

Faculté de Pharmacie

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le **21 Juin 2021**

Par

Mélissa Puyrajou

Né(e) le 21 septembre 1995 à Périgueux

**Le bon usage des traitements de substitution aux opiacés en milieu
carcéral**

Thèse dirigée par **Dr Caroline GUIBAUD**

Examineurs :

M. **Professeur Nicolas PICARD**

Mme **Dr Christelle POUGET**

M. **Jean-Baptiste CHEMILLE, Docteur en Pharmacie**



Faculté de Pharmacie

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 21 Juin 2021

Par Mélissa Puyrajou

Né(e) le 21 Septembre 1995 à Périgueux

**Le bon usage des traitements de substitution aux opiacés en milieu
carcéral**

Thèse dirigée par Dr Caroline GUIBAUD

Examineurs :

M. Professeur Nicolas PICARD

Mme Dr Christelle POUGET

M. Jean-Baptiste CHEMILLE, Docteur en Pharmacie



Remerciements

A mon Président de thèse,

Monsieur le Professeur Nicolas Picard,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et pour le temps que vous avez accordé à mon projet. J'aimerais également vous remercier de l'attention que vous portez à vos étudiants. J'ai toujours eu un profond respect pour votre travail et la qualité de vos enseignements. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

A ma Directrice de thèse,

Madame Caroline Guibaud, Pharmacienne au centre de détention d'Uzerche,

Je tenais à vous remercier pour votre volonté de travailler avec moi sur ce projet, et pour votre motivation constante, afin de me permettre d'obtenir le meilleur de ce travail pratique. Merci pour tout ce que vous m'avez permis d'entreprendre et pour votre confiance en moi. Ce projet n'aurait pu aboutir sans notre collaboration.

Aucun mot n'équivaudra au profond respect et à la gratitude que je vous témoigne.

Aux membres du jury,

Madame Christelle Pouget,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie des membres de mon jury de thèse. Je tenais également à vous remercier pour la qualité de vos enseignements tout au long de mes études, et l'égard que vous portez à vos étudiants. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste Chemille, Pharmacien à Thiviers,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie des membres de mon jury, ainsi que de m'avoir accueillie dans votre officine, de la meilleure des manières. Merci de votre confiance en moi, qui perdure encore à l'heure actuelle, et de toutes ces compétences que j'ai pu acquérir lors de mes heures passées au sein de votre pharmacie. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude éternelle et de ma profonde amitié.

J'espère que le maître Jedi sera fier de son jeune Padawan.

A l'équipe officinale de la Pharmacie Chemille à Thiviers,

Je tenais à remercier également, la Pharmacienne **Catherine Hyvernaud**, pour tout le temps qu'elle m'a accordé et pour sa bienveillance lors de mon stage et de mon travail au sein de la pharmacie. Merci pour ce que tu m'as appris, et pour la personne que tu es.

Je tenais à remercier l'ensemble de l'équipe de la pharmacie : **Pauline, Cécile, Sissou, Pupupe, Sylvie, et Valérie**. Je vous remercie de votre accueil, de votre attention à mon égard et de tous ces bons moments passés en votre compagnie.

Au centre de détention d’Uzerche,

Merci à **toute l’équipe de l’Unité Sanitaire**, et au **Docteur Metivier**, pour son aide.

Merci à **l’Administration pénitentiaire**, pour son accord et sa volonté de collaborer au projet.

Merci à **toutes les personnes présentes lors de mes visites**, pour leur protection et leur gentillesse.

Merci à **toutes les personnes détenues** ayants participé à notre travail, pour leur aide, et pour leur amabilité à mon égard.

A l’équipe du CARRUD de Limoges,

Je tenais à remercier **la totalité de l’équipe du CARRUD**, et tout particulièrement **Stéphane Bernard**, de l’association AIDES, qui m’a soutenu et qui m’a aidé pendant toute la partie pratique de la thèse d’exercice. Merci pour ta présence, et ton accueil chaleureux, lors de ma visite au sein du CARRUD, et surtout pour ton aide considérable lors de la création du projet vidéo de réduction des risques.

A ma famille :

A mes parents : Merci d’avoir cru en moi, toutes ces années, et de m’avoir poussé à devenir quelqu’un de meilleur chaque jour.

Maman, merci pour cet amour inconditionnel, et pour toutes ces années à veiller sur moi. Tu es encore et toujours, mon repère dans les épreuves de la vie. Merci pour ton soutien, merci d’être ce que tu es.

Papa, merci pour l’amour sans faille que tu me portes, merci d’avoir fait de moi, une femme forte et indépendante. Merci de croire en mes choix et d’avoir toujours fait en sorte que je ne manque de rien.

A mon beau-père, Jean-Louis : Merci de tout ce que tu fais pour moi, chaque jour et de l’amour que tu me portes. Je tenais à te remercier d’être présent à chaque instant.

A ma cousine Amélie, ma tante Valérie et mon oncle Guy : Merci pour tous ces bons souvenirs ensemble, et à tous ceux qui viendront.

A mes amies :

A **Adélaïde**, ma sœur, tu es celle qui m’a permis de traverser tellement de choses. On est depuis si longtemps, inséparables, que je ne me souviens même plus, de comment été ma vie avant toi. Je te remercie pour tous ces merveilleux moments à imaginer ce que serait notre vie, à faire la liste des choses à faire avant de mourir : « Soutenir sa thèse : check », à rêver de notre vie d’adulte allongée sur le lit, en regardant High School Musical. Merci pour tous ces rires et toutes ces paroles d’encouragements. Merci pour ces voyages à l’autre bout du monde, à n’apprécier que notre compagnie mutuelle. Tu as toujours cru en moi, parfois plus que moi-même. Alors merci, merci d’être la meilleure amie possible et ce soutien dans ma vie.

A **Laure**, mon amie, merci de me suivre dans toutes mes expériences, et de me soutenir chaque jour. Merci de m'écouter des heures, te parler, de tout. Merci de n'être jamais dans le jugement et de m'aimer sans cesse. Et surtout merci, merci d'avoir fait de moi, la marraine de ton tout petit ange. Ce rôle me tient tellement à cœur. Mon amour pour toi et pour lui, est indescriptible, merci de faire partie de ma vie et d'être la meilleure des amies que l'on puisse espérer avoir.

A **Emmanuelle**, présente depuis le premier jour de mon arrivée en deuxième année de pharmacie. Je tenais à te remercier de tous ces moments incroyables que nous avons passés l'une avec l'autre. Je n'aurais jamais pu imaginer rencontrer une personne aussi exceptionnelle que toi. Notre voyage italien est une de mes plus belles destinations, en espérant qu'il y en aura encore pleins d'autres. Merci pour toutes ces soirées, à danser et à rire, et merci pour ces journées de shopping intensif. Je tenais à te remercier pour ton soutien, et pour ta présence. Les souvenirs que je garde de ces années de faculté, représentent, grâce à toi, une des plus belles périodes de ma vie.

A **Marianne**, parfois les rencontres les plus fortuites, mènent aux plus belles histoires. Merci mon amie, pour ces moments merveilleux passés en ta compagnie et pour ta bienveillance et ta confiance en moi. Je tenais à te remercier pour toutes ces années de folie, de rire, de soirées endiablées, de révision dans mon jardin et de discussions interminables. Tu es une des personnes les plus formidables que j'ai eu la chance de rencontrer. Je crois en toi, et en tout ce que tu entreprendras. Merci de me porter tout cet amour.

A mes amies de la faculté. Merci à **Marie, Emilie, et Emma**, pour tous ces moments de rigolade, passés en votre compagnie. Merci à **Lauriane**, pour cette deuxième année de PACES en ta compagnie et pour tous ces merveilleux moments. Merci à **Juliette**, pour le merveilleux binôme qu'elle a été.

Merci également à **toute ma promotion**, pour ces années à vos côtés.

A ma belle-famille : Mon arrivée dans votre famille a été une réelle bénédiction. Je tenais à vous remercier de tout ce que vous avez déjà fait pour moi. Et en particulier, pour avoir mis au monde, l'amour de ma vie.

A **ma belle-mère, Marie-Odile**, merci pour ton soutien et ta bienveillance à mon égard. Merci de m'aider dans mes choix, et d'avoir cru en moi dès la première seconde.

A **mon beau-père, Alain**, merci de m'avoir accueilli à bras ouvert dans ta famille, et d'être une source d'inspiration chaque jour.

A **mes belles-sœurs, Anaïs et Laura**, merci de devenir les sœurs que je n'ai jamais eu.

A **mes beaux-frères, les deux Auréliens**, merci de votre gentillesse et de me faire autant rire.

A mon amour : Je tenais à te remercier en dernier, afin de clôturer sur la plus belle note.

Merci à toi, **Arnaud**, pour être cette personne qui me soutient, qui m'écoute, me guide, supporte mes peines et mes inquiétudes, mes joies et mes folies. Merci de toute ton aide et de tout ton amour. Merci de prendre si bien soin de moi. Merci d'être une personne aussi

formidable. Jamais je n'aurais cru rencontrer un être avec une âme aussi pure que la tienne. Aucun mot ne pourra égaler ce que je ressens pour toi. Alors, simplement, merci de faire partie de ma vie. Je t'aime.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	17
I. Prise en charge des addictions et organisation du système de santé en milieu carcéral ...	19
I.1. Les addictions	19
I.1.1. Qu'est-ce que l'addiction ?	19
I.1.1.1. Le diagnostic du trouble de l'usage de substance	21
I.1.1.2. Le modèle de Prochaska et DiClemente	22
I.1.1.3. Les troubles psychiatriques et l'addiction	23
I.1.1.4. Le système de récompense du cerveau	25
I.1.2. L'addiction aux opiacés	26
I.1.2.1. Les opiacés et l'héroïne	26
I.1.2.1.1. Historique et quelques chiffres	27
I.1.2.1.1.1. Pharmacodynamie	28
I.1.2.1.1.2. Pharmacocinétique	30
I.1.2.1.1.3. Effets de l'héroïne	30
I.1.3. Cadre légal et réglementaire	31
I.1.4. Les traitements de substitution aux opiacés	32
I.1.4.1. Généralités	32
I.1.4.1.1. La méthadone	33
I.1.4.1.1.1. Présentation	33
I.1.4.1.1.2. Formes pharmaceutiques	34
I.1.4.1.1.4. Mise en place du traitement, adaptation et stabilisation	34
I.1.4.1.1.4.1. Initiation du traitement	35
I.1.4.1.1.4.2. Adaptation posologique	36
I.1.4.1.1.4.3. Stabilisation	37
I.1.4.1.1.4.4. Arrêt	38
I.1.4.1.1.5. Prescription	38
I.1.4.1.1.6. Mécanisme d'action	38
I.1.4.1.1.7. Pharmacodynamie	39
I.1.4.1.1.8. Pharmacocinétique	40
I.1.4.1.1.9. Contre-indication et interactions médicamenteuses	41
I.1.4.1.1.10. Effets indésirables	41
I.1.4.1.2. La buprénorphine	42
I.1.4.1.2.1. Présentation	42
I.1.4.1.2.2. Mécanisme d'action	42
I.1.4.1.2.3. Initiation du traitement, modalités de prise, posologie	43
I.1.4.1.2.4. Prescription	43
I.1.4.1.2.5. Pharmacocinétique	44
I.1.4.1.2.6. Suivi du traitement	44
I.1.4.1.2.7. Contre-indications et interactions médicamenteuses	44
I.1.4.1.2.8. Effets indésirables	45
I.1.4.1.2.9. Formes	45
I.1.4.1.2.10. La bioéquivalence	48
I.1.5. Le mésusage des traitements de substitution aux opiacés	49
I.1.5.1. Définition	49
I.1.5.2. Quelques chiffres	49

I.1.5.3. Les risques du mésusage des traitements de substitution aux opiacés.....	50
I.1.5.4. Plan de réduction des risques	51
I.1.5.4.1. Qu'est-ce que le plan de réduction des risques ?	51
I.1.5.4.2. Historique	51
I.1.5.4.3. Quel est le but de la Politique de RdR ?	53
I.1.5.4.4. Quels sont les outils de RdR ? (34)	54
I.1.5.4.4.1. Outils de réduction des risques en fonction des voies d'administration	54
I.1.5.4.4.1.1. L'injection	54
I.1.5.4.4.1.2. L'inhalation	56
I.1.5.4.4.1.3. Le sniff.....	56
I.1.5.4.4.1.4. Autres voies utilisées	58
I.1.5.4.4.2. Les dépistages et les tests	58
I.1.5.4.4.3. La sécurité des traitements	58
I.1.5.4.4.4. L'antidote : La Naloxone.....	59
I.1.5.4.4.4.1. Description	59
I.1.5.4.4.4.2. Quelques chiffres.....	59
I.1.5.4.4.4.3. Les différentes formes de la naloxone	59
I.1.5.4.4.5. Les SCMR : Salles de consommation à moindre risque	60
I.2. Le milieu carcéral.....	61
I.2.1. Description	61
I.2.2. L'addiction aux opiacés en milieu pénitentiaire	63
I.2.2.1. Epidémiologie	63
I.2.2.1.1. L'enquête PREVACAR	64
I.2.2.1.2. Le programme PRI ² DE	64
I.2.2.1.3. Conclusion des études	65
I.2.2.1.4. Le double diagnostic en milieu pénitentiaire	66
I.2.2.2. Cadre légal et réglementaire	66
I.2.2.3. Le mésusage des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral	67
I.2.2.4. Politique de réduction des risques en milieu pénitentiaire	68
I.2.2.4.1. Les traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral.....	68
I.2.2.4.2. Les comorbidités virales et psychiatriques.....	69
I.2.2.5. Prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire	69
I.2.2.5.1. Les acteurs de la prise en charge des addictions en milieu carcéral.....	70
I.2.2.5.1.1. L'unité sanitaire	70
I.2.2.5.1.1.1. Définition	70
I.2.2.5.1.1.2. Les différentes étapes de la prise en charge	71
I.2.2.5.1.2. Les partenaires extérieurs.....	73
I.2.2.5.1.2.1. CSAPA	73
I.2.2.5.1.2.2. CAARUD	74
I.2.3. Le centre de détention d'Uzerche	75
I.2.3.1. Description du centre	75
I.2.3.2. L'Unité sanitaire au sein du centre de détention d'Uzerche	76
I.2.3.3. La prise en charge des usagers de drogues au sein de l'établissement.....	77
I.2.3.3.1.1. Les TSO.....	77
I.2.3.3.1.2. Actions de RdR	78
II. Travail personnel.....	79
II.1. Contexte	79

II.2. Méthodologie	79
II.2.1. Autorisations.....	79
II.2.2. Sélection des patients	79
II.2.3. Rédaction du guide d'entretien	80
II.2.3.1. Partie I du guide d'entretien : Bilan personnel	80
II.2.3.2. Partie II du guide d'entretien : Addictologie	80
II.2.3.3. Partie III du guide d'entretien : Traitement de substitution aux opiacés	80
II.2.3.4. Partie IV du guide d'entretien : Avis d'expert.....	81
II.2.4. Enregistrement des entretiens.....	81
II.2.4.1. Mise en place de l'enregistrement audio des entretiens	81
II.2.4.2. Rédaction du formulaire de consentement pour enregistrement sonore.....	82
II.2.5. Premiers entretiens « tests »	82
II.2.6. Réalisation des entretiens individuels	82
II.2.7. Analyse des enregistrements audios	82
II.2.8. Résultats	83
II.2.8.1. Résultats des entretiens individuels	83
II.2.8.2. Partie I. Bilan personnel	83
II.2.8.3. Partie II : Addictologie	86
II.2.8.4. Partie III. Traitements de substitution aux opiacés	90
II.2.8.5. Partie IV : Avis d'expert.....	101
II.3. Valorisation	109
II.3.1. Mise en place de la réalisation des vidéos de réduction des risques	109
II.3.1.1. Emergence de l'idée	109
II.3.1.2. Montage du projet et intervenants	109
II.3.1.3. Sélection des participants	111
II.3.1.4. Tournage de la vidéo	111
II.3.1.5. Montage des vidéos	112
II.3.2. Présentations aux journées CSAPA	112
II.4. Discussion	113
II.4.1. Concernant le projet pratique de la thèse d'exercice	113
II.4.1.1. Points forts du projet pratique	113
II.4.1.2. Limites de la partie pratique	114
II.4.1.3. L'analyse des résultats obtenus	114
II.4.2. Référencement d'autres formes de Buprénorphine, au sein du centre de détention d'Uzerche ?	116
II.4.2.1. Choix du référencement, par le centre de détention d'Uzerche	117
Conclusion	118
Références bibliographiques	120
Annexes	124
Serment De Galien.....	138

Table des abréviations

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

RdR : Réduction des Risques

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

CD : Centre de Détention

ARS : Agence Régionale de Santé

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés

CIP : Conseiller D'insertion et de Probation

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

VHC : Virus de l'Hépatite C

NPS : Nouveaux Produits de Santé

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

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues

Table des illustrations

Figure 1 : Les différents facteurs jouant sur l'émergence d'une addiction	19
Figure 2 : Les différentes approches du trouble de l'usage de la substance : l'ancienne version DSM-IV/CIM 10 et la nouvelle version DSM-V	20
Figure 3 : Cercle de Prochaska et DiClemente pour la prise en charge d'une addiction au tabac	23
Figure 4 : Liens entre comorbidités addiction et psychiatrie.....	24
Figure 5 : Exemple de la dépendance à l'alcool et de l'évolution des cravings (11)	25
Figure 6 : La molécule de l'héroïne.....	27
Figure 6 : La molécule de l'héroïne.....	28
Figure 8 : La voie nerveuse de la douleur sans morphine.....	29
Figure 9 : La voie nerveuse de la douleur avec morphine.....	29
Figure 10 : Évolution du nombre de patients traités par MSO pris en charge dans les CSAPA	32
Figure 11 : La molécule de méthadone	33
Figure 12 : Niveau de méthadone dans le sang durant les trois premiers jours d'initiation du traitement	35
Figure 13 : Profil pharmacocinétique de la méthadone (23).....	40
Figure 14 : La molécule de buprénorphine	42
Figure 15 : Carte de l'administration pénitentiaire en France	62
Figure 16 : Photographie de l'entrée du centre de détention d'Uzerche.....	75

Table des graphiques

Graphique 1 : Les traitements consommés par les patients interrogés	84
Graphique 2 : Avez-vous un travail en dehors de la prison ? Avez-vous fait des formations au sein du centre de détention ?	85
Graphique 3 : Êtes-vous en lien avec votre famille ?	86
Graphique 4 : L'âge de la première consommation de drogues pour chaque patient et le ou les produits incriminés	86
Graphique 5 : La proportion des produits testés par les participants.....	87
Graphique 6 : Les effets positifs ressentis par la prise de drogue	88
Graphique 7 : Les effets négatifs ressentis par la prise de drogue	88
Graphique 8 : La prise de produits stupéfiants à l'heure actuelle dans l'enceinte du centre de détention?	89
Graphique 9 : Essai de la Méthadone.....	91
Graphique 10 : Essai de la Suboxone	92
Graphique 11 : Les voies d'administration utilisées pour la prise de Buprénorphine	93
Graphique 12 : Pourquoi n'utilisez-vous pas la voie sublinguale ?.....	95
Graphique 13 : Les proportions des effets indésirables ressentis par les patients injectant la Buprénorphine.....	96
Graphique 14 : Proportions des effets indésirables ressentis par les patients sniffant la Buprénorphine.....	97
Graphique 15 : En combien de prise par jour, prenez-vous votre traitement ?.....	97
Graphique 16 : Quelle est la raison de votre consommation pluriquotidienne du traitement ?	98
Graphique 17 : Prenez-vous d'autres produits pour potentialiser les effets du traitement ? ..	99
Graphique 18 : Pourcentages des produits utilisés avec un mode d'administration détournée	99
Graphique 19 : Délai d'action de la Buprénorphine par voie sublinguale	101
Graphique 20 : Délai d'action de la Buprénorphine par voie fumée	101
Graphique 21 : Délai d'action de la Buprénorphine par voie orale	102
Graphique 22 : Délai d'action de la Buprénorphine par voie intraveineuse	102
Graphique 23 : Délai d'action de la Buprénorphine par voie nasale.....	102
Graphique 24 : Durée d'action de la Buprénorphine par voie sublinguale.....	103
Graphique 25 : Durée d'action de la Buprénorphine par voie fumée.....	103
Graphique 26 : Durée d'action de la Buprénorphine par voie nasale	103
Graphique 27 : Durée d'action de la Buprénorphine par voie orale.....	104

Graphique 28 : Durée d'action de la Buprénorphine par voie intraveineuse.....	104
Graphique 29 : Comparaison du délai et de la durée d'action de la buprénorphine sublinguale selon la voie d'administration utilisée.....	104
Graphique 30 : Proportions des effets positifs ressentis à mésuser la Buprénorphine.....	105
Graphique 31 : Proportions des effets négatifs ressentis à mésuser la Buprénorphine.....	106
Graphique 32 : Proportions des effets positifs ressentis en utilisant la Buprénorphine par voie sublinguale.....	107
Graphique 33 : Proportions des effets négatifs ressentis en utilisant la Buprénorphine par voie sublinguale.....	107
Graphique 34 : Proportions des idées des patients pour faciliter le bon usage de leur traitement de substitution aux opiacés.....	108
Graphique 35 : Proportions des conseils que les patients donneraient à un ami pour bien prendre son traitement de substitution aux opiacés.....	109

Table des tableaux

Tableau 1 : Propriétés de l'héroïne (13).....	30
Tableau 2 : Les étapes de la mise en place du traitement par méthadone	34
Tableau 3 : Exemple d'un protocole d'initiation d'un traitement par méthadone (18).....	36
Tableau 4 : Posologie recommandée de la méthadone selon quelques données littéraires et pratiques (16)(20)(21).....	37
Tableau 5 : Propriétés de la méthadone	40
Tableau 6 : Propriétés de la Buprénorphine par voie sublinguale	44
Tableau 7 : La buprénorphine sous toutes ces formes (26)(27)(28).....	46
Tableau 8 : Evolution de la prise en charge par TSO des personnes détenues (1998-2010)65	
Tableau 9 : Contexte de la première prise de produits stupéfiants	87
Tableau 10 : Comparatif des prix déclarés des produits stupéfiants à l'intérieur du centre de détention par rapport à l'extérieur	89
Tableau 11 : Comparaison des posologies prescrites et utilisées, du traitement de substitution aux opiacés (Buprénorphine) des patients.....	90
Tableau 12 : Le pourcentage des voies d'administration régulièrement utilisées et celui de celles essayées	94

Introduction

Les produits psychoactifs sont consommés depuis de nombreuses années, dans le monde entier. De la découverte fortuite de leurs effets, en passant par leur consommation dans le cadre d'une prescription médicale, puis par l'utilisation récréative, les drogues sont au cœur de nombreux problèmes.

