4-2-3-10 : Conclusion générale sur le volet détenus

Assez généralement, les détenus ont le sentiment que les équipes sanitaires ont une perception positive des traitements ; peu d'incidents ou de difficultés dans la relation avec les équipes soignantes sont exprimés. Les détenus sont plutôt satisfaits de leurs relations avec les équipes. Quand des difficultés sont exprimées, elles sont généralement de deux natures :

- incompréhension majeure chez le détenu de la décision de modification du traitement (en termes de posologie) ou de l'absence de proposition du traitement au regard d'une prescription non authentifiée ou d'une habitude de consommation antérieure prise hors prescription ;
- incompréhension (et insatisfaction) sur la co-prescription de benzodiazépines.

Dans le second cas, les détenus expriment un mal-être certain, ce mal-être pouvant être provoqué par différents phénomènes (effet anxiogène de l'incarcération, effet anxiogène lié à un transfert d'établissement, troubles psychologiques pré-existants, etc.).

Dans les deux cas, ce ressenti négatif semble traduire une insuffisance ou une absence d'information autour de la décision thérapeutique. La relation soignant/soigné ne repose pas sur un échange permettant de définir clairement ce que le traitement peut apporter, ce à quoi il ne peut pas répondre, les étapes dans la mise en place, etc. L'écoute des détenus lors des entretiens fait apparaître un sentiment d'incompréhension réelle. Des détenus ont fait allusion à l'impact que pourrait avoir la présence plus ou moins régulière d'intervenants extérieurs, pouvant animer des réunions sur les thématiques liées aux dépendances et à la réduction des risques. Ces interventions sont pensées comme complémentaires de la prise en charge sanitaire et sociale telle qu'elle est pratiquée en milieu carcéral.

D'un point de vue général, les difficultés exprimées par les détenus ne sont pas spécifiques à l'environnement carcéral, sauf sur deux points :

- la confidentialité : le sentiment de résignation couramment exprimé ne doit pas cacher la profonde insatisfaction des détenus concernés sur le manque certain en la matière (« tout le monde est au courant.. alors que normalement un dossier médical c'est personnel », « de toute façon, on est en taule, donc c'est comme ça... ») ;
- les modalités de délivrance : s'ils sont conscients du cadre particulier de la prison (les détenus en substitution par BHD sont d'ailleurs les premiers à souhaiter un système de délivrance qui les protège de la pression des co-détenus, voire des surveillants), les modalités de prescription cristallisent des insatisfactions chez les détenus.

Au terme de l'analyse du côté « détenus », nous constatons une ambivalence certaine dans les représentations autour de la substitution, entretenue par les perceptions du traitement en prison (perception essentiellement nourrie par la diversité des pratiques et par les pressions exercées dans l'univers carcéral autour de ces traitements). Cette ambivalence apparaît comme l'obstacle majeur à la définition d'un projet thérapeutique clair pour le patient, mais aussi à l'impossibilité, dans certains établissements, de se voir proposer un cadre thérapeutique cohérent.

Lorsqu'il répond à une véritable évaluation clinique, en fonction aussi des attentes du patient, et qu'il fait l'objet d'un suivi plus ou moins régulier (avec adaptation des posologies et des modes de délivrance), le traitement semble bénéfique pour les détenus, en particulier en comparaison de l'impact ressenti précédemment dans d'autres établissements où président d'autres pratiques médicales. Pour ces détenus-là, l'incarcération a joué un rôle soit de stabilisation dans le traitement, soit est venu modifier les représentations sur le traitement en permettant de l'inscrire dans un projet de soin. Ce phénomène est particulièrement perceptible chez ceux qui ont profité d'un transfert pour réévaluer avec le médecin la prescription du traitement (dont le changement éventuel de molécule). Ces témoignages apportent la preuve que, du point de vue des détenus, la substitution en prison n'est pas uniquement réductible au trafic, à la pression, au mésusage.

5 - RECOMMANDATIONS

5-1 : UNE RECOMMANDATION TRANSVERSALE

Une recommandation essentielle : la prescription d'un traitement de substitution n'est pas une fin en soi, mais doit au contraire être considérée comme partie intégrante d'un **projet thérapeutique** d'ensemble centré sur le patient toxicomane, à savoir : information sur le traitement de substitution, définition des objectifs et des étapes du traitement, évaluation initiale et réévaluation dans le cadre du suivi du traitement, approche sociale et psychologique, anticipation de la sortie avant même la primo-prescription (en particulier dans le cas d'une courte peine). Cette recommandation est partagée par l'ensemble des rapports concernant les soins aux toxicomanes en milieu carcéral et reste la pierre angulaire de toute autre recommandation. Elle n'est d'ailleurs pas spécifique au milieu carcéral et devrait de façon plus générale sous-tendre le suivi de toute personne dépendante aux opiacés pour laquelle l'indication d'un traitement de substitution est posée.³¹

5-2 : LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

5-2-1 : RECONDUCTION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

▪ 5-2-1-1 : prescription authentifiée

Rien ne permet de justifier actuellement qu'un traitement de substitution soit arrêté lors de l'incarcération d'un détenu, s'il a pu être authentifié au moins par téléphone (ou lorsque une ordonnance a pu être présentée en attente de confirmation).

Rappelons que la Loi de 1994 préconise avant tout une égalité de l'accès aux soins entre milieu extérieur et milieu carcéral.

La logique voudrait que la posologie permettant la stabilisation à l'extérieur soit reconduite en milieu carcéral dans le cadre de l'AMM (maximum de 16 mg/j en une prise pour la BHD).

Pour les posologies hors AMM :

❖ Méthadone :

- les patients dits « métaboliseurs rapides » sont rares et en général connus des CSST. Leur traitement doit être fractionné en 2 prises et les posologies dépassent fréquemment 100 mg.
- Certains autres patients ne peuvent être cliniquement stabilisés qu'à des posologies supérieures à 100 mg. Si le CSST prescripteur confirme la nécessité de ce dépassement, il paraît judicieux de le maintenir moyennant évaluation et attention clinique particulière.

❖ BHD : le consensus est de s'en tenir à l'AMM, soit 16 mg maximum par jour.

▪ 5-2-1-2 : Prescription non authentifiée

La réponse doit être nuancée lorsque la prescription ne peut être authentifiée, lorsqu'elle est irrégulière, « nomade », ou lorsque les traitements sont obtenus en marge du système de soin (marché noir – tant en milieu libre qu'en détention - dépannage, substitution du copain ou du conjoint plus ou moins régulièrement partagée, etc.).

L'évaluation clinique doit primer, l'expérience montrant que ces situations sont loin d'être exceptionnelles³², en particulier parmi les patients toxicomanes régulièrement incarcérés.

³¹ Les usagers de drogues en substitution ayant répondu à l'enquête AIDES/INSERM sur l'impact des traitements de substitution déclaraient à 83 % souhaiter un tel projet thérapeutique.

³² Dans la même enquête AIDES/INSERM, 90 % des répondants déclaraient avoir eu une consommation répétée hors prescription du traitement actuellement prescrit (dont un tiers disaient l'avoir consommé régulièrement pendant plusieurs mois avant de se le faire prescrire par un médecin). « Goûter », « essayer », « tester » le

La prise de décision médicale doit reposer sur :

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

La formalisation d'une prescription peut alors être assimilée à une primo-prescription et envisagée comme telle. Elle devrait donc être associée à un travail d'information et à la mise en place d'un cadre thérapeutique contractuel. Un rendez-vous avec le médecin devra être programmé rapidement après la prescription pour évaluer la posologie avec le patient.

- ❖ **BHD** : lorsque le traitement antérieur était la BHD, une posologie initiale de 2 ou 4 mg en fonction de l'état clinique peut être instaurée à moindre risque. Les symptômes de manque peuvent être quasi-absents si la dernière prise date de moins de 48 heures, ou se réduire à des symptômes psychiques (anxiété, irritabilité, agressivité...). Un cadre élémentaire (prise sublinguale devant un soignant pendant une période minimale d'une à deux semaines) doit permettre d'évaluer les habitudes de prise du traitement, d'informer sur le risque des mésusages, d'établir un lien thérapeutique. Quand cela est techniquement possible, un prélèvement urinaire préalable peut être fait à la recherche de BHD mais aussi d'autres toxiques (et médicaments) afin de prendre un « cliché » des consommations précédant directement l'incarcération, de façon à mieux évaluer la réponse thérapeutique.
- ❖ **Méthadone** : une substitution « sauvage » et régulière par méthadone est plus rare³³. Si l'indication est posée, la posologie initiale sera prudente ($\leq 30-40$ mg), d'autant plus si la dernière prise est éloignée et le patient éventuellement imprégné par d'autres substances psychoactives (en particulier benzodiazépines prescrites en garde à vue). La perspective du relais post pénal doit être envisagée dès la première prescription, comme dans le cas d'une primo prescription. Un prélèvement urinaire préalable authentifiera la prise de méthadone.

- **5-2-1-3 : Situation particulière des centres de détention et des centrales**

Aucun argument ne permet de justifier en CD ou centrale l'arrêt d'un traitement de substitution préexistant en maison d'arrêt, même si un débat peut être ouvert sur leur sens au cours d'une longue peine. Il n'y a pas de raison que le rapport toxicomaniaque ou toxicophile aux substances psychoactives s'arrête aux portes d'un établissement pour peine et la perméabilité de ces derniers ne permet pas de garantir un espace sans toxique. Rappelons que sur les 12 établissements sur 22 dans lesquels les équipes sanitaires ont connaissance de pratiques d'injections, 4 sont des établissements pour peine (avec un total de 6 établissements pour peine visités).

