

# **Addiction aux opiacés et prescription des TSO en milieu carcéral**

Docteur Etienne HIEGEL

Psychiatre

Centre Médical des Addictions - Metz

# En préambule : 3 exemples d'un quotidien carcéral.



## Retour d'un voyage d'approvisionnement à Maastricht = l'écrou

- H. interpellé à un ancien poste frontière avec le Luxembourg par les douanes. Voie de passage connue pour les trafics.
- Possession de stupéfiants = usage personnel et revente.
- Audience de comparution immédiate.  
Demande de l'avocat commis d'office de repousser l'audience pour préparer la défense.
- Ecrou en Maison d'Arrêt.

## Retour d'un voyage d'approvisionnement à Maastricht = l'écrou

- A l'arrivée en détention, réclame « son traitement Méthadone ».
- Récuse d'emblée tout switch vers la BHD.
- Allègue une prescription de « Méthadone belge ».
- Pas d'ordonnance. Donne le nom et l'adresse du médecin belge. Médecin connu comme prescripteur pour les français.

**Que faire ?**

## Au cours de la détention = un signalement

- Incarcéré en préventive dans le cadre d'un mandat criminel.
- Entame sa deuxième année de détention.
- H. de 40 ans, antécédents de conduites addictives (alcool, stupéfiants).
- Sous Oxazépam pour des troubles anxieux, prescription se prolongeant. (+ IRS)
- Signalement une fin d'après-midi pour « coupure » avec une lame de rasoir.

Au cours de la détention = un signalement

- Libération il y a 48 heures de son co-détenu.
- Ce dernier était sous BHD et partageait avec lui la moitié de son TSO.
- Echange mutuel TSO et BZD.
- Rupture dans l'approvisionnement. Pas d'autres sources trouvées rapidement.
- TSO en mésusage par voie « nasale ».

**Que faire ?**

## Après la détention = une rechute quasi-immédiate

- H. de 43 ans libéré récemment d'un Centre de Détention. Venait de purger une peine de 2 ans.
- Mesure d'aménagement de peine sous la forme d'un placement extérieur.
- Ville loin de ses origines. Temps de son service militaire.
- Depuis 2 mois, « avale » des plaquettes de Néocodion.
- Crescendo des usages. Compulsion des prises. Ne peut les juguler.

## Après la détention = une rechute quasi-immédiate

- A son écrou, était sous Méthadone.
- Traitement reconduit mais « réduction » des posologies imposée selon « un protocole » du service médical.
- Transfert vers un CD. Décide d'arrêter le traitement « car voulait être contremaître » aux ateliers.
- Traitement dispensé le matin, en solution buvable, à l'UCSA.
- Alors que le travail débutait pour les contremaîtres bien plus tôt.

**Que faire ?**

# Entrée des TSO en prison : deux circulaires importantes

N°293/DGS/DH 3 avril 1996

- Recommande la poursuite d'un traitement Subutex ou Méthadone à l'entrée en détention.
- Ainsi que l'initiation d'un traitement Subutex dans une perspective de préparation à la sortie.