En France, selon les indicateurs chiffrés les plus récents de 2019, on estime que 18 millions de personnes ont expérimenté le cannabis, 2.1 millions la cocaïne, et 500 000 l'héroïne. (1)

Cette consommation de drogues est en perpétuelle augmentation et entraîne des conséquences sanitaires, sociales et judiciaires importantes.

L'addiction résulte de la rencontre entre un individu, une substance et un environnement donné.

La perception sociétale des addictions est variable : certaines addictions sont mieux acceptées que d'autres (celle au cannabis (substance illicite) n'est pas jugée de la même manière par la population que celle aux opioïdes qui peuvent être pour certains des médicaments).

L'utilisation abusive de certains produits psychoactifs renvoie à la notion de toxicomanie.

La toxicomanie est un problème mondial, qui ne cesse de progresser, avec des différences significatives entre les produits incriminés, comme la nature du produit, et les effets ressentis par exemple.

Depuis plusieurs années, différentes stratégies de prise en charge ont vu le jour pour réduire les risques liés aux consommations de drogues, et en particulier à l'héroïne (ou plus généralement aux opiacés). Un des outils principal est la mise en place de traitement de substitution aux opiacés.

En 2019, pour la tranche d'âge de 11-75 ans, 180 000 personnes bénéficient de prescriptions pour un traitement de substitution aux opiacés. Le but est de réduire les risques liés à l'usage de drogues, prendre en charge l'addiction et engager le patient dans un objectif de soins. (1)

Il existe deux molécules utilisées comme traitements de substitution aux opiacés : la méthadone et la buprénorphine.

67% des patients traités par un traitement de substitution aux opiacés (TSO), le sont avec la méthadone, contre 27% pour la buprénorphine, 4,5% pour l'association buprénorphine/naloxone et 1% avec un autre médicament, selon l'Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse, de 2019.

Ces deux molécules n'agissent pas de la même manière au niveau des récepteurs aux opiacés et n'ont pas les mêmes formes pharmaceutiques, ce qui permet un choix plus diversifié, adapté aux individus. De nouvelles formes pharmaceutiques sont à l'heure actuelle, prêtes à arriver sur le marché et à enrichir les TSO.

D'autres outils ont fait leur apparition afin de réduire les risques. Ceci a mis énormément de temps à se développer et est, toujours, au cœur de nombreux débats, mais progressivement des mesures ont été mises en place dans les années 1980, auprès des usagers de drogues, afin de limiter la contamination par les virus (sida, hépatites B et C), comme le programme d'échange de seringues, les steribox...

Ces actions sont des aides considérables pour les toxicomanes. Malgré cela, de nombreux usagers ont « *une utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit, non conforme à l'autorisation de mise sur le marché ou à l'enregistrement ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques* », c'est le **mésusage**, selon l'article R51-152 du Code de Santé Publique. Il correspond, dans le cadre de la prise en charge des addictions aux drogues, à l'usage détourné d'un traitement de substitution devant être administré selon les recommandations officielles. Cette pratique entraîne de nombreux problèmes infectieux, des contaminations exponentielles, et l'apparition de comorbidités, de problèmes sociétaux ...

Selon des études observationnelles, en Europe, jusqu'à 28% des personnes détenues s'injecteraient des substances psychoactives en prison. (2)

La toxicomanie est à l'origine d'incarcérations liées à l'usage et/ou au trafic de drogues et le lien entre toxicomanie et criminalité étant important, les usagers de drogues représentent une part considérable de la population carcérale. Selon une étude réalisée sur un échantillon de 998 personnes détenues tirées au sort, 27,9% ont un abus ou une dépendance aux drogues.(3)

Mais comment ces addictions sont-elles prises en charge en milieu carcéral ? Et qu'en est-il du mésusage ?

Ces questions sont la raison initiale de mes recherches à ce sujet et le fil conducteur de la réalisation de mon projet de thèse.

Cette thèse abordera dans un premier temps, les addictions et l'organisation du système de soins en milieu carcéral.

Dans un second temps, nous décrirons le projet pratique de cette thèse d'exercice, réalisé au centre de détention d'Uzerche, dont l'objectif est une démarche de réduction des risques liés aux mésusages des traitements de substitution aux opiacés.

Des entretiens ont été réalisés avec des personnes détenues mésuseuses, afin de mieux comprendre leurs motivations et les effets de ce mésusage. L'évolution de notre travail s'est faite avec la réalisation de vidéos, outil de réduction des risques, projetées sur le canal vidéo interne de la prison, rappelant les recommandations de bon usage des traitements de substitution aux opiacés.

Ces projets ont suscité de nombreuses discussions, que nous retrouverons en fin de document, après le détail du travail personnel effectué.

I. Prise en charge des addictions et organisation du système de santé en milieu carcéral

I.1. Les addictions

I.1.1. Qu'est-ce que l'addiction ?

« L'addiction se caractérise par l'impossibilité de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. (4) »

L'addiction est systématiquement associée à une perte de liberté : l'individu est en perpétuel combat avec lui-même.

Les addictions représentent un problème de santé publique, elles peuvent toucher n'importe quel individu, et porter ou pas sur une substance. On peut ainsi rattacher aux addictions certains troubles de l'alimentation (comme l'anorexie, la boulimie), la dépendance à certaines activités (jeu pathologique, addiction au sexe, etc.) et les troubles de l'usage de substances comme l'alcool, le tabac ou les substances illicites. Bien qu'il existe une possibilité de poly-consommation, il y a fréquemment un produit principal qui va monopoliser le quotidien de la personne, que ce soit dans ses besoins, son mode de vie et ses effets négatifs.

L'émergence d'une addiction est la résultante d'une association de facteurs de risque. Elle va reposer sur trois grands axes : l'individu et sa vulnérabilité personnelle (génétique, psychologique, psychiatrique, événements de vie, âge d'initiation), le produit (pouvoir addictif, conséquences médicales, psychologiques et sociales, statut social de la substance) et l'environnement (antécédents familiaux, éducation, environnement social, influence des pairs).

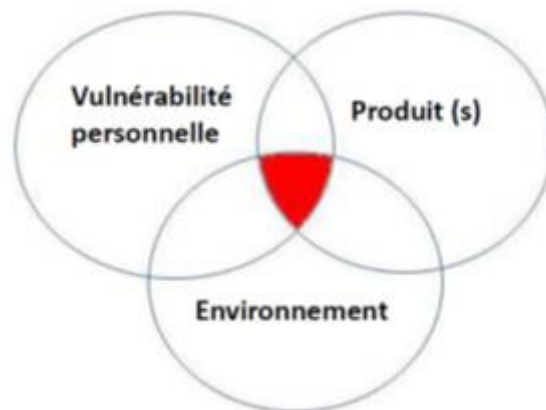


Figure 1 : Les différents facteurs jouant sur l'émergence d'une addiction

Source : Traité d'Addictologie : Facteurs de risques et de vulnérabilité. Karila L. et Reynaud M.

La classification des substances est très variée, elle peut se faire, par exemple, en fonction :

- Du mode principal d'administration :
 - o Fumées
 - o Injectées

- Sniffées
 - Ingérées
- De la classification « Douces / Dures » :
 - Cette classification a peu de fondement, car il y a une forte variabilité interindividuelle de susceptibilité aux drogues et le fait qu'un produit puisse évoluer dans cette classification au fil du temps.
 - De la classification juridique :
 - Licite : lorsque la vente est libre ou autorisée (par exemple l'alcool ou le tabac) ou les NPS (= nouveaux produits de synthèse) qui viennent à peine d'arriver sur le marché et qui ne font pas encore l'objet de restrictions, comme les cannabinoïdes synthétiques, qui sont des agonistes des récepteurs aux cannabinoïdes, qui ne contiennent pas de delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) mais qui ont des effets similaires lorsqu'ils sont fumés.
 - Illicite : lorsque qu'elle est classée stupéfiant, que l'usage ou la vente est interdite, exception faite du cadre médical et/ou scientifique. Par exemple, le cannabis.
 - De la nature des effets générés par la substance :
 - Produits psychoanaleptiques (psychostimulants, par exemple tabac, café, antidépresseurs, amphétamines, cocaïne...)
 - Produits psycholeptiques (dépresseur du système nerveux central, par exemple cannabis, anxiolytiques et somnifères...)
 - Produits psychodysléptiques (aux propriétés notamment hallucinogènes, par exemple LSD)

Nous allons nous intéresser dans cette thèse, à l'addiction aux substances psychoactives et au trouble de leur usage.

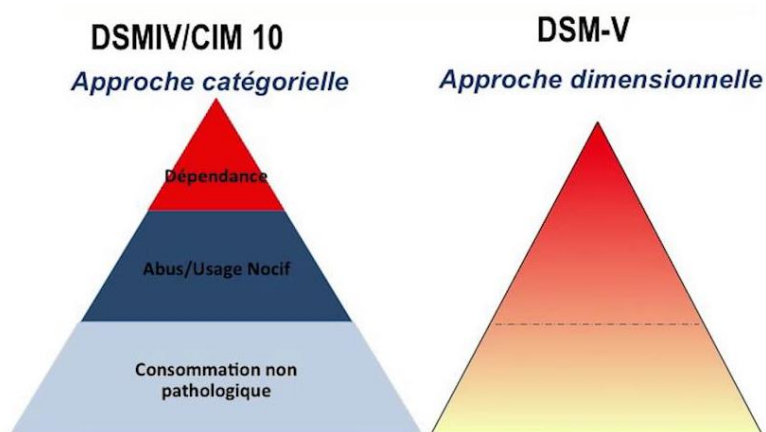


Figure 2 : Les différentes approches du trouble de l'usage de la substance : l'ancienne version DSM-IV/CIM 10 et la nouvelle version DSM-V

Source : (5)

Il y a tout d'abord, l'**usage simple** qui correspond à la consommation occasionnelle ou régulière et qui n'entraîne pas de problème de santé ou d'autre dommage à court terme.

Viennent ensuite, l'**abus ou l'usage nocif** et la **dépendance**. Ces deux catégories étaient autrefois séparées, et sont aujourd'hui réunies en une seule catégorie : trouble lié à l'usage d'une substance avec différents degrés de gravité.

L'abus correspond à un comportement pathologique. C'est la consommation répétée qui est responsable de complications au niveau de la santé, de la vie privée et/ou du travail par exemple.

Et la poursuite de cette consommation mène à la dépendance.

On entend parler également de **toxicomanie** qui désigne habituellement une appétence anormale et prolongée pour des substances toxiques, motivée par la recherche d'un plaisir ou d'un effet analgésique ou dynamique, ayant des conséquences psychiques, physiques et sociales. (6)

La toxicomanie va se caractériser par plusieurs éléments :

- **La tolérance** qui correspond à la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir un effet équivalent.
- **La dépendance psychique** qui se nomme « craving » et qui correspond à l'envie irrépressible de consommer.
- **La dépendance physique** qui oblige la personne à consommer afin d'éviter le syndrome de manque. Elle se caractérise par le syndrome de sevrage (avec des symptômes physiques plus ou moins brutaux).

I.1.1.1. Le diagnostic du trouble de l'usage de substance

Le diagnostic du trouble de l'usage de substance est structuré et classifié selon des critères bien définis, mis en place par des instances internationales de santé mentale et répertoriés dans un manuel, le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM), dont la cinquième édition date de 2013.

Il existe deux classifications : (7)

- **Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) créé par l'American Psychiatric Association :**
 - Il existe 11 critères diagnostiques :
 - Besoin impérieux et irrépressible de consommer la substance ou de jouer (craving)
 - Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
 - Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
 - Augmentation de la tolérance au produit addictif
 - Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
 - Incapacité de remplir des obligations importantes
 - Usage même lorsqu'il y a un risque physique
 - Problèmes personnels ou sociaux

- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques
- Evaluation de la sévérité de l'addiction en fonction du nombre de critères présents :
 - ➔ 2 à 3 : Trouble faible
 - ➔ 4 à 5 : Trouble modérée
 - ➔ 6 ou plus : Trouble sévère
- **La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) créée par l'Organisation Mondiale de la Santé.**
 - 6 critères définis :
 - Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
 - Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation)
 - Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
 - Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
 - Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets
 - Poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives
 - L'addiction est définie par la présence d'au moins 3 des 6 critères, en même temps au cours de l'année précédente.

I.1.1.2. Le modèle de Prochaska et DiClemente

Deux psychologues, ont développé dans les années 80, un modèle, baptisé en référence à leurs noms, **le cercle de Prochaska et DiClemente**. Le but était de **modéliser l'addiction** et ainsi de **faciliter la prise en charge médicale**.

Il est basé sur plusieurs étapes de changement comportemental. Connaître ces étapes permet au praticien d'accompagner le patient dans sa prise en charge et son désir de changement. Le but étant de passer d'étape en étape pour arriver au maintien de l'arrêt de la consommation.

Le cercle de Prochaska et DiClemente est constitué des phases suivantes :

- 1^{ère} stade : La pré-contemplation ou pré-intention : Le patient ne se sent pas concerné par l'arrêt de son addiction
- 2^{ème} stade : La contemplation ou l'intention : c'est l'adhésion au projet
- 3^{ème} stade : La préparation : le patient décide du changement
- 4^{ème} stade : L'action : il agit activement pour le changement
- 5^{ème} stade : Le maintien : il continue dans cette démarche de changement tout en faisant attention aux rechutes éventuelles
- Arrêt définitif : lorsque le comportement sain n'est plus une contrainte mais une habitude
- La rechute : ce stade peut apparaître à n'importe quel moment, il faudra alors recommencer au stade de la contemplation. Ce stade n'est pas nécessairement dû à la volonté du patient et rien ne l'empêchera d'y arriver une prochaine fois.

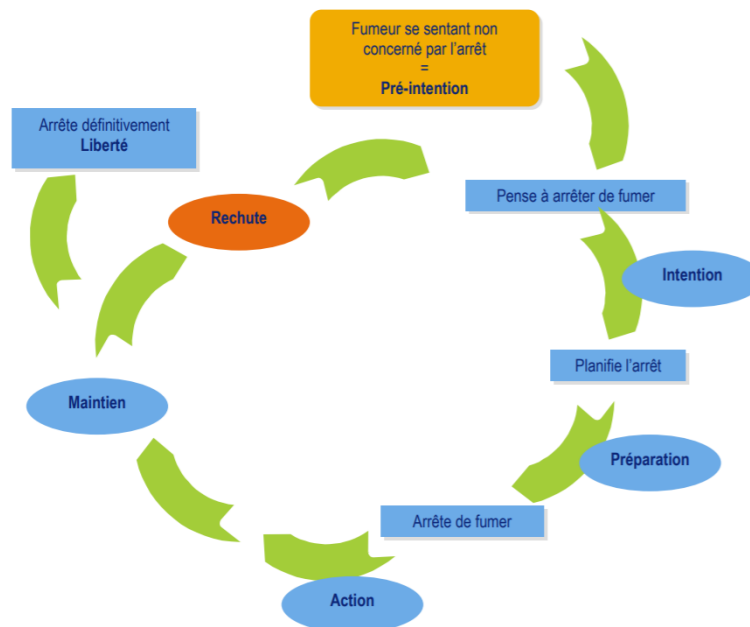


Figure 3 : Cercle de Prochaska et DiClemente pour la prise en charge d'une addiction au tabac

Source : Haute Autorité de Santé

I.1.1.3. Les troubles psychiatriques et l'addiction

L'addiction est souvent associée à des comorbidités psychiatriques.

D'après une grande enquête américaine, l'Epidemiologic catchment area program (**ECA**) du National institute of mental health (Regier et coll., 1990), les individus avec une dépendance à l'alcool ou aux drogues ont **sept fois plus** de chance de présenter un trouble psychiatrique.

Des études ont démontré que les **troubles psychiatriques** ont une prévalence de **24%** en population générale, contre **84%** pour les dépendants aux opiacés et **70%** chez les cocaïnomanes. (8)

Les addictions débutent rapidement dans la maladie mentale, et vont modifier son expression et le rapport du patient au système de soin. La comorbidité addiction/psychiatrie ou « dual diagnosis » nécessite une prise en charge multidisciplinaire psychiatrique et addictologique plus compliquée et plus longue que dans les pathologies isolées. Il y aura des conséquences sur l'organisation des soins, selon le niveau d'atteinte du patient par les deux troubles. Cette association rend complexe le tableau clinique, surtout chez les patients schizophrènes. (9)

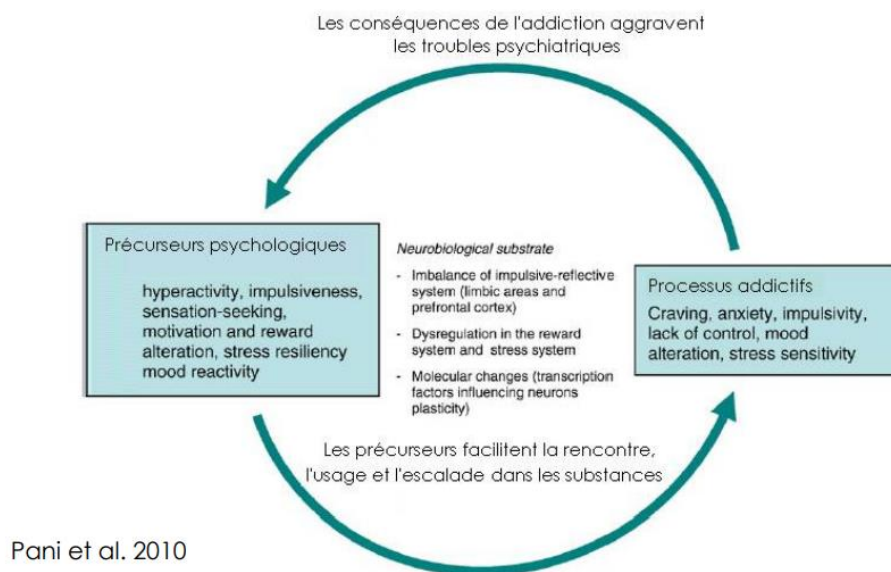


Figure 4 : Liens entre comorbidités addiction et psychiatrie

Source : (10) Addictions et comorbidités psychiatriques par Pani et al. Delineating the psychic structure of substance abuse in addictions : should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included, Journal of Affective Disorders Vol 122, issue 3, Mai 2010, 185-197

L'émergence de l'addiction peut venir d'un traumatisme pendant l'enfance ou d'une histoire familiale compliquée. On retrouve également des fréquentations à risque comme un entourage de consommateurs par exemple, une vulnérabilité et un besoin d'être « dans la tendance » très marqué. Parfois un seul moment compliqué de la vie peut entraîner un individu à rechercher une sensation « d'évasion » comme ils la décrivent et mener à la consommation plus ou moins régulière d'une substance. Les patients souffrant de troubles psychiatriques peuvent également être des patients toxicomanes. Ce lien peut s'expliquer de différentes manières :

- Fonction « auto-thérapeutique » recherchée par les consommateurs comme la correction de l'anxiété par exemple pour les opiacés
- L'addiction fait partie de la maladie mentale
- L'origine du trouble psychiatrique est l'addiction
- L'association est fortuite

I.1.1.4. Le système de récompense du cerveau

Le phénomène de dépendance fait intervenir au niveau cérébral le **système de récompense du cerveau**, en augmentant l'activité des voies dopaminergiques.

Ce système de récompense implique des systèmes sérotoninergiques, noradrénergiques et dopaminergiques dans l'aire tegmentale ventrale, le noyau accumbens, le cortex préfrontal, l'hippocampe et l'hypothalamus. Il fonctionne sur l'apprentissage associatif entre une action et sa récompense pour augmenter sa motivation à réaliser l'action en question.

Quand la quantité de dopamine augmente, l'individu quel que soit son état physique ou psychique, malgré la possibilité que son corps soit en souffrance, ressent du plaisir.

De cette manière, l'augmentation par les drogues de la quantité de dopamine dans le cerveau, va **créer un lien entre la consommation du produit et le plaisir procuré**, qui sera recherché perpétuellement par l'individu et qui mènera donc à la dépendance face à ce produit. Ayant appris à mémoriser les signaux annonçant une récompense, le cerveau, au niveau de l'hippocampe (mémoire de l'addiction) relie tous les éléments concernant la consommation du produit, c'est ce qui entraîne une dépendance psychique et physique. Le rituel de préparation de la consommation est un plaisir à part entière, qui procure, déjà, au consommateur, la sensation de bien-être recherchée.

Une neuroplasticité sera induite par la répétition de prise de drogue, de ce fait, il y aura apparition d'une diminution du nombre de récepteur D2 à la dopamine dans le noyau accumbens, ce qui entrainera moins de plaisir pour la même dose, ainsi qu'une augmentation du CRF (=corticotropin-releasing factor, hormone impliquée dans la stimulation de l'hypophyse pour la production d'autres hormones) qui est impliqué dans l'anxiété.

De cette manière, le consommateur passera d'un craving de récompense à un craving de besoin, tandis que le niveau de stress augmente par l'activation du CRF entraînant une labilité émotionnelle.

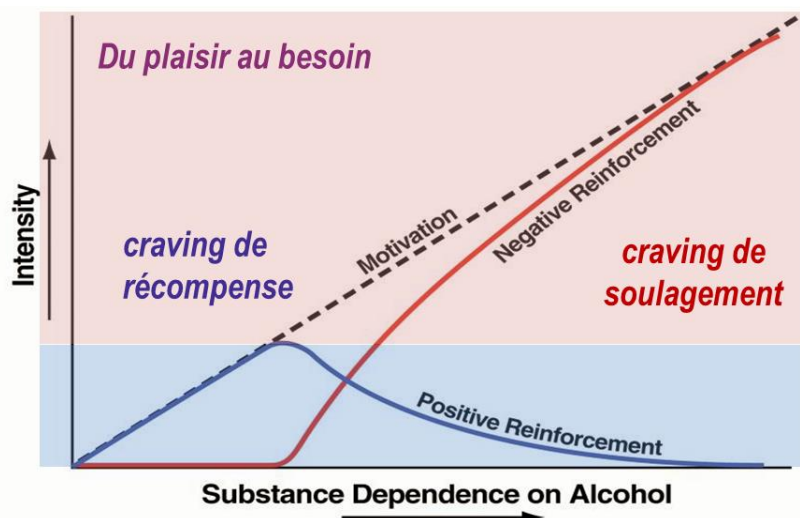


Figure 5 : Exemple de la dépendance à l'alcool et de l'évolution des cravings (11)

L'effet d'une substance sur le cerveau humain sera différent en fonction de la substance incriminée.