Le repérage par les autres détenus du va et vient quotidien pour la prise du traitement de substitution est sans doute un élément dissuasif pour qui sait devoir gérer une coexistence confinée avec les mêmes autres co-détenus pendant plusieurs années. La question de la confidentialité et de sa gestion est sans doute encore plus à travailler en Centre de Détention et Centrale qu'en maison d'arrêt.

médicament sont des termes souvent utilisés par les détenus rencontrés. 3 détenus interviewés ont déclaré avoir commencé le Subutex® en prison hors prescription.

³³ A l'exception de la situation du nord de la France où de nombreux détenus ont consommé de la méthadone belge hors prescription, celle-ci étant plus facilement accessible (médecine générale). Cette question est d'autant plus importante que la galénique (préparation magistrale en officine, présentation sous forme de cp) de cette méthadone est différente de celle disponible en France, nécessitant une vigilance particulière sur l'évaluation de la posologie en détention.

5-2-2 : INITIATION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Le contexte carcéral doit être regardé comme un moment particulièrement propice à l'instauration d'un traitement de substitution (sevrage imposé, proximité d'équipes de soins, démarche de soin souvent fortement suggérée par les magistrats). En outre, BHD (tout médecin) et Méthadone (tout Praticien des Etablissements Publics de Santé depuis la circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002) peuvent être initiées dans tout établissement pénitentiaire.

Les indications restent les mêmes qu'à l'extérieur.

Il faut tenir compte en plus de la circonstance de sevrage imposé que représente l'incarcération et de l'importance à anticiper la sortie afin d'éviter le retour aux consommations habituelles.

Insistons cependant sur l'absolue nécessité de formaliser chaque fois un réel projet thérapeutique incluant information, évaluation, définition claire entre le médecin et le patient des objectifs et des étapes du traitement, ajustement thérapeutique, suivi et accompagnement. Cette nécessité est d'autant plus importante que le traitement sera initié dans un milieu où le trafic crée un contexte facilitant de détournement du projet thérapeutique ; les conséquences d'un tel détournement sont aussi à envisager au regard de la poursuite éventuelle d'une distanciation avec la relation thérapeutique quand le détenu aura été libéré.

La primo-prescription ne peut être envisagée que dans le cadre d'une prise en charge globale.

Le relais extérieur devrait être défini avec le patient dès l'évocation d'une primo-prescription, en particulier en maison d'arrêt.

Le cadre de soin (et notamment les modalités de délivrance du traitement) doit être clairement explicité dès le début.

5-2-3 : PLACE DES CONTROLES URINAIRES

Les contrôles urinaires pourraient s'avérer utiles en milieu carcéral :

- ❖ pour l'éventuelle authentification d'une prise de traitement de substitution à l'entrée en prison ;
- ❖ lors d'impasses thérapeutiques (consommations anarchiques évidentes et déniées, doutes sur la prise du traitement...) afin de faire un point sur les produits consommés.

Les bilans urinaires doivent être réalisés dans l'intérêt du patient et considérés comme des outils « relationnels » et non pas des outils de « contrôle ».

Il faudra bien évidemment veiller à l'anonymisation des bons d'examen associés aux prélèvements urinaires et à celui de la transmission des résultats (Fax,...).

5-2-4 : MODALITES DE PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Les modalités de prescription devraient être identiques à celles proposées hors milieu carcéral :

- prescription de 14 jours pour la méthadone lors de reconductions mais avec un suivi médical bien entendu plus rapproché lorsque il s'agit d'une initialisation ;
- prescription pour 28 jours maximum pour la BHD. On peut cependant suggérer que dans les premières semaines d'incarcération, un rendez vous médical soit programmé au moins tous les 15 jours lorsque il s'agit d'une reconduction et beaucoup plus rapproché lorsque il s'agit d'une initialisation.

Les renouvellements de prescription sans examen médical au court de l'incarcération sont à proscrire.

5-2-5 : MODALITES DE DELIVRANCE

▪ 5-2-5-1 : La méthadone

Lieu de délivrance

Le lieu de délivrance idéal doit être celui qui garantit au mieux l'échange entre le détenu et l'équipe sanitaire d'une part, et la confidentialité des soins d'autre part. S'il existe une délivrance quotidienne de traitements « neutres » (à visée somatique) en détention, la méthadone pourrait y être associée, sa prise étant rapide et difficile à détourner. Cela suppose cependant que l'équipe de l'UCSA soit celle délivrant la méthadone, qu'une délivrance quotidienne en détention existe et que le détenu soit seul en cellule. Dans les autres cas, le lieu est celui habituellement le plus concerné par les soins aux toxicomanes (CSST quand il existe, SMPR ou UCSA), la gestion de méthadone étant plus « sensible » que celle de BHD.

Rythme

En raison des risques d'overdose pour un sujet « naïf » aux opiacés (rappelons que la dose létale est de 40 mg pour un sujet non tolérant aux opiacés), la prise quotidienne devant soignant, dimanches et jours fériés compris, fait l'unanimité chez l'ensemble des interlocuteurs. On ne peut donc que la suggérer fortement.

Dosages plasmatiques

Ils ont une utilité limitée à des situations cliniques très particulières : objectivation d'un métabolisme rapide, interférences médicamenteuses...et ne sont que le complément de l'observation clinique.

▪ 5-2-5-2 : La BHD

Lieu de délivrance

- ❖ Dans les petits établissements (moins de 300 détenus) en général dotés d'une seule structure de soin, la délivrance peut tout à fait y être effectuée. Les patients substitués étant mêlés aux patients se déplaçant pour des soins somatiques, la stigmatisation est moins marquée. La délivrance peut également être effectuée en détention si elle est associée à la délivrance des autres traitements à visée somatique.
- ❖ Dans les établissements de taille moyenne (300 à 600 détenus), la délivrance en détention n'a de sens que si elle est associée à la délivrance d'autres traitements, qu'ils soient à visée somatique ou qu'il s'agisse des autres traitements psychotropes. A l'opposé, la venue quotidienne d'un grand nombre de détenus substitués dans un même lieu de soins peut devenir désastreuse en terme de stigmatisation et de trafic (soignants, surveillants et détenus le soulignent unanimement). Une vigilance toute particulière doit donc être portée aux flux de détenus substitués quand la délivrance est quotidienne. Un partage des patients entre les différents lieux de soins quand ils existent ou le panachage de délivrances quotidiennes en lieux de soins et en détention si une délivrance 2 fois par semaine existe, peuvent être envisagés
- ❖ Dans les grands établissements (plus de 600 détenus), la venue quotidienne dans un même lieu de soin de nombreux patients substitués est quasi-impossible. Le panachage d'une délivrance en lieux de soins pour une période donnée ou pour certains détenus le nécessitant avec une délivrance en détention sera préféré à une délivrance exclusive en détention rendant la personnalisation impossible.

Rythme

Le rythme de délivrance représente un enjeu particulier en milieu carcéral. Le cadre réglementaire, s'il favorise la délivrance quotidienne, inclut aussi la possibilité de la détention en cellule de traitements pour plusieurs jours. Le Code de Déontologie rappelle par ailleurs la liberté de prescription de tout médecin (cf. pour ces précisions le chapitre consacré aux aspects réglementaires). Les rapports ou circulaires sanitaires ou santé-justice préconisent la délivrance quotidienne (dans un souci de maintenir des liens thérapeutiques avec l'équipe

soignante, de limiter les risques d'intoxication et de trafics mais aussi de faciliter la globalisation de la prise en charge).

La réalité de l'organisation des établissements pénitentiaires, notamment des plus importants, et de l'effectif des équipes soignantes compromettent cependant la possibilité d'une délivrance quotidienne.

Nous préconisons donc en ce domaine une évaluation et le choix d'un dispositif adaptés à chaque établissement.

Il doit être tenu compte de la taille de l'établissement, des structures sanitaires présentes et de leur répartition des tâches, de l'importance de la population substituée (rappelons que dans notre échantillon, le pourcentage de patients substitués varie de 2 % à 16,2 % selon la maison d'arrêt considérée) et...aussi sans doute de la qualité de communication entre équipes sanitaires et pénitentiaires.

Une certaine souplesse et une adaptabilité du dispositif sont nécessaires.

Les éléments déterminants sont le respect de la confidentialité et du contrat thérapeutique ainsi qu'une grande réactivité des équipes de soin en cas de difficulté (pressions, racket, mésusage...). Notons que si les personnels sanitaires n'en font souvent pas leurs préoccupations principales, les personnels pénitentiaires et les détenus évoquent le trafic, le racket et les autres pressions générées par l'univers carcéral comme particulièrement difficiles à gérer. Ceci mérite largement d'être pris en compte dans les choix qui peuvent être faits. Toutefois, les traitements prescrits et distribués par les équipes sanitaires intervenant en milieu carcéral ne constituent pas, loin de là, la seule source à l'existence d'un trafic de la BHD en prison.

