

Recherche originale

Prescription des traitements agonistes opioïdes en milieu carcéral dans les Hauts-de-France : enquête auprès des professionnels réalisée entre 2019 et 2020

Joubert Claire^{1,*}, Eck Marion², Fovet Thomas³

¹ Centre Support Nord de Remédiation cognitive et de Réhabilitation Psychosociale des Hauts de France 59000 Lille, France

² Pôle de Psychiatrie et de Conduites Addictives en Milieu Pénitentiaire, Centre Hospitalier Gérard Marchant, F-31057 Toulouse, France

³ Université de Lille, Inserm, CHU Lille, U1172 - Lille Neurosciences & Cognition, F-59000 Lille, France

*Correspondance : Claire Joubert, Centre Support Nord de Remédiation cognitive et de Réhabilitation Psychosociale des Hauts de France 59000 Lille, cjoubertdelamotte@mgen.fr

Résumé : **Contexte :** Environ 7% des personnes détenues en France reçoivent un traitement agoniste opioïde (TAO) (1). L'objectif de cette enquête est de faire l'état des lieux des pratiques relatives au maniement des TAO en milieu carcéral dans les Hauts-de-France (formation des prescripteurs, initiation/renouvellement, conduite à tenir en cas de mésusage, utilisation de la naloxone, articulation avec les CSAPA ambulatoires). **Méthode :** Des auto-questionnaires anonymes ont été adressés aux 93 médecins exerçant au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) et aux 54 médecins exerçant en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ambulatoire des Hauts-de-France entre décembre 2019 et février 2020. **Résultats :** Trente-huit médecins exerçant en USMP et 23 médecins exerçant en CSAPA ambulatoires ont répondu. Parmi les médecins exerçant en milieu carcéral, 82 % n'ont pas de formation spécifique en addictologie. Au total, 21 % déclarent ne jamais initier de TAO. Moins de la moitié renouvellent les TAO conformément aux recommandations de bonne pratique. Treize pour cent des médecins exerçant en CSAPA ambulatoires déclarent qu'un contact est généralement pris avec la structure d'aval pendant la détention (contre 55 % des médecins exerçant en milieu carcéral). **Conclusion :** Dans les Hauts-de-France, malgré le développement des CSAPA référents, les pratiques en matière de prescription des TAO sont hétérogènes et l'articulation entre milieu ouvert et milieu carcéral reste une problématique non résolue.

Mots clés : Troubles liés aux opiacés, Traitement de substitution aux opiacés, Prisonniers, Prisons, Méthadone, Naloxone, Buprénorphine, Intoxication, Mauvais usage des médicaments prescrits, France

Abstract : **Context:** Approximately 7% of incarcerated individuals in France receive opioid agonist treatment (OAT). This survey aims to assess the current practices related to OAT management in prisons within the Hauts-de-France region, focusing on prescriber training, initiation/renewal protocols, handling misuse, naloxone use, and coordination with outpatient addiction treatment centers (CSAPA). **Method:** Anonymous self-administered questionnaires were sent to 93 physicians working in prison health units (USMP) and 54 physicians working in outpatient CSAPA centers in the Hauts-de-France between December 2019 and February 2020. **Results:** Thirty-eight physicians working in USMP and 23 physicians in outpatient CSAPA centers responded. Among prison physicians, 82% lack specific training in addictology. Overall, 21% reported never initiating OAT. Less than half adhere to best practice guidelines for OAT renewal. Thirteen percent of physicians in outpatient CSAPA centers reported that contact is typically made with downstream structures during detention (compared to 55% of prison physicians). **Conclusion:** In the Hauts-de-France region, despite the development of reference CSAPA centers, OAT prescribing practices are heterogeneous, and the coordination between open and prison environments remains unresolved.

Keywords: Opioid-Related Disorders; Opiate Substitution Treatment; Prisoners; Jails; Methadone; Naloxone; Buprenorphine; Poisoning; Prescription Drug Misuse; France

Introduction

La population carcérale est particulièrement exposée au trouble de l'usage d'opioïdes (TUO). En effet, 15 % des personnes détenues aux États-Unis présentent un TUO (2). Les traitements agonistes opioïdes (TAO), aussi appelés traitements de substitution aux opiacés ou traitements de l'addiction aux opiacés, sont associés à une diminution de l'usage d'opiacés et des pratiques d'injection, à une meilleure observance du suivi et à une augmentation de la reprise du travail à 1 an (3,4).

En France, 13,3 % des hommes et 38,2 % des femmes détenus ont reçu un TAO (méthadone ou buprénorphine haut dosage) pendant la détention (5). L'incarcération peut ainsi constituer une opportunité pour instaurer un TAO chez les personnes qui n'en bénéficient pas à l'extérieur (6) comme le montre l'augmentation des prescriptions et de la disponibilité des TAO en prison ces dernières années dans plusieurs pays (par exemple États-Unis (7), Norvège (8), Canada (9)).