Nous n'aborderons ici que l'effet des opiacés.

I.1.2. L'addiction aux opiacés

I.1.2.1. Les opiacés et l'héroïne

Les opiacés représentent divers produits issus de l'opium, lui-même obtenu à partir de *papaver somniferum*.

On y retrouve la morphine, la codéine, l'héroïne, mais aussi, les molécules de substitution aux opiacés (la buprénorphine ou la méthadone).

L'héroïne est un opiacé synthétisé à partir de la morphine qui est naturellement présente dans le latex (opium) du pavot, *papaver somniferum*. Elle se présente sous forme d'une poudre ou de granulés à écraser, et est communément injectée par voie intraveineuse mais peut également être sniffée, ou fumée.

La structure de l'héroïne est proche de substances naturellement produites par le corps, les endorphines.

L'héroïne substance psychoactive, psycholeptique, est déprimeur du système nerveux central.

« Une substance psychoactive s'entend comme une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect. » (12)

C'est une substance qui a trois effets principaux :

1. **Effet psychoactif.** Elle agit sur le cerveau avec modification du comportement, de l'humeur, des perceptions et de l'activité mentale.
2. **Effet addictogène.** Elle a la capacité d'induire une dépendance.
3. **Nocivité et toxicité.** Elle peut entraîner des dommages, immédiats et/ou différés, qui seront différents selon les substances. La dangerosité est aussi liée au contexte de prise.

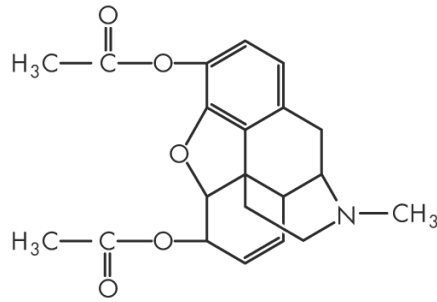


Figure 6 : La molécule de l'héroïne

Source : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

I.1.2.1.1. Historique et quelques chiffres

Les opiacés sont connus depuis 1803. Dreser, un chimiste allemand découvre les sels d'opium. Par la suite, en 1806 le pharmacien Serturner extrait la morphine de l'opium. Dreser en 1898, commence à introduire l'héroïne synthétisée à partir de la morphine dans les traitements pour la toux et les douleurs.

Son nom « héroïne » est choisi en rapport avec le terme allemand *heroisch*, « héroïque », car on pensait à cette époque qu'elle permettrait de soigner l'addiction à la morphine.

L'héroïne est alors rapidement utilisée de manière abusive et les premières dépendances apparaissent. Ce n'est que pendant la Première Guerre Mondiale que l'héroïne est déclarée être un produit dangereux et peu efficace en thérapeutique. En 1924, on interdit l'utilisation non médicale de l'héroïne aux États-Unis, puis elle y est totalement interdite en 1956. Il faudra attendre 1963 pour que la France l'interdise également.

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies définis les « usagers problématiques de drogues » comme « *des usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opioïdes, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée parmi les 15-64 ans.* ». Il a répertorié 350 000 « usagers problématiques de drogues » en 2019.

Les usagers de stupéfiants ont un taux de mortalité sept fois plus élevé que l'ensemble de la population du même âge, selon ce même rapport. (1)

En France, on constate que le nombre de décès lié à la consommation d'opiacés a augmenté de 146% entre 2000 et 2015, ce qui représente chaque année environ 600 décès. Les opioïdes constituent la première cause de mortalité par overdose.

En 2017, 1.3 % des 18-64 ans ont expérimenté l'héroïne. Et en 2015, 17 % de la population a bénéficié du remboursement d'un antalgique opioïde (tramadol, codéine, opium, morphine, oxycodone, fentanyl), soit près de 10 millions de personnes. (1)

Depuis l'arrivée des traitements de substitution aux opiacés, il y a plus de 20 ans, l'usage non thérapeutique de la buprénorphine haut dosage et également de la méthadone s'est développée.

Il y a eu une diversification des consommations chez les usagers de drogues. En 2015, 74% des usagers accueillis dans les CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) ont consommé au moins un opioïde dans le mois. (1)

I.1.2.1.1.1. Pharmacodynamie

L'héroïne, tout comme la morphine est un **ligand** pour les **récepteurs μ , λ et κ aux opioïdes endogènes** (enképhalines et les endorphines).

L'héroïne agit, cependant, plus vite et plus intensément que la morphine.

Les récepteurs μ vont intervenir dans la dépendance, l'analgésie, l'euphorie, la dépression respiratoire, la sédation, le myosis, la digestion.

Les récepteurs λ vont avoir un rôle dans l'euphorie, l'analgésie spinale et supra-spinale.

Et enfin les récepteurs κ , interviennent dans l'analgésie spinale, la sédation et les dysthymies (troubles de l'humeur).

L'héroïne est une prodrogue qui va rapidement être métabolisée. Ce sera, donc, ses métabolites qui vont se fixer sur les récepteurs opioïdes. Ils vont également bloquer la libération de la substance P (substance responsable de la sensation douloureuse) et aller agir au niveau du cerveau en ralentissant le flux d'information. Pour ce faire, elle va impacter le système de frein contrôlé par le GABA (neurotransmetteur inhibiteur). L'héroïne va empêcher le GABA de remplir son rôle, et donc l'empêcher de retenir la libération de dopamine. Il y a alors une libération excessive de dopamine au niveau du noyau accumbens (notre centre du plaisir).

LA VOIE NERVEUSE DE LA DOULEUR

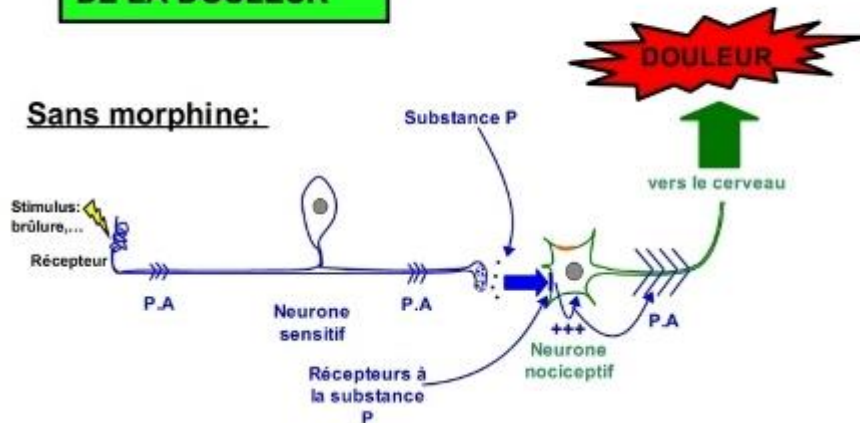


Figure 8 : La voie nerveuse de la douleur sans morphine

Source : Intra-science.com

L'ACTION DE LA MORPHINE SUR LES NEURONES NOCICEPTIFS MEDULLAIRES

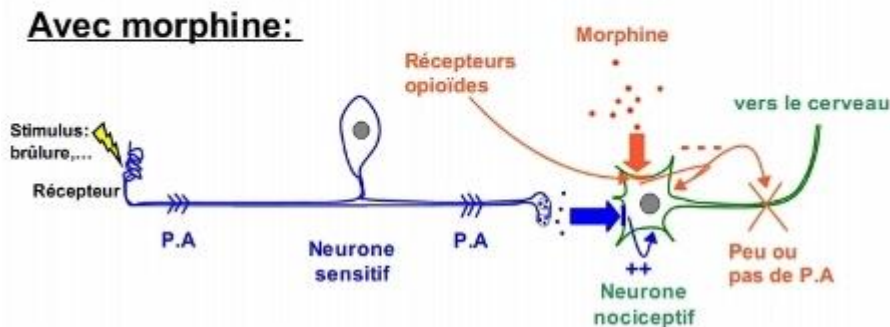


Figure 9 : La voie nerveuse de la douleur avec morphine

Source : Intra-science.com

Le mécanisme physico-chimique de l'addiction aux opiacés se décrit comme suit : dans le but de ressentir des effets toujours plus plaisants, l'usager va commencer à augmenter les doses, alors que ses réserves en dopamine commencent à s'épuiser. Le nombre de récepteur aux opioïdes augmente au niveau post-synaptique, en raison de l'augmentation de la fréquence de l'injection de drogue. La multiplicité plus importante de ces récepteurs enclenche la nécessité d'augmenter les doses pour ressentir les mêmes effets.

I.1.2.1.1.2. Pharmacocinétique

Tableau 1 : Propriétés de l'héroïne (13)

Paramètre	Propriétés de l'héroïne
Absorption et Biodisponibilité	Voie orale : 30 minutes avec biodisponibilité de 60% Voie intra-veineuse : quelques secondes , biodisponibilité de 100% Voie sous-cutané, intra-musculaire : 30 minutes avec une biodisponibilité de 90% Voie inhalée : 5 secondes
Distribution	Molécule très lipophile, passe rapidement la barrière hémato-encéphalique
Métabolisme	Rapidement (10 minutes) métabolisée en <i>monoacétyl-6-morphine</i> et en <i>morphine</i> en 20 minutes, qui sera à son tour métabolisée en M-6-glucuronide, M-3-glucuronide, M-6-sulfate et normorphine
Demi-vie d'élimination	5 à 8 heures en moyenne et l'effet maximal est obtenu en 3 prise quotidiennes
Élimination	Dans les urines (intérêt du dosage urinaire pour détecter une éventuelle prise d'héroïne)

La concentration létale d'héroïne, entraînant un arrêt respiratoire, correspond selon les métabolites créés, à 9,9ng/ml de monoacétyl-6-morphine, et à 190ng/ml de morphine.

I.1.2.1.1.3. Effets de l'héroïne

L'héroïne provoque rapidement un effet de plaisir intense, qui est décrit comme une sensation d'euphorie, d'apaisement, et d'extase. Ensuite, il y a la redescende avec somnolence, nausées, vomissements, diminution du rythme cardiaque.

La dépendance s'installe rapidement chez les consommateurs d'héroïne, avec apparition de nombreux troubles, physiques (l'anorexie, l'insomnie) mais également sociétaux (marginalisation) ou encore psychiatriques. Il y a une recherche perpétuelle du produit ce qui entraîne rapidement le consommateur dans un engrenage pour la recherche et la consommation quotidienne de substances.

I.1.3. Cadre légal et réglementaire

La France est signataire des conventions internationales, comme la plupart des états dans le monde, elle a ratifié les trois conventions des Nations Unies :

- La convention de 1961, modifiée en 1972, établit la liste des stupéfiants, principalement : opium, morphine, héroïne, méthadone, codéine, cocaïne, cannabis...
- La convention de 1971 sur les substances psychotropes qui met en place la liste des substances psychotropes : MDMA, LSD, amphétamines, buprénorphine, benzodiazépine ...
- Et celle de 1988, qui régleme le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychoactives.

La **loi du 31 décembre 1970, surnommée la loi Mazeaud**, interdit et pénalise l'usage illicite de toute substance ou plante classée comme stupéfiant, et le commerce à des fins pharmaceutiques ou industrielles est fortement régulé.

L'usage illicite de stupéfiants est un délit sanctionné, en France, d'une peine pouvant aller jusqu'à un an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende, selon **l'article L.3421-1 du CSP**.

Certains actes sont punis jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 7,5 millions d'euros d'amende, selon **l'article 222-37 du code pénal** : le transport, la détention, l'offre ou l'acquisition illicite, tout fait de faciliter l'usage illicite de stupéfiants.

Pour ce qui est des nouveaux produits de synthèse (NPS), le principal moyen de contrôle législatif est l'inscription sur la liste des stupéfiants. C'est une liste fixée, en France, par un **arrêté du 22 février 1990**, établi à partir des conventions internationales. Elle est complétée de manière régulière depuis l'apparition des NPS.

La loi du 2 janvier 2002 rénove l'action sociale et médicosociale avec des conseils de vie sociale.

Le **plan sur la prise en charge et la prévention addictions de 2007-2011**, permet de renforcer les dispositifs existants, en les coordonnant et en développant les ressources à toutes les étapes de la prise en charge (prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social).

Un second plan gouvernemental : « **Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives** », **2013-2017**, entraîne notamment la création des CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) .

Plus récemment, un nouveau plan a été mis en place, le **plan national de mobilisation contre les addictions, 2018-2022**, qui a pour grands défis de protéger les plus jeunes, de mieux répondre aux conséquences des addictions au niveau du citoyen et de la société, d'améliorer la lutte contre le trafic, de renforcer la diffusion et la coopération internationale notamment ...

I.1.4. Les traitements de substitution aux opiacés

I.1.4.1. Généralités

L'amalgame entre « drogue » et traitement est bien présent, malgré les succès que la substitution aux opiacés a eu au cours des années (diminution des overdoses et des contaminations VIH notamment).

Un traitement de substitution aux opiacés est un traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, qui intervient dans le cadre d'une prise en charge globale psycho-médico-sociale.

Depuis l'obtention de leur autorisation de mise sur le marché en France en 1995, ils sont devenus un des piliers de la politique de réduction des risques. Ils permettent de supprimer le manque, de « normaliser » le comportement et de se déshabituer des effets de l'héroïne. Le but de ces traitements est, par ailleurs, la réinsertion sociale. Ils interviennent en appui d'une prise en charge globale, de réduction des risques, de stabilisation psychosociale, d'accès aux soins et d'arrêt des produits illicites dérivés des opiacés.

La durée d'action des traitements de substitution aux opiacés est de 24 heures, ce qui explique la prise quotidienne du traitement en 1 seule prise.

Il existe deux molécules dans cette indication : la **méthadone** et la **buprénorphine**.

En 2020, le dernier tableau de bord annuel, sur les traitements de substitutions aux opiacés, de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, révèle une évolution croissante du nombre de patients traités par les médicaments de substitution aux opiacés, pris en charge dans les CSAPA.

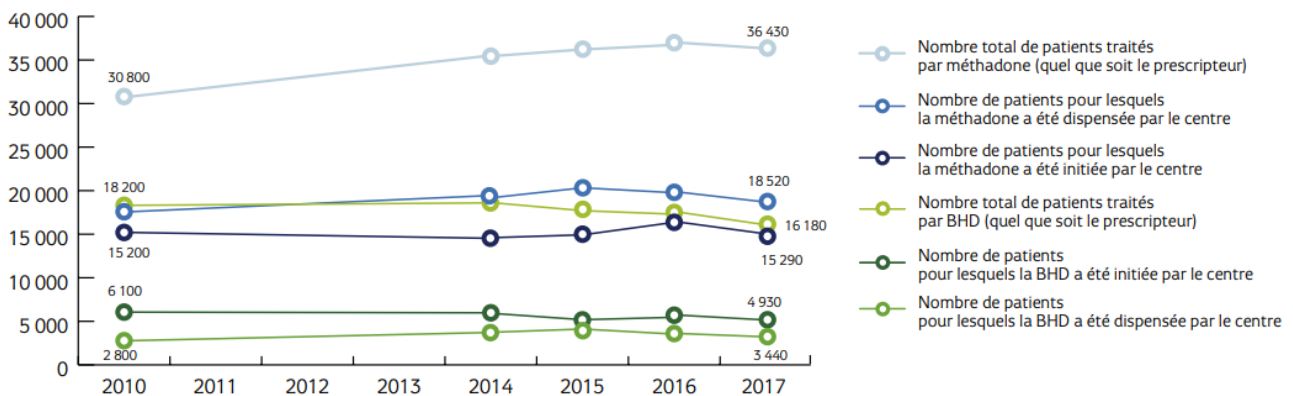


Figure 10 : Évolution du nombre de patients traités par MSO pris en charge dans les CSAPA

Source : Exploitation des rapports d'activité type des CSPAPA 2010-2017, DGS/OFDT

Ce graphique nous montre une très nette supériorité du nombre de patients traités par méthadone par rapport au nombre de patients traités par buprénorphine haut dosage.

Les traitements de substitution aux opiacés contribuent à réduire le risque d'overdose. Des études ont démontré que des injecteurs d'héroïne ou de morphine n'étant pas traités par méthadone, avaient environ 11 fois plus de risque de mourir par overdose, que les patients traités par ce traitement.

I.1.4.1.1. La méthadone

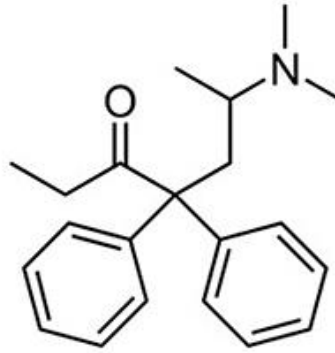


Figure 11 : La molécule de méthadone

Source : Frontiersin.org

I.1.4.1.1.1. Présentation

La méthadone est une molécule synthétisée pour la première fois au cours de la seconde guerre mondiale, qui a ensuite été utilisée aux Etats-Unis pour le sevrage aux opiacés et enfin comme traitement de substitution. Ce n'est qu'en 1972 qu'elle arrive à Paris et seulement en 1995 qu'elle obtient son autorisation de mise sur le marché.

Elle est à l'heure actuelle, la molécule la plus prescrite dans le monde dans le cadre de la substitution aux opiacés. (14)

Selon, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, la Fédération Française d'Addictologie et l'Organisation des Nations Unies contre le Sida, les bénéfices de la méthadone sont nombreux : (15)

- Diminution de la mortalité par un facteur 5
- Réduction des pratiques à risques
- Réduction des contaminations virales (VIH, VHC...)
- Amélioration de la santé mentale et physique
- Diminution de la consommation de substances illicites
- Réduction de l'activité criminelle et des coûts pour la société

I.1.4.1.1.2. Formes pharmaceutiques

La méthadone existe sous deux formes, la forme gélule et la forme sirop.

- Forme sirop

La forme **sirop** de la méthadone est dosée à 1,33 mg de chlorhydrate de méthadone par ml. Il faut noter que cette forme présente des excipients à effet notoire : saccharose et éthanol.

Il existe plusieurs dosages : 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg et 60 mg.

Les laboratoires ont mis en place des flacons sécurisés avec une bague d'inviolabilité au niveau du conditionnement primaire, afin de renforcer la sécurité de ce produit et de limiter les prises accidentelles, notamment par les enfants.

- Forme gélule

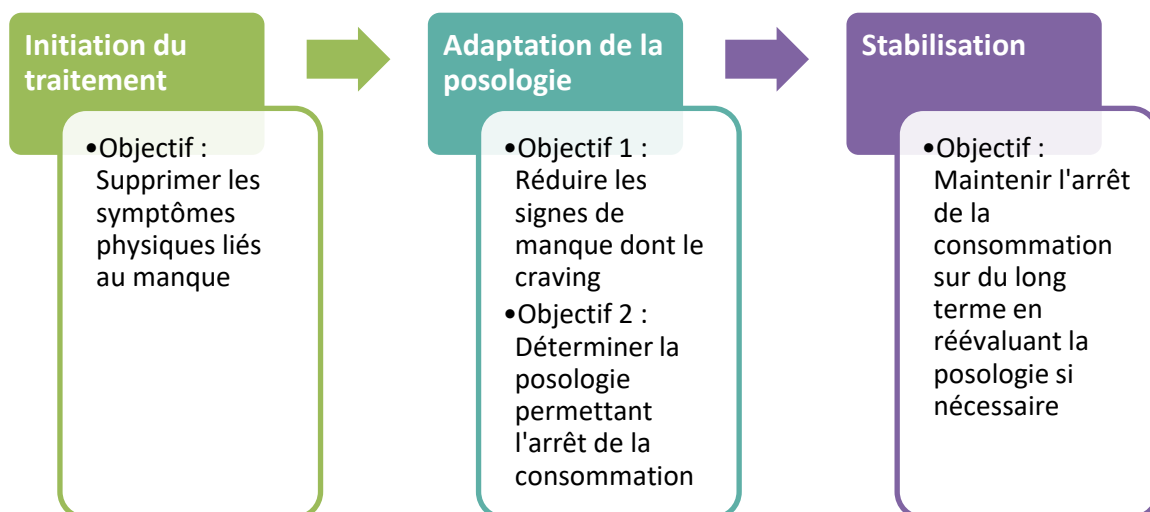
La forme **gélule** est disponible en plusieurs dosages : 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg et 40 mg, en boîte de 7 gélules sous plaquette thermoformée sécurisée.

L'indication de la forme **gélule** diffère par la notion suivante : « ... en relais de la forme sirop chez des patients traités par la forme sirop depuis au moins un an et stabilisés, notamment sur le plan médical et des conduites addictives », selon le résumé des caractéristiques du produit.

I.1.4.1.1.4. Mise en place du traitement, adaptation et stabilisation

Il existe trois étapes à respecter lors de la mise en place du traitement par méthadone :

Tableau 2 : Les étapes de la mise en place du traitement par méthadone



I.1.4.1.1.4.1. Initiation du traitement

Les deux notions à avoir en tête sont :

- Aucune relation n'existe entre la consommation d'une quantité donnée d'opiacé et la posologie de méthadone dont le patient aura besoin
- Une prise unique occasionnelle d'une certaine quantité de méthadone n'indique pas que le patient aura besoin de cette même dose lors d'une prise répétée (16)

L'initiation du traitement se fait, avec la forme sirop, à une dose de 20 à 30 mg quotidienne, au moins dix heures après la dernière prise d'opiacés, selon le résumé des caractéristiques du produit. En pratique, il est recommandé de ne pas dépasser 40 mg lors de la première prise. (16)

L'adaptation posologique se fera progressivement jusqu'à la dose d'entretien de 60 à 100 mg, en une à deux semaines afin de prévenir les risques de surdosage, et se fera par palier de 10 mg tous les 4 à 5 jours (temps nécessaire pour obtenir le premier effet).

La phase d'initiation du traitement par méthadone est une phase sensible. La méthadone doit s'accumuler dans l'organisme avant de produire son effet, ce qui peut produire une période d'inconfort et mener à une consommation de dépresseurs du système nerveux central (alcool, ou anxiolytiques par exemple) ou une surconsommation de méthadone.