Dans certains établissements de grande taille et/ou présentant un grand nombre de patients substitués par BHD, le maintien systématique d'une délivrance quotidienne risque d'empêcher toute personnalisation de la délivrance et ainsi de précariser le lien thérapeutique avec réduction du projet thérapeutique, faute de temps soignant, à la seule délivrance du traitement de substitution.

Il peut être envisageable en ce cas (et c'est de toute façon déjà une réalité dans un certain nombre d'établissements) de délivrer la BHD pour plusieurs jours mais en gardant :

- ❖ en période initiale une personnalisation de la délivrance permettant information, assistance à la prise sublinguale, mise en place d'un lien thérapeutique (par exemple 1 à 2 semaines de prise sublinguale devant soignant) ;
- ❖ puis une adaptabilité avec retour (rapide) à une délivrance quotidienne en cas de difficultés (trafic, pressions, racket...ou bien sûr à la demande du patient).

Type de délivrance

Il paraît essentiel, quelles que soient les modalités de délivrance choisies, que l'on soit plus attentif à une individualisation de la prise qu'à son contrôle systématique. Par individualisation de la prise, nous entendons adaptation des rythmes et des lieux de distribution en fonction de l'histoire singulière du détenu, suivant les contraintes organisationnelles et pharmacologiques habituelles. La prévention du trafic et des mésusages passe certainement plus par cette individualisation que par un contrôle difficile, voire illusoire, en raison de la galénique de la BHD (les équipes pénitentiaires privilégient à ce propos la galénique liquide, posant pour eux moins de problèmes) et rendant précaire une relation de soin « sereine ».

Il est en revanche nécessaire que pour chaque patient existe un temps d'évaluation permettant une adaptation modulable et ré-évaluable du type de délivrance.

Une période initiale de prise sublinguale devant soignant d'au moins une à deux semaines est indispensable pour garantir le bon déroulement du processus (notamment que le traitement ne soit pas avalé directement) et permettre d'informer, écouter, rencontrer et établir des liens.

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

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

La pratique du pilage des comprimés de BHD afin de mieux contrôler la prise nous paraît poser un réel problème tant en raison de son éventuelle influence sur la biodisponibilité (pour lequel il n'existe pas de réponse à l'heure actuelle) que sur sa symbolique. Si elle est utilisée, ce ne devrait être que pour des périodes brèves et dans des situations bien délimitées. En outre, la pratique du pilage couramment motivée par le souci de diminuer le trafic n'est pas efficace de ce point de vue, des détenus ayant souligné que cela n'empêchait pas le trafic.

▪ 5-2-5-3 : Remarque générale

Un certain nombre de détenus formule une attente claire : le moment de la distribution doit pouvoir constituer un temps d'échange et de discussion avec le personnel soignant (en particulier l'infirmier distribuant le traitement) autour du vécu du traitement, mais aussi de toute question relative à la santé ou à l'état psychologique. De nombreux détenus ont ainsi regretté au cours de l'enquête de ne pas disposer de suffisamment de temps lors de cette rencontre. Dans l'organisation des soins, il conviendrait donc, au regard des moyens disponibles, de définir le temps de la distribution comme aussi un temps d'échange.

Concernant le rythme et le lieu de distribution, les détenus soulignent la lassitude de devoir descendre quotidiennement à l'UCSA ou au SMPR quand c'est ce type de distribution qui est mis en place. Si ce choix répond comme on l'a vu à des contraintes organisationnelles (taille des établissements, modalités de distribution des autres médicaments, effectifs des équipes sanitaires concernées) et à des contraintes d'ordre pharmacologiques (léthalité de la méthadone), il conviendra de définir un cadre précis aux mouvements (tranches horaires plus délimitées) et permettre des aménagements exceptionnels quand la situation l'exige. La définition de ce cadre devrait impliquer une coordination des équipes sanitaires et pénitentiaires.

5-2-6 : CO-PRESCRIPTIONS

Une attention toute particulière doit être portée à limiter les associations de psychotropes, notamment de benzodiazépines (en raison des risques de l'association), avec les traitements de substitution.

La monothérapie substitutive devrait rester la règle. Toutefois de réels besoins peuvent exister (en particulier en raison de l'effet anxiogène de l'incarcération), qu'il conviendra de pouvoir évaluer afin d'apporter la réponse appropriée.

L'indication d'un traitement anxiolytique ou hypnotique associé doit être posée par un spécialiste, régulièrement réévaluée, et respecter par ailleurs les Références Médicales Opposables (RMO) en ce domaine.

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

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

- ❖ Hydroxyzine (ATARAX®).
- ❖ Cyamémazine (TERCIAN®).
- ❖ Méprobamate (EQUANIL®) pour de brèves périodes.
- ❖ Antidépresseurs en sachant que certains sérotoninergiques interagissent avec la méthadone.
- ❖ Alimémazine (THERALENE®).
- ❖ Zolpidem (STILNOX®).
- ❖ Zopiclone (IMOVANE®).

Lorsque ces traitements sont en échec, la prescription de benzodiazépines se fera en évitant les molécules à fort pouvoir potentialisateur type :

- ❖ Clorazépate (TRANXENE®).
- ❖ Flunitrazepam (ROHYPNOL®).
- ❖ Temazepam (NORMISON®).

Une information devrait alors être fournie aux patients sur les risques de l'association de benzodiazépines avec un traitement de substitution et en général sur leurs effets indésirables. Lors de transferts en provenance d'autres établissements pénitentiaires ayant prescrit des traitements psychotropes associés au traitement de substitution, une prise de contact téléphonique devrait être effectuée afin de resituer le contexte de la prescription. La réévaluation de la prescription est de toute façon la règle.

A titre indicatif, les recommandations de la Commission des stupéfiants des Nations Unies³⁴ (2001), superposables à celles du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe (1990³⁵ et 2001³⁶), sont les suivantes :

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

5-2-7 : PRISE EN CHARGE

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

En outre, des réunions régulières devraient aussi permettre aux équipes sanitaires et pénitentiaires d'échanger (y compris les SPIP) de façon à pallier à la pratique actuelle (voire plutôt l'absence de pratique) où de telles rencontres sont provoquées dans l'urgence lorsque des difficultés sont exprimées par un détenu ou les équipes. Cette recommandation est d'autant plus forte qu'elle est partagée par l'ensemble des acteurs concernés.

Une évaluation sociale, psychiatrique et/ou psychologique, débouchant sur un suivi si nécessaire, devrait pouvoir être systématiquement proposée.

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

Du point de vue des détenus, il conviendrait de faciliter l'organisation de réunions d'information ou de groupes de paroles animés par des intervenants extérieurs (associations de réduction des risques par exemple) autour des problématiques liées à la dépendance et aux risques infectieux.

³⁴ Résolution 44/13 : *Contribution à l'usage approprié des benzodiazépines*

³⁵ Résolution du Conseil de l'Europe AP(90)3 du 18 octobre 1990 relative à la prescription des benzodiazépines.

³⁶ *Contribution à l'usage raisonné des benzodiazépines*, séminaire organisé par le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe à Strasbourg, janvier 2001.

5-2-8 : CONFIDENTIALITE DES SOINS

Si une certaine fatalité est exprimée par les équipes de soins et les détenus au sujet de la confidentialité, ces derniers n'en ressentent pas moins douloureusement les conséquences de son insuffisance : pressions, racket, menaces, stigmatisation voire violences de la part des co-détenus ont été évoqués par les détenus rencontrés dans le cadre de l'enquête. Aux dires de certains détenus, des personnels de surveillance peuvent également exercer une pression, en posant des obstacles dans le bon déroulement des plannings de mouvements quotidiens vers l'UCSA pour la distribution des traitements de substitution ; ces pratiques ne sont possibles que par ce que les personnels ont connaissance des traitements pris.

La confidentialité doit rester au centre des préoccupations dans l'adaptation du dispositif de soin (lieu, modalités d'appel et de délivrance des traitements). Sur ce sujet, des actions de formation et d'information devraient être conduites à destination aussi bien des personnels pénitentiaires que des détenus.

5-2-9 : DOSSIER DE SOIN

La règle devrait être le dossier unique, accessible à l'ensemble des acteurs sanitaires gravitant autour de la prise en charge du patient.

L'informatisation du dossier est sans doute la seule manière d'y aboutir dans les établissements présentant plusieurs structures de soins.

Il paraît par ailleurs nécessaire que des indications précises soient notées sur les orientations thérapeutiques, notamment en cas de co-prescriptions et sur les différents volets de la prise en charge (aspect social, préparation à la sortie,...) en prévision de transferts éventuels.

5-2-10 : SORTIE/TRANSFERTS

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

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

De la même façon, le relais de la prescription et de la délivrance doivent être envisagés afin d'éviter toute rupture de soins au moment de la sortie (par exemple lors de sorties le week-end).

Lorsque cela est possible, un dispositif collectif de préparation à la sortie, même rudimentaire, doit pouvoir être proposé. Il autorise par exemple la présentation et la rencontre périodique des équipes spécialisées et des acteurs de la réinsertion exerçant en milieu libre.

L'ouverture de droits et la demande de CMU doivent également être envisagées pendant l'incarcération.

La mission recommande, notamment dans les établissements dépourvus de personnels soignants spécialisés (SMPR ou CSST), que les SPIP abordent les divers aspects de la prise en charge sociale des détenus substitués avec beaucoup d'attention, en complétant si besoin leurs évaluations par celles d'acteurs du champs médico-social extérieurs.