Toutefois, plusieurs barrières à la diffusion des TAO en milieu carcéral ont été identifiées : la stigmatisation, les inquiétudes en lien avec le mésusage et les besoins en personnel, le temps et l'espace que ces prescriptions impliquent (10,11). Les obstacles à la continuité des soins et à la poursuite du TAO à la sortie de détention sont également nombreux : absence de couverture sociale, de revenus, incertitudes sur la date de libération, manque de moyens, de préparation à la sortie et de communication avec les services en milieu ouvert, stigmatisation, etc. (12). En 2012, une enquête nationale a pu « réaliser un état des lieux de l'organisation des soins pour les personnes détenues avant / pendant / après l'incarcération [...] afin d'identifier les différents « cas de figure » et faire remonter les bonnes pratiques » (13). L'enquête a mis en évidence une grande hétérogénéité dans l'organisation des soins et des pratiques professionnelles en milieu carcéral et elle a ainsi abouti à l'élaboration d'un guide sur la continuité des soins chez les personnes détenues (14). Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dits référents ont également été progressivement mis en place en milieu pénitentiaire entre 2012 et 2014 dans l'optique d'optimiser la préparation à la sortie. Une instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (15) précise que « le personnel du CSAPA de référence de la prison [...], assure la fonction de mise en relation avec un partenaire extérieur pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de la libération ».

Malgré ces constats, il n'existe pas à notre connaissance d'étude récente sur la prise en charge du TUO en milieu carcéral. Aucun travail n'a notamment interrogé à la fois les professionnels de l'intramuros et ceux de l'extramuros sur le respect des bonnes pratiques. Dans ce contexte, l'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux des pratiques relatives à l'utilisation des TAO en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France au travers de deux auto-questionnaires adressés aux médecins exerçant en milieu carcéral d'une part et aux médecins susceptibles de prendre en charge des personnes récemment sorties de prison et souffrant d'un TUO d'autre part.

Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle transversale menée entre décembre 2019 et février 2020 dans les Hauts-de-France. La région des Hauts-de-France compte 17 établissements pénitentiaires, chacun disposant d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) assurant les soins psychiatriques ambulatoires (16). Il existe 14 CSAPA référents en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France (17). La région dispose également de 43 CSAPA en milieu ambulatoire et de 11 CSAPA avec hébergement. Au total, 20 % des usager-e-s y sont suivi-e-s pour une consommation « d'opiacés, stimulants, amphétamines, médicaments psychotropes » et 19 % sont orienté-e-s par la Justice. La moitié des CSAPA ambulatoires sont en gestion associative (18). Un premier auto-questionnaire, le questionnaire « milieu carcéral » (voir Annexe 1) a été adressé aux 93 médecins seniors et internes exerçant dans les 17 USMP. Un deuxième auto-

questionnaire, le questionnaire « CSAPA ambulatoires » (voir Annexe 2) a été adressé aux 54 médecins responsables des TAO dans les 54 CSAPA des Hauts-de-France. Les auto-questionnaires comportaient quatre parties : (i) caractéristiques des répondant-e-s, (ii) prises en charges proposées à l'arrivée en détention, (iii) pendant la détention et (iv) avant la sortie. Les questions de connaissance ont été conçues avec comme référence plusieurs recommandations françaises et internationales portant sur les TAO (19–21).

Les critères d'inclusion pour répondre au questionnaire « milieu carcéral » étaient les suivants : être médecin travaillant en milieu pénitentiaire à temps plein ou à temps partiel dans les Hauts-de-France, être interne en médecine générale ou en psychiatrie de la subdivision de Lille ou d'Amiens en stage en milieu carcéral dans les Hauts-de-France. L'ensemble des médecins de chaque service a été interrogé afin de prendre en compte l'hétérogénéité des pratiques au sein d'un même service. Les critères d'inclusion pour répondre au questionnaire « CSAPA ambulatoires » étaient les suivants : être médecin en CSAPA ambulatoire dans les Hauts-de-France, travailler dans un CSAPA suivant des patient-e-s sous TAO, être identifié-e prescripteur de TAO pour le CSAPA. Un-e médecin a été interrogé-e pour chaque CSAPA. Les auto-questionnaires ont été diffusés en format numérique (lien envoyé aux médecins par courriel). Deux relances par courriel ont été effectuées ainsi que des relances téléphoniques auprès des secrétariats. Les questionnaires incomplets n'ont pas été exclus. Les réponses manquantes ont été décrites dans les résultats. Une analyse descriptive des variables quantitatives (moyenne, écart-type) et qualitatives (pourcentages) a été réalisée.