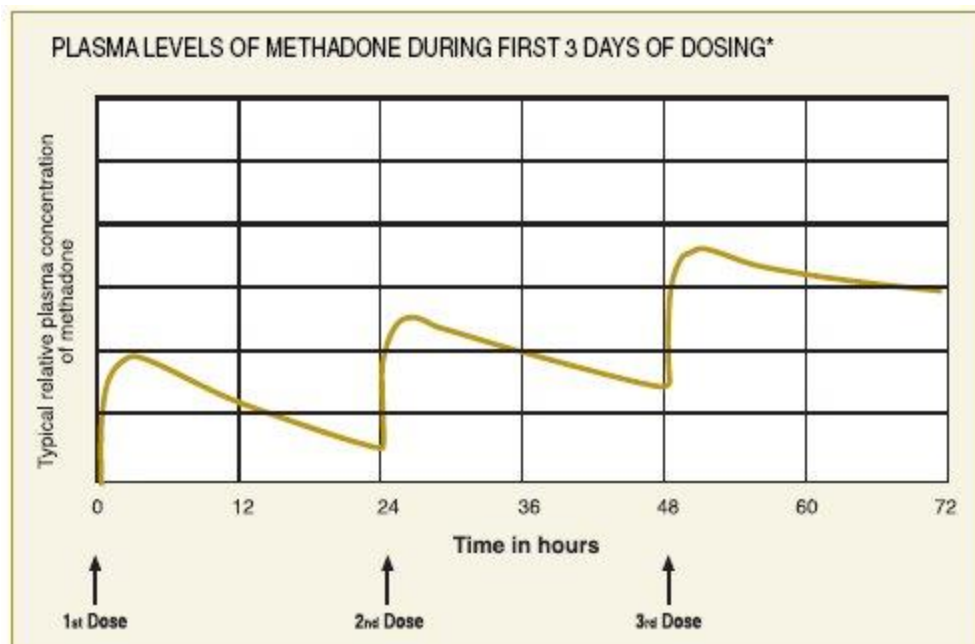


Figure 12 : Niveau de méthadone dans le sang durant les trois premiers jours d'initiation du traitement

Source : (17)

L'initiation du traitement par la méthadone devra être précédée d'un bilan urinaire permettant de vérifier la présence récente d'une consommation d'opiacés et l'absence de prise de méthadone. Il faudra également réaliser un bilan biologique et sérologique, ainsi qu'un ECG afin de vérifier l'absence d'allongement du segment QT, car ce médicament est pourvoyeur de troubles du rythme.

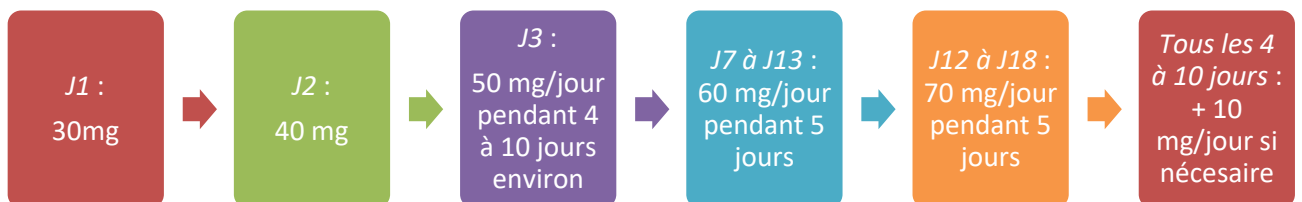
La prise se fait quotidiennement, en une fois, que ce soit pour la forme sirop ou la forme gélule. Les patients doivent être volontaires et doivent accepter la prise en charge suivante :

- Se rendre en consultations en CSAPA ou en centre hospitalier dans le service spécialisé pour les soins aux toxicomanes
- Se soumettre à des analyses urinaires périodiques de contrôle

En cas de relais par la forme gélule, la posologie d'initiation correspondra à la posologie d'entretien de la forme **sirop** et devra avoir lieu le lendemain de la dernière prise de la méthadone sirop.

La stabilisation de la posologie sera faite pour les deux formes, lorsque le patient ne ressentira plus de signes de sevrage et qu'il y aura une réduction du craving (appétence pour le produit).

Tableau 3 : Exemple d'un protocole d'initiation d'un traitement par méthadone (18)



I.1.4.1.1.4.2. Adaptation posologique

- Objectif 1 : Supprimer sur le long terme les signes cliniques du manque :
 - Anxiété
 - Fatigue
 - Irritabilité
 - Trouble du sommeil
 - Réveil précoce
 - Tendance dépressive
 - Craving = envie irrésistible de consommer

La persistance de ces signes cliniques peut évoquer un sous-dosage.

Les doses efficaces sur la réduction du craving sont supérieures aux doses efficaces sur les symptômes de sevrage. (19)

Il est indispensable d'avoir une posologie appropriée de méthadone pour minimiser l'envie de consommer de l'héroïne et réduire le risque de troubles psychopathologiques durant le traitement.

- Objectif 2 : Recherche de la posologie appropriée

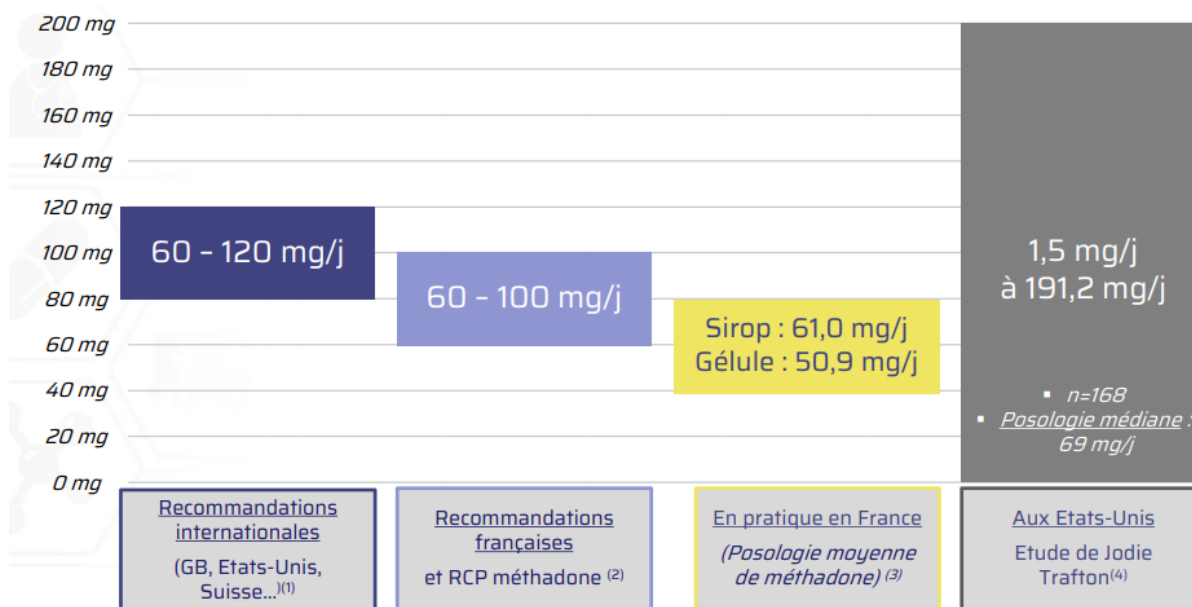
Cette posologie correspond à une dose adaptée à la plupart des patients afin d'arrêter la consommation parallèle d'opiacés, si le but de la mise en place de ce traitement est l'arrêt de cette consommation.

L'adaptation doit se faire en fonction de l'évaluation clinique du patient.

De nombreux facteurs peuvent venir influencer la posologie de méthadone, comme les traitements concomitants, le poids du patient, les facteurs génétiques (impact sur l'activité des cytochromes P450), les comorbidités psychiatriques... et notamment le **niveau de tolérance** qui est le paramètre le plus important et qui sera variable en fonction de l'âge de la première consommation ou de la voie d'administration par exemple.

Une posologie adaptée doit être réévaluée régulièrement notamment s'il y a des changements (grossesse, stress, prise de poids, consommation d'alcool, ...).

Tableau 4 : Posologie recommandée de la méthadone selon quelques données littéraires et pratiques (16)(20)(21)



I.1.4.1.1.4.3. Stabilisation

La posologie adéquate est patient-dépendante. Elle doit s'inscrire dans le projet de réduction des risques, tout en étant suffisante afin d'éviter un **sous-dosage** et un risque de reconsommation, d'inconfort physique et psychique ou même de rupture du suivi.

I.1.4.1.1.4.4. Arrêt

L'arrêt de la consommation de méthadone doit se faire par palier comme pour la mise en place du traitement, tout en étant placé dans une logique de réduction des risques.

Il est important de se souvenir, que le premier mois après l'arrêt du traitement, il y a un risque accru d'overdose. L'arrêt de la méthadone n'entraîne pas l'arrêt du suivi dans sa globalité. Le patient pourra toujours avoir une prise en charge médico-psycho-sociale, ce qui est d'ailleurs conseillé.

La reprise éventuelle du traitement est à préférer à une reconsommation dangereuse.

I.1.4.1.1.5. Prescription

La méthadone est un traitement stupéfiant, qui doit être prescrit sur une **ordonnance sécurisée**.

La **durée maximale** de cette prescription est limitée à 14 jours pour la forme **sirop**, et à 28 jours pour la forme **gélule**. Une **délivrance fractionnée** est mise en place d'une durée de **7 jours** maximum, sauf mention manuscrite du prescripteur « délivrance en une seule fois » ou la précision de la dispensation quotidienne.

L'ordonnance ne sera exécutée dans sa totalité que si elle est présentée dans un délai de 3 jours suivant sa date d'établissement, sinon il faudra ne délivrer que la quantité nécessaire pour couvrir le temps du traitement restant.

Le nom de la pharmacie où le patient va venir se servir, devra apparaître sur l'ordonnance, dans le cas d'une prise en charge en ambulatoire. **L'article L162-4-2 du code de la Sécurité Sociale** impose la présence du nom du pharmacien sur l'ordonnance.

Dans le cas de la prise en charge en établissement, que ce soit de santé ou pénitentiaire, le traitement est délivré de manière quotidienne sous contrôle médical.

Les prescripteurs sont des médecins exerçant en centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou des médecins hospitaliers, pour la première prescription et éventuellement les renouvellements

Les prescriptions suivantes pourront être faites par le médecin généraliste à la suite de la redirection du primo-prescripteur vers le médecin traitant du patient, avec une ordonnance relais. Les médecins généralistes ne peuvent faire que les renouvellements, avec modification de la posologie, si besoin.

Lors de la première délivrance par la pharmacie d'officine, il faudra que le patient dispose de l'ordonnance de délégation du primo-prescripteur et celle du médecin généraliste.

I.1.4.1.1.6. Mécanisme d'action

La méthadone est un **agoniste des récepteurs aux opioïdes**, qui agit principalement sur les récepteurs μ , lui conférant des propriétés analogues à celles de la morphine. Il n'existe donc

pas d'effet plafond ou de posologie maximale de méthadone, mais elle peut entraîner une overdose.

La méthadone a une action inhibitrice sur l'envie de consommer de l'héroïne, elle permet de diminuer les sensations engendrées par la prise d'héroïne.

Pour les usagers naïfs ou peu dépendants aux opiacés, la **dose létale** de méthadone est de **1mg/kg par prise**.

Le risque d'overdose opiacée est presque nul pour des patients suivants leur traitement selon les recommandations, même à posologies élevées. Il y a cependant quelques situations où le risque d'overdose est important.

Ces situations sont les suivantes :

- Usagers naïfs ou peu dépendants aux opiacés
- Overdoses volontaires chez des consommateurs habituels
- Accident domestique
- Rechute après une période d'abstinence
- Mise en place du traitement (17)

La reconsommation après une période d'abstinence peut être source d'overdose, à la sortie de prison ou à la suite de l'arrêt d'un traitement de substitution aux opiacés par exemple.

L'overdose sera due à la perte de la tolérance induite par l'abstinence.

Des études (22) prouvent que le risque d'overdose pour des patients dont le traitement de substitution aux opiacés a été arrêté est supérieur, aux usagers non traités, dans les semaines qui suivent l'arrêt.

Il faudra donc prévoir avec attention, l'arrêt du traitement par le patient, en le prévenant des risques encourus après une période de sevrage, même pour une dose correspondante à sa dose habituelle.

Les risques sont majorés dans le cas de conduites addictives toujours présentes, de comorbidités psychiatriques ou de problèmes sociaux non traités.

I.1.4.1.1.7. Pharmacodynamie

La méthadone est un **agoniste complet des récepteurs aux opiacés**.

L'occupation de ces récepteurs permet la diminution voire l'annulation de l'effet de l'héroïne si le patient en consomme.

L'activité de la méthadone est **maximale 2 à 4 heures** après l'administration.

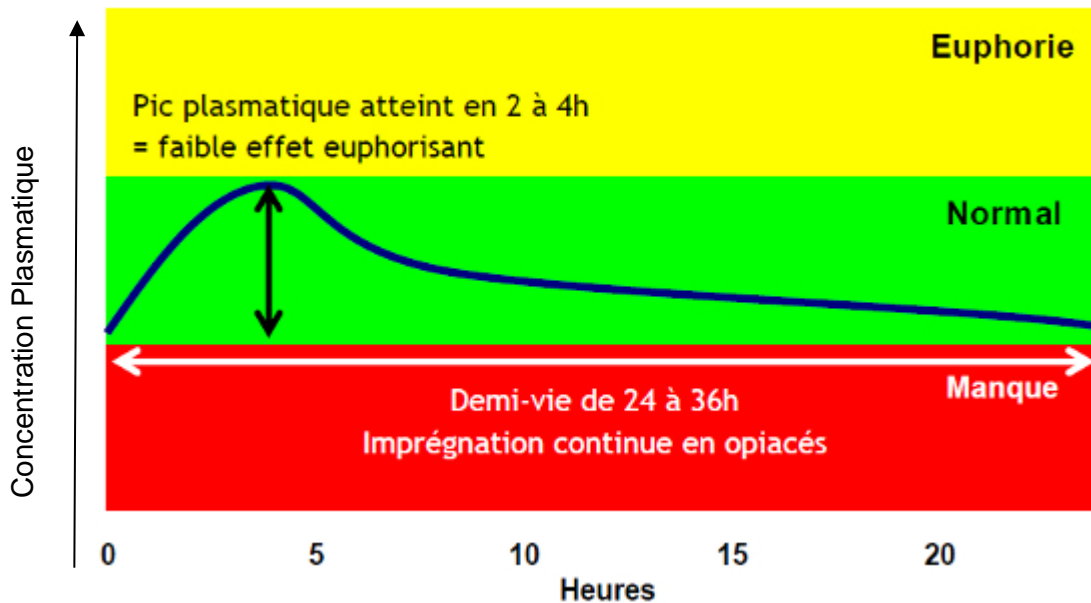


Figure 13 : Profil pharmacocinétique de la méthadone (23)

I.1.4.1.1.8. Pharmacocinétique

Tableau 5 : Propriétés de la méthadone

Paramètre	Propriétés de la méthadone
Absorption et Biodisponibilité	80 à 95% par voie orale
Pic plasmatique	Atteint en 2 à 4 heures
Distribution	Fixation aux protéines plasmatiques de 60 à 90% Diffusion à travers placenta et excrétion dans le lait Volume de distribution : 4 L/Kg
Métabolisme	Hépatique : par cytochromes CYP3A4, CYP2D6 principalement, mais aussi CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19. Métabolites inactifs et non toxiques
Steady-state = concentration d'équilibre = le temps nécessaire pour vérifier l'efficacité de la dose	A partir de 5 jours d'administration concomitante de substance
Demi-vie d'élimination	24 à 36h en moyenne
Élimination	Excrétion par filtration glomérulaire et réabsorption rénale. Élimination par voie urinaire principalement (dose-dépendante) et dans fécès.

I.1.4.1.1.9. Contre-indication et interactions médicamenteuses

La méthadone a un métabolisme hépatique, lié au cytochrome P450, et principalement au CYP3A, responsable des interactions médicamenteuses avec les inducteurs et inhibiteurs enzymatiques liés à ce cytochrome. Une adaptation posologique pourra être faite, à la suite de l'analyse de l'état hépatique du patient, avant l'initiation du traitement.

La méthadone présente des contre-indications absolues, avec les **agonistes et antagonistes morphiniques** (Buprénorphine et Nalbuphine), en raison de la diminution de l'effet de la méthadone dû au blocage compétitif des récepteurs aux opiacés. Et il y a un risque d'apparition d'un syndrome de sevrage avec les antagonistes morphiniques partiels (Naltrexone et Nalméfène). Les autres contre-indications sont l'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, les enfants de moins de 15 ans et l'insuffisance respiratoire sévère.

Il existe également des interactions médicamenteuses, avec **les dépresseurs du système nerveux central** (alcool, anxiolytiques et somnifères (benzodiazépines notamment), opiacés ...), en raison de l'effet dépresseur additif sur le système nerveux central, avec le **millepertuis** (risque d'apparition d'un syndrome de sevrage), et **l'oxybate de sodium** (risque majoré de dépression respiratoire).

I.1.4.1.1.10. Effets indésirables

Début de traitement : euphorie, vertiges, somnolence, nausées, vomissements, constipation, sédation, hypersudation, dysurie, œdèmes.

En entretien : hypersudation, nausées, constipation.

Rares et graves (surdosage) : dépression respiratoire, hypotension sévère, arrêt cardiaque, respiratoire ou **allongement de l'espace QT**.

L'allongement de l'espace QT est d'ailleurs au cœur de nombreuses préoccupations, car il intervient dès de faibles doses, et se majore avec l'augmentation des posologies.

I.1.4.1.2. La buprénorphine

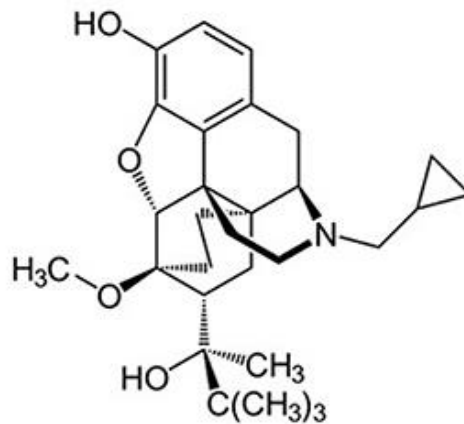


Figure 14 : La molécule de buprénorphine

Source : Frontiersin.org

I.1.4.1.2.1. Présentation

La buprénorphine fait son apparition en 1973 et est utilisée pour la première fois comme traitement de substitution aux opiacés en 1980.

La spécialité Subutex® a obtenu son autorisation de mise sur le marché en France en juillet 1995 et a été commercialisée un an plus tard. Son générique, la Buprénorphine est arrivée en 2006.

I.1.4.1.2.2. Mécanisme d'action

La buprénorphine est un **agoniste partiel**, c'est-à-dire qu'elle est **agoniste des récepteurs μ et antagoniste des récepteurs κ** .

Du fait de son activité agoniste partiel, cette molécule a un index thérapeutique élevé, ce qui indique qu'elle a une marge thérapeutique importante entre la dose létale (correspondant à 75mg/kg, chez le chien par voie orale, entraînant une toxicité hépatique) et la dose efficace, ainsi cela permet de diminuer les effets dépressifs notamment au niveau du système cardio-respiratoire. (25)

En revanche cet index thérapeutique est diminué dans le cas d'association à des benzodiazépines ou dans le cas de mésusage.

La buprénorphine étant un agoniste partiel, elle ne peut théoriquement pas entraîner d'overdose si elle est consommée seule. Cette molécule a cependant une forte affinité pour les récepteurs aux opioïdes, ainsi elle peut déplacer les autres substances agonistes comme la méthadone ou l'héroïne pour prendre leur place au niveau de ces récepteurs. Son effet sera moindre en raison de sa qualité d'agoniste partiel, un état de manque pourra alors être ressenti par le sujet s'il est dépendant aux opiacés.

Un des dangers avec la buprénorphine haut dosage est lorsque l'utilisateur décide de faire une pause dans son traitement et de s'administrer de l'héroïne. Les propriétés antagonistes de la buprénorphine vont masquer les premiers effets de l'héroïne et vont donc entraîner l'utilisateur à

augmenter les doses. Une overdose pourra alors avoir lieu lorsque la buprénorphine sera éliminée de l'organisme.

La buprénorphine ne doit, donc, pas être utilisée par une personne dépendante et sous l'effet d'agonistes.

I.1.4.1.2.3. Initiation du traitement, modalités de prise, posologie

Avant toute initiation de traitement, le patient devra se soumettre à un bilan urinaire et biologique de départ.

L'initiation se fera dès l'apparition des premiers signes de sevrage.

La dose initiale est de 2 à 4 mg en dose quotidienne à heure fixe et sera réévaluée progressivement par paliers de 2 à 8 mg sans dépasser la dose de 24 mg journalière. La posologie sera adaptée en fonction de la réévaluation de l'état clinique et psychologique du patient.

Au départ, une délivrance quotidienne est recommandée, on passera éventuellement ensuite à une délivrance hebdomadaire à la suite de la stabilisation du patient.

En ce qui concerne l'effet substitutif, celui-ci apparaît en 45 à 90 minutes.

Lorsque la posologie de stabilisation est atteinte, le patient ne doit plus ressentir de signes de sevrage, et une réduction de l'appétence aux opiacés doit faire son apparition.

I.1.4.1.2.4. Prescription

La prescription de la Buprénorphine peut être faite **par tout médecin, sur une ordonnance sécurisée**.

C'est un **médicament assimilé stupéfiant**, de liste I.

La **durée maximale de prescription** est de **28 jours**, et le patient a un délai de présentation de l'ordonnance de 3 mois. Il n'y a pas de déconditionnement si le patient met plus de 72 heures à présenter son ordonnance.

Le chevauchement est interdit sauf mention expresse du médecin.

La **délivrance est fractionnée** en **7 jours** maximum sauf mention manuscrite du prescripteur indiquant « délivrance en seule fois ».

I.1.4.1.2.5. Pharmacocinétique

Tableau 6 : Propriétés de la Buprénorphine par voie sublinguale

Paramètre	Propriétés de la Buprénorphine (en sublinguale)
Absorption et Biodisponibilité	Mal connue, estimée à 15-30% par voie sublinguale
Pic plasmatique	Atteint en 90 minutes
Distribution	Rapide, avec demi-vie de 2 à 5 heures
Métabolisme	Hépatique : par cytochrome CYP3A4 responsable de la N-désalkylation : N-désalkylbuprénorphine = agoniste μ de faible activité intrinsèque
Élimination	Longue, phase d'élimination terminale de 20 à 25 heures due à une réabsorption de la buprénorphine et à son caractère hautement lipidique Élimination <u>essentiellement</u> dans les féces par excrétion biliaire des métabolites Et le reste dans les urines

I.1.4.1.2.6. Suivi du traitement

Une surveillance clinique est requise pendant ce traitement, on va surveiller la présence éventuelle de signes de sevrage : larmoiements, rhinorrhée, frissons, alternance sensation chaud/froid, myalgies, insomnies, irritabilité et signes d'anxiété.