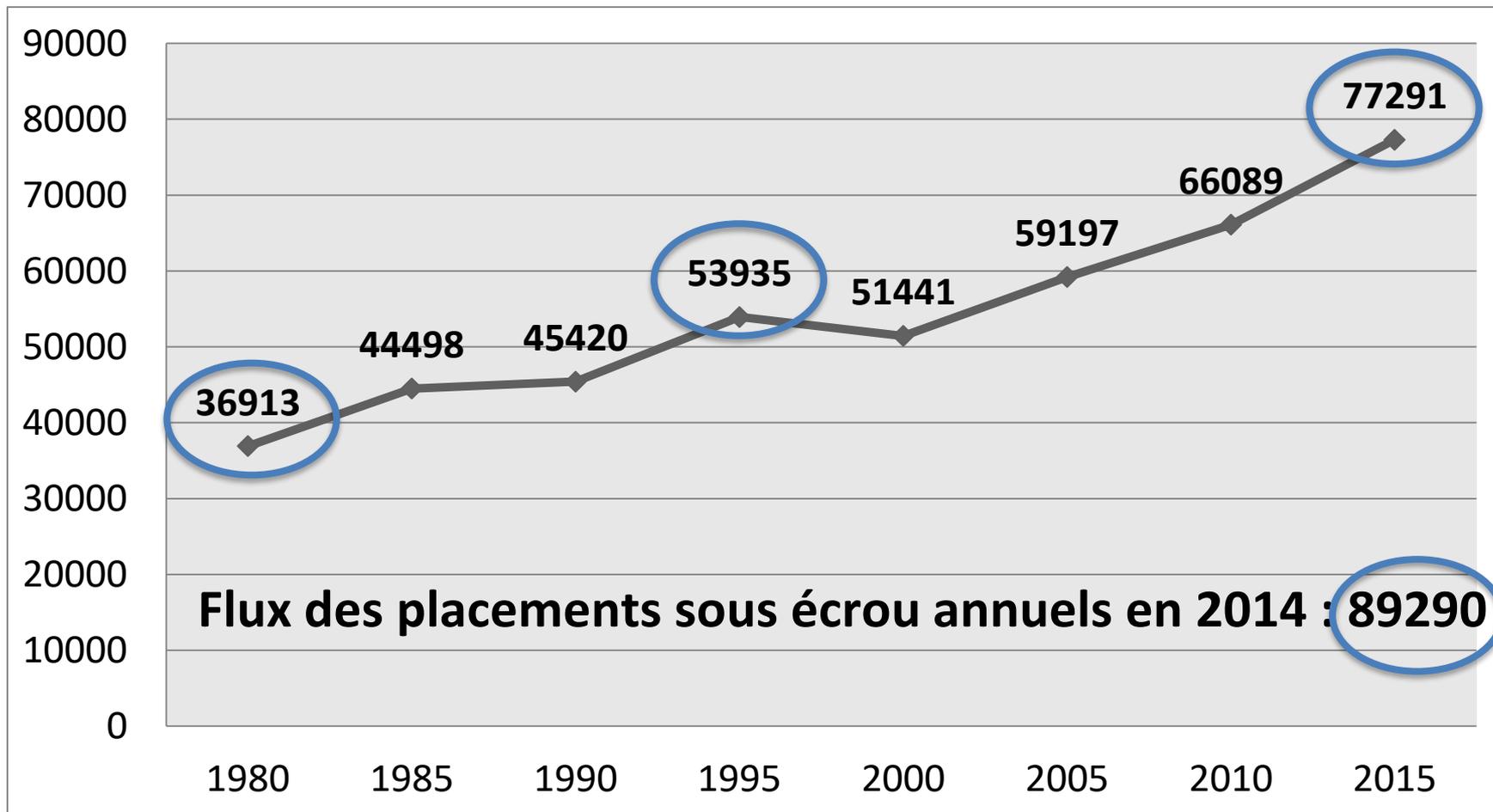
N°57/DGS/DHOS 30/1/2002

- Autorise la primo-prescription de Méthadone par tout praticien exerçant en établissement de santé :  
les médecins des UCSA, des SMPR et des secteurs de psychiatrie.

# Prise en charge de la dépendance en prison

- **UCSA** = 1<sup>ère</sup> ligne, repérage des conduites addictives lors de la visite médicale d'entrée.
  - **Dispositif de soins psychiatriques**, peut participer au repérage et à la prise en charge.
  - **SMPR** = unité sanitaire psychiatrique de niveau 2
  - **CSAPA « référent »**, participe à l'organisation de la prise en charge.
  - **CSAPA « interne »** (ex-Antenne de toxicomanies), dans des MA d'importance.
  - **CSAPA « externe/de proximité »**, assurer une partie de la prise en charge (groupes de parole, prévention...)
- En pratique, l'accès aux TSO dépend le plus souvent des médecins de l'UCSA.

# Evolution de la population carcérale depuis 1980. Nombre de personnes écrouées dont détenues.

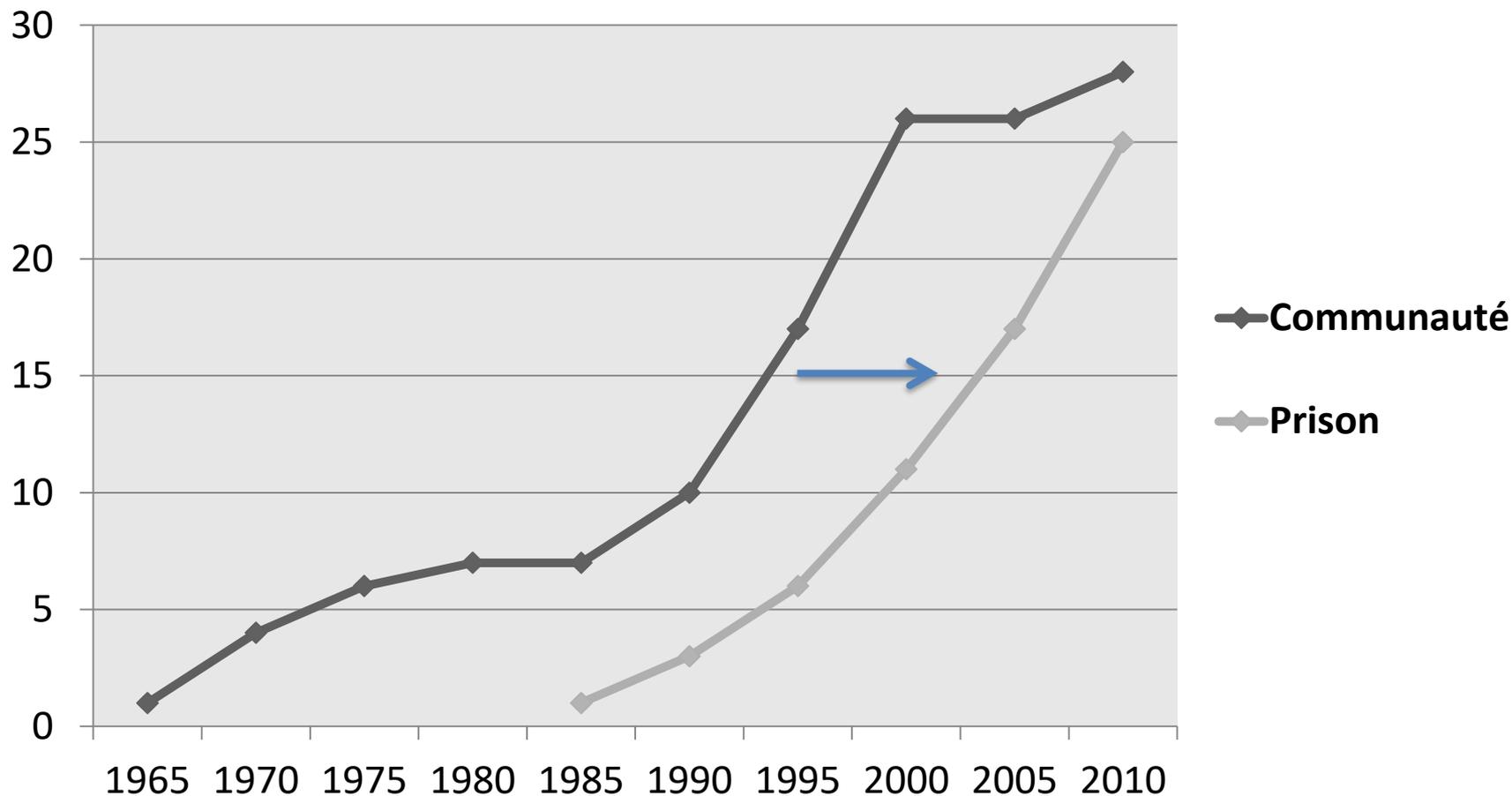


Séries statistiques des personnes placées sous main de justice, 1980-2014, DAP, mai 2014  
Statistiques mensuelles, 1<sup>er</sup> janvier 2015, DAP.