Citons le dispositif fonctionnant dans les Yvelines qui permet au détenu de disposer dès le jour de sa sortie d'une CMU valable 3 mois avec identification d'un référent à la CPAM de Versailles pour suivre les démarches ultérieures de régularisation.

5-2-11 : EXTRACTIONS

Lorsque le service de soin présent « démarre » tôt, la délivrance des traitements peut être faite le matin même de l'extraction.

Dans les autres établissements :

- ❖ le traitement est remis en main propre au patient la veille au soir (délicat pour la méthadone) ;
- ❖ la remise au greffe par un soignant d'une enveloppe cachetée contenant le traitement quotidien à remettre au détenu le matin de l'extraction est l'alternative la plus souvent utilisée.

Si dans les faits le système peut répondre à toutes les configurations, une vigilance n'en est pas moins nécessaire dans la pratique, en particulier dans la transmission des informations relatives aux extractions entre équipes pénitentiaires et sanitaires. Certains détenus ont ainsi fait état de difficultés à se voir remettre leur traitement au greffe, ce dernier n'ayant pas été préparé ; les conséquences anxiogènes de ces ruptures de soin sont à évaluer au regard de l'enjeu que ces extractions peuvent représenter pour le détenu (rendez-vous pour l'instruction, jugement).

5-2-12 : FORMATION/INFORMATION

C'est l'un des points essentiels de ce travail : l'intérêt unanime donné aux besoins de formation aussi bien par les personnels soignants que par les personnels pénitentiaires. Cette nécessité de la formation est aussi clairement ressentie par les détenus (« ils ne savent pas ce que c'est »).

Personnels pénitentiaires

Une formation sur la toxicomanie en général et sur les traitements de substitution en particulier mérite d'être au moins réactualisée pour l'ensemble des équipes. Cette formation devrait en particulier aborder :

- les notions d'abus et de dépendance ;
- l'organisation de la prise en charge sanitaire, sociale et psychologique de ces dépendances, à la fois de manière générale et de façon plus particulière en milieu carcéral ;
- un travail personnel et collectif sur les représentations liées à la consommation de drogues et aux traitements de substitution.

Cette formation devrait pouvoir être conjointement animée par des représentants des administrations santé-justice concernées (DGS et DAP), mais aussi par des partenaires extérieurs reconnus dans le champ de la formation sur ce domaine (intervenants de CSST extérieurs et d'associations de réduction des risques).

En réponse à la demande des personnels pénitentiaires mais aussi sanitaires, nous pourrions suggérer que ces formations se fassent de manière transversale, incluant les deux catégories de professionnels ; les formations à destination des équipes d'un même établissement devraient être privilégiées.

Au delà de la formation, des échanges réguliers avec les équipes soignantes, prenant en compte les limites imposées par le secret professionnel et selon des modalités propres à chaque établissement, peuvent également être proposés.

A noter une expérience intéressante dans un des établissements visités, pour lequel le climat entre soignants et pénitentiaires nous a paru particulièrement peu conflictuel et les représentations (bilatéralement) moins caricaturales : un infirmier participe chaque matin à la réunion pénitentiaire de début de journée. Il y est informé des incidents et des détenus paraissant en difficulté, pouvant également fournir un retour le lendemain quand la situation s'y prête ou l'exige.

Personnels sanitaires

Des échanges cliniques et sur les pratiques de soins avec d'autres professionnels peuvent être mis en place entre équipes évoluant en milieu carcéral au niveau régional et avec des professionnels des CSST au sein des réseaux Ville-Hôpital locaux.

Des sessions de « réactualisation » des connaissances devraient pouvoir être organisées au niveau de chaque établissement pour l'ensemble de l'équipe, incluant pour répondre aux demandes pénitentiaires et sanitaires, des équipes pénitentiaires du même établissement.

Ces besoins étant constamment exprimés par les équipes sanitaires et pénitentiaires mais aussi indirectement par les détenus à travers leur constat de la méconnaissance de leurs difficultés et les « représentations » dont ils sont victimes en détention, ils paraissent devoir être traités prioritairement !

Détenus

Les actions d'information, de prévention et d'éducation à la santé devraient être développées. Dans le cadre de ces actions, il conviendra de privilégier des programmes autour des questions liées aux dépendances et à la réduction des risques.

Ces actions peuvent être de nature différentes et complémentaires :

- initiées et animées par les équipes sanitaires de l'établissement ;
- initiées et animées par des intervenants extérieurs ;
- initiées par des équipes sanitaires et/ou pénitentiaires de l'établissement et animées par des intervenants extérieurs.

Par intervenants extérieurs, nous entendons les partenaires extérieurs définis dans le paragraphe sur les formations pour les personnels pénitentiaires.

Cette organisation aurait l'avantage de pallier aux difficultés des équipes à dégager du temps et de l'énergie pour des actions collectives de prévention, souvent difficiles à organiser en milieu carcéral. Elle apporterait aussi une réponse complémentaire aux informations données par l'équipe sanitaire.

La méconnaissance fréquente des risques du mésusage des différentes thérapeutiques et des modes de contamination, notamment de l'hépatite C, laissent supposer que ce terrain reste largement à investir.

5-2-13 : ACCOMPAGNER LES EQUIPES !

L'exercice en milieu carcéral est particulièrement difficile. Si les soignants ont en général choisi ce type de pratique et sont souvent motivés, ils ne choisissent pas les changements de politique, aussi bien judiciaire que sanitaire, qui conditionnent au premier plan leur pratique.

Dans une période où infirmiers(es) et médecins se font rares, nous pouvons suggérer d'accompagner ceux qui acceptent de s'investir en milieu carcéral où ils sont plus que jamais nécessaires. Par accompagner, nous entendons proposer des temps de régulations, de supervision et d'analyse des pratiques, complémentaires des temps de formation mentionnés ci-dessus. Ces temps seraient à destination :

- soit d'un service sanitaire spécifique ;
- soit de l'ensemble des services sanitaires investis dans l'établissement ;
- soit transversaux à l'ensemble des services sanitaires et pénitentiaires de l'établissement.

6 - CONCLUSION

La mission a tenté au travers du présent rapport de répondre à la commande qui lui avait été confiée sur l'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral.

Toutefois, la question de la substitution en prison ne saurait être dé-contextualisée et la prise en considération des recommandations formulées ci-dessus n'a de sens que si elle s'intègre dans une appréhension globale du dispositif de soins en milieu carcéral et de l'ensemble des pratiques de soins concernant les traitements de substitution en France.

6-1 : UNE MISE EN PERSPECTIVE

6-1-1 : La prise en charge sanitaire des détenus

La prise en charge de la dépendance majeure aux opiacés ne constitue qu'un des aspects de la prise en charge sanitaire des détenus.

D'après le rapport de la mission conjointe IGAS/IGSJ de juin 2001 sur la santé des détenus, si d'indéniables progrès ont été accomplis (en particulier sur le plan somatique) depuis la loi de janvier 1994, des lacunes importantes persistent dans plusieurs domaines :

- l'hygiène et la santé publique ;
- le traitement des troubles mentaux ;
- le suivi des délinquants sexuels ;
- la prise en charge du vieillissement, du handicap et de la fin de vie.

C'est ainsi que sur les 9 recommandations majeures de cette mission, 1 seule porte spécifiquement sur le traitement de la toxicomanie (« une clarification de la doctrine relative à l'utilisation de la substitution en prison doit permettre d'augmenter le recours à ces traitements. La recherche d'une meilleure coordination entre l'ensemble des partenaires doit également se poursuivre »).

Les enjeux de santé publique en prison ont déjà été soulignés à de maintes reprises (y compris par le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France – juin 2000). Les propos des détenus, tels qu'on peut par exemple les analyser dans le rapport d'activité de la « ligne 6 » (ligne d'écoute et de soutien téléphonique mise en place à l'initiative de Sida Info Service à l'Etablissement Public de Santé National de Fresnes – « hôpital national des prisons ») les corroborent directement. Alors que la ligne est initialement conçue pour répondre à des demandes d'écoute et de soutien en lien avec les pathologies liées au VIH/sida et aux hépatites, la répartition des thèmes médicaux abordés en entretien est significative (activité 2000) : seuls 27,3 % des appels correspondent aux pathologies ciblées.

Les préoccupations sanitaires restent donc multiples. L'amélioration de l'organisation des soins aux patients bénéficiant d'un traitement de substitution n'est donc qu'une des facettes nécessaires dans la prise en considération globale du dispositif sanitaire en milieu carcéral.

6-1-2 : Les mésusages liés aux traitements de substitution

La dimension thérapeutique des traitements de substitution en milieu carcéral peut être dépréciée en raison des mésusages constatés. Cette perception négative amène des intervenants à les dénoncer en invoquant le trafic dont il font l'objet (que ce trafic soit voulu ou subi par les détenus concernés) mais aussi en raison de modes d'administration ne correspondant pas à l'AMM.

Cette question concerne avant tout la BHD (dans sa galénique actuelle et dans ses modalités de délivrance).

Il convient de mettre également en perspective ces mésusages avec :

- la question générale du trafic en prison ;
- les pratiques en milieu libre.

Le trafic

L'existence de trafics en prison est bien antérieure à l'apparition des traitements de substitution en 1996.