Des analyses urinaires pourront être réalisées afin de vérifier l'observance du traitement et l'absence de prise d'opiacés. Celles-ci serviront afin d'évaluer l'efficacité du traitement et ne seront pas utilisées pour une éventuelle sanction.

I.1.4.1.2.7. Contre-indications et interactions médicamenteuses

La buprénorphine a un métabolisme hépatique. De ce fait, il est important de vérifier l'état hépatique du patient avant l'initiation du traitement. Une adaptation posologique pourra, alors, être faite.

C'est également une molécule avec une forte fixation aux protéines plasmatiques, ce qui lui confère un risque élevé d'interactions médicamenteuses.

La buprénorphine va principalement aller se fixer au niveau du système nerveux central, des poumons, du cœur, des reins et du foie. Cette fixation est la cause des contre-indications, interactions et effets indésirables suivants.

Contre-indications :

- Patient naïf aux opiacés
- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- Enfants de moins de 15 ans
- Insuffisance respiratoire sévère
- Insuffisance hépatique sévère
- Intoxication alcoolique aigüe ou *delirium tremens*

Interactions médicamenteuses :

- Association à la méthadone, analgésiques morphiniques de palier III, la naltrexone ou le nalméfène (risque de diminution de leurs effets)

I.1.4.1.2.8. Effets indésirables

Très fréquents : Infection, insomnie, céphalée, nausées, douleurs abdominales, hyperhidrose, syndrome de sevrage.

I.1.4.1.2.9. Formes

La buprénorphine existe sous plusieurs formes, comprimé sublingual (qui doit être positionné sous la langue), lyophilisat oral (qui doit être positionné sur la langue) et les nouvelles formes arrivantes sur le marché sont les BAP (= Buprénorphine d'Action Prolongée).

Le but de ces différentes formes est d'améliorer la compliance en facilitant la prise.

Tableau 7 : La buprénorphine sous toutes ces formes (26)(27)(28)

Les différentes formes		Dosages	Modalités de prise	Modalités de mise en place du traitement	Avantages	Inconvénients
Comprimés sublinguaux	Subutex®	0,4 mg, 2 mg et 8 mg	Comprimé sublingual positionné SOUS la langue et maintenu en place jusqu'à dissolution complète (5 à 10 minutes). Ne pas consommer d'eau ou d'aliments avant dissolution complète.	Elles sont expliquées dans la sous-partie (1.1.4.1.2.3. Initiation du traitement, modalité de prise et posologie)	Existence de plusieurs dosages	Goût désagréable Temps de dissolution du comprimé
	Buprénorphine®	0,4 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg et 8 mg				
	Suboxone® (Buprénorphine/Naloxone)	2 mg/0,5 mg et 8 mg/2 mg				
	Zubsolv® (Buprénorphine/Naloxone) <i>Médicament hybride</i>	0,7 mg/0,18 mg, 1,4 mg/0,36 mg, 2,9 mg/0,71 mg, 5,7 mg/1,4 mg, 8,6 mg/2,1 mg, 11,4 mg/2,9 mg. (18) 28 comprimés / boîte.				

Lyophilisat oral = Orobuprène® Médicament hybride	2 mg et 8 mg	Lyophilisat s'administre SUR la langue, administration par muqueuse buccale. La dissolution est rapide (15 secondes). Ne pas déglutir les deux minutes suivantes et ne pas consommer d'aliments ou d'eau dans les cinq minutes suivantes.	Situations types de mise en place du traitement (19) : Patient se plaignant forme sublinguale (goût, temps de dissolution) Si délivrance supervisée. Situations à éviter (19) : Injecteurs de Subutex® Patients sans complémentaires (SMR modéré) Patients ne désirants aucun changement de traitement	Selon la firme Ethypharm : Confort de prise Gain potentiel de biodisponibilité (point évoqué dans la Commission de transparence de l'HAS émise le 25 juillet 2018)	(19) Peur du changement : frein au switch Absence de dosages faibles (dérangeant pour les fins de traitement)	
	Implant sous-cutané = Sixmo®	Association de quatre implants délivrant 296.8 mg de Buprénorphine sur six mois AMM européenne seulement (12 mois de traitement uniquement, puis retour forme sublinguale).	Nécessite un petit acte chirurgical pour le mettre en place.	Indiqué chez les patients cliniquement stables consommant 8 mg/jour de buprénorphine maximum.		Douleurs liées à la mise en place.
Buprénorphine d' action prolongée	Dépôt sous-cutané	Sublocade® = gel « dépôt »	100 mg/0,5 mL et 300 mg/1,5 mL Schéma posologique : 300 mg les premiers mois Puis entretien : 100 mg les mois suivants	Administration en sous-cutané (se résorbe immédiatement) : région abdominale , loin du nombril. Conservation au réfrigérateur , stable en dehors entre 15 et 30°C seulement 7 jours. Durée d'action : 1 mois (espacer chaque injection de 26 jours minimum)	Indiqué aux Etats-Unis chez patients stabilisés depuis au moins 7 jours avec buprénorphine sublinguale entre 8 et 24 mg/jour.	Apparition dans arsenal en France courant 2021 Effets indésirables identiques à ceux buprénorphine sublinguale + Effets liés à l'injection : douleurs faibles à modérées, prurit et érythème.

		Buvidal® = gel résorbable naturellement	<p>0,16 à 0,64 mL Avec deux schémas thérapeutiques :</p> <p>Prise hebdomadaire avec quatre dosages : 8, 16, 24 et 32 mg</p> <p>Prise mensuelle avec trois dosages : 64, 96 et 128 mg</p>	<p>Administration possible : fesses, cuisses, abdomen, bras. Piston reste à visser sur la seringue sécurisée pré-remplie.</p> <p>Pas de réfrigérateur nécessaire pour stockage.</p>	<p>Indiqué pour tous patients nécessitant une substitution aux opiacés</p>	<p>Apparition dans l'arsenal annoncée pour 2020 ?</p>	<p>Effets liés à l'injection.</p> <p>+ Effets indésirables identiques à la buprénorphine sublinguale.</p>
--	--	--	---	---	--	---	---

La Suboxone® (association de Buprénorphine et de Naloxone) a vu le jour en France en janvier 2012.

L'intérêt de cette association s'explique par son mécanisme d'action.

Lorsque ce médicament est pris par voie sublinguale selon les recommandations, l'antagoniste (Naloxone) ne passe pas dans la circulation sanguine et n'a donc aucun effet et est rapidement éliminé après passage digestif.

La buprénorphine peut alors rejoindre les récepteurs aux opiacés au niveau cérébral et exercer son action.

La différence s'observe lors du mésusage de la Suboxone®.

L'injection par voie intraveineuse de ce médicament entraîne le blocage des récepteurs aux opiacés par l'arrivée de la naloxone qui est un antagoniste. Il n'y aura donc aucun effet euphorisant mais l'apparition d'un probable risque de syndrome de sevrage surtout si le patient présente une dépendance à l'héroïne.

I.1.4.1.2.10. La bioéquivalence

Le Subutex (médicament de référence) et ses génériques (Buprénorphine) n'ont pas la même bioéquivalence, c'est-à-dire, les mêmes propriétés pharmacocinétiques, due notamment à la biodisponibilité.

La biodisponibilité de la buprénorphine par voie sublinguale a été décrite dans le RCP comme « mal connue, mais a été estimée entre 15 et 30 % », ce qui est un problème à part entière pour la mise en place du traitement et la poursuite de celui-ci.

Il en est de même pour les autres formes.

Ces formes ne sont donc pas interchangeables.

La bioéquivalence des BAP est variable et n'est pas totalement connue à l'heure actuelle.

I.1.5. Le mésusage des traitements de substitution aux opiacés

I.1.5.1. Définition

Le **mésusage** correspond à une **utilisation non conforme aux recommandations du Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP)** mentionnées à l'article R. 5121-21 du Code de la santé publique. C'est le détournement, l'utilisation en dehors des normes de l'usage dans une finalité différente de celle prévue au départ du traitement.

Il existe plusieurs types de mésusage. Cela passe par la modification de la voie d'administration, par la poly-consommation de substances psychoactives, ou par la surconsommation par exemple ...

I.1.5.2. Quelques chiffres

L'Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse, également appelé OPPIDUM, est un dispositif de pharmacovigilance et de veille sanitaire sur les substances psychoactives (SPA) du Réseau Français d'Addictovigilance. Chaque année au mois d'octobre, il récolte les données des enquêtes réalisées au niveau national. Le dernier rapport date de 2019, et évoque la participation de 267 structures avec 5 485 patients, décrivant 11 306 modalités de consommations de substances psychoactives dont 61% de médicaments.

Selon ce rapport, 9% des sujets ont consommé des substances psychoactives par voie intraveineuse et 38% de ces substances sont des médicaments. 37% des substances injectées sont de la cocaïne, 17% de l'héroïne, 14% de buprénorphine et 13% de morphine.

La voie nasale, elle, regroupe 24% des sujets contre 23% en 2018 et 22% en 2017. Parmi ces consommations, 15% sont des médicaments et principalement la buprénorphine.

La voie inhalée en dehors du cannabis, a à son actif, 14% des sujets contre 12,5% en 2018 et 11% en 2017. Les principales substances inhalées sont la cocaïne à 57%, l'héroïne à 20%, le crack à 15% et les médicaments à 5% dont la buprénorphine majoritairement. (29)

Selon l'enquête OPEMA (Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire) de 2013, qui est une enquête d'addictovigilance à destination des usagers de drogues, 39 % des sujets ont eu recours à la voie intraveineuse (IV), 9 % des sujets, à la voie nasale et 3 % à la voie inhalée (hors cannabis). (30)

En zoomant sur les médicaments de substitution aux opiacés, l'OPPIDUM déclare que parmi les 73% des sujets utilisant les TSO, 67% sont sous Méthadone, 27% sont sous Buprénorphine, 4,5% sont sous l'association Buprénorphine/Naloxone, et les autres sont sous un autre médicament, comme décrit dans l'introduction.

Si l'on s'intéresse à la méthadone, on voit une nette augmentation de l'obtention illégale de celle-ci au fil du temps. Par exemple, pour ce qui est de la forme sirop, le pourcentage des sujets ayant obtenu illégalement de la méthadone est passé de 2,7% en 2008 à 15% en 2019.

La Buprénorphine , obtient les chiffres suivants, parmi les sujets de l'enquête :

- Obtention illégale à hauteur de 18%
- Utilisation de la voie intra-veineuse de 13%
- Utilisation de la voie nasale de 12%

Les effets ressentis par l'utilisateur, lors du mésusage de son traitement de substitution aux opiacés, sont difficiles à quantifier, très peu d'études portent à ce sujet.

C'est l'une des raisons, qui m'a poussé à m'y intéresser, dans la partie pratique de ma thèse d'exercice.

Une étude « The Reinforcing and Subjective Effects of Intravenous and Intranasal Buprenorphine in Heroin Users » (31) a été menée auprès de participants traités par 2 mg de buprénorphine sublinguale. Elle compare les effets de la buprénorphine, administrée par voie nasale ou intraveineuse, contre la prise d'un placebo.

Les résultats montrent que les effets par voie IV (=intraveineuse) ou IN (=intranasale) sont supérieurs à ceux ressentis avec le placebo, et que les effets ressentis par la voie intraveineuse sont supérieurs à ceux ressentis par voie intranasale.

I.1.5.3. Les risques du mésusage des traitements de substitution aux opiacés

Les risques du mésusage dépendent du type de mésusage : voie d'administration et/ou dose.

En passant par les risques infectieux, jusqu'à l'overdose, le mésusage est une pratique pourvoyeuse de nombreux problèmes de santé publique.

La biodisponibilité de la buprénorphine sublinguale est un problème majeur dans le traitement des addictions aux opiacés.

Elle est régulièrement au centre de nombreux désagréments voire la cause de certains mésusages.

Le flyer n°22 (32) décrit : « Selon le respect du temps de dissolution sous la langue (10 minutes), la déglutition de salive pendant ces 10 minutes (c'est quasiment impossible de ne pas déglutir pendant tout ce temps), la biodisponibilité peut varier considérablement (extrait des mentions légales : « Par voie sublinguale, la biodisponibilité absolue de la buprénorphine est mal connue, mais a été estimée entre 15 et 30 % »). C'est variable d'un individu à l'autre, mais également chez un même individu d'un jour à l'autre car il respectera les consignes de prise de façon inégale selon le temps dont il dispose pour prendre sa buprénorphine sublinguale. »

La buprénorphine étant un agoniste partiel, et ayant un « effet plateau », elle ne peut techniquement pas entraîner d'overdose, mais de nombreux risques.

En revanche, ce n'est pas le cas de la méthadone.

L'overdose est provoquée par la prise d'un produit opiacé à une dose supérieure à celle que l'organisme peut supporter. La dose limite supportable est personne-dépendante et va varier en fonction de la taille, du sexe de l'individu, de sa tolérance au produit...

L'overdose peut endommager les organes vitaux comme le cerveau, le foie, le cœur, les poumons ou les reins.

Il existe plusieurs types d'overdose selon les produits incriminés, avec des risques graves encourus, comme une paralysie des membres, des nécroses, des dégâts irréversibles au niveau cérébral ou même encore la mort.

Chaque année en France, plusieurs centaines de personnes décèdent d'une surconsommation de drogues.

Les symptômes visibles les plus communs sont les suivants :

- Somnolence profonde avec perte de connaissance (collapsus)
- Convulsions généralisées (état de mal épileptique)
- Diminution de la fréquence respiratoire puis dépression respiratoire avec œdème pulmonaire et enfin arrêt respiratoire
- Troubles du rythme cardiaque puis arrêt cardiaque

De nombreuses études ont démontré une baisse de la mortalité par un facteur de 4 à 7 auprès des héroïnomanes traités par rapport aux usagers ne recevant pas de TSO, dans tous les pays utilisant la méthadone. (17)

I.1.5.4. Plan de réduction des risques

I.1.5.4.1. Qu'est-ce que le plan de réduction des risques ?

La définition officielle de la Politique de Réduction des Risques est décrite dans la loi n°2004-806 d'Août 2004 relative à la Politique de Santé Publique, Art.L.3121-4 du Code de Santé Publique : « *La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.* »

Cette loi encadrant la définition de la Politique de Réduction des Risques lui permet d'avoir une reconnaissance juridique.

I.1.5.4.2. Historique

Le cadre législatif français organise le problème de la consommation de substance psychoactive avec un seul objectif : le traitement de la dépendance et l'arrêt définitif de la consommation.

La **loi n°70-1320 du 31 décembre 1970** condamne le trafic et l'usage de stupéfiants mais donne la possibilité d'entrer dans le soin de manière anonyme et gratuite.

En 1983, le sida est surnommé « **la maladie des 4 H** » (homosexuels, héroïnomanes, Haïtiens, hémophiles).

Les prémices de la politique de réduction des risques se font en **1987**, dans les pays anglo-saxons et principalement en **Grande Bretagne**, ils le nomment « Harm reduction » ou réduction des dommages. Ce concept est fondé sur **l'acceptation de l'usage de drogues** : « *Il vaut mieux ne pas consommer de drogues mais si vous en consommez, il vaut mieux consommer les drogues moins dangereuses et de la façon moins dangereuse. Il vaut mieux ne pas s'injecter des drogues mais si vous persistez à vous injecter alors il faut mieux utiliser une seringue stérile* ».

En 1985, le Professeur Claude Olievenstein apporte des évolutions dans la politique de RdR. Il a demandé l'accès libre aux seringues. Il disait : « *La toxicomanie est la rencontre entre une personne, un produit et un moment socioculturel* »

Il s'est alors heurté à de nombreux arguments de l'opposition, qui évoquaient une banalisation de l'usage, un affaiblissement de la lutte contre la drogue et l'irresponsabilité des toxicomanes dans la prise en charge de leur santé.

Ce n'est que deux ans plus tard, qu'un décret a vu le jour, le **décret Barzach** qui a suspendu la limitation de la vente des seringues, dans un contexte épidémique important de VIH (50% des usagers de drogue étant infectés). La vente libre des seringues a donc été possible en officine.

En 1988, les premiers résultats ont fait leur apparition : **52%** des usagers utilisaient leur seringue personnelle **contre 70%** des usagers qui la partageaient un an **auparavant**.

Malgré cette évolution, ce n'était toujours pas suffisant, et la France comptabilisait en fin d'année 1988, 30% des cas européens de VIH.

En 1990, le premier programme d'échange de seringues voit le jour.

L'absence de traitement a entraîné les professionnels de l'époque ainsi que les usagers à recourir à divers moyens détournés. Il y eu de 1985 à 1995, la prescription d'opiacés par certains médecins généralistes (Morphine, Temgesic® ...), et de l'auto-substitution par le Néocodion®...

Après l'affaire du sang contaminé, dans les années 1990, la nouvelle priorité de la santé publique est devenue le **VIH**.

C'est, alors, en **1995** que la **Méthadone®** a obtenu son **AMM** après de nombreuses oppositions, et qu'en **1996** le **Subutex®** a reçu à son tour son **AMM**.

En 1999, les résultats obtenus étaient impressionnants : (33)

- Diminution de la mortalité par overdoses de 80% en 4 ans
- Diminution de la mortalité par le VIH de 2/3
- Et une baisse des interpellations liées à l'héroïne de 67%

La Politique de RdR a, alors, été intégrée au Code de la Santé Publique en 2004.

De nombreux autres textes français relatifs à la RdR ont ensuite vu le jour :

- **Décret n° 2005-347 du 14 Avril 2005** approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la Santé Publique
- **Décret n° 2005-1606 du 19 Décembre 2005** relatif aux missions des centres d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) et modifiant le code de Santé Publique.
- **Décret n° 2007-877 du 14 Mai 2007** relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- **Circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 Février 2008** relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

Les missions, les objectifs et les moyens d'action de la politique de réduction des risques, ont été précisés par la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé.

La RdR est un socle pour l'intervention des acteurs de la prise en charge des addictions, les CAARUD, et une mission obligatoire pour les CSAPA.

Ces acteurs seront décrits plus en détails dans la sous partie « L'addiction aux opiacés en milieu pénitentiaire », de la partie « Milieu carcéral ».

I.1.5.4.3. Quel est le but de la Politique de RdR ?

La RdR s'appuie sur le principe de prévention et a pour but de mettre le patient dans la position la moins dangereuse possible.

Elle s'intéresse à promouvoir la santé, le bien être, la dignité et la citoyenneté des usagers de drogue. Le but de cette politique de réduction des risques est de réduire certains risques, qui peuvent être liés à la dangerosité du produit, aux caractéristiques de consommation, mais également aux facteurs infectieux, psychosociaux ou environnementaux.

Au fur et à mesure des années, les enjeux se sont renforcés.

Le **décret n° 2005-347 du 14 Avril 2005** et la **loi de santé de 2016**, permettent de mettre en lumière les différents objectifs de la politique de RdR :

- La **prévention des risques liés à l'injection** (transmission de maladies infectieuses, décès par surdose...), mais également élargissement de la RdR à **l'ensemble des dommages** (sanitaires, psychologiques, sociaux) et à **l'ensemble des substances psychoactives** (licites et illicites)
- **Interventions possibles** telles que l'analyse des produits, la distribution des produits de santé, comme la Naloxone®, supervision des gestes et comportements des usagers par les intervenants pour la **prévention des risques** et la **promotion des comportements à moindre risque**
- **Sécurisation des intervenants** dans leur mission de RdR, avec protection pénale
- **Accès à la RdR pour les personnes détenues**, selon les modalités adaptées au milieu carcéral

Il y a un désir de permettre d'aider également la population la plus marginalisée (jeunes errants, usagers de longue date...); d'encadrer les pratiques à risques et de gérer les nouvelles, et également de diminuer les contaminations dont le VHC.

I.1.5.4.4. Quels sont les outils de RdR ? (34)

Ces outils visent à réduire les risques et prévenir les dommages :

- Les traitements de substitution aux opiacés
- La distribution de matériels pour les usagers de drogues, afin de réduire les risques de transmissions virales ou bactériennes, par exemple.
- Accueil personnalisé des usagers
- Mise en place de SCMR (salle de consommation à moindre risque)
- ...

I.1.5.4.4.1. Outils de réduction des risques en fonction des voies d'administration

I.1.5.4.4.1.1. L'injection

L'injection est le plus souvent faite par voie intraveineuse en France.

Les infections peuvent être de diverses sortes : les chocs septiques, les abcès, les infections VIH/VHC ...

- **Les chocs septiques**

Les chocs septiques, sont de plusieurs types : réactions au produit ou à l'un des additifs, présence de particules non solubles due à l'absence d'utilisation d'un filtre stérile, généralement présence d'une bactérie entraînant une infection.

Les symptômes vont être des frissons, des céphalées, jusqu'à une fièvre supérieure à 40°C. L'affaiblissement de l'organisme peut entraîner des mycoses, des endocardites, et des éruptions herpétiques, par exemple.

Les recommandations en cas de « poussières » / chocs septiques sont :

- De ne pas re-injecter pendant ou dans les 8 heures après la crise
- De prendre de l'aspirine ou du paracétamol dès les premiers symptômes
- De rester au calme
- Et de contacter les urgences si les symptômes persistent plus de 8 heures

- **Les abcès**

Les abcès peuvent être d'origine infectieuse, ou dus à un corps étranger.

Les symptômes apparaissent en quelques heures et débutent par un érythème enflé, douloureux et chaud, au point d'injection. L'abcès peut augmenter de taille jusqu'à arriver au stade d'une balle de ping-pong.

Dans ce cas-là, il faut :

- Directement après l'injection ratée, imbiber une compresse avec un antiseptique et le positionner à l'endroit de l'injection
- Si l'abcès est déjà formé ou s'il s'est rompu, il faut aller voir le médecin rapidement

- **Infections VIH/VHC, bactériennes et fongiques**

L'injection est une pratique très risquée en termes de contaminations virales (VIH, VHC), bactériennes et fongiques (candidoses...).

Toutes les étapes de la préparation à l'injection à proprement parler, sont à risques de contaminations.

Ainsi, il existe un grand nombre d'outils de RdR afin de réduire les risques lors de chacune des étapes.

Il y a eu, dans les années 1990, la mise sur le marché de trousse de prévention, appelée Steribox®, comprenant le **matériel à usage unique**, nécessaire pour **l'injection**.