# Les chiffres de la population carcérale au 1/11/16.

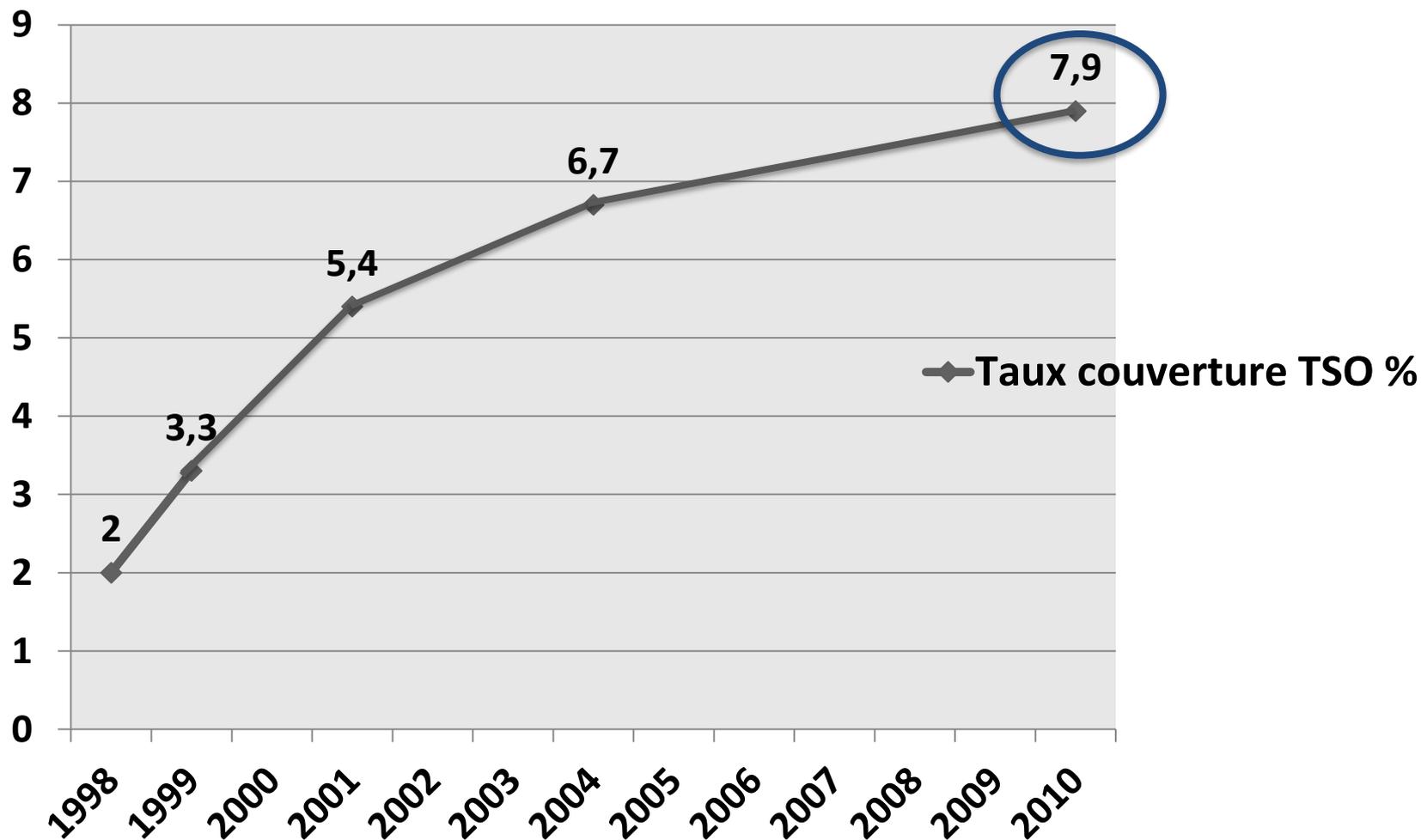
|  |       |
|--|-------|
|  |       |
| Nombre de détenus                      | 78914 |
| • Ecroués détenus                      | 68560 |
| • DIR Strasbourg + Dijon               | 10413 |
| Nombre d'établissements pénitentiaires | 187   |
| Nombre de places opérationnelles       | 58484 |
| Nombre de matelas au sol               | 1422  |
| Densité carcérale Maison d'Arrêt       | 140%  |

# Nombre cumulé de pays européens ayant reconnu les TSO comme méthode de traitement dans la communauté et l'extension en prison.



Selected Issue 2012, Prisons & drugs in Europe : The problem & responses, European Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction.