Résultats

Pratique des médecins exerçant en milieu carcéral

Parmi les médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France, il y a eu 38 réponses sur 93 sollicitations, soit un taux de réponse de 41 %. Le taux de réponse était de 45 % (19/42) parmi les médecins généralistes, 31 % (11/35) parmi les médecins psychiatres, 46 % (6/13) parmi les internes de psychiatrie, 67 % (2/3) parmi les internes de médecine générale. Parmi les répondants, 82 % (n=31) n'ont pas de formation spécifique en addictologie. Ils sont 8 % (n=3) à déclarer avoir un diplôme universitaire, 8 % (n = 3) une capacité et 3 % (n=1) une formation spécifique transversale (FST). Aucun-e ne déclare être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC). Ils évaluent leurs connaissances sur les TAO à 6,5/10 en moyenne ($\sigma=2,0$). Dix-huit pour cent (n=7) des répondant-e-s déclarent prescrire des TAO tous les jours, 29 % (n =11) plusieurs fois par semaine et 21 % (n=8) au moins une fois par semaine. Quarante-deux pour cent (n=16) des répondant-e-s déclarent qu'il n'existe pas de protocole structuré dédié au renouvellement des TAO dans leur établissement (11 %, n=4 déclarent ne pas savoir si un tel protocole existe). Dans une situation de mésusage de buprénorphine, 53 % (n=20) proposent un arrêt ou une diminution de la posologie. Concernant les kits naloxone, aucun-e répondant-e les prescrit toujours ou souvent et 45 % (n=17) déclarent qu'ils ne sont pas disponibles dans leur établissement (voir Tableau 1).

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

Diminution de la posologie	13 % (n=5)
Renouvellement sans dépasser 10 mg / jour	13 % (n=5)
Renouvellement sans dépasser 16 mg / jour	34 % (n=13)
Renouvellement sans dépasser 24 mg / jour	13 % (n=5)
Autre	24 % (n=9)
Non-réponse	3 % (n=1)

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

Renouvellement à la posologie 120 mg / jour	18 % (n=6)
Renouvellement à la posologie 60- 90 mg / jour	45 % (n=17)
Renouvellement à une posologie < 40 mg / jour	13% (n=5)
Autre	24 % (n=9)
Non-réponse	3% (n=1)
« Dans le cas d'une consommation d'opiacés ou de TAO sans prescription médicale, généralement,... »	
Initiation possible d'un TAO	74 % (n=28)
Jamais d'initiation	21 % (n=8)
Non-réponse	5 % (n=2)
« Lorsqu'un mésusage avéré et répété de Buprénorphine (Subutex ®) est constaté, je propose généralement : » (plusieurs réponses possibles)	
Relais méthadone et/ou augmentation de posologie	26 % (n=10)
Arrêt ou diminution de posologie de la buprénorphine	53 % (n=20)
Autre	16 % (n=6)
Non-réponse	5 % (n=2)
« Je propose un kit Naloxone (Nalscue ®) aux personnes éligibles : »	
Toujours	0 %
Souvent	0 %
Parfois	11 % (n=4)
Rarement	11 % (n=4)
Jamais	29 % (n=11)
Non disponible dans mon établissement	45 % (n=17)
Non-réponse	5 % (n=2)

Tableau 1 : Réponses relatives à la prescription des TAO des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France (n=38) Les réponses correspondant aux recommandations figurent en gras dans le tableau.

Lien entre médecins exerçant en milieu pénitentiaire et médecins exerçant en CSAPA ambulatoire

Parmi les médecins exerçant en CSAPA ambulatoire dans les Hauts-de-France, il y a eu 23 réponses sur 54 sollicitations soit un taux de réponse de 43 %. Soixante-cinq pour cent (n=15) prennent en charge des patient-e-s sortant de prison plus d'une fois par mois. Trente-cinq pour cent (n=8) déclarent que leur structure est CSAPA référent. Quarante-trois pour cent (n=10) des médecins exerçant en CSAPA déclarent que généralement la posologie des traitements par méthadone n'est pas modifiée pendant l'incarcération. Quatre pour cent disent qu'elle est augmentée (n=1), 22 % diminuée (n=5), 4% que le traitement est interrompu (n=1), 26% ne savent pas (n=6). Trente-neuf pour cent (n=9) des médecins exerçant en CSAPA déclarent que généralement la posologie des traitements par buprénorphine n'est pas modifiée pendant l'incarcération. Quatre pour cent disent qu'elle est augmentée (n=1), 4% qu'elle est diminuée (n=1), 13 % que le traitement est remplacé par un autre (n=3), 35 % ne savent pas 35 % (n=8), 4 % n'ont pas répondu (n=1).

Concernant les relations avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral, 57 % des répondant-e-s déclarent qu'il y a peu ou pas de contact. L'articulation entre les services en milieu carcéral et en milieu ouvert est évaluée en moyenne à 6,0/10 ($\sigma=2,5$) par les médecins exerçant en milieu carcéral contre 4,2/10 ($\sigma=2,4$) par les médecins exerçant en CSAPA. Ils évaluent l'importance du contact pris avec leur structure à l'arrivée en détention à 8,6/10 ($\sigma=1,8$). Parmi les médecins exerçant en milieu carcéral 55 % (n=21) déclarent qu'un contact est pris 'toujours' ou 'souvent' avec le CSAPA pendant la détention, contre 13 % (n=3) des médecins exerçant en CSAPA (voir Tableau 2). Celui-ci reprend les résultats des questions qui étaient communes aux deux questionnaires milieu carcéral et CSAPA.