Cet outil est à associer avec la sensibilisation des usagers au circuit de récupération et d'élimination de ces dispositifs présentant un risque infectieux : les DASRI.

L'arrivée des programmes d'échange de seringue a permis, également, d'encadrer la pratique de l'injection. Ce programme a pour but de réduire les risques infectieux, en recueillant les seringues usagées contre la remise d'un kit d'injection stérile comme le Steribox®, appelé le KIT+. La participation à ce programme est gratuite et anonyme.

Les Stéribox® contiennent :

- Un tampon d'alcool à 70°, pour la désinfection
- De l'eau pour préparation injectable
- Un filtre en coton, afin d'éviter la présence de particules
- Une cupule pour la préparation de l'injection
- Un tampon sec, pour positionner sur la zone, après injection
- Un préservatif afin de se protéger lors des rapports sexuels
- Un mode d'emploi
- Et une seringue pour l'injection

L'hygiène lors de l'injection, est assurée par des lingettes nettoyantes et désinfectantes, et par la présence d'un champ de soin.

I.1.5.4.4.1.2. L'inhalation

L'inhalation est pratiquée de deux façons différentes, principalement :

- La première est la technique de « chasser le dragon », elle correspond au fait d'aspirer des fumées issues de la combustion du produit dans de l'aluminium.
- La seconde correspond au fait de fumer dans des pipes.

C'est une pratique à risques, essentiellement, le risque d'affections des voies respiratoires et la contamination par le VHC.

Longtemps, les pratiquants de l'inhalation, aussi appelés « fumeurs de crack » ont consommé les produits en utilisant des filtres avec des fils de cuivre ou des doseurs d'alcool ébréchés par exemple, ce qui a conduit à de nombreuses contaminations par le VHC notamment.

Le fait d'inhaler peut présenter une diminution du risque de contamination par rapport à l'injection notamment, mais il n'en est pas moins très addictif et avec des conséquences sanitaires et sociales aussi importantes. En revanche, ce mode d'administration reste à préférer à l'injection, dans le but de réduire les risques, et également pour les usagers ne trouvant pas facilement leurs veines ou lorsqu'elles sont endommagées.

A l'heure actuelle, du matériel de réductions des risques et des conseils d'utilisation, sont à leur disposition afin de limiter les risques :

- Les feuilles d'aluminium permettent de chauffer le produit sans se brûler ou brûler le produit.
- Les kits d'inhalation contenant une pipe en verre, un embout en silicone ou en carton et un support pour poser le caillou, sont très utiles car ils permettent de limiter les risques d'utilisation de matériel endommagé, de proposer des embouts non conducteurs de chaleur afin d'éviter le risque de brûlure, et un support capable de supporter de hautes températures.
- Pour les usagers injectant l'huile de crack, il est recommandé de filtrer la préparation avant l'injection afin d'éviter la présence de particules de verre.
- L'utilisation d'une crème cicatrisante est conseillée afin de prendre soin de ses mains et de ses lèvres, avec une application au moins une fois par jour.

Il est recommandé de ne pas partager son matériel et de l'utiliser à usage unique (le support pour poser le caillou peut être réutilisé plusieurs fois, mais il est déconseillé de le gratter car il y a un risque d'inhaler des particules de métal).

I.1.5.4.4.1.3. Le sniff

L'administration par voie nasale, plus communément appelée, le « sniff » entraîne des risques de contamination et de destruction de la cloison nasale.

Le sniff correspond au fait d'inspirer une substance sous forme de poudre par le nez, en utilisant une paille.

- **Infection :**

Lorsqu'une drogue est sniffée, elle va entrer en contact avec la cavité nasale. Cette drogue peut alors entraîner la dilatation des vaisseaux sanguins à ce niveau, et leur rupture. Le matériel utilisé lors du sniff (paille ...) sera contaminé par le sang provenant de ces vaisseaux sanguins. Il est donc primordial de ne pas partager son matériel afin d'éviter toute contamination.

Plus les dommages à l'intérieur de la cavité nasale seront importants et plus la transmission le sera.

- **Destruction de la cloison nasale :**

Il y a également des risques au niveau du nez : saignements, production excessive de mucus, destruction de la cloison nasale.

La préparation de ce mode d'administration consiste à écraser le plus finement possible la poudre afin d'éviter la présence de morceaux trop volumineux.

Les risques du sniff sont principalement liés aux affections du nez et des sinus, pouvant aller jusqu'à la perforation de la cloison nasale, des lésions du palais avec épistaxis fréquents, des affections ORL et les contaminations par le VHC.

Ces contaminations sont dues au partage des pailles.

Du matériel de réductions des risques est mis à disposition des usagers « sniffeurs » afin de réduire les risques de partage des pailles, de préparer au mieux sa poudre pour éviter les affections ORL, et de prendre soin de son nez.

La diminution des risques de partage des pailles passe par :

- Les carnets de pailles en papier, plus connus sous le nom de « roule-ta-paille », sont très utiles afin de limiter l'utilisation de pailles en plastique destinées initialement à l'absorption de boissons par exemple, qui peuvent provoquer des lésions nasales, et qui sont réutilisables, ce qui augmente le risque de partage ou de réutilisation de la paille.
 - Chaque paille est à usage unique et individuel. Elle ne doit pas entrer dans la narine de plus d'un tiers de sa longueur, et il est recommandé d'alterner les narines.
- Le sérum physiologique est utilisé avant et après le sniff afin de nettoyer correctement les narines et de faire disparaître toutes traces de résidus de poudre pouvant irriter les parois et la cloison nasale.
 - Chaque dosette de sérum physiologique est à usage unique et personnel. Il faut pencher la tête sur un côté lors du nettoyage, en faisant couler le sérum physiologique dans la narine située sur le dessus. Il ne faut pas se moucher trop fortement après le sniff afin d'éviter d'éventuelles lésions.
- Utilisation d'une crème cicatrisante afin de prendre soin de ses parois nasales et de sa cloison. Elle est à appliquer au minimum une fois par jour.

I.1.5.4.4.1.4. Autres voies utilisées

La voie orale peut aussi être une voie d'administration de la buprénorphine haut dosage, les patients l'avalent sans la laisser fondre. Il y a alors un important effet de premier passage hépatique, ce qui rend inadéquate l'administration par cette voie.

Il existe d'autres voies faisant leur apparition, régulièrement, comme l'instillation rectale par exemple, mais il n'y a que très peu de données à ce sujet.

I.1.5.4.4.2. Les dépistages et les tests

Encore à l'heure actuelle, les usagers de substances psychoactives se présentent dans les CAARUD et déclarent ne jamais avoir été dépistés, cela représente **10,3% pour le VIH** et **16,8% pour le VHC**. (35)

La politique de réduction des risques inclut donc des stratégies de dépistage, afin de faciliter les accès aux soins et aux traitements le plus rapidement possible.

Il existe des outils utilisables par les usagers eux-mêmes (autotest VIH, éthylotest, kit buvard de dépistage combiné VIH/VHB/VHV), ainsi que des dépistages organisés.

La Haute Autorité de Santé recommande notamment le dépistage annuel d'infection virale, pour les usagers de drogues injecteurs séronégatifs.

I.1.5.4.4.3. La sécurité des traitements

La sécurité des traitements de substitution aux opiacés est une des conditions indispensables pour éviter les overdoses. (17)

La facilité d'accès aux traitements de substitution aux opiacés était nécessaire pour obtenir des résultats probants au niveau de santé publique et individuelle. Il ne faut cependant pas oublier d'accompagner ces traitements, de mesures de sécurité :

- Les délivrances fractionnées pour diminuer le risque de mésusage, de marché parallèle
- Le fait de retourner les flacons vides au pharmacien d'officine, afin une fois de plus de limiter la propagation au marché noir
- La prise en charge des comorbidités psychiatriques et sociales, afin de diminuer les overdoses délibérées notamment
- Les messages de prévention sur les risques d'overdose, et de mésusage

I.1.5.4.4.4. L'antidote : La Naloxone

I.1.5.4.4.4.1. Description

La naloxone est un antidote aux surdoses provoquées par la consommation d'opioïdes.

C'est un médicament recommandé pour tous les usagers d'opioïdes (poly-consommateurs, occasionnels, devenant moins tolérants aux opioïdes comme les sortants de prison par exemple, patients traités par méthadone en début de traitement, ou usagers avec antécédents de surdose, mésuseurs, usagers opioïdes en « auto-substitution » ...), (36) afin de leur donner la possibilité d'agir rapidement lors de surdosage, ou de donner l'opportunité à leurs proches d'intervenir.

C'est un antagoniste pur, spécifique des récepteurs opioïdes. (29)

Elle a une affinité très forte pour les trois types de récepteurs aux opiacés. De ce fait, lorsqu'elle est administrée à une personne sous l'effet d'opioïdes, elle va déplacer les opiacés des récepteurs pour prendre leur place et supprimer tout effet, par son action antagoniste. (37)

I.1.5.4.4.4.2. Quelques chiffres

Si l'on s'intéresse au bilan OPPIDUM 2019 (29), **seulement 1/3** des participants à l'étude **ont connaissance de la mise à disposition d'un kit de naloxone** en prévention des surdosages, et 1 individu sur 8 parmi les consommateurs d'opioïdes en ont un à leur disposition. Ces chiffres marquent une nette nécessité d'augmenter l'accessibilité à la naloxone.

I.1.5.4.4.4.3. Les différentes formes de la naloxone

Il existait deux formes de naloxone, jusqu'en décembre 2020 :

- Sous forme de pulvérisation nasale : **Nalscue®**, arrêt de commercialisation en décembre 2020
- Sous forme d'injection intramusculaire : **Prenoxad®**

Historiquement, une ATU, a été octroyée pour le kit nasal Nalscue® en 2016, qui a obtenu son AMM en 2018. Le kit d'injection intramusculaire Prenoxad® a obtenu son remboursement et sa disponibilité en pharmacie d'officine en juin 2019.

- **Le kit Prenoxad®**

Il est disponible en structures spécialisées et dans les pharmacies d'officine. Il est remboursé en cas de prescription par tout médecin, mais est également accessible pour tout usager sans ordonnance au prix de 23,16 euros.

Ce kit contient 5 doses.

En ce qui concerne la mise à disposition de ce kit, selon le Flyer n°77 (36), 3 000 kits ont été diffusés, depuis juin 2019.

I.1.5.4.4.5. Les SCMR : Salles de consommation à moindre risque

Ces salles aussi appelées « **Salle de Shoot** » sont sujettes à de nombreuses controverses.

La France est le 9^{ème} pays à ouvrir une SCMR dans le monde.

Leur arrivée a été très progressive.

Tout d'abord, c'est en 1986 qu'apparaît la première salle de shoot au monde. Ceci se fait en Suisse, pays pionnier en matière de SCMR. Aujourd'hui, ils comptent une douzaine de salles.

Puis vient le tour de l'Allemagne en 1994. L'Allemagne étant un des pays où il y a le plus de morts par overdoses par an. Aujourd'hui, une vingtaine de salles y sont présentes.

Le Pays-Bas ouvre sa première salle en 1994, pour en avoir aujourd'hui une 40aine.

L'année 2000 est l'année où le Canada décide d'ouvrir sa première salle de shoot, le pays simplifie l'ouverture de ces salles en 2016, et compte en ouvrir plusieurs autres. Il en est de même pour l'Espagne et pour l'Australie en 2000. C'est en 2005 que le Luxembourg et la Norvège ouvre leur première salle de consommation.

Et c'est finalement **en 2016** que la **France** décide d'ouvrir **sa première salle à Paris**. C'est l'association Gaïa qui est spécialisée dans la prévention et le soin en addictologie et en toxicomanie qui gère la salle de consommation à moindre risque, à Paris. Une seconde SCMR s'est ouverte à Strasbourg. En 2017, la salle de consommation à moindre risque de Paris a accueilli 903 personnes, et celle de Strasbourg 254. (38)

Les salles de consommation permettent d'offrir un lieu avec une hygiène acceptable pour leur consommation à ces usagers précaires de drogues, en dehors de tous lieux publics et sous surveillance de professionnels de santé. Il y a également un suivi strict des usagers, on leur demande leur identité à leur arrivée et des informations sur leur lieux de vie par exemple.

Ces lieux permettent de **diminuer les overdoses**, ou du moins de pouvoir réagir rapidement face à l'une d'elle. Ils permettent également de **diminuer la propagation de maladies transmissibles**, du fait de l'utilisation de matériels stériles et personnels.

Ces salles de consommations restent au cœur de nombreuses discussions et réticences.

En France, ce fut un long combat pour que la première « salle de shoot » fasse son apparition sur le territoire.

Encore à l'heure actuelle, ces salles ne sont pas du tout vues de manière bienveillante par la totalité de la population, les avis divergent et se veulent parfois extrêmement négatifs, en cause une facilité de consommation de drogues pour certains, une dédramatisation de l'usage de drogues pour d'autres.

L'évolution politique à ce sujet s'est faite doucement au fil du temps, en raison des lois et des avancées en matière de réduction des risques sur le territoire français.

I.2. Le milieu carcéral

I.2.1. Description

Le milieu carcéral correspond au milieu pénitentiaire, les « prisons », lieux de détention des personnes condamnées ou en attente de décision de la justice. (39)

Les établissements pénitentiaires dépendent de l'administration pénitentiaire et sont divisés en plusieurs types de centre : la maison d'arrêt, la maison centrale, le centre de détention, le centre de semi-liberté et le centre de peines aménagées.

La maison d'arrêt accueille les personnes détenues en détention provisoire, qui attendent d'être jugées, ou qui sont condamnées à des peines inférieures à deux ans.

La maison centrale accueille les personnes détenues les plus difficiles.

Et les centres de détention correspondent aux prisons dans lesquelles les personnes détenues sont condamnées à une peine supérieure à deux ans. Elles y présentent une perspective de réinsertion, avec travail, études et logement, par exemple. Ils comportent des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), intervenant dans le milieu libre et carcéral. Leur mission est de permettre la prévention des récidives, en luttant contre la désocialisation, en aidant à la décision judiciaire et à la réinsertion sociale.

Le centre de semi-liberté est un centre dédié à la réinsertion sociale et à la préparation à la sortie. Le condamné a la possibilité d'exercer un travail, une formation, de participer à sa vie de famille la journée, mais doit retourner au centre le soir.

Le centre de peines aménagées, reçoit des personnes en semi-liberté ou en placement à l'extérieur avec un reste de peine de moins d'un an, afin de leur permettre une réinsertion.

L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE



Figure 15 : Carte de l'administration pénitentiaire en France

Source : Ministère de la Justice

L'administration pénitentiaire a pour rôle de contrôler et de préparer les personnes placées sous-main de la justice, à retrouver leur place dans la société en limitant les risques de récidives. Il existe plusieurs types de prise en charge : le milieu ouvert, le travail des SPIP et le milieu fermé.

Le milieu ouvert correspond à des alternatives à l'incarcération, comme le travail d'intérêt général, la libération conditionnelle, le contrôle judiciaire ou ajournement avec mise à l'épreuve par exemple.

Les SPIP travaillent au niveau des départements, et vont s'adapter aux spécificités et aux associations locales en matière de soins, d'hébergement et de formation.

Le milieu fermé correspond à la prise en charge des personnes condamnées, dans les établissements pénitentiaires. Ces personnes peuvent y exercer un travail, avoir accès à diverses activités d'enseignements et de formation.

La population en milieu carcéral est essentiellement masculine, et jeune, environ 45% des personnes détenues ont moins de 30 ans.

L'organisation des soins en milieu pénitentiaire est confiée aux hôpitaux publics, par **la loi du 18 janvier 1994**.

En ce qui concerne, la **population toxicomane**, presque inexistante auparavant, elle correspond aujourd'hui à la **seconde composante des établissements pénitentiaires**. (40)

La Commission d'enquête du Sénat, publiée en 2000, a indiqué, que **près de 40 000 toxicomanes entreraient chaque année en prison**, ce qui représente **1/4 de la population toxicomane en France**.

I.2.2. L'addiction aux opiacés en milieu pénitentiaire

I.2.2.1. Epidémiologie

Tout d'abord, il est difficile de quantifier de manière exacte le pourcentage de personnes détenues souffrants d'addiction aux drogues. Il y a une **grande variabilité** selon les continents, les pays, ou même les différents lieux d'incarcération (établissements pénitentiaires ou maisons d'arrêts) aux vues de la grande variabilité existante au niveau des organisations administratives et/ou politiques.

En France, les études nationales entreprises pour étudier la prévalence des addictions aux drogues en prison sont menées par la **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS)**.

Très peu d'enquêtes ont été menées en France, afin de quantifier la prévalence de la dépendance aux substances psychoactives en milieu pénitentiaire. Il est difficile de trouver des données représentatives, car nombreuses d'entre elles sont seulement déclaratives et n'ont pas été confirmées par un test urinaire ou sanguin par exemple.

Selon les études menées par la DRESS, **entre 22 et 88% des personnes détenues consommeraient des toxiques en prison**.

Une autre étude nommée « Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison : a French national study » de 2007, réalisée sur 998 personnes détenues

tirés au sort, démontre que 27.9% de ces personnes détenues abusent ou ont une dépendance aux substances psychoactives.

Les deux principales enquêtes françaises réalisées sont **l'enquête PREVACAR et l'enquête PRI²DE**.

L'enquête PREVACAR porte sur les prévalences virales en milieu carcéral et l'offre de soin et l'enquête PRI²DE, sur la disponibilité et l'accessibilité aux mesures de prévention et de réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire.

I.2.2.1.1. L'enquête PREVACAR

PREVACAR réalisée en 2010 auprès de 168 UCSA, bénéficie d'un taux de participation de 145 UCSA (86 %), représentant 56 011 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1er juillet 2010. (41)

Les limites de cette enquête reposent sur le mode déclaratif de recueil des données et sur la volonté de participation des personnes détenues.

Cette enquête démontre que la **prévalence des infections à VIH/VHC sont six fois supérieures à celle de la population générale**. Elle démontre également que **6.5% à 7.7% des détenus ont un usage régulier d'opiacés illicites ou de cocaïne à leur entrée en détention** et que 10.5% d'entre eux utilisent plusieurs substances.

2.6 % des détenus entrants déclarent avoir utilisé la voie intraveineuse pour la consommation de substances psychoactives, durant les douze derniers mois précédant leur incarcération.

L'enquête rapporte, une offre en matière de traitements de substitution aux opiacés en milieu pénitentiaire, de l'ordre de **100% des UCSA**. La totalité des UCSA déclare un accès à au moins un des deux types de TSO, soit la buprénorphine haut dosage, soit la méthadone.

La continuité des soins à la sortie de prison ne concerne que la moitié des établissements et 38% déclarent ne pas faire de protocole formalisé.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes détenues par les TSO, l'évolution au fil des années est flagrante. Elle passe de **2%** de taux de couverture par les TSO **en 1998**, à **7,9% en 2010**. Ces traitements sont **initiés en milieu carcéral à hauteur de 31%**.

Leur prescription est répartie de la façon suivante : passant de 15,2% pour la méthadone en 1998, à 31,5% en 2010, et de 84,8% pour la buprénorphine en 1998, contre 68,5% en 2010.

Les UCSA participantes ont déclaré avoir eu à hauteur de 18% d'entre eux, connaissance de découvertes de seringues usagées dans leurs locaux.

I.2.2.1.2. Le programme PRI²DE

Ce programme est le résultat d'un groupe de travail de l'Action coordonnée 25, de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS). Son but est d'évaluer les mesures de réduction des risques infectieux à déployer en milieu carcéral. Les différentes sections de ce programme portent sur l'eau de javel, les préservatifs et lubrifiants, les TSO, l'information transmise sur le VIH aux personnes détenues, les IST, la RdR ...

Cette étude a été réalisée à hauteur de 74% de la population carcérale, soit 46 968 personnes détenues.

Au niveau des réponses obtenues, la couverture par TSO correspond à 9% (6% par Buprénorphine haut dosage (BHD) et 3% par méthadone).

La délivrance de ces traitements est faite pour la méthadone, à 98% quotidiennement, 97% en lieux de soin. En ce qui concerne la BHD, elle est faite à 83% au quotidien, 77% en lieux de soin et 44% en cellule.

Les résultats de ce programme démontrent une **insuffisance de mise en place des dispositifs de réduction des risques sur le plan national et international**. Les points déficients sont, principalement, l'information fournie aux personnes détenues sur l'utilisation de l'eau de javel, les lubrifiants et les préservatifs féminins.

En ce qui concerne les TSO, leur initiation reste absente dans 11% des établissements, et dans nombreux d'entre eux, un seul est proposé.

I.2.2.1.3. Conclusion des études

Si l'on s'intéresse à la conclusion des études PRI²DE et PREVACAR, et sur l'aspect évolutif de la prise en charge avec les TSO des personnes détenues, on obtient les résultats suivants :

Tableau 8 : Evolution de la prise en charge par TSO des personnes détenues (1998-2010)

	1998	2010	
		PRI ² DE	PREVACAR
Population enquêtée	52 900	45 500	63 000
Nombre de personnes détenues sous TSO	1 036	4 049	5 000
Taux de couverture TSO	2 %	8,9%	7,9%
Rééquilibrage au profit de la méthadone			
Méthadone	15,2%	32,4%	31,5%
Buprénorphine	84,8%	67,6%	68,5%

Quelques études observationnelles britanniques (2) ont démontré que **60% des consommateurs réguliers d'héroïne consommeraient également en prison**, et que **plus de 25% des héroïnomanes auraient initié leur consommation en détention**. Les facteurs associés à l'usage de drogue en milieu pénitentiaire sont nombreux, comme l'âge, l'origine ethnique, des antécédents de troubles de conduite ou de placement pendant l'enfance, ou la précarité sociale. Le facteur le plus important serait la durée de l'emprisonnement.

Bien que le milieu carcéral ne soit pas un lieu de soins à proprement parler, l'incarcération devient pour de nombreuses personnes détenues l'opportunité de la prise en charge de leurs

dépendances aux substances psychoactives et la prise en charge des comorbidités qui peuvent parfois en découler (infection par le VIH/hépatite C, troubles psychiatriques...), en particulier pour les patients n'ayant pas accès à des structures de soins avant leur incarcération en raison de leur mode de vie précaire.

Il est donc indispensable de mettre en place une véritable politique de réduction des risques en milieu carcéral, en prenant en compte l'existence de pratiques à risques, comme l'injection ou le sniff.