# Evolution dans la prise en charge avec TSO des personnes détenues (1998-2010) - France



Source : enquête DGH/DHOS un jour donné sur l'accès aux TSO en milieu carcéral (1998, 1999, 2001, 2004), Prévacar DGS/Invs (2010) ; Tableau de bord TSO 2015 OFDT

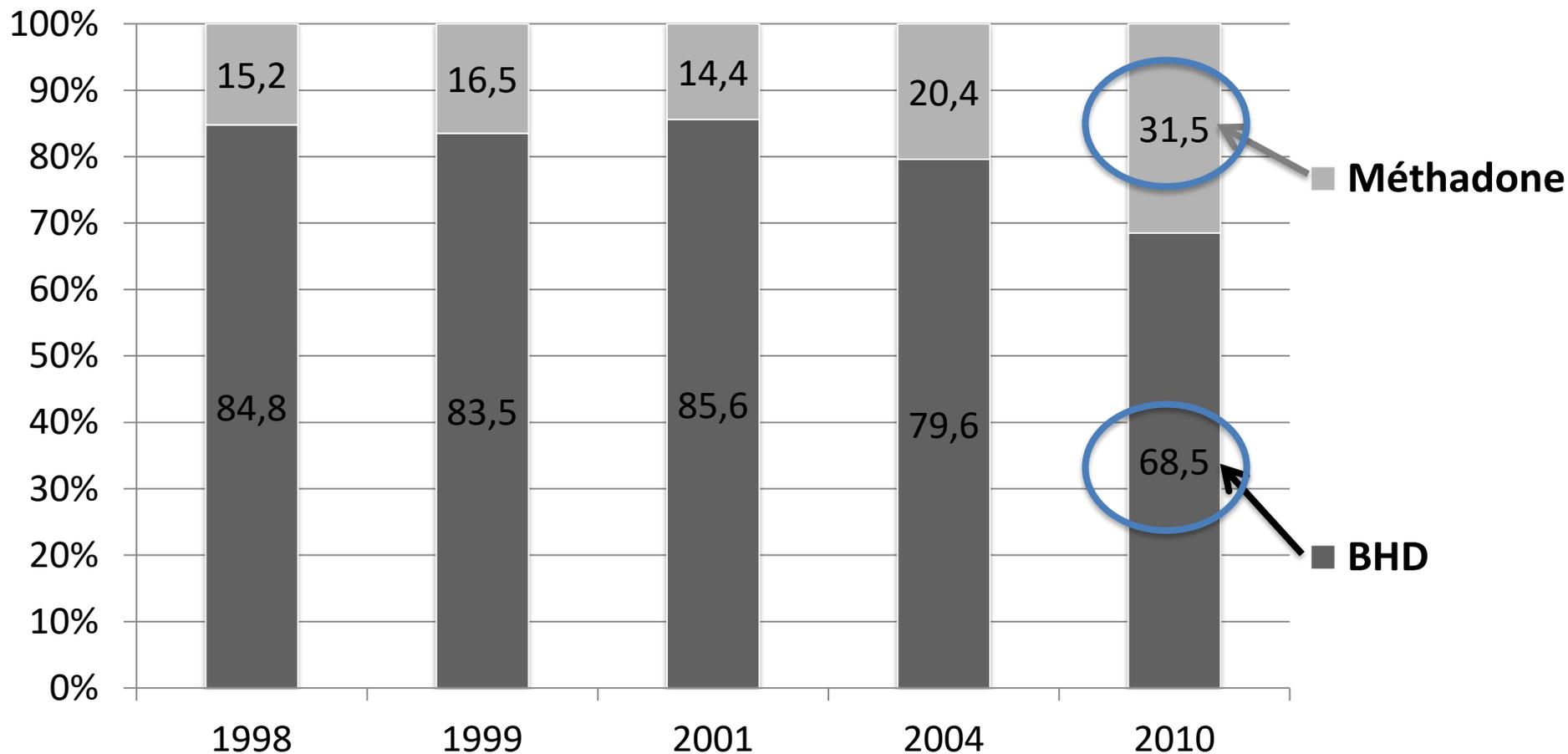
# Estimation du % des prisonniers recevant un TSO par pays européens (2012)

| Moins de 3%        | Entre 3 et moins de 10 % | 10 % et plus |
|--------------------|--------------------------|--------------|
| Estonie            | Norvège                  | Irlande      |
| Pologne            | Danemark                 | Espagne      |
| République Tchèque | Pays-Bas                 | Luxembourg   |
| Roumanie           | Portugal                 | Autriche     |
| Finlande           | France                   | Slovénie     |
| Bulgarie           | Italie                   | U.K          |
| Suède              | Croatie                  | Malte        |
|                    | Belgique                 |              |
|                    | Allemagne                |              |

2016  
>10% ?

Selected Issue 2012, Prisons & drugs in Europe : The problem & responses,  
European Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction + Réitox national focal points.

# Evolution de la répartition entre BHD et Méthadone (%) des TSO prescrits en prison



Source : enquête DGH/DHOS un jour donné sur l'accès aux TSO en milieu carcéral (1998, 1999, 2001, 2004), Prévacar DGS/Invs (2010) ; Tableau de bord TSO 2015 OFDT

# PRI2DE = programme de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux chez les détenus (2009)

## Réponse

- **113 / 171** établissements = couverture de **74%** de la population carcérale (46968 détenus)

## Couverture TSO

- **9%** (= 4058)
- **6%** = BHD (2738) ; **3%** = MTD (1317).

**2/3 BHD ; 1/3 MTD**

## Reconduction TSO

- 2 établissements = pas de reconduction.

## Initiation TSO

- 11% des établissements (12) n'initient jamais de TSO = 8% de la population carcérale.
- 22% (23) jamais de Méthadone.
- 23% (24) jamais de BHD.

# PRI2DE = programme de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux chez les détenus

## **TSO de première intention ?**

- MTD = améliorer l'observance – éviter le « trafic ».
- BHD = initiation plus simple, idem pour le relais.

## **Posologies maximales ?**

- 40% des établissements = limitation posologie de BHD.

## **Délivrance TSO**

- MTD = 98% au quotidien, 97 % lieu de soins.
- BHD = 83% au quotidien, 77% lieu de soin, 44% cellule .