D'une part, le milieu carcéral n'a jamais garanti l'imperméabilité vis-à-vis de l'environnement extérieur que l'on pourrait imaginer (que ce soit d'ailleurs sur l'accessibilité à des produits psychoactifs –drogues et médicaments - ou à d'autres matériels). Ainsi :

- o dans une étude de l'ORS PACA en 1996 sur 574 détenus, 23 % déclaraient avoir déjà pratiqué l'injection en prison au cours de leur vie ;
- o dans une enquête européenne (8 pays participants) réalisée sur 4 sites français (1 212 questionnaires anonymes) en 1997-1998, 32 % des personnes interrogées déclaraient avoir consommé en prison des drogues illicites non injectées et 35 % des usagers de drogues par voie intraveineuse déclaraient s'être injecté de la drogue en prison.

D'autre part, le détournement de médicaments prescrits par les services médicaux existait préalablement à l'arrivée des traitements de substitution.

De nombreux facteurs contribuent aux trafics et aux consommations associées à ces trafics : recherche d'effets psychoactifs, dépendance à l'injection, mais aussi nécessité de se procurer des revenus.

La prison accueille avant tout une population en difficulté sociale. Si l'on retire les personnes inactives (femmes au foyer, mineurs scolarisés), un tiers seulement des détenus exerce une activité régulière et rémunérée avant leur incarcération. Près de la moitié des détenus sont sans emploi au moment de leur incarcération ; pour les jeunes de moins de 25 ans, cette proportion atteint 62 %.

L'indigence participe certainement aux pratiques de racket, de cantinage et de troc. Dans ce contexte, tout peut devenir une monnaie permettant de pallier à l'indigence, dont le médicament (qu'il soit de substitution ou autre). La proportion importante parmi la population carcérale de détenus dépendant aux drogues illicites et aux médicaments psychoactifs entretient naturellement un marché noir centré sur les traitements de substitution (tant en termes d'offre que de demande).

Les pratiques en milieu libre

Là aussi, la prison ne semble pas créer le mésusage. Les pratiques d'injection ou de sniff du Subutex® ou bien l'existence d'un Subutex® « de rue » existent en milieu libre (voir les résultats de l'enquête AIDES/INSERM 2002). Au delà de la BHD, la quasi-totalité des répondants de cette même enquête (90 %) déclaraient avoir consommé régulièrement hors prescription le traitement actuellement prescrit (tous traitements confondus).

Ce n'est donc pas la prison qui génère ou qui crée un mésusage des traitements de substitution et les dérives associées à ce mésusage ; elle ne fait que révéler des pratiques existantes en milieu libre et les amplifier en raison du nombre de détenus concernés. Aussi, s'il est légitime que les équipes sanitaires et pénitentiaires se préoccupent de la question du trafic des traitements de substitution en prison, cette réflexion et les réponses qui lui sont associées ne peuvent être dissociées d'une réflexion sur le contexte général de la substitution en France (molécules, galéniques, cadre de prise en charge, conditions de suivi, etc.).

6-1-3 : La substitution comme outil de la réduction des risques

Le développement des traitements de substitution à partir du milieu des années 1990 en France a essentiellement reposé sur une volonté de réduire les risques infectieux liés à l'injection d'héroïne. A cet égard, les traitements de substitution, au même titre que les programmes de mise à disposition de seringues stériles, constituent un outil de réduction des risques. Le rythme de développement d'une telle politique en milieu libre n'est pas le même que celui constaté en milieu carcéral. Alors que l'offre de soins en substitution s'est progressivement développée en prison (même si la couverture médicale ne correspond pas aux besoins dans les mêmes proportions qu'en milieu libre – voir page 34), les autres outils de la RDR ont toujours des difficultés non seulement à y entrer, mais bien en amont à être envisagés. Seule la distribution d'eau de Javel a fait l'objet d'un accompagnement (circulaire du 5 décembre 1996). L'éventail des mesures et actions pouvant théoriquement diminuer les risques reste à la porte de la prison en France, notamment les mesures concernant l'injection, alors que certains de nos voisins européens les ont au moins expérimentés (Allemagne, Suisse, Espagne).³⁷

Pourtant, si les pratiques de consommation de drogues et les risques associés ne diffèrent pas fondamentalement en prison et à l'extérieur, la prison est plus qu'ailleurs régie par le respect de la Loi et des interdits réglementaires. Dès lors, toute démarche fondée sur la reconnaissance de l'usage de drogues illicites ou des risques associés (reconnaissance qui constitue le fondement de la RDR) se heurte à un mur législatif infranchissable.

Cette distorsion ne vient certainement pas faciliter, tant pour les équipes que pour les détenus, une bonne acceptabilité et une bonne pratique de la substitution en prison. Elle contribue aussi à entretenir des représentations négatives chez les personnels pénitentiaires. L'argument légal (interdiction de la consommation de produits stupéfiants) limite de fait une approche plus globale de la réduction des risques sanitaires.

6-1-4 : Les conséquences de la politique pénale

Aux termes de la loi de 1970, la consommation et le trafic de produits stupéfiants constituent une infraction passible de peines d'amendes et d'emprisonnement. Si le fondement légal est clair, l'extrême variation de l'interprétation du texte et les politiques pénales successives altèrent la lisibilité de la fonction thérapeutique des traitements de substitution, et ont un impact direct sur l'organisation des soins en matière de substitution en prison. De façon plus générale, la politique pénale française tend pour de nombreux délits et infractions à privilégier l'incarcération à d'autres peines, particulièrement pour les ILS. Cette démarche participe d'une sur-représentation en milieu carcéral de détenus précarisés socialement, fait le lit de nombreux problèmes d'hygiène accrus par la surpopulation et exacerbe les problèmes de racket/trafic.

Là encore, même si nous arrivons aux frontières de l'objet de notre mission, la politique de substitution en milieu carcéral ne peut pas être dé-contextualisée de la politique pénale globale. Un certain nombre d'obstacles à une bonne pratique des traitements de substitution (tant chez les équipes sanitaires que chez les détenus) pourraient être sinon levés, du moins atténués par une adaptation de la politique pénale (peines alternatives à l'incarcération, encellulement individuel, amélioration des conditions de détention, instauration d'un revenu minimum en détention, etc.).

³⁷ Parmi les arguments opposés à l'installation d'échange de seringue en prison figurent la crainte que cette dernière soit utilisée comme une arme ou qu'elle incite à la consommation de drogues. L'analyse des expériences européennes suscitées infirment ces craintes.

6-2 : DES FACTEURS CONDITIONNANT OU LIMITANT CLAIREMENT IDENTIFIES

6-2-1 : Remarque préliminaire

Les conditions de l'application des recommandations du présent rapport seront étroitement liées aux effectifs soignants disponibles dans les établissements pénitentiaires ainsi qu'aux configurations des établissements :

- ❖ de nombreux choix dans l'organisation des soins sont de toute évidence moins déterminés par une « politique » soignante (ce qui était encore faux il y a peu) que par la réalité de ce que l'effectif soignant permet ;
- ❖ nous ne pouvons donc pas suggérer la même organisation des soins à deux établissements de taille identique mais dont l'un ne possède qu'une UCSA « sinistrée » en personnel et l'autre une UCSA, un SMPR et un CSST en « bonnes santés ».

6-2-2 : Facteurs spécifiques

La spécialisation des équipes

Les établissements dotés d'équipes spécialisées intra-carcérales (SMPR et/ou CSST) sont ceux présentant le plus grand nombre de patients substitués dans notre enquête (ce sont aussi les établissements de plus grande taille, drainant la population la plus urbaine) mais aussi ceux pour lesquels la globalité de la prise en charge (volet social, suivi psychologique, préparation à la sortie) apparaît le plus clairement.

La taille des établissements

Dans les établissements de petite et moyenne tailles, la délivrance quotidienne reste le plus souvent compatible avec l'individualisation de la prise en charge et la confidentialité du soin. Dans les grands établissements (> 600 places), si l'on veut maintenir l'individualisation de la délivrance quand elle est nécessaire pour certains patients, la délivrance aux autres détenus substitués impose la remise du traitement en détention.

En ce sens, l'application à la lettre de la circulaire VIH de 96 préconisant une délivrance quotidienne des traitements de substitution, paraît incompatible avec la facilitation de l'accès aux soins souhaitée par tous.

Ce n'est là que le constat général de la difficulté à gérer d'un point de vue humain des établissements de trop grande taille

Le type d'établissement

Les maisons d'arrêt pour femmes ont la proportion de patients substitués la plus conséquente et les centrales la moins importante (nulle dans notre enquête). Une vraie réflexion mérite d'être initiée à ce sujet : que signifie le soin en substitution dans un contexte où le patient est enfermé pour une durée prolongée (plus de 10 ans) dans un milieu où il n'a normalement pas accès aux opiacés ?

Les relations inter-professionnelles

L'existence d'une volonté de communication entre catégories professionnelles semble favoriser, paradoxalement, la confidentialité des soins par une meilleure connaissance des prérogatives de chacun et des enjeux.

Patient, équipes pénitentiaires et équipes soignantes émettent tous le besoin d'une meilleure formation/information et notamment de formations communes pénitentiaires/soignants.

L'accès aux soins

L'incarcération peut être considérée comme une situation de sevrage imposée au cours d'un processus toxicomaniaque parfois actif. La restriction des traitements à ceux préalablement prescrits fait perdre l'opportunité d'initier une possible démarche de soin.