	Milieu carcéral	CSAPA
« Les soins spécialisés en addictologie proposés en détention sont satisfaisants. » Score moyen sur une échelle de 0 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord)	6,1 (σ=2,5)	4,6 (σ=2,3)
« L'articulation entre les services en milieu carcéral et en milieu ouvert est satisfaisante (par exemple : échanges téléphoniques, courriers, etc.). » Score moyen sur une échelle de 0 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord)	6,0 (σ=2,5)	4,2 (σ=2,4)
« La qualité et la continuité des soins addictologiques sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. » Score moyen sur une échelle de 0 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord)	6,3 (σ=2,6)	4,9 (σ=2,5)
<u>Questionnaire « milieu carcéral »</u> : « Le relais avec la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant, ...) se fait... »		
<u>Questionnaire « CSAPA ambulatoires »</u> : « Généralement ma structure est contactée... »		
1. «...A l'arrivée en détention : »		
Toujours	16 % (n=6)	4 % (n=1)
Souvent	29 % (n=11)	13 % (n=3)
Parfois	24 % (n=9)	26 % (n=6)
Rarement	11 % (n=4)	30 % (n=7)
Jamais	11 % (n=4)	26 % (n=6)
Non-réponse	11 % (n=4)	0 %
2. «...Pendant la détention : »		
Toujours	26 % (n=10)	0 % (n=0)
Souvent	29 % (n=11)	13 % (n=3)
Parfois	26 % (n=10)	9 % (n=2)
Rarement	13 % (n=5)	22 % (n=5)
Jamais	5 % (n=2)	57 % (n=13)
Non-réponse	0 %	0%
3. «...A la sortie de détention : »		
Toujours	55 % (n=21)	0 % (n=0)
Souvent	24 % (n=9)	48 % (n=11)
Parfois	8 % (n=3)	22 % (n=5)
Rarement	5 % (n=2)	26 % (n=6)
Jamais	0 % (n=0)	4 % (n=1)
Non-réponse	8 % (n=3)	0 %

Tableau 2 : Réponses relatives aux soins addictologiques en détention des médecins exerçant en milieu carcéral (n=38) et en CSAPA (n=23) dans les Hauts-de-France Les réponses correspondant aux recommandations figurent en gras dans le tableau.

DISCUSSION

Ces résultats permettent de documenter les pratiques relatives au maniement des TAO en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France (formation des prescripteurs, initiation/renouvellement, conduite à tenir en cas de mésusage, utilisation de la naloxone, articulation avec les CSAPA ambulatoires). Quatre points seront discutés : le manque de formation spécifique en addictologie, l'hétérogénéité des pratiques de prescription des TAO, l'accès à la naloxone en prison et à la libération ainsi que les difficultés d'articulation dans les parcours de soins entre structures intra- et extra-carcérales.

La majorité des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France, médecins généralistes et psychiatres, prescrivent les TAO plus d'une fois par semaine. Pourtant, dans notre enquête, ils sont très peu nombreux (16 %) à avoir bénéficié d'une formation en addictologie. Ces résultats sont cohérents avec un précédent travail mené en 2018 qui identifiait que 25 % des médecins interrogés avaient une formation en addictologie type Diplôme Universitaire, Diplôme Inter-Universitaire ou Capacité (22). Pour améliorer la

situation, il serait utile de proposer des formations portant sur la réduction des risques et des dommages (RDRD) aux médecins exerçant en milieu carcéral (23), développer l'intervention des acteurs spécialisés dans la RDRD (24) ou encore ouvrir des postes supplémentaires de médecins addictologues en milieu carcéral.

Concernant l'instauration, le renouvellement ou l'adaptation du traitement, notre étude met en évidence des pratiques hétérogènes. A titre d'exemple, le « Guide de prescription des TSO en milieu carcéral » publié par le ministère de la Santé et la MILDeCA propose de diminuer la posologie de méthadone de moitié lorsque la dernière prise date de 3 à 5 jours et d'envisager une augmentation de la posologie de buprénorphine en cas de mésusage (19,21,25). Dans notre échantillon, seules 45 % et 26 % des réponses sont correctes pour ces deux questions. Pour un certain nombre de personnes, la détention pourrait constituer une opportunité d'accéder à un TAO. Si la phase d'induction du traitement par méthadone est l'une des plus à risque, les TAO sont associés à une nette diminution de la mortalité des personnes présentant un TUO (1). La première cause de mésusage rapportée par les personnes présentant un TUO est le craving et les symptômes de manque liés au sevrage opiacés (27). Certains établissements ont des pratiques contraires aux recommandations de bonnes pratiques telles que limiter la posologie maximale des TAO ou conditionner leur délivrance à un suivi psychologique ou un sevrage préalable (10). Les pratiques non standardisées et les difficultés d'accès au TAO de son choix sont des barrières à l'accès aux TAO en milieu carcéral (28). Une enquête récente menée dans les Hauts-de-France retrouvait que « les équipes de soins elles-mêmes sont inégalement porteuses de pratiques et de principes d'actions compatibles avec la RDRD » (24).