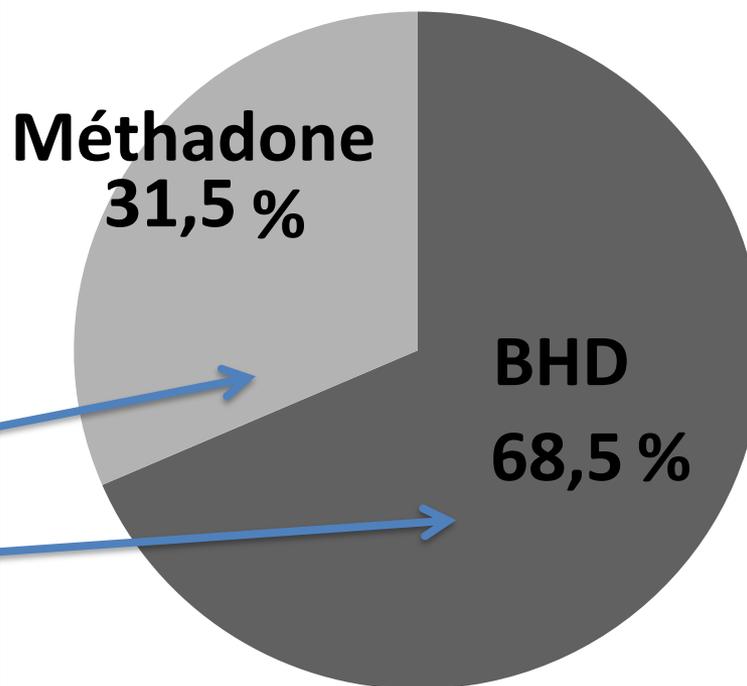
## **Pilage / dilution BHD**

- **19%** des établissements (21) pour « mieux contrôler la supervision de la prise et prévenir le mésusage ou le trafic »

**1 établissement / 5**

# Enquête Prevacar = volet offre de soins en milieu carcéral (DGS/InVS,2010)

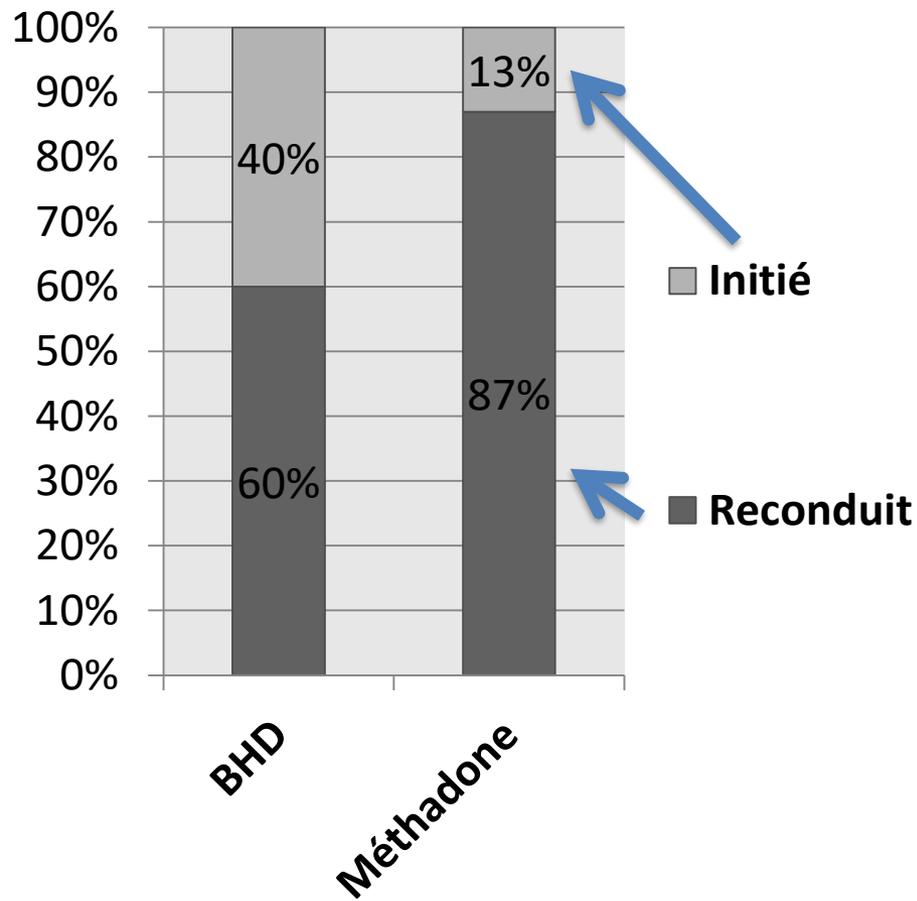
- Représentativité = **145 UCSA** / 168.
- Population présente prise en charge = **56 011 personnes détenues** = 92% de la population carcérale incarcérée au 1<sup>er</sup> juillet 2010.
- **MTD=1575 / BHD=3425**
- **TSO total = 5000 détenus = 7,9%**



Maison d'Arrêt de Metz : MTD = 30 détenus ; BHD = 70 détenus / 500

# Enquête Prevacar = volet offre de soins en milieu carcéral (DGS/InVS, 2010)

- **1/3 des TSO = 31%** ont été initiés pendant la détention.
- **Prévalence plus importante en Maison d'Arrêt / Centre de détention = 8,4 % / 6,9 %**
- **Prévalence plus élevée chez les femmes / hommes = 16,5 % / 7,7 %**



# Comparaison dans la prise en charge des TSO des personnes détenues : 1998 / 2010

- Aucune personne détenue en TSO dans 44 prisons / 160 = **28%**.
- Nombreuses interruptions chez les entrants = **41%** avec BHD, **29%** avec Méthadone.
- Plus de **80% des TSO** = poursuite du traitement antérieur.
- TSO = **2%** des détenus