L'indispensable travail en réseau

L'étape carcérale n'est qu'un « instant » du parcours du patient. L'envisager sans envisager les relais est illogique et même dangereux (les soins ne seraient-ils possibles qu'en prison ? !).

Les difficultés rencontrées par les équipes et les détenus

Certains modes de délivrance des traitements renvoient les équipes à la contradiction entre logique sécuritaire et soignante, au risque de l'épuisement et de la démotivation. Quelques soient les ambiguïtés sanitaires ou structurelles auxquels ils sont confrontés, leurs missions méritent d'être clarifiées et orientées dans le sens du soin.

De même, les détenus évoquent des délivrances infantilisantes, les confrontant aux pressions et les conduisant à la transgression au dépend de l'individualisation du soin. Il soulignent aussi la fatigabilité liée à l'organisation de la délivrance quant cette dernière est quotidienne.

6-3 : CE QUE NOUS APPREND LA PRISON

Nous souhaitons conclure ce rapport sur une perspective positive de travail. L'évaluation des thérapeutiques de substitution en prison met en exergue, plus qu'ailleurs, des questionnements concernant aussi bien les professionnels de santé, intervenants en toxicomanie, associations de RDR, associations d'auto-support que tutelles sanitaires et laboratoires pharmaceutiques.

Ceux-ci ont trait à

- l'accès aux soins
- la dépendance aux traitements de substitution
- la sortie de la substitution (ie la fin de l'indication de soin en substitution)
- le projet thérapeutique en substitution
- les problématiques liées aux mésusages du traitement de substitution
- le secret médical partagé

Il ne s'agit pas dans cette partie conclusive finale d'apporter des réponses mais de souligner des pistes de travail collectives dont les acteurs cités plus haut devraient s'emparer.

L'accès aux soins

La prison serait-elle un lieu privilégié (sevrage au moins partiel des consommations, proximité d'équipes de soins parfois très spécialisées, réactualisation des liens affectifs et familiaux...) pour aborder la question du soin et plus particulièrement de l'initiation des traitements de substitution ? L'éthique ne peut que se troubler de la conjonction soin et sanction alors que la loi de 1970 aurait dû permettre l'alternative (soin ou sanction).

La dépendance aux traitements de substitution

Plus qu'en milieu libre, la dépendance au traitement de substitution est manifeste. Il n'est pas rare dans les entretiens avec les détenus d'entendre dire « à la sortie, j'arrête ; c'est encore plus dur que l'héroïne ; on était moins accroc à l'héroïne avant » etc. Ce phénomène de la dépendance n'est pas spécifique à la prison, mais il est plus particulièrement révélé lors d'une incarcération. En effet, d'une part cette dernière est anxiogène ; d'autre part, le temps procuré par l'incarcération amène plus facilement à réfléchir ou se questionner sur le parcours dans la toxicomanie et le soin. Le questionnement autour de la dépendance au traitement de substitution n'en devient que plus prégnant et les réflexions qui porteront sur ce sujet ne

pourront que nourrir l'analyse plus générale de ce phénomène, qui doit interpeller tous les acteurs de la substitution (soignants/soignés/intervenants). Les stratégies de diminution des posologies ou de « décrochage à la dure » mises en place par les détenus devraient faire l'objet d'une attention particulière en ce qu'elles constituent un des symptômes de cette dépendance.

La sortie de la substitution

Dans la prise en charge globale des usagers de drogues en traitement de substitution, la question de la sortie de la substitution (la fin du traitement) est souvent difficilement envisagée. La durée même de ces traitements, de nature « indéterminée » (on sait quand on les commence, on ne sait pas quand on les arrêtera), ne facilite pas la mise en place d'un cadre clair autour de cette question, tant chez le soignant que chez le soigné.

Cette problématique est très clairement soulevée par la prise en charge des détenus dépendants aux opiacés en centrale ou en centre de détention : comme on l'a vu plus haut, que signifie le soin en substitution dans un contexte où le patient est enfermé pour une durée longue (plus de 10 ans) dans un milieu où il n'a normalement pas accès aux opiacés ?

Là encore, la prison pointe plus qu'ailleurs un des questionnements majeurs autour de la substitution, que le développement rapide sur les 6 dernières années a occulté. Rappelons que le nombre de personnes en traitement de substitution est passé de quelques milliers en 1995/1996 à 90 000 aujourd'hui. Ce sont autant de personnes pour lesquelles cette question se posera, de la même façon qu'elle est d'ores et déjà posée pour les détenus frappés de longues peines.³⁸

Le projet thérapeutique

En prison plus qu'ailleurs, le soin sans projet thérapeutique semble plus sanctionné par des dérives, rapidement ressenties par les équipes sanitaires et les détenus, mais aussi par les personnels pénitentiaires. Si elle est clairement posée, gageons que la nécessité d'un cadre thérapeutique clair en substitution (tel que nous avons pu le définir en introduction à nos recommandations) permettra de nourrir, en milieu libre, la pratique des personnels soignants et l'appropriation par les dépendants majeurs aux opiacés d'une véritable relation de soin. Ce cadre, ou contrat thérapeutique, devrait être évolutif au cours de la prise en charge et des étapes successives du traitement.

Dans un contexte où émergent les questionnements autour de la substitution (trop souvent réduits aux impasses et aux dérives constatées), cette notion de cadre thérapeutique devrait permettre d'introduire une certaine sérénité dans le débat.

Enfin, si elles sont initiées en prison, de mauvaises pratiques en termes de prescription et de suivi du traitement de substitution peuvent être lourdes de conséquences sur l'extérieur, en particulier dans la représentation de la relation au soin qu'auront les personnes en substitution (risque de distanciation avec la relation de soin, d'assimilation du traitement de substitution à un « produit-drogue », etc.).

Les problématiques liées au mésusage

En milieu libre comme en milieu carcéral, la gestion quotidienne d'un traitement de substitution peut révéler des mésusages (en particulier dans les modes de prise du traitement : injection, sniff, etc.). De nombreuses études ont documenté ces phénomènes. Ces mésusages (non dénués de conséquences sanitaires pour le patient) peuvent répondre, chez la personne en substitution, à des insatisfactions dans la forme actuelle des médicaments de substitution et/ou

³⁸ Soyons clairs : il ne s'agit pas pour nous de s'opposer idéologiquement à la poursuite ou à l'initiation d'un traitement de substitution chez un détenu frappé de longue peine... mais bien de pointer la question qu'elle soulève.

dans les conditions de suivi du traitement ; ils sont souvent difficilement – et rarement - abordés avec le médecin. Si l'on s'intéresse plus particulièrement à l'injection, l'interdit légal et réglementaire, mais aussi moral, qui règne dans la prison autour de cette pratique la rend encore plus sensible qu'ailleurs. Pourquoi alors ne pas s'emparer pleinement de ces mésusages qui, là encore, s'ils sont pré-existants à l'incarcération, sont encore plus problématiques au regard des tabous qu'ils soulèvent en prison ? Le débat public sur les questions liées au mésusage de la substitution en général s'en trouverait certainement enrichi. Les phénomènes relevant du mésusage pourraient être considérés comme des outils thérapeutiques permettant de réévaluer et adapter le contrat thérapeutique entre le médecin et son patient, face à des insatisfactions et difficultés constatées ou exprimées. A cet égard, le maintien de l'injection ne peut pas être une contre-indication au traitement de substitution mais doit s'inscrire dans une étape qui implique une relation avec le soignant. Ouvrir un espace de dialogue et autoriser une parole autour d'un geste interdit, cela peut permettre à la personne de prendre soin d'elle dans un accompagnement thérapeutique.

Le secret médical partagé

Les difficultés relatives à la prise en charge globale des détenus en substitution posent très clairement la question du secret médical partagé. Si celui-ci est une illusion légale, il constitue une réalité pratique du fait de la promiscuité carcérale.

Seul le patient peut théoriquement délivrer le médecin, par son entremise, du secret médical. Le médecin reste cependant détenteur de la décision de transmettre ou non, le secret lui appartenant, même s'il ne peut théoriquement pas l'opposer au patient.

En terme strictement légal, le médecin ne peut donc pas communiquer sauf si le patient le demande. En terme soignant, la cohérence de l'organisation de la prise en charge impose que l'équipe sanitaire puisse échanger avec les partenaires, sous le contrôle du patient, afin que le secret ne devienne pas une « perte de chance » pour lui.

Informé le SPIP d'un projet de sortie, le personnel pénitentiaire de la dégradation de l'état psychique d'un patient, les magistrats de la nécessité de faire effectuer une expertise...peuvent sembler naturel mais restent une infraction à la règle du secret si le patient n'est pas partie prenante.

Toute la question est donc centrée sur la qualité de l'information transmise au patient et l'échange avec lui plus que sur une opposition sanitaire-pénitentiaire, sachant que la Loi du 04 mars 2002 modifie considérablement les équilibres soignants-soignés, équilibres encore plus sensibles en milieu carcéral.

Une vraie réflexion éthique s'impose à ce propos, devant questionner si besoin le cadre législatif.

C'est pour ces raisons que la prison, et plus particulièrement la substitution en prison, doit nous apprendre quelque chose et contribuer aux débats en matière de santé publique et de réduction des risques en général, de prise en charge de la dépendance majeure aux opiacés en particulier.