I.2.2.1.4. Le double diagnostic en milieu pénitentiaire

Les troubles psychiatriques comorbides dans les addictions sont évoquées par les études comme de pronostic plus grave, il est appelé : le double diagnostic. (42)

Une étude (43) a montré que les personnes détenues avec un double diagnostic avaient une dépendance supérieure et une histoire judiciaire plus sévère que les autres toxicomanes incarcérés sans double diagnostic et qu'ils étaient plus souvent réincarcérés pendant leur première année de liberté.

Toutes les études mises bout à bout mènent à la même conclusion : il est nécessaire de recommander un dépistage de l'addiction à l'entrée en détention, ainsi que de le répéter pendant l'incarcération, en raison de ce facteur favorisant l'émergence de troubles psychiatrique. Il faut également une orientation spécifique de ces personnes avec un double diagnostic, afin de les aider au mieux tant sur le plan médical que sociale.

I.2.2.2. Cadre légal et réglementaire

Le tout premier texte relatif aux traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral est la **loi n°94-43 du 18 janvier 1994** relative à la santé publique et à la protection sociale. Elle réforme la santé dans son ensemble en milieu pénitentiaire, en le rattachant au secteur public hospitalier et en confiant sa tutelle au ministre de la Santé. « Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé, organisées dans les établissements pénitentiaires. »

De ce fait, le principe de **l'égalité et de la continuité de soin** entre le milieu libre et le milieu carcéral est posé.

Les textes d'applications qui suivront permettront de le mettre en place : (44)

- **Circulaire n°45 DH/DGS/DAP du 8 décembre 1994** relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale, elle assure « aux personnes détenues une qualité et une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population ».
- **Circulaire n°293/DGS/DH du 3 avril 1996**, qui recommande la poursuite du traitement par méthadone ou Subutex® à l'entrée en détention, et l'initiation d'un traitement par Subutex® pour la préparation à la sortie.
- **Circulaire n°739/DGS/DH/AP du 5 décembre 1996** relative à la lutte contre le VIH en milieu pénitentiaire, qui évoque la possibilité d'une primo-prescription de méthadone

par un médecin du centre de soins spécialisé en toxicomanie (CSST) présent en milieu carcéral.

- **Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, en décembre 2000**, qui recommande de favoriser l'accès aux traitements de substitution aux opiacés.
- **Circulaire n°57/DGS/DHOS du 30 janvier 2002**, qui autorise la primo-prescription de méthadone par tout praticien exerçant en établissement de santé, dont les médecins exerçants en UCSA.
- **Circulaire n°27 du 10 janvier 2005** relative à l'actualisation du guide méthodologique pour la prise en charge des personnes détenues et à leur protection sociale.
- **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, précisant la prise en charge, le rôle respectif des intervenants, confiant la fonction de pilotage et de coordination des addictions à une « personne exerçant en UCSA », à partir d'un protocole formalisé.
- **Circulaire interministérielle du 30 octobre 2012** relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice. Ce guide explique le cadre de la prise en charge des personnes détenues repérées comme dépendantes aux opiacés et rappelle la possibilité de poursuite du traitement de substitution. Il est composé de 12 fiches pratiques des principaux aspects de la prescription et de la délivrance des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral.

L'addiction parmi les détenus est un problème récurrent qui a été encadrée par **la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016**, mettant en place selon l'article 41 le projet de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de substances psychoactives. Cette loi s'applique aux détenus avec des modalités adaptées à l'incarcération.

I.2.2.3. Le mésusage des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral

Il existe quelques études, comme **l'étude Coquelicot** par exemple réalisée auprès d'usagers de drogues en milieu libre en 2004, qui déclare que **61%** de ces usagers avaient été **incarcérés au moins une fois**, que **12% d'entre eux** avaient eu **recours à l'injection en détention** et que **1/3** avaient **partagé leur matériel**. C'est l'étude la plus récente en termes de pratiques à risques.

Selon la Fédération Addiction, le TSO le plus mésusé est la Buprénorphine Haut Dosage, notamment en raison de la délivrance quasi quotidienne et supervisée de la Méthadone.

Il n'y a pas de données précises concernant le pourcentage de mésusage au sein des établissements pénitentiaires.

L'anxiété associée à l'incarcération favorise un usage auto-thérapeutique ou récréatif.

Le détournement peut se faire en raison de l'utilisation comme monnaie d'échange, également. Ceci n'est plus du domaine de l'addiction, il faut alors le distinguer de la logique de soin, c'est du trafic, bien que les deux peuvent être liés.

Il est nécessaire d'ajuster le projet de soin, lors de la découverte d'un mésusage.

En milieu carcéral, il faut prendre en compte les préoccupations sanitaires et pénitentiaires, pour encadrer ces pratiques.

I.2.2.4. Politique de réduction des risques en milieu pénitentiaire

Dans un objectif de santé publique, il est indispensable que les mesures de réductions des risques s'appliquent au milieu pénitentiaire.

I.2.2.4.1. Les traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral

Les traitements de substitution aux opiacés sont inscrits sur **la liste des médicaments essentiels de l'OMS**, l'Organisation Mondiale de la Santé, pour leur efficacité sur la dépendance aux opiacés en termes de réduction de consommation d'héroïne, de transmission virale (VIH et hépatites virales), de l'activité criminelle et de la mortalité.

Les établissements pénitentiaires concentrent une population avec des conduites addictives **plus fréquentes** qu'en milieu libre, des troubles psychiatriques et des difficultés sociales majeures. (44)

Les personnes incarcérées consommatrices de psychoactifs, se retrouvent confrontées à leur arrivée en détention à un arrêt brutal de leurs consommations. Cette situation peut mener au développement de pratiques à risque en détention, à une éventuelle activité délinquante et surtout à un **risque majoré de syndrome de sevrage durant les premières semaines d'incarcération**.

Ainsi, la détention peut devenir une opportunité d'initier un traitement de substitution aux opiacé et de la même manière de réduire les risques associés au sevrage, tout en entraînant la personne détenue dans une démarche de soins et de stabilisation des conduites addictives, ainsi qu'un projet de réinsertion.

En revanche, la prise en charge n'est pas toujours simple, et les sujets ne sont pas forcément volontaires en raison de l'environnement anxiogène notamment. Les soignants doivent donc prendre en charge ces patients en tenant compte du lieu de soin.

Une revue littéraire de 2012 (45), fondée sur 22 études dont 6 expérimentales et 15 observationnelles, a montré que les bénéfices des TSO en milieu carcéral correspondaient à ceux obtenus en milieu libre.

L'accès aux TSO en prison est une des stratégies majeures de réduction des risques infectieux des personnes détenues.

Le volet « soins » de l'enquête PREVACAR déclare que 7,9% d'entre eux bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés et que 31% de ceux-ci ont été initié en prison.

En conclusion, **les traitements de substitution aux opiacés en prison** permettent la mise en place d'une **prise en charge de la personne détenue**, en diminuant ses comportements à risque, et son risque d'overdose lors de sa libération. Il a été démontré que les personnes détenues avaient un risque plus important d'overdose ou de suicide à la sortie de détention,

et que les TSO maintenus pendant les quatre semaines suivant la libération permettaient de réduire ce risque de **75%**.

Sur du plus long terme, la notion indispensable est la continuité du traitement et de la prise en charge à la sortie, c'est alors que les partenaires extérieurs ont un rôle primordial.

I.2.2.4.2. Les comorbidités virales et psychiatriques

La coexistence des troubles psychiatriques et addictifs peut être en lien avec l'usage de drogue comme automédication. De ce fait, le risque de contamination par injection par exemple est augmenté.

Les TSO sont un outil majeur de réduction des risques, mais il n'est pas suffisant, et l'association avec d'autres outils augmente l'efficacité de cette RdR.

Les outils tels que les programmes d'échange de seringues, l'accès libre aux préservatifs ou encore le dépistage du VIH sont à ne pas négliger.

Une distribution, par l'Administration Pénitentiaire, toutes les deux semaines aux personnes détenues, d'eau de javel, doit permettre la stérilisation du matériel d'injection.

Des études ont montré un contrôle supérieur des risques de transmissions du VIH, par l'association des différents outils de réduction des risques.

I.2.2.5. Prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire

En France, malgré l'évolution constante de la prise en charge des addictions en milieu carcéral, le principe d'équivalence des soins avec le milieu libre n'est pas totalement acquis, pour les traitements de substitution aux opiacés notamment, dans les maisons d'arrêt.

De nombreuses difficultés persistent dans la prise en charge avec les TSO des personnes détenues :

- L'accessibilité et la diversification : certains établissements proposent encore une seule molécule.
- Le non-respect des AMM : persistance de la dilution des comprimés de buprénorphine dans certains centres pénitentiaires ou de posologies inférieures utilisées pour la buprénorphine ou même de posologie maximale pour la méthadone alors que les recommandations précisent l'absence de posologie plafond pour cette molécule.
- La préparation à la sortie : selon PREVACAR, 55% des établissements déclarent avoir formalisé une procédure de préparation à la sortie, et selon PRI²DE, uniquement 27% appliquent dans l'intégralité les recommandations officielles pour les TSO.
- La fonction des équipes infirmières : les équipes infirmières particulièrement en contact avec les personnes détenues ont une tâche essentielle : la distribution des traitements. Ceci est primordial pour le suivi et le contact avec les personnes détenues. De ce fait, leur rôle est central dans la prise en charge des personnes détenues. Les équipes sont donc incitées à instaurer un/une infirmière référente sur les TSO, afin de promouvoir la réduction des risques notamment.

Il y a toujours une forte prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les toxicomanes en prison, et un certain nombre d'entre eux s'injectent toujours au sein des établissements pénitentiaires.

La **distribution de kits stériles étant interdite dans les prisons, en France**, le risque de contamination reste majeur. Certains établissements le font, tout de même, malgré cette interdiction.

Malgré le fait que la prison ne soit pas un lieu de soin à proprement parlé, elle devient bien souvent un lieu d'initiation de soin.

L'organisation dans le domaine addictologique repose sur une diversité très intéressante d'intervenants : les services médico-psychologiques régionaux, les unités sanitaires, les anciens centres spécialisés de soin en toxicomanies (CSST) appelés aujourd'hui : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les SPIP pour la réinsertion et les partenaires extérieurs comme les associations notamment, les CARRUD...

L'Agence Régionale de santé (ARS) a clarifié les rôles des différents intervenants avec l'instruction DSG/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

Les personnes placées sous-main de justice doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale, sachant que l'addiction est une pathologie nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire au sein du lieu d'incarcération et à l'extérieur afin de favoriser la continuité des soins.

I.2.2.5.1. Les acteurs de la prise en charge des addictions en milieu carcéral

I.2.2.5.1.1. L'unité sanitaire

I.2.2.5.1.1.1. Définition

Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, aussi appelées, USMP, sont implantées en milieu carcéral, et assurent les soins somatiques et psychiatriques des personnes détenues :

- Consultations de médecine générale et spécialisée
- Actes infirmiers
- Repérages et dépistages des pathologies des personnes détenues à leur arrivée
- Examens médico-techniques
- Dispensation des médicaments et dispositifs médicaux par la pharmacie à usage intérieur

Ce sont des structures internes de l'établissement de santé de rattachement.

Elles mettent en place des actions de prévention et d'éducation en santé, la coordination avec les soins en milieu hospitalier, ainsi que la continuité des soins à la sortie de la détention.

Depuis la loi du 18 janvier 1994 et le décret n°94-929 du 27 octobre 1994, la prise en charge sanitaire des personnes détenues est passée du service public pénitentiaire au service public hospitalier, comme expliqué au-dessus.

Les soins sont définis selon le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de la justice. (46)

Ils sont principalement ambulatoires (somatiques et psychiatriques), de niveau 1, et réalisés au sein de l'Unité Sanitaire. Les soins de niveau 2, correspondent aux hospitalisations psychiatriques à temps partiel, au sein des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et les soins de niveaux 3 correspondent aux hospitalisations à temps complet, assurées par les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) pour les hospitalisations somatiques de moins de 48 heures et par les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les soins psychiatriques.

Les soins sont assurés par le personnel soignant et la sécurité par le personnel pénitentiaire.

Les soins addictologiques sont prodigués par l'ensemble des acteurs de l'Unité Sanitaire, du repérage à l'entrée, à la prise en charge tout au long de l'incarcération, et par les partenaires extérieurs, décrits plus loin dans la thèse.

I.2.2.5.1.1.2. Les différentes étapes de la prise en charge

Un questionnaire de repérage des conduites addictives à l'entrée en détention se trouve en annexe de l'**instruction DGS/MC2/DGOS/R4 n° 2010-390 du 17 novembre 2010** (47) relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. Cette instruction décrit la prise en charge globale de la personne détenue avec une conduite addictive, du repérage à sa sortie de détention.

Tout d'abord, le **repérage**.

Il est effectué par les professionnels médicaux lors de la visite médicale d'entrée obligatoire. Cette visite se fait généralement dans les premiers jours d'incarcération.

Pendant cette consultation, un bilan de santé est établi avec le consentement de la personne détenue. Un bilan de sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac est réalisé.

Il sera également vérifié s'il y a une éventuelle prise d'un traitement relatif ou non à l'addiction. On peut également repérer une personne détenue avec une conduite addictive tout au long de sa détention.

La personne détenue sera dirigée, en première consultation, vers des professionnels spécialisés, en réponse à cet entretien.

Ensuite, on passe au **diagnostic**.

Il est défini par un professionnel médical spécialisé en addictologie, souvent le médecin addictologue, qui va mettre en place un projet de soins personnalisé et adapté aux besoins et aux problématiques du patient.

Un bilan médico-psycho-social est réalisé afin de prendre en charge de la meilleure des manières les personnes détenues souffrant d'addiction.

La partie médicale, correspondra à l'examen clinique du sujet, ses antécédents familiaux, ses pathologies concomitantes et son historique de la toxicomanie.

L'aspect psychologique sera abordé avec la biographie du sujet, ses relations familiales, et interpersonnelles, ses carences identitaires éventuelles ou imaginaires, ses comorbidités psychiatriques et trait de sa personnalité.

Au niveau social, le contexte scolaire ou professionnel de la personne détenue sera étudié, ainsi que son mode de vie, sa couverture sociale et l'aspect judiciaire de sa condamnation.

Ceci permet donc la mise en place du **projet de soins**.

Il sera adapté au patient et à sa problématique. C'est à ce moment que de nombreux professionnels de santé vont venir compléter l'arsenal médical encadrant le patient, afin de lui apporter toute l'aide possible. Les différentes consultations (psychologues, médecin addictologue...), les prescriptions et délivrance d'un éventuel traitement de substitution par le pharmacien. Les soins ou l'accompagnement lors de la prise du traitement par les infirmiers par exemple. La prise en charge des différentes comorbidités (somatiques et/ou psychiatriques) par le médecin généraliste et/ou le psychiatre.

L'incarcération est une expérience éprouvante pour les personnes détenues et il n'est pas rare que des pathologies psychiatriques fassent leur apparition en détention (angoisse, dépression...). La difficulté de la vie en incarcération est notamment l'une des raisons évoquées par les détenus pour justifier de l'utilisation de substances psychoactives, les aidant, selon leurs dires, à oublier quelques temps leur situation. Le milieu carcéral est un lieu riche en population dépendante et c'est alors un accès facilité aux « tentations ».

Le rôle des professionnels de santé est alors primordial pour encadrer le détenu afin d'éviter qu'il ne « s'auto-médique » seul.

Au cours de l'incarcération, le sevrage est une des étapes qu'il ne faut pas négliger. La dépendance aux opiacés est repérable assez facilement en raison des symptômes très visibles de son sevrage. Ainsi, cette période sera propice à la mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés, si l'addiction n'a pas été vue précédemment.

Il est primordial de prendre en compte les comorbidités des personnes détenues lors de la mise en place des TSO, notamment s'il y a une consommation de benzodiazépines.

Et enfin, la **préparation à la sortie**.

Il faut mettre en relation le patient avec des professionnels extérieurs pour l'accompagner et pouvoir assurer une continuité des soins lors de sa sortie.

Selon les cas, les professionnels de l'Unité Sanitaire pourront éventuellement mettre en place assez tôt des contacts avec des professionnels du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), avec des appels téléphoniques et même parfois des permissions de sortie. Dans d'autres cas si la question d'une possible overdose à la sortie se pose, on pourra évoquer la délivrance de naloxone (antidote), qui sera faite par l'Unité sanitaire du milieu pénitentiaire, et qui sera en lien avec la continuité des soins à l'extérieur.

I.2.2.5.1.2. Les partenaires extérieurs

Les partenaires extérieurs sont très nombreux et leurs actions sont variées. Ils sont constitués d'équipe de soins pluridisciplinaires, et certains vont intervenir au sein de la structure carcérale pour diverses actions et travailler en collaboration avec l'Unité Sanitaire.

Ils ont un rôle indispensable notamment à la sortie de détention afin d'encadrer le patient vers une continuité des soins, et lui permettre d'obtenir un lieu d'accueil et d'accompagnement lors de ses nouveaux pas à l'extérieur.

Dans cette thèse, je vais me limiter à décrire les partenaires extérieurs intervenants au sein du centre de détention d'Uzerche.

I.2.2.5.1.2.1. CSAPA

Un CSAPA est un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie créé par la loi du 2 janvier 2002, ayant pour missions d'aider les personnes démunies face à leur addiction qu'elle soit légale ou non et quelle porte ou non sur une substance.

Ils sont gérés par un établissement de santé ou par une association, et fonctionnent en ambulatoire et également en hébergement. Ceci permet une certaine **proximité** qui aide énormément les patients en détresse.

Ce sont des centres présents sur tout le territoire français, il y a par exemple 72 CSAPA en Ile-de-France, 5 en Limousin dont 2 en Haute-Vienne.

Les CSAPA sont des structures qui vont assurer des missions de prévention, et de soins pour les patients addicts.

La **pluridisciplinarité** de ces centres est un atout considérable dû à une vision et une action globale qui résultera de la mise en relation des capacités de chacun des professionnels.

Les CSAPA apportent une **prise en charge globale** pour chaque patient addict, et pour chaque addiction, avec un **accompagnement sur du long terme** du patient et de son entourage. Ils prennent en compte chacune des addictions du patient.

Les CSAPA disposent de missions obligatoires et de missions facultatives :

- Missions obligatoires :
 - ✓ L'accueil
 - ✓ L'information
 - ✓ L'évaluation médicale, psychologique et sociale
 - ✓ La prise en charge avec le projet de réduction des risques
 - ✓ La prévention

Ils interviennent en maison d'arrêt depuis 1978.

Récemment, un nouvel acteur de la prise en charge des personnes détenues a été créé, par le Plan d'actions stratégiques de 2010-2014, relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice : les CSAPA référents carcéraux.

Cette équipe pluridisciplinaire (infirmiers, psychiatre addictologue, assistants sociaux...) va avoir pour rôle d'accompagner la personne détenue et de la préparer à la sortie.

Le rôle final des CSAPA est d'assurer une continuité des soins qui reste très souvent difficile. Le lien dehors-dedans est souvent brisé à la sortie de détention et c'est un risque très important de rupture des soins, et de rechute.

Au sein du centre de détention d'Uzerche, le CSAPA référent est l'« Association Addictions France » (anciennement appelé, ANPAA), se composant d'un médecin addictologue et d'une assistante sociale.

Les CSAPA peuvent également diriger les patients vers d'autres structures d'aide.

Pour se faire une autre structure d'aide est très utile aux personnes addicts, ce sont les CAARUD.

I.2.2.5.1.2.2. CAARUD

Un CAARUD est un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues.

Selon les données fournies par l'OFDT de 2019, (1) : près de 80 000 personnes ont intégré les CAARUD, en 2016.

Parmi ces usagers, 8 sur 10 étaient des hommes, en situation de précarité, avec une forte morbidité psychiatrique et un usage de multiples substances.

Si l'on s'intéresse à la totalité des usagers des CAARUD, 21,5 % n'ont aucun revenu, et 59,5 % ont seulement un revenu social.

En 2015, les substances les plus consommées par ces usagers, sont les médicaments psychotropes à 76 %, le cannabis à 75 % et l'alcool à 71 %. ¾ d'entre eux ont consommé un opioïde, cette année-là.

Il y a de nombreux établissements sur le territoire français, notamment 18 en Ile-de-France et 1 en Limousin à Limoges.

Ces structures proposent :

- L'accès à l'hygiène dans les centres avec des salles de bain, des toilettes, des machines à laver
- La réinsertion sociale, en aidant les usagers à trouver un logement, un travail par exemple, les renseigner sur leurs droits
- Des actions de prévention, sur le dépistage des infections transmissibles par exemple
- La mise à disposition de matériels stériles et adaptés pour prévenir les infections
- Un rapport de proximité avec les usagers, dû aux centres qui se situent dans les villes et grâce aux intervenants qui y travaillent
- Un rôle de médiation sociale afin que les usagers puissent s'intégrer dans leur quartier et diminuer les nuisances dues aux drogues
- Un rôle de formation : ils disposent en leur sein, du médicament d'urgence, la Naloxone® et forment les utilisations de drogue à son usage.

Ces lieux sont un moyen de pouvoir se retrouver avec des intervenants qui sont à l'écoute et qui font tout leur possible pour apporter une amélioration dans la qualité de vie de ces usagers et leur inculquer la politique de réductions des risques.

Le CAARUD de Limoges, que j'ai eu la chance de visiter est un endroit accueillant et bienveillant pour ces usagers qui sont en recherche d'aide et de soutien. Ils y trouvent un lieu propre, adapté aux besoins avec une salle de bain et des toilettes, une petite cuisine et une machine à laver afin de pouvoir prétendre à une réinsertion sociale ou tout simplement ressentir un soutien. Le CAARUD de Limoges intervient sur des actions d'éducation à la santé au sein du centre de détention d'Uzerche, ils m'ont aidé lors de mon travail de thèse. Ils disposent de personnels associatifs, appartenant à l'association AIDES.

I.2.3. Le centre de détention d'Uzerche

I.2.3.1. Description du centre

Le centre de détention d'Uzerche se situe dans le département de la Corrèze, en Nouvelle-Aquitaine. Il a une capacité de 600 personnes détenues masculines majeures, recevant les condamnés arrivants d'un autre établissement pénitentiaire.

Cet établissement a été ouvert en 1990, et se situe à 35 km de Tulle, 30 km de Brive la Gaillarde et 60 km de Limoges.

Il est rattaché à la Cour d'Appel de Limoges et au Tribunal judiciaire de grande instance de Tulle et de Brive la Gaillarde.

Au niveau interrégional, ce sont les services pénitentiaires de Bordeaux, qui en ont la direction.

Le centre dispose de deux cellules adaptées pour les personnes à mobilité réduite.