**1998**

- Un accès à au moins un TSO dans tous les établissements.
- Diversification limitée : 4 UCSA ne proposent que la Méthadone et 4 que la BHD.
- **31%** TSO initiés pendant l'incarcération.
- TSO = **7,9%** des détenus

**2010**

# Organiser les soins de la dépendance aux opiacés

- Bilan accueil arrivant = repérage et évaluation systématique des conduites addictives.
- Situations d'impossibilité de confirmation ou TSO hors prescription officielle (= plutôt BHD).
- Opportunité aussi d'inscrire ces patients (« TSO de rue ») dans une filière de soins.
- Analyses urinaires = contribution à l'authentification d'une prise d'un TSO à l'entrée en détention.
- Reconduction ou initiation (posologie adéquate).

Addiction, soins des personnes détenues, guide pratique, Fédération Addiction, Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison.

Guide des TSO en milieu carcéral, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Mildt.

# Organiser les soins de la dépendance aux opiacés

- Choix de la molécule = BHD effet plafond / MTD agoniste pur.
- Modification du médicament utilisé (switch).
- Renouvellement de la prescription = pas de réduction forcée ou de posologie limite < AMM.
- Délivrance = quasi constamment quotidienne et supervisée pour la MTD / délivrance individualisée pour la BHD (fractionnée en cellule).
- Maintien d'une proximité clinique avec le patient.
- Articulation pour la sortie = continuité des soins en milieu libre.

# Mésusage des TSO

- Pas spécifique du milieu carcéral mais acuité particulière.
- Risque de déconsidération du TSO comme thérapeutique.
- BHD le + souvent, Méthadone étant en délivrance quasi constamment quotidienne et supervisée.
- Jugé comme fréquent, à l'image d'ailleurs de ce qui se passe en milieu libre.
- Aucune évaluation ni chiffre précis cependant.
- Distinguer le mésusage du détournement et du trafic.

# Mésusage des TSO

- Mésusage = Posologies ? Modalités de prise en charge ? Prise en compte des comorbidités ? Switch du TSO ?
- Détournement = TSO comme monnaie d'échange = ne relève pas de la logiques de soins. Provenance des prescriptions et aussi de l'extérieur.
- Deux logiques en conflit en milieu carcéral = une logique de soin versus une logique de contrôle du patient.
- Risque de confusion entre préoccupations sanitaires et préoccupations pénitentiaires (ex = pilage ou dilution des traitements = à proscrire).
- Prise supervisée = éducation thérapeutique et non surveillance ou répression.

## Les constats aux USA.

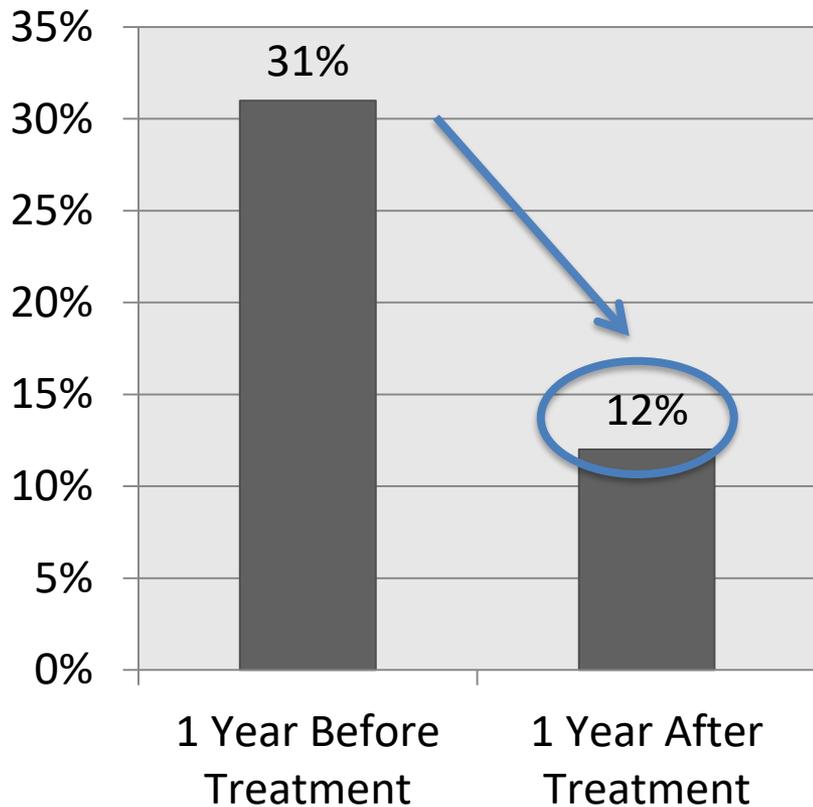
- **377456 américains** bénéficient d'un traitement de maintenance aux opiacés (National Survey of Substance Abuse, 2014) (1).
- **10% des patients** suivants un traitement de maintenance aux opiacés **sont incarcérés annuellement.** (2)
- **90% de ces patients auront le traitement non reconduit ou réduit sans leur « consentement ».**  
(2)

(1) National Survey of Substance Abuse Treatment Services, Data on Substance Abuse Treatment Facilities, 2014, N-SSATS.