7 – ANNEXES

Liste des annexes :

- questionnaire soignants**
- questionnaire pénitentiaires**
- questionnaire détenus**
- lettres de mission DGS**
- courrier DAP**

**QUESTIONNAIRE SOIGNANT
COMMISSION CONSULTATIVE NATIONALE
DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION**

LIEU :

DATE :

INTERLOCUTEUR :

QUESTIONS GENERALES :

1. Sur l'établissement

Type d'établissement

Nombre de détenus

capacité totale

2. Structures sanitaires présentes

UCSA :	file active	rattachement
SMPR :	file active	rattachement
CSST :	file active	rattachement
Pharmacie :		rattachement

QUESTIONS SUR L'ORGANISATION DES SOINS :

1. De quand date la mise en place de la substitution

buprénorphine

méthadone

2. Qu'est ce qui détermine l'offre de soins ?

initiative d'un soignant

demande du détenu

administration pénitentiaire

3. Qui fait le repérage des patients sous substitution ?

4. Comment évaluez vous les besoins de chaque détenu ?

5. Proposez vous les deux traitements ?

si non, sur quel critère privilégiez vous l'un ou l'autre ?

comment gérez-vous le passage de l'un à l'autre ?

6. Qui fait la prescription :

buprénorphine

méthadone

7. Implication de la pharmacie ?

acheminement
gestion des stocks
coût

8. Place et fréquence des contrôles urinaires

produits recherchés
indications
fréquence

9. Constitution de l'équipe

QUESTIONS SPECIFIQUES :

1. Poursuite des traitements de substitution

Les traitements de substitution sont-ils poursuivis :

oui
non

Qui prend la décision

Buprénorphine
Méthadone

Quand poursuite, sur quels éléments :

- Buprénorphine

propos du patient seul
contrôle de la prescription auprès
du médecin ou CSST (qui?)
du pharmacien
confirmation par fax

- Méthadone

propos du patient seul
contrôle de la prescription auprès
du médecin ou CSST
du pharmacien
confirmation par fax

Quelle stratégie adoptez vous quant aux posologies ?

Maintien systématique des posologies :

sur les propos du patient
après vérification

Si réduction des posologies, sur quel critère et avec quelle évaluation de la posologie optimale ?:

Etes vous satisfait de ce fonctionnement ?

Quelles propositions éventuelles feriez-vous?

2. Initialisation des traitements de substitution

Initialisez vous des traitements par

Buprénorphine

Méthadone

Qui prend la décision de l'initialisation par

Buprénorphine

Méthadone

Mettez vous en place une surveillance particulière en début de traitement :

au niveau du suivi et/ou de son rythme

au niveau de la délivrance

par contrôles urinaires

Quels critères utilisez vous quand à la détermination des posologies ?

Etes vous satisfait de ce fonctionnement ?

Quelles propositions éventuelles feriez-vous?

3. Fractionnement et modalités pratiques de délivrance

BUPRÉNORPHINE

Qui effectue la délivrance :

Où la délivrance s'effectue-t-elle :

lieu de soins

détention

mixte

La délivrance est-elle :

quotidienne

fractionnée

graduelle (quotidienne puis fractionnée)

au bout de combien de temps

Effectuez vous un contrôle de la délivrance

si oui, selon quelle modalité

de manière constante ou évolutive

METHADONE

Qui effectue la délivrance :

Où la délivrance s'effectue-t-elle :

lieu de soins

détention

mixte

La délivrance est-elle :
quotidienne
fractionnée
graduelle (quotidienne puis fractionnée)
au bout de combien de temps

Effectuez-vous des dosages plasmatiques de méthadone ?
Dans quelles indications

Etes vous satisfait de ce fonctionnement ?

Quelles propositions éventuelles feriez-vous?

4. Confidentialité des soins

La liste des patients sous substitution est-elle accessible à des non soignants ?

Comment organisez vous la liste des patients devant être appelés pour prise de leur substitution ?

Etes vous satisfait de ce fonctionnement ?

Quelles propositions éventuelles feriez-vous?

5. Co-prescriptions

Limitez vous les co-prescriptions de psychotropes lorsque un traitement de substitution est en cours?

Si oui, quelles molécules plus spécifiquement :

Comment gérez-vous les problèmes de sevrage si cette co-prescription existait avant incarcération :

Existe-t-il au sein de votre établissement une possibilité de double prescription?

Etes vous satisfait de ce fonctionnement ?

Quelles propositions éventuelles feriez-vous?

6. Prise en charge globale

Existe-t-il dans votre service des réunions d'équipe autour de la prise en charge des patients ou des orientations thérapeutiques ?

De quelles modalités complémentaires de prise en charge disposez-vous ?

Suivi social
contact systématique

proposition systématique
sur demande du détenu

Suivi psychologique
contact systématique
proposition systématique
sur demande du détenu

Activités thérapeutiques
type d'activité
indications

Education à la santé

Avez-vous connaissance de pratiques d'injection en détention ?

Avez vous connaissances d'autres pratiques à risques telles que piercing, tatouages ?

Intervenants extérieurs

7. Préparation à la sortie/transferts

Bénéficiez vous de session de préparation à la sortie (QIS, plate-formes, sessions...)?

Comment effectuez vous le relais lors de la fin d'incarcération :

- rencontres préalables sur place
- coup de fil
- courrier
- communication d'une adresse

Du point de vue social, évaluez vous systématiquement chez les patients substitués :

- la couverture sociale
- la présence d'une CMU

Comment passez vous le relais en cas de transfert ?

Participez vous à des projets d'aménagement de peine pour les patients substitués ?

Différenciez-vous la préparation à la sortie en fonction du maintien ou de l'initialisation du traitement de substitution en milieu carcéral ?

Etes vous satisfait de ce fonctionnement ?

Quelles propositions éventuelles feriez-vous?

8. Extractions

Quelle stratégie adoptez vous en prévision d'une extraction pour un traitement par
Buprénorphine
Méthadone

Quelle stratégie adoptez vous lorsque vous n'avez pas été informé de l'extraction
Buprénorphine
Méthadone

Etes vous satisfait de ce fonctionnement ?

Quelles propositions éventuelles feriez-vous?

9. Formation

Formation des intervenants

- Comment vous êtes vous formés sur les traitements de substitution ?

- Estimez vous avoir des besoins spécifiques de formation ?

Existe-t-il des actions de formation/information à l'intention :

- du personnel sanitaire
qui les effectue
- du personnel pénitentiaire
qui les effectue
- des détenus
qui les effectue

Etes vous satisfait de ce fonctionnement ?

Quelles propositions éventuelles feriez-vous?

Souhaitez vous faire des remarques complémentaires sur ce questionnaire ou sur les modalités pratiques de prise en charge des patients substitués en milieu carcéral.

**QUESTIONNAIRE PERSONNEL PENITENTIAIRE
COMMISSION CONSULTATIVE NATIONALE
SUR LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION**

ETABLISSEMENT :

DATE :

INTERLOCUTEUR :

QUESTIONS GENERALES :

1. Sur l'établissement

Type d'établissement

Nombre de détenus

capacité totale

2. Structures sanitaires présentes

UCSA :

SMPR :

CSST :

3. Exercice dans l'Etablissement

Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ?

Depuis combien de temps exercez-vous dans cet Etablissement ?

Quel est votre lieu d'exercice dans l'Etablissement ?

QUESTIONS SUR LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION :

Quelle est la structure sanitaire prenant en charge les patients toxicomanes dans votre Etablissement ?

Savez-vous quels sont les traitements de substitution actuellement disponibles en France ?

Savez-vous quels sont les traitements de substitution actuellement disponibles en prison en France ?

Qui effectue la prescription des traitements de substitution ?

Par qui sont-ils délivrés ?

Comment (lieu et fréquence) sont-ils délivrés ?

Quelles propositions feriez-vous pour améliorer le dispositif actuel ?

- Prescription
- Lieu de délivrance
- Mode délivrance
- Rythme de prescription

Avez-vous des échanges avec l'équipe sanitaire responsable des traitements de substitution dans le quotidien de la gestion de ces patients ?

Avez-vous des échanges formels (formation/information) avec cette équipe, centrés sur les traitements de substitution ?

Savez vous quand ces traitements ont commencé à être prescrits dans votre établissements ?

Avez-vous bénéficié d'une information sanitaire ou pénitentiaire au moment de l'introduction des traitements de substitution ?

Avez vous repéré des changements notables consécutivement à l'introduction des traitements de substitution dans votre établissement ?

Quelle est votre opinion personnelle sur les traitements de substitution ?

Quels sont les éléments qui ont contribué à vous donner cette opinion ?

Que proposeriez vous pour améliorer le dispositif actuel de soin aux patients toxicomanes ?

Quel rôle pensez vous ou aimeriez vous jouer dans le dispositif de soin aux patients toxicomanes ?

Quelles demandes feriez-vous aux équipes de soins ?

**TRAME D'ENTRETIEN AVEC LES DETENUS
COMMISSION CONSULTATIVE NATIONALE
SUR LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION**

LIEU :

DATE :

Quelques questions d'introduction seront posées pour situer le contexte de l'incarcération (date d'entrée dans l'établissement, durée de la peine, etc.)

Suivez-vous actuellement un traitement de substitution ?