Le centre de détention d'Uzerche appartient à la catégorie d'établissement pénitentiaire dont le but est la préparation à la sortie.



Figure 16 : Photographie de l'entrée du centre de détention d'Uzerche

Au sein de cet établissement, plusieurs instances y sont représentées :

- Les instances publiques composées de personnels de surveillance, socio-éducatif (éducateurs, CIP (= conseillers d'insertion et de probation), assistante sociale), administratifs, scolaires et de direction
- Les instances privées, avec le personnel technique, administratif, formateur
- Diverses associations intervenantes au sein du CD, ...
- Le CH de Tulle

Plusieurs activités sont proposées aux personnes détenues :

- Du travail en atelier ou au service général sur une surface de 2680 m²
- Des formations professionnelles
- Un enseignement et une préparation aux diplômes/examens
- Des activités culturelles et sportives en collaboration avec des associations

Mon passage au sein de cet établissement pénitentiaire, s'est tourné principalement sur l'Unité Sanitaire.

I.2.3.2. L'Unité sanitaire au sein du centre de détention d'Uzerche

- Les locaux :

Les locaux de l'Unité Sanitaire se situent au sein de l'établissement et l'Administration Pénitentiaire en gère la maintenance.

Ils se composent :

- De la pharmacie, et d'une salle de préparation
- D'une salle de soins, un bureau pour les infirmières ou infirmiers
- D'une salle de dentisterie
- De bureaux de consultations (médecin, infirmier)
- D'une salle d'urgence
- De 3 salles d'attente
- D'une salle de repos
- D'un bureau de surveillant pénitentiaire de l'Unité Sanitaire
- D'une salle de réunion
- D'un bureau de cadre
- D'un bureau de l'Adjoint Administratif

- Les soins :

Les soins aux personnes détenues sont assurés par du personnel du centre hospitalier de Tulle et d'Eygurande.

Les soins somatiques dépendent du centre hospitalier de Tulle, où se déroulent les consultations d'urgence et d'hospitalisation de courte durée.

Quant aux hospitalisations programmées, de plus de 48 heures, elles se font à l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Bordeaux.

En ce qui concerne, les soins psychiatriques, ils sont assurés par une équipe du centre hospitalier psychiatrique d'Eygurande.

L'Unité Sanitaire du CD d'Uzerche accueille les patients :

- Du lundi au vendredi de 8h45 à 17h00 sur rendez-vous ou en urgence
- Et les week-ends et jours fériés de 8h45 à 11h30 et de 14h30 à 17h30

En dehors de ces horaires, la prise en charge se fait par le 15, après appel du personnel pénitentiaire.

- Le personnel :

Le personnel du CD est le suivant :

- Intervenants médicaux : médecins généralistes, psychiatre, dermatologue, dentiste, médecin addictologue, pharmacien, médecins infectiologues ...
- Intervenants paramédicaux : IDE, psychologues, kinésithérapeutes, préparatrice en pharmacie, ...
- Intervenants administratifs et sociaux : assistante sociale, éducatrice spécialisée, adjoint administratif hospitalier ...
- Intervenants de l'administration pénitentiaire : surveillant pénitentiaire, agent d'entretien ...

I.2.3.3. La prise en charge des usagers de drogues au sein de l'établissement

Pour débiter, à l'arrivée dans l'établissement, les personnes détenues vont avoir une visite médicale d'entrée, dans les 48 heures suivants leur accueil.

Des rendez-vous ultérieurs pourront être donnés, ou demandés par la personne détenue en envoyant un courrier à l'Unité Sanitaire.

I.2.3.3.1.1. Les TSO

Au sein du CD d'Uzerche, les traitements de substitution proposés sont la buprénorphine haut dosage et la méthadone.

La délivrance de la buprénorphine est adaptée selon les profils des personnes détenues. Elle est faite soit en prise surveillée quotidienne ou bi-hebdomadaire (mardi et vendredi).

En ce qui concerne la méthadone, les patients doivent venir la prendre tous les matins à l'Unité Sanitaire à 9h00.

I.2.3.3.1.2. Actions de RdR

De nombreuses actions sont développées au sein de l'établissement afin de promouvoir la politique de RdR, le bon usage des médicaments et l'éducation à la santé. L'association AIDES par l'intermédiaire du CAARUD vient régulièrement faire des interventions au sein du CD.

II. Travail personnel

II.1. Contexte

Mon travail a été réalisé sur le thème des traitements de substitution aux opiacés et leur mésusage en milieu carcéral.

En accord avec les projets d'éducation à la santé de l'Unité Sanitaire du centre de détention d'Uzerche, nous avons réalisé, avec l'aide de la pharmacienne Caroline Guibaud, du centre pénitentiaire, un questionnaire visant à recueillir le point de vue des personnes détenues mésuseuses, sur la cinétique du mésusage des traitements de substitution aux opiacés.

De cette manière, nous souhaitons comprendre leurs pratiques, afin de pouvoir les aider au mieux à améliorer la prise de leur traitement de substitution aux opiacés, tout en étant dans une démarche de bon usage et de réduction des risques face à ce mésusage.

II.2. Méthodologie

II.2.1. Autorisations

Afin que le projet puisse voir le jour, je me devais d'obtenir plusieurs autorisations auprès de la Direction de l'administration pénitentiaire :

- Une autorisation d'entrée dans les locaux, pour moi-même.
- Une autorisation d'entrée dans les locaux, pour le matériel : dictaphone et ordinateur portable.

Au cours de mon travail, d'autres validations ont été demandées sur les documents créés.

II.2.2. Sélection des patients

La sélection des patients a été réalisée avec l'aide du médecin addictologue de l'Unité Sanitaire du centre de détention, le Docteur Metivier, et la pharmacienne Caroline Guibaud, avec pour critères :

- Patients traités par Buprénorphine
- Susceptibles de nous parler librement de leur mésusage
- Patients ouverts au dialogue, afin de rendre la conversation et le recueil d'informations plus riches
- Patients ne sortant pas de détention avant le mois de juillet 2019, en raison de la réalisation des entretiens individuels entre mars et juillet 2019

La sélection nous a permis d'obtenir dix participants à notre projet. Après un refus et une sortie anticipée de détention, une nouvelle sélection a permis l'obtention de dix participants finaux, anonymisés de Patient A à J.

II.2.3. Rédaction du guide d'entretien

Un guide d'entretien découpé en quatre parties a été rédigé dans le cadre de cette thèse. Ce guide s'inspire du modèle d'une première consultation d'addictologie. Les aspects médico-psycho-social sont abordés dans la première partie du questionnaire.

La seconde partie sur le mésusage a été rédigée selon la méthode Q Q O Q C C P (Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Combien et Pourquoi).

Cette méthodologie semblait très pertinente pour la récolte d'informations exhaustives lors de la mise en place d'un projet. Les questions de la suite du guide d'entretien sont un mélange de questions ouvertes (permettant le dialogue) et de questions fermées (facilitant l'étude des résultats).

Les parties 3 et 4 du guide concernent l'usage des traitements de substitution aux opiacés avec une dernière partie plaçant le patient en position d'expert.

Le guide d'entretien se trouve en annexe 1.

II.2.3.1. Partie I du guide d'entretien : Bilan personnel

Nous désirions que les personnes détenues puissent se présenter librement afin de faciliter la discussion. Nous voulions essayer de réduire le cadre « soignant-patient ». Cette présentation d'eux-mêmes, nous a permis de mieux les connaître et de les mettre plus à l'aise pour la suite de l'entretien.

Dans ce bilan, sont abordés :

1. Les antécédents médicaux (maladie chronique, intervention chirurgicale, infections (VIH, VHC...) et leur traitement à l'heure actuelle
2. Les antécédents psychiatriques
3. Le bilan social (travail, formations, logement et famille)

II.2.3.2. Partie II du guide d'entretien : Addictologie

La suite du guide est tournée vers la consommation de drogues du patient.

Dans cette partie, nous voulions lister les différentes drogues utilisées par le patient tout au long de sa vie afin d'avoir une idée plus précise du rapport à l'addiction du patient, de manière temporelle et situationnelle.

Pour ce faire, nous avons réalisé un tableau récapitulatif permettant de retracer leur historique de prise de drogues.

II.2.3.3. Partie III du guide d'entretien : Traitement de substitution aux opiacés

Cette partie du guide abordait l'usage des traitements de substitution aux opiacés, et leur mésusage :

- La nature de leur traitement
- L'initiation du traitement (par qui, et où)

- Les voies d'administrations utilisées et/ou essayées
- Les effets indésirables ressentis pour les différentes voies d'administration
- La posologie utilisée
- Les autres produits utilisés avec une administration détournée

II.2.3.4. Partie IV du guide d'entretien : Avis d'expert

La dernière partie du guide visait à placer le patient en « expert », en recueillant son expérience de consommateur.

Cette position « d'expert » lui permettait de se sentir écouté et considéré autrement que comme un patient « malade ».

Les questions concernaient :

- La durée et le délai d'action de chaque voie d'administration utilisée
- Les effets positifs et négatifs de chaque voie d'administration utilisée
- Leur idée pour faciliter la bonne prise du traitement de substitution aux opiacés
- Et les conseils qu'il donnerait à un ami pour correctement prendre son traitement de substitution

II.2.4. Enregistrement des entretiens

II.2.4.1. Mise en place de l'enregistrement audio des entretiens

Désireuses de pouvoir obtenir des informations pouvant être retranscrites de la manière la plus juste possible, nous nous sommes interrogées sur l'enregistrement audio des entretiens. Nous avons décidé qu'il serait intéressant d'enregistrer la partie traitant des traitements de substitution aux opiacés ainsi que la partie « Avis d'expert », en raison de leur pertinence en rapport avec le sujet de thèse, mais aussi et surtout en raison de la présence de questions ouvertes dans ces parties.

Le début du questionnaire étant constitué essentiellement de questions fermées, il nous est paru inutile de les enregistrer, car la prise de notes était suffisante.

Nos enregistrements audios étaient anonymisés, car nous commençons l'enregistrement bien après la partie évoquant le nom de la personne détenue ou tout autre signe distinctif.

Ainsi, seuls les témoignages utiles à retranscrire « mot pour mot » dans la rédaction de la thèse ont été reproduits.

Notre entretien étant plus une discussion qu'un questionnaire, comme expliqué précédemment, l'enregistrement audio et la prise de notes nous ont permis de collecter des réponses complètes.

Le déclenchement de l'enregistrement audio s'est fait à partir de la question 3.6. de la partie III du guide d'entretien : « Quelle est la voie d'administration que vous utilisez ? ».

Nous avons utilisé un dictaphone prêté par le Centre Hospitalier de Tulle.

II.2.4.2. Rédaction du formulaire de consentement pour enregistrement sonore

Bien évidemment, l'enregistrement sonore des entretiens n'a pas été imposé aux participants. Nous leur avons expliqué l'intérêt de cette modalité pour la rédaction de ma thèse et nous leur avons demandé en début d'entretien, s'ils consentaient à être enregistrés. Pour se faire, ils devaient signer le formulaire de consentement rédigé par mes soins.

Chaque patient était libre de consentir ou non à l'enregistrement sonore. Ils ont tous accepté. J'ai rédigé ce questionnaire en m'inspirant du formulaire de consentement pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres, du Centre de santé et de services sociaux, de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Le formulaire de consentement se trouve en annexe 2.

II.2.5. Premiers entretiens « tests »

Afin de parfaire notre questionnaire, nous avons décidé de « tester » notre guide sur les deux premières personnes détenues vues en entretien (patient A et patient B).

Nous les avons convoquées, une première demi-journée, à une heure d'intervalle, afin d'évaluer le temps nécessaire pour chaque entretien. Ce test nous a permis de nous rendre compte que la durée de l'entretien variait considérablement en fonction du patient et de son désir de discussion à ce sujet.

Ces entretiens « tests » nous ont permis de voir, en conditions réelles, la pertinence de nos questions et de leur formulation, mais également, de définir le temps à consacrer à chaque rendez-vous. L'heure d'intervalle, entre chaque entretien, a été choisie afin de permettre de discuter suffisamment longtemps avec le participant.

A la suite de ce test, nous avons ajouté une question au niveau de la partie I. Bilan personnel: « Quelles formations avez-vous faites ? »

II.2.6. Réalisation des entretiens individuels

Trois personnes détenues ont été contactées pour venir lors d'une demi-journée, à une heure d'intervalle chacune, réaliser l'entretien individuel.

Un débrief a pu être réalisé entre chaque entretien, avec la pharmacienne, sur les données obtenues.

II.2.7. Analyse des enregistrements audios

L'analyse des enregistrements audios a été commencée dès le second entretien individuel.

L'écoute des enregistrements a été faite à la fin de chaque entretien, afin de retranscrire les phrases pertinentes énoncées par les patients.

Le dictaphone ne pouvant pas sortir des locaux, il m'a fallu écouter et retranscrire les enregistrements dans la pièce dédiée aux entretiens, lors de ma présence dans l'établissement.

II.2.8. Résultats

II.2.8.1. Résultats des entretiens individuels

Nous avons rencontré les dix personnes détenues, anonymisées de A à J, en entretiens individuels d'avril 2019 à septembre 2019.

Les entretiens suivants se sont déroulés comme suit :

- Le 8 avril 2019 : entretiens de deux patients
- Le 24 avril 2019 : entretiens de trois patients
- Le 03 juin 2019 : entretiens de trois patients
- Le 22 juillet 2019 : entretiens des deux derniers patients

Il s'agit d'**hommes**, d'âge moyen **40,4 ans**.

La rédaction des résultats est calquée en suivant le plan du guide d'entretien.

La retranscription des données obtenues est faite en fonction des informations récoltées. Pour ce faire, si un participant n'a pas répondu à l'une des questions posées, il ne se retrouvera pas dans les résultats de cette question.

J'ai préféré faire le choix de présenter les résultats tels qu'ils m'ont été décrits et non de les interpréter. Leur analyse se trouve dans la partie Discussion de la thèse.

Je précise à la suite de chaque résultat, le nombre de répondants.

II.2.8.2. Partie I. Bilan personnel

- Antécédents médicaux et/ou psychiatriques :

Les éléments de réponses des questions 1 : « **Quels sont vos antécédents médicaux ?** » et 2 : « **Comment vous sentez-vous ? Avez-vous des antécédents psychiatriques ?** » du guide d'entretien, sont :

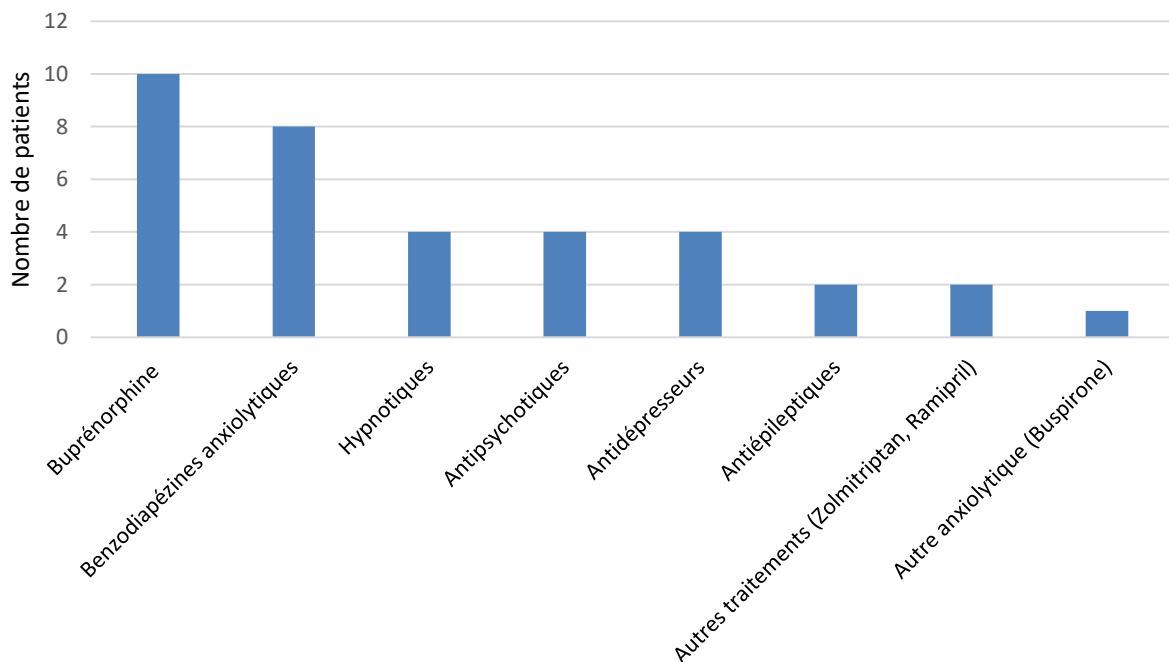
- ➔ 4 patients ont des antécédents médicaux :
 - Traumatisme crânien (*Patient A*)
 - VHC guéri (*Patient B*)
 - Epilepsie et VHC guéri (*Patient D*)
 - VHC guéri, plusieurs hernies, plusieurs traumatismes crâniens (*Patient H*)
- ➔ 4 patients ont des antécédents psychiatriques :
 - Plusieurs internements pour consommation d'alcool et de stupéfiants (depuis ses 5 ans) et Schizophrénie mais jamais interné ou traité pour ce trouble (*Patient A*)
 - Cures pour dépendance aux stupéfiants (*Patient B*)
 - Cure pour dépendance à l'alcool (*Patient C*)
 - Cure (cause non précisée) (*Patient I*)

Les deux autres patients n'ont déclaré aucun trouble médical ni psychiatrique.

- Leur traitement à l'heure actuelle :

Cette partie regroupe deux questions du guide d'entretien : « **Prenez-vous un traitement à l'heure actuelle ?** » et « **Prenez-vous régulièrement votre traitement ?** ».

Graphique 1 : Les traitements consommés par les patients interrogés



Les traitements utilisés par les patients, en dehors de leur traitement de substitution aux opiacés, sont en grande majorité des traitements anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, et antipsychotiques.

En ce qui concerne les benzodiazépines anxiolytiques, on retrouve :

- Valium ® (Diazépam)
- Lexomil ® (Bromazépam)
- Xanax ® (Alprazolam)
- Temesta ® (Lorazépam)

Les hypnotiques :

- Stilnox ® (Zolpidem)
- Imovane ® (Zopiclone)

Les antipsychotiques :

- Tercian ® (Cyamémazine)
- Loxapac ® (Loxapine)

Les antidépresseurs :

- Mirtazapine
- Miansérine

- Paroxétine

Les antiépileptiques :

- Valproate de sodium
- Prégabaline

En moyenne, chaque patient prend **3,8 médicaments**.

90% des patients ont répondu être **réguliers** dans la prise de leurs traitements.

L'un d'entre eux a déclaré être régulier grâce à la prise surveillée et deux autres ont mentionné la délivrance quotidienne comme aide à leur régularité de prise.

- Bilan social :

Cette partie regroupe les questions suivantes :

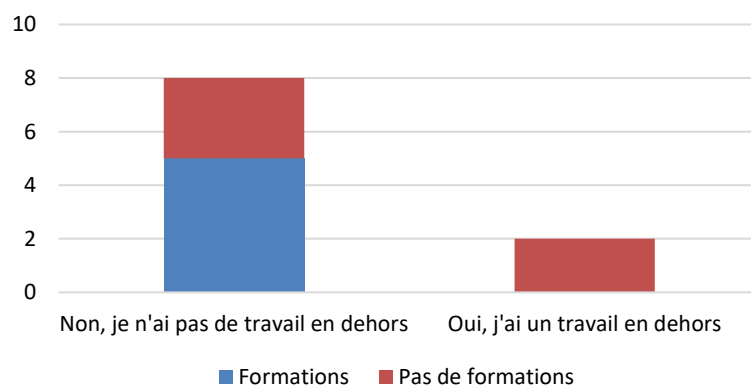
- « Avez-vous un logement ? »
- « Avez-vous un travail en dehors de la prison ? » et « Avez-vous fait des formations ? »
- « Avez-vous une couverture sociale ? »
- « Etes-vous en lien avec votre famille ? »

- Logement :

- 8/10 déclarent ne pas avoir de logement.
- 1/10 a un logement.
- Le dernier n'est pas certain de ne pas avoir été expulsé.

- Travail et formations :

Graphique 2 : Avez-vous un travail en dehors de la prison ? Avez-vous fait des formations au sein du centre de détention ?

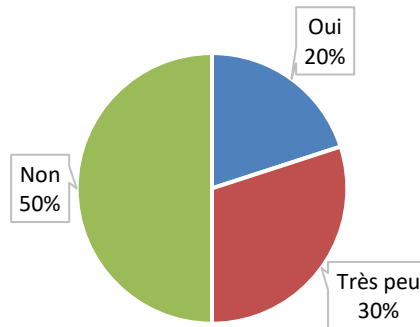


- Couverture sociale :

70 % déclarent avoir une couverture sociale, la CMU.

○ Relations familiales :

Graphique 3 : Êtes-vous en lien avec votre famille ?



II.2.8.3. Partie II : Addictologie

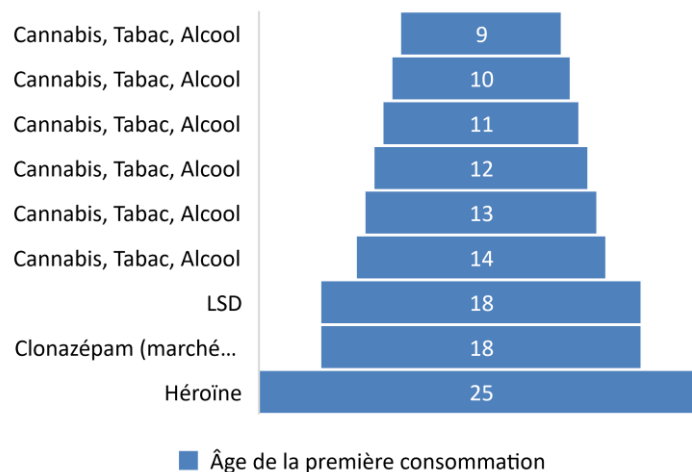
Pour cette partie, nous leur avons simplement demandé : « **Pouvez-vous nous parler de votre consommation de drogues ?** »

Le tableau du guide d'entretien, nous a permis d'organiser les réponses des patients. Nous pouvions lister les différentes drogues testées avec le contexte, la voie d'administration, la durée de prise (depuis quand et jusqu'à quand), et les éventuels effets positifs et négatifs ressentis lors de la consommation de ces drogues.

Grâce aux informations obtenues, j'ai rédigé les différents tableaux récapitulant les données.

- Âge de la première consommation de drogues :