Cette enquête a également mis en évidence un besoin fort de matériel de RDRD des équipes de soin (24). En effet, près des ¾ des consommateurs d'opiacés ont été témoins d'une overdose au cours de leur vie (29). La naloxone est un antidote aux surdoses d'opioïdes. Elle est bien acceptée parmi les personnes sortant de prison (29) et nécessite une courte formation des usagers. Au moment de notre étude, aucun répondant ne déclarait la distribuer fréquemment ou souvent aux personnes éligibles. Depuis, un programme de distribution de naloxone a été mis en place dans les établissements d'Annœullin et Sequedin.

Les médecins exerçant en CSAPA ambulatoire reçoivent fréquemment des personnes sortant de prison. Cette étude a reçu 9 réponses de médecins exerçant en CSAPA référent en milieu pénitentiaire (sur 14 au total dans la région). Pourtant ils se montrent peu satisfait.es des soins addictologiques proposés en détention et de la qualité de l'articulation. Si tous les moments de la détention sont concernés, les contacts à l'arrivée et pendant la détention semblent particulièrement rares. Ces résultats sont cohérents avec une précédente enquête réalisée au moment de la mise en place des CSAPA référents en 2012 auprès de professionnel·les exerçant en milieu carcéral et en milieu externe (13). La moitié des 154 répondant·es (dont 30.5 % travaillaient en UCSA et 56.5 % en CSAPA externe) indiquaient qu'un contact était systématiquement pris à l'arrivée en détention pour les personnes consommatrices d'opiacés avec la structure qui assurait le suivi de la personne en amont de la détention. On retrouvait également de grandes différences entre les réponses de l'intra et de l'extra-carcéral mais celles-ci portaient sur les actions mises en place lors de la sortie (par exemple la délivrance d'une ordonnance relais et de quelques jours de traitement) (13). Pourtant les médecins exerçant en CSAPA jugent très important le premier contact lors de l'arrivée en détention. Dans notre étude, moins de la moitié des médecins exerçant en CSAPA ambulatoire déclarent que la posologie du traitement par méthadone ou buprénorphine est généralement maintenue ou augmentée pendant la détention, en accord avec les déclarations des médecins exerçant en milieu carcéral. Il semble donc que la mise en place des CSAPA référents il y a 10 ans n'ait pas résolu tous les problèmes d'articulation. Les professionnels des CSAPA ambulatoires pourraient être sollicité.es pour des formations croisées, des portes ouvertes et des stages d'immersion (23).



Notre enquête présente plusieurs limites. D'abord, son caractère régional et le taux de participation (42 %) ne permettent pas de généraliser les résultats à l'ensemble du territoire français. On peut faire l'hypothèse que les personnes ayant répondu à l'enquête sont celles qui sont les plus concernées et les mieux formées sur le sujet. Ce biais de sélection pourrait sous-estimer l'ampleur des difficultés dans le domaine. Ensuite, nous avons choisi de ne pas identifier l'établissement des répondants dans le questionnaire afin de maintenir un anonymat. Cela ne nous permet pas d'analyser les différences de pratique selon la taille des établissements.

Pour aller plus loin, il serait utile de comparer ces données à celles d'autres études portant sur de plus grands échantillons et dans d'autres régions. L'efficacité de programmes visant à améliorer les pratiques telles que la meilleure diffusion et l'amélioration des protocoles TAO existant en milieu carcéral ainsi que la mise en place de formations croisées entre professionnels du milieu carcéral et des CSAPA ambulatoires pourrait également être évaluée. Actuellement, de nouveaux protocoles d'initiation rapide de méthadone (30) et buprénorphine (31) sont développés pour répondre à la plus grande puissance des fentanylloïdes et aux délais d'accès aux soins. La formation des médecins exerçant en milieu carcéral à la capacité d'addictologie est une piste pour améliorer les pratiques. L'accès aux recommandations de bonnes pratiques et à des outils d'aide à la prescription pourraient aussi être utiles aux professionnel-le-s. Suite aux résultats de cette étude, un guide « Maniement des traitements agonistes opioïdes en milieu pénitentiaire : un guide pratique » (25) a été mis à disposition à destination de tous les médecins exerçant en milieu pénitentiaire. La boîte à outils à destination des CSAPA référents en milieu pénitentiaire développée par la Fédération addiction (32) constitue un autre exemple. Les professionnels des équipes mobiles transitionnelles (EMOT) accompagnant les personnes présentant des troubles psychiatriques à la sortie de prison sont également sensibilisé-e-s à l'articulation dedans-dehors et à la prise en charge des comorbidités addictives et pourraient peut-être contribuer à l'optimisation des parcours de soins des personnes souffrant d'un TUO (33,34). La disponibilité de buprénorphine injectable à libération prolongée peut aussi être un atout en milieu carcéral (35) mais son utilisation nécessitera formation et articulation avec les CSAPA ambulatoires.