Si non, le médiateur explorera pour quelle raisons il n'y a pas de traitement de substitution (pas de dépendance aux opiacés ou obstacles rencontrés dans l'accès à un traitement) puis passera à la dernière partie de la trame d'entretien : « la place de la substitution en milieu carcéral » (page 3).

POURSUITE/INITIATION DU TRAITEMENT

Est-ce une poursuite ou une initiation de traitement ?

Si c'est une poursuite :

Le précédent traitement avait-il été prescrit en milieu libre ou en incarcération ?

Comment a été abordée la question de la poursuite du traitement à votre entrée dans l'établissement ?

Le traitement actuel est-il le même que le précédent ?

si non, pour quelles raisons, selon vous, le traitement a-t-il été modifié (à votre demande, à celle du médecin, etc.)

Si c'est une initiation :

Qui est à l'initiative de ce traitement ?

initiative d'un soignant

demande du détenu

administration pénitentiaire

Comment a été abordée la question de l'initiation d'un traitement à votre entrée dans l'établissement ?

PRESCRIPTION ET CONDITIONS DE SUIVI DU TRAITEMENT

Comment le traitement actuellement suivi a-t-il été défini ?

Description de la prescription

- médicament
- prescripteur
- posologie
- délivrance (qui effectue la délivrance, où, fréquence, etc.)
- contrôles urinaires

Pensez-vous que le traitement actuel répond à vos attentes :

- par rapport au médicament (effet, forme, etc.) ?
- par rapport à vos relations avec le médecin ?
- par rapport au cadre de prise en charge (dont les conditions de délivrance) ?

Etes vous satisfait de ce fonctionnement ?

CO-PRESCRIPTIONS

Avez-vous une co-prescription de psychotropes ?

Si oui, quelles molécules plus spécifiquement :

Si non, est-ce parce que :

- vous n'en ressentez pas le besoin ?
- vous en ressentez le besoin, mais n'avez pas demandé au médecin ?
- vous avez demandé, mais n'avez pas eu de co-prescription ?

Etes vous satisfait de ce fonctionnement ?

PREPARATION A LA SORTIE/TRANSFERT/EXTRACTION

L'entretien sera adapté selon la situation des détenus au regard de ces items.

Si vous êtes ou avez été dans l'une de ces situations, comment pourriez vous décrire ce qui est mis en place ou ce qui vous a été proposé ?

Etes vous satisfait de ce fonctionnement ?

LA PLACE DE LA SUBSTITUTION EN MILIEU CARCERAL

Selon vous et d'un point de vue général :

- comment le personnel sanitaire perçoit la substitution ?
- comment le personnel pénitentiaire perçoit la substitution ?
- comment les autres détenus perçoivent la substitution ?



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

2 1 3 4 . . .

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA SANTÉ

REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le

26 DEC. 2001

MP
01.07.03

REÇU 07 JAN. 2002

Monsieur,

Dans le cadre de la commission nationale des traitements de substitution dont vous faites partie, un programme de travail a été adopté lors de la séance du 27 septembre 2001. Parmi les thèmes retenus, celui concernant l'amélioration de la prise en charge en milieu carcéral vous a été confié conjointement avec le Docteur Laurent Michel du SMPR de Bois d'Arcy.

L'objectif est de produire un guide de bonnes pratiques de substitution en milieu carcéral, permettant aux professionnels d'adapter leurs pratiques au contexte du milieu et au dispositif local.

Ce guide de bonnes pratiques devra notamment aborder les thèmes suivants: continuité et initiation des traitements, organisation de la délivrance des traitements, confidentialité, consommations associées, préparation à la sortie, gestion des traitements lors des extractions, formation et information des personnels soignants et pénitentiaires.

Dans le cadre de cette mission, vous pourrez:

- travailler à partir des textes existants et des références bibliographiques.
- recueillir des avis auprès de différentes équipes sanitaires en milieu carcéral, de détenus et de personnels pénitentiaires.
- solliciter les avis d'instances européennes comme le groupe Pompidou, placé auprès du Conseil de l'Europe ainsi que d'associations intervenant auprès d'usagers de drogue.

Je vous demanderai de tenir la commission nationale régulièrement informée de l'état d'avancement de vos travaux. et souhaite disposer d'un document finalisé pour le 15 septembre 2002.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Monsieur Vincent PELLETIER
AIDES Fédération
14, rue Scandicci
93508 PANTIN Cedex

Bernard BASSET
Sous-directeur
Sous-direction Santé et Société

Substit/missionsubstitutioncarcéral.dra

8, avenue de Ségur - 75350 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00 - Télécopie : 01 40 56 40 44

NOTE : Olivier MAGUET a remplacé Vincent PELLETIER dans cette Mission.



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

2 1 3 3 . . .

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA SANTÉ

REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le

26 DEC. 2001

Monsieur,

Dans le cadre de la commission nationale des traitements de substitution dont vous faites partie, un programme de travail a été adopté lors de la séance du 27 septembre 2001. Parmi les thèmes retenus, celui concernant l'amélioration de la prise en charge en milieu carcéral vous a été confié conjointement avec Monsieur Vincent Pelletier de l'association AIDES.

L'objectif est de produire un guide de bonnes pratiques de substitution en milieu carcéral, permettant aux professionnels d'adapter leurs pratiques au contexte du milieu et au dispositif local.

Ce guide de bonnes pratiques devra notamment aborder les thèmes suivants: continuité et initiation des traitements, organisation de la délivrance des traitements, confidentialité, consommations associées, préparation à la sortie, gestion des traitements lors des extractions, formation et information des personnels soignants et pénitentiaires.

Dans le cadre de cette mission, vous pourrez:

- travailler à partir des textes existants et des références bibliographiques.
- recueillir des avis auprès de différentes équipes sanitaires en milieu carcéral, de détenus et de personnels pénitentiaires.
- solliciter les avis d'instances européennes comme le groupe Pompidou, placé auprès du Conseil de l'Europe ainsi que d'associations intervenant auprès d'usagers de drogue.

Je vous demanderai de tenir la commission nationale régulièrement informée de l'état d'avancement de vos travaux, et souhaite disposer d'un document finalisé pour le 15 septembre 2002.

Veillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Docteur Laurent Michel
Maison d'arrêt de Bois d'Arcy
Service médico-psychologique régional
5 rue A. Purpault
78390 Bois d'Arcy Cedex

Bernard BASSET
Sous-directeur
Sous-direction Santé et Sociétés

Substit/missionsubstitutionccarceral.dra

8, avenue de Ségur - 75350 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00 - Télécopie : 01 40 56 40 44



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

REÇU 02 SEP. 2002

02.09.526

DIRECTION
DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

Paris, le

29 AOUT 2002 - 00457

SOUS-DIRECTION DES PERSONNES PLACÉES
SOUS MAIN DE JUSTICE

Bureau des politiques sociales et d'insertion
PMJ 2 Réf.J 24 /PMJ2/DdG
dossier suivi par : Dr de Galard
☎ 01.49.96.21.44.

Messieurs,

Dans votre courrier en date du 19 juin 2002, vous m'informez de votre projet d'effectuer un travail d'évaluation des pratiques de substitution en milieu carcéral pour établir un guide de bonnes pratiques en ce domaine. Cette démarche qui s'inscrit dans le cadre du mandat que vous a donné la Direction Générale de la Santé, vous a été confiée par la Commission consultative des traitements de substitution.

Vous vous proposez, après avoir rencontré mes services, de réaliser une enquête auprès des équipes sanitaires, des personnels pénitentiaires de diverses catégories et enfin des usagers incarcérés.

Si le thème général de vos interrogations porte sur l'organisation des soins et la prescription et la distribution de ces médicaments en détention, questions relevant du ministère de la santé, vous souhaitez également recueillir l'opinion de plusieurs personnels pénitentiaires sur la mise en œuvre de ces traitements et connaître le point de vue de personnes détenues usagers de drogues. Notamment pour les personnels, vous me proposez d'animer une journée de formation continue pluridisciplinaire sur ce thème à la DR de Paris.

Vous m'indiquez un certain nombre d'établissements pénitentiaires offrant une diversité géographique et structurelle pour mener ce travail.

.../...

Docteur L. Michel
Médecin chef du SMPR de la MA de Bois d'Arcy
5, rue Alexandre Turpault
78 395 Bois d'Arcy cedex

Monsieur V. Pelletier
Directeur Général Adjoint AIDES
Tour Esso - 14 rue Scandicci
93500 PANTIN

DAP


DAP/PMJ2/DdG/29/08/2002/DCS et santé/letter DR Michel

Adresse postale : 13, place Vendôme - 75042 PARIS Cedex 01
Bureaux situés : 8 - 10, rue du Renard - 75004 PARIS
Tél : 01 44 77 60 60 - Fax : 01 49 96 26 10

J'ai l'honneur de vous informer que je n'ai pas d'objection à la mise en place de ces enquêtes. Les directions régionales seront prévenues par mes soins de vos démarches et je vous demande de bien vouloir les contacter pour l'organisation pratique de vos déplacements.

Veillez agréer, Messieurs, l'assurance de mes salutations distinguées.

L'adjointe à la sous Directrice
Des personnes Placées sous main de Justice



Isabelle COUZY

DAP/PMJ2/DdG/29/08/2002/DGS et santé/letter DR Michel