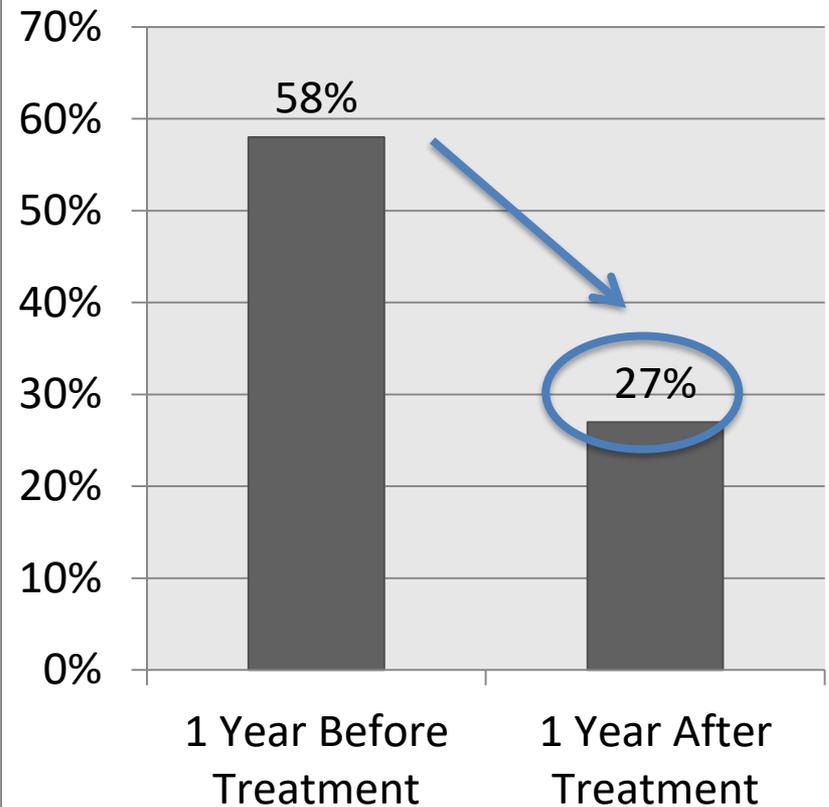
(2) Rich J & al. Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail, Lancet, may 2015.

# Evolution des délits et du « deal » avant/après « MAT programs » (NIDA)

## Days Involved In Crime



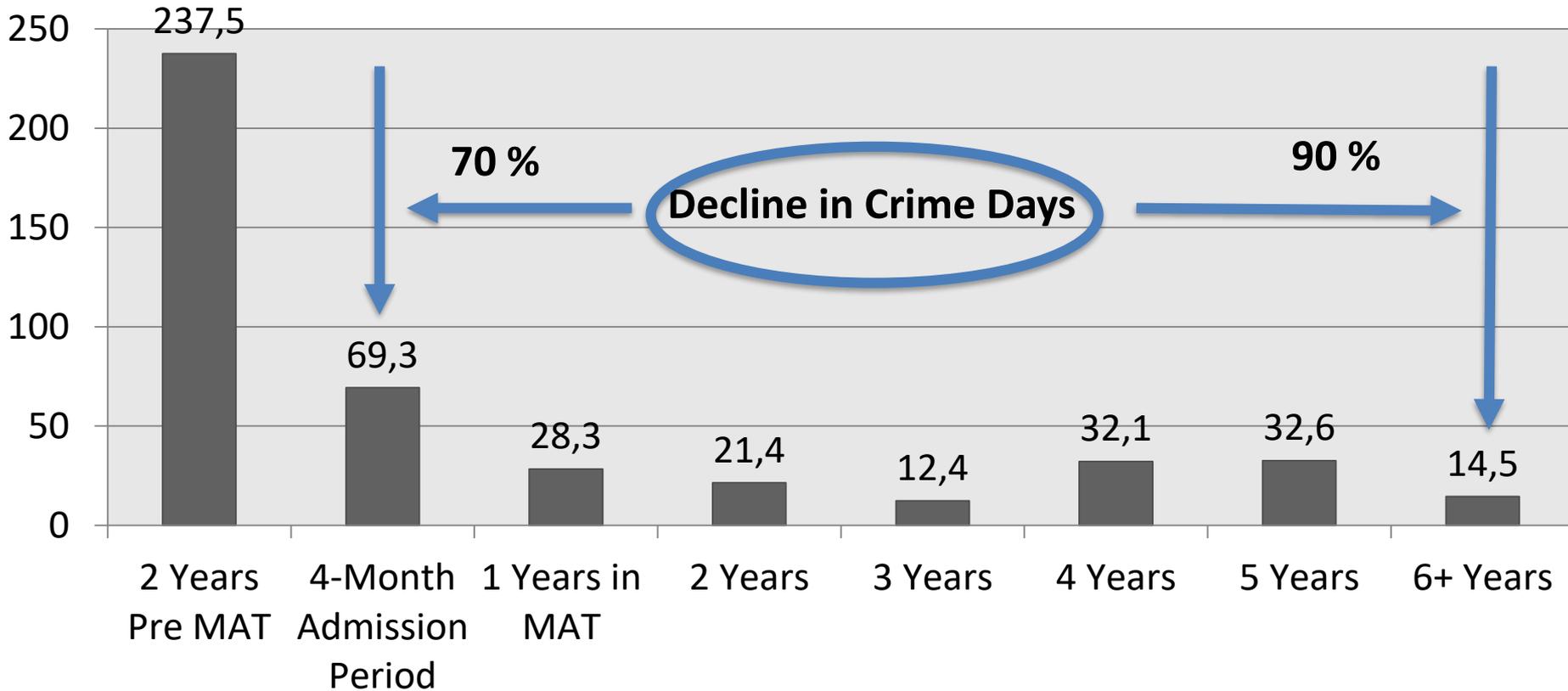
## Time Dealings Drug



NIDA International Program Méthadone Research Web Guide ; Ball J. & Ross A., The effectiveness of Methadone Maintenance Traitement, New York, 1991.