CONCLUSION

En conclusion, cette étude met en évidence des disparités dans les pratiques relatives à la prescription des TAO en milieu carcéral et des difficultés dans l'articulation entre le milieu intra et extra-carcéral qui sont autant de pertes de chance pour les personnes incarcérées présentant un TUO.

Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt

Remerciements: les auteurs remercient Thierry Danel, Ali Amad, Camille Lancelevée, Laurent Plancke (F2RSMPsy), Arnaud Dezetree, Emmanuel Luneau, Arnaud Muysen, Deborrah Sebbane, Anne-Sophie Ternois (CHU Lille), Patrick Veteau (Atre), Camille Landmann (CH Valenciennes)

RÉFÉRENCES

1. Ndiaye Anna. Traitement de substitution aux opioïdes en France en Bilan 2023. OFDT; 2023.
2. Maruschak LM, Minton TD, Zeng Z. Opioid Use Disorder Screening and Treatment in Local Jails, 2019. Bureau of Justice Statistics; 2023.

3. Malta M, Varatharajan T, Russell C, Pang M, Bonato S, Fischer B. Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. *PLoS Med* [Internet]. 31 déc 2019 [cité 20 janv 2020];16(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6938347/>
4. Moore KE, Roberts W, Reid HH, Smith KMZ, Oberleitner LMS, McKee SA. Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review. *J Subst Abuse Treat*. avr 2019;99:32-43.
5. Fovet T, Lancelevée C, Wathelet M, Qaoubi O, Thomas P. La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale. 2023.
6. Cossar RD, Stewart AC, Winter R, Curtis M, Dietze PM, Ogloff JRP, et al. Integrating episodes of imprisonment and the cascade of care for opioid use disorder. *Addiction*. févr 2021;116(2):427-8.
7. Dadiomov D, Trotzky-Sirr R, Shooshtari A, Qato DM. Changes in the availability of medications for opioid use disorder in prisons and jails in the United States during the COVID-19 pandemic. *Drug Alcohol Depend*. mars 2022;232:109291.
8. Bukten A, Skjærvø I, Stavseth MR. Exploring mental health comorbidities and opioid agonist treatment coverage among people in prison: A national cohort study 2010–2019. *Drug Alcohol Depend*. sept 2023;250:110896.
9. Bodkin C, Bondy S, Regenstreif L, Kiefer L, Kouyoumdjian F. Rates of opioid agonist treatment prescribing in provincial prisons in Ontario, Canada, 2015–2018: a repeated cross-sectional analysis. *BMJ Open*. nov 2021;11(11):e048944.
10. Bandara S, Kennedy-Hendricks A, Merritt S, Barry CL, Saloner B. Methadone and buprenorphine treatment in United States jails and prisons: lessons from early adopters. *Addiction*. déc 2021;116(12):3473-81.
11. Eck M, Rolland B, Icard C, Fovet T. [Addiction management in prisons]. *Soins Rev Ref Infirm*. 2022;67(870-871):48-52.
12. Stoever H, Jamin D, Sys O, Vanderplasschen W, Jauffret-Roustide M, Michel L, et al. Continuity of care for drug users in prisons and beyond in four European countries -Final report. 2019.
13. Fédération Addiction. Addiction et milieu carcéral Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros [Internet]. Fédération Addiction; 2012. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/la-continuite-des-soins-des-personnes-detenu-es-rapport-denquete/>
14. Fédération Addiction. Addictions : la continuité des soins des personnes détenues / L'articulation entre les professionnels de santé de la prison et du milieu ouvert. 2014.
15. Podeur, Houssin. Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. nov 17, 2010.
16. Eck M, Plancke L, Horn M, Amad A, Thomas P, Fovet T. Offre de soins et recours aux hospitalisations psychiatriques en milieu pénitentiaire : une étude observationnelle dans le Nord de la France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique* [Internet]. sept 2020 [cité 9 sept 2020]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762020304132>
17. ARS Hauts de France. La mission d'articulation et de coordination menée par le CSAPA référent en milieu pénitentiaire [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2022/10/plaquette_csaparef.pdf
18. OFDT, ARS Hauts-de-france. Addictions dans les Hauts-de-France Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/33324/download?inline>
19. Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral [Internet]. Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité; 2015. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/publication/guide-traitements-de-substitution-aux-opiacés-tso-milieu-carceral>
20. Dematteis M, Auriacombe M, D'Agnone O, Somaini L, Szerman N, Littlewood R, et al. Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. *Expert Opin Pharmacother*. déc 2017;18(18):1987-99.

21. World Health Organization. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. In Geneva.; 2009. Disponible sur: Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143167/>
22. Jouhannau. Etat des lieux de l'offre de substitution médicamenteuse aux opiacés en milieu pénitentiaire français : place de l'association Buprénorphine-Naloxone Eau sein des pratiques des médecins en milieu carcéral. 2018.
23. Fédération addiction. Addictions & troubles psychiatriques. 2019.
24. Charbit, Fovet, Whatelet. Réduction des risques et des dommages en milieu pénitentiaire - attentes et représentations. F2RSM Psy; 2023.
25. Joubert C, Belet B, Eck M, Fovet T, Ternois AS. Maniement des traitements agonistes opioïdes en milieu pénitentiaire : un guide pratique [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/344579785_Maniement_des_traitements_agonistes_opioides_en_milieu_penitentiaire_un_guide_pratique_version_longue
26. Lim S, Cherian T, Katyal M, Goldfeld KS, McDonald R, Wiewel E, et al. Association between jail-based methadone or buprenorphine treatment for opioid use disorder and overdose mortality after release from New York City jails 2011–17. *Addiction*. mars 2023;118(3):459-67.
27. Han B, Jones CM, Einstein EB, Compton WM. Trends in and Characteristics of Buprenorphine Misuse Among Adults in the US. *JAMA Netw Open*. 1 oct 2021;4(10):e2129409.
28. Russell C, Nafeh F, Pang M, MacDonald SF, Derkzen D, Rehm J, et al. Opioid agonist treatment (OAT) experiences and release plans among federally incarcerated individuals with opioid use disorder (OUD) in Ontario, Canada: a mixed-methods study. *BMC Public Health*. déc 2022;22(1):436.
29. Moradmamand-Badie B, Tran L, Oikarainen N, Degenhardt L, Nielsen S, Roberts J, et al. Feasibility and acceptability of take-home naloxone for people released from prison in New South Wales, Australia. *Drug Alcohol Rev*. janv 2021;40(1):98-108.
30. Buresh M, Nahvi S, Steiger S, Weinstein ZM. Adapting methadone inductions to the fentanyl era. *J Subst Abuse Treat*. oct 2022;141:108832.
31. Herring AA, Vosooghi AA, Luftig J, Anderson ES, Zhao X, Dziura J, et al. High-Dose Buprenorphine Induction in the Emergency Department for Treatment of Opioid Use Disorder. *JAMA Netw Open*. 1 juill 2021;4(7):e2117128.
32. Fédération Addiction. La boîte à outils pour les CSAPA référents en milieu pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/actualites/milieux-et-publics-actualites/justice-et-detention/boite-a-outils-csapa-referents-en-milieu-penitentiaire/>
33. Fovet T, Scoufflaire T, Belet B, Demeulemeester E, Thomas P. L'équipe mobile transitionnelle, des soins psychiatriques en sortie de prison. *Soins Psychiatr*. janv 2023;44(344):36-40.
34. Fovet T, Scoufflaire T, Belet B, Demeulemeester E, Paindavoine M, Gibour C, et al. Soins psychiatriques et sortie de prison : des équipes mobiles transitionnelles pour atténuer le « choc post-carcéral » ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2023;181(4):370-5.
35. Dunlop AJ, White B, Roberts J, Cretikos M, Attalla D, Ling R, et al. Treatment of opioid dependence with depot buprenorphine (CAM2038) in custodial settings. *Addiction*. févr 2022;117(2):382-91.glet Zotero.

Annexe 1 - Questionnaire milieu carcéral

État des lieux de la prescription des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral
La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France réalise une étude sur la prescription des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. Cette enquête s'intéresse particulièrement à l'articulation entre milieu carcéral et milieu ouvert. Les résultats de cette étude feront l'objet d'une restitution à laquelle vous serez invité(e).

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

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

Je vous remercie beaucoup de votre participation.

**Vous êtes**

- Médecin généraliste
- Médecin psychiatre
- Interne en médecine générale
- Interne en psychiatrie
- Autre :

Vous avez une formation spécifique en addictologie telle que

- DU
- Capacité
- DESC
- Je n'ai pas de formation spécifique en addictologie
- Autre :

Vous exercez en milieu carcéral (en demi-journées par semaine) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je prescris les TSO

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois

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

Partie 1: À l'arrivée en détention

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

Pour l'initiation

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pour le renouvellement

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

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

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

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

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

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

- J'interromps le traitement
- Je diminue la posologie



- Je renouvelle la posologie sans dépasser 10 mg
- Je renouvelle la posologie sans dépasser 16 mg
- Je renouvelle la posologie sans dépasser 24 mg
- Je propose un relais vers un autre TSO
- Autre :

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

- J'interromps le traitement
- Je reprends le traitement à une posologie inférieure à 40 mg
- Je reprends le traitement à une posologie comprise entre 60 et 90 mg
- Je reprends le traitement à 120 mg
- Je réévalue le patient à distance de l'instauration pour adapter la posologie (par exemple à 1 semaine)
- Autre :