# Impact et bénéfices des « MAT programs » (Medication Assisted Treatment).

## Effect of MAT programs on Crime Days



NIDA International Program Méthadone Research Web Guide ; US Jails Are Killing People Going Through Opioid Withdrawals, Huffingtonpost, Mar 29, 2016.

# Coût du traitement de maintenance aux opiacés versus coût sociétal aux USA.

## Incarceration Cost Estimates

- Justice Policy Institute (2004) = 20000 \$ (1)
- Center for Economic Policy & Research (2010) = **26000** \$ (2)(estimation nationale)
- Vera Institute of Justice (2010) = 26390 – 38383 \$ (/prison du Maryland) (3)

## Treatment Cost Estimates (4)

- Non-MAT outpatient services = 2326 \$
- MAT cost treatment = **5000** \$. (4700-7409 \$)
- Therapeutic community treatment = 21404 \$

- (1) Mc Vay & al., Treatment or incarceration, National & state findings on efficacy & cost saving of drug versus imprisonment, Washington, DC, Justice Policy Institute, 2004.
- (2) Schmitt J & al., The high budgetary cost of incarceration, Washington DC, Center for Economic & Policy Research, 2010.
- (3) Henrichson C & al., The price of prisons. What incarceration costs taxpayers, Federal Sentencing Reporter, 2012.
- (4) French M. & al. The economic costs of Substance Abuse Treatment, Journal of Substance Abuse Treatment, 2008.

## Décès par overdose après incarcération

- Un risque allant de **X3 à X8** de décès dans les **2 premières semaines** / semaines 3-12.
- Un risque demeurant élevé le premier mois.
- Des résultats hétérogènes / pays.

Etat de Washington : RR = 8,4

Nouveau-Mexique : RR = 3,1

Royaume-Unis : RR = 7,5

Australie : RR = 4



TSO depuis 1980

# Pourquoi ce risque accru post-carcéral et quelle réponse à apporter ?

## Pourquoi ? (1)

-  tolérance en prison
- Disponibilité réduite du produit
- Produit à la teneur 
- Sevrage « carcéral »
- « Célébration » de la sortie
- Reprise des injections
- Co-usages (alcool/BZD)

## Stratégies pour réduire les décès (DRD) post-prison (2) UK

- Programme d'éducation en prison sur ce risque, préparation à la sortie.
- Continuité des soins, traitement de maintenance en détention et à la sortie.
- Identifier patients à risques (= voie IV).

(1) Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison, Seaman S., BMJ, 1996, 312. 1435

(2) Drug-Related Death Following Release from Prison : a brief review of the literature with recommendations for practice, Leach D., Current Drug Abuse Reviews, 2011, 4, 292-297

## Reconduction TSO versus sevrage « forcé » - Comparaison dans une prison US.

|  | <b>Continued methadone</b> | <b>Forced methadone withdrawal</b> |
|--|----------------------------|------------------------------------|
| <b>Drug use at 1 month – opioids</b>           | <b>8%</b>                  | <b>18%</b>                         |
| <b>Use of injectable illegal drugs</b>         | <b>17%</b>                 | <b>32%</b>                         |
| <b>Drug treatment – in methadone programme</b> | <b>96%</b>                 | <b>78%</b>                         |
| <b>In any treatment programme</b>              | <b>97%</b>                 | <b>84%</b>                         |
| <b>Reincarcerated</b>                          | <b>11%</b>                 | <b>9%</b>                          |
| <b>Death</b>                                   | <b>1</b>                   | <b>0</b>                           |
| <b>Overdoses- non fatal</b>                    | <b>1%</b>                  | <b>2%</b>                          |
| <b>Visits to emergency room</b>                | <b>10%</b>                 | <b>18%</b>                         |

Rich J. & al., Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail, the Lancet, may 2015.

# Les obstacles aux TSO dans les prisons US

- **Criminal Justice Drug Abuse Treatment Studies (CJ-DATS)** = programme national du NIDA.
- Sous-utilisation des TSO.
- Indication par ex. en tant que traitement de sevrage seulement « opiate detoxification » et non en « traitement de maintenance ».
- Ou pour les femmes enceintes uniquement.
- Sevrage par « Clonidine ».
- Complexité du système pénitentiaire entre les prisons fédérales, d'état, de comté, les prisons privées.

# Les obstacles aux TSO dans les prisons US

- State or local regulation prohibit prescribing medications.
- Agency favors drug-free treatment.
- Better alternatives are available for criminal justice populations.
- Inconsistent with agency's treatment philosophy.
- Inadequation information at this agency about the use of medication.
- Do not know of evidence of clinical effectiveness for criminal justice populations.

# Les obstacles aux TSO dans les prisons US

- Clinical staff object to the use of medications.
- Concerns about liability issues.
- Security concerns.
- Lack of qualified medical or nurse staffing.
- Difficult to get reimbursed, or have concerns about the cost.
- Administrative opposition.

Identification d'une douzaine d'obstacles à la prescription

## TSO en prison = quelles bénéfices

- ↘ significative de l'usage d'héroïne, de la voie IV et du partage de seringue en prison. (Posologie adéquate).(1)
- ↘ des tensions et des infractions au sein de la détention (groupe avec TSO/sans, Canada) (2)
- « Pre-release OMT » = favoriser le suivi post-prison et la « rétention » dans le soin. (1)
- ↘ les risques d'overdose post-libération. (1)
- ↘ Réincarcération, si posologie adéquate en post carcéral. (1) Résultats équivoques cependant.

(1)The effectiveness of opiod maintenace treatment in prison settings : a systematic review, Herdrich D. & al., Addiction, 107, 501-507, 2011.

(2) Institutional Methadone Treatment: impact on release outcome & institutional behaviour, Research Report 119, Ottawa, Correctional Service, 2001.

Merci de votre attention.