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

- Jamais
- Rarement
- Seulement en l'absence d'authentification de la prescription
- Souvent
- Systématiquement
- Autre :

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

- Je n'initie jamais de TSO dans cette situation
- Je peux prescrire un TSO dans cette situation
- Je prescris souvent du Subutex® (buprénorphine) ou générique dans cette situation
- Je prescris souvent de la Suboxone® (buprénorphine naloxone) dans cette situation
- Je prescris souvent de l'Orobupré (buprénorphine lyophilisat) dans cette situation
- Je prescris souvent de la méthadone en sirop dans cette situation
- Je prescris souvent de la méthadone en gélule dans cette situation

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

- Des fascicules INPES, AIDES, ASUD avec des messages de réduction des risques
- Un document à remettre au patient avec les moyens de contacter les intervenants en addictologie pendant l'incarcération
- Des outils de réduction des risques type paille, préservatifs, eau de javel
- Ces outils ne sont pas disponibles
- Autre :

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

- Des kits sont disponibles
- Il existe des formations pour les usagers
- Il existe des formations pour les soignants
- Il existe des flyers, affiches et cartes d'information spécifiques
- Ces outils ne sont pas disponibles
- Je ne sais pas
- Autre :

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

- Non disponible dans mon établissement
- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent



Toujours/Très Souvent

Partie 2 : Pendant la détention

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

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

Un suivi addictologue

Un suivi infirmier

Un suivi médical hors addictologue

Un suivi psychologique

Un suivi socio-éducatif hors CPIP

Pas de suivi spécialisé en addictologie

Autre :

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

Un arrêt de la buprénorphine haut dosage (Subutex®)

Une diminution de la posologie

Un maintien de la posologie

Une augmentation de la posologie

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

Un relais vers la méthadone

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

Partie 3 : La préparation à la sortie

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

Dès l'arrivée en détention

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Au cours de la détention

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Lors de la sortie de détention

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

L'articulation entre les services en milieu carcéral et en milieu ouvert est satisfaisante (par exemple : échanges téléphoniques, courriers,) Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

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

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

Un contact téléphonique

La prise anticipée d'un rendez-vous

La transmission des coordonnées de la structure au patient

La délivrance d'une ordonnance relais



- La délivrance de quelques jours de traitement
- Un accompagnement physique à la structure
- Autre :

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

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

Méthadone

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

Les soins spécialisés en addictologie proposés au cours de la période de détention sont satisfaisants Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

La qualité et la continuité des soins addictologiques sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

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

Annexe 2 - Questionnaire CSAPA

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

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

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

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

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

Je vous remercie beaucoup de votre participation.

Je prends en charge des patients sortant de prison

- Plusieurs fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Au moins une fois par an
- Moins d'une fois par an
- Je ne sais pas

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

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

- Il y a peu/pas de contacts avec le service intervenant en addictologie milieu carcéral
- Il y a des contacts informels avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral
- Des réunions sont régulièrement organisées avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral
- Des médecins de ma structure interviennent en prison
- Des personnels hors médecins de ma structure interviennent en prison



Ma structure est CSAPA référent

Je ne sais pas

Généralement ma structure est contactée À l'arrivée en détention du patient

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Pendant la détention du patient

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Avant la sortie de détention du patient

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Je pense que le contact avec ma structure à l'arrivée en détention du patient est Pas du tout important 1 2 3
4 5 6 7 8 9 10 Très important

Dans le cadre de la préparation à la sortie, le relais avec ma structure se fait généralement par (plusieurs réponses possibles) L'envoi d'un courrier médical ou compte-rendu

Un contact téléphonique

La prise anticipée d'un rendez vous

La transmission des coordonnées de ma structure au patient

La délivrance d'une ordonnance relais

La délivrance de quelques jours de traitement

Un accompagnement physique jusqu'à ma structure

Aucun contact n'est pris

Autre :

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

< 48 h

< 1 semaine

< 15 jours

< 1 mois

> 1 mois

buprénorphine haut dosage

< 48 h

< 1 semaine

< 15 jours

< 1 mois

> 1 mois

Partie 2 : Pendant la détention

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

Interrompu

Renouvelé en diminuant la posologie

Renouvelé sans modifier la posologie



- Renouvelé en augmentant la posologie
- Remplacé par un autre traitement
- Je ne sais pas

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

- Interrompu
- Renouvelé en diminuant la posologie
- Renouvelé sans modifier la posologie
- Renouvelé en augmentant la posologie
- Remplacé par un autre traitement
- Je ne sais pas

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

- Des kits naloxone
- Des formations pour les usagers
- Des flyers, affiches et cartes d'information spécifiques
- Aucun de ces outils
- Je ne sais pas
- Autre :

Les soins spécialisés en addictologie proposés en détention sont satisfaisants

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

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

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

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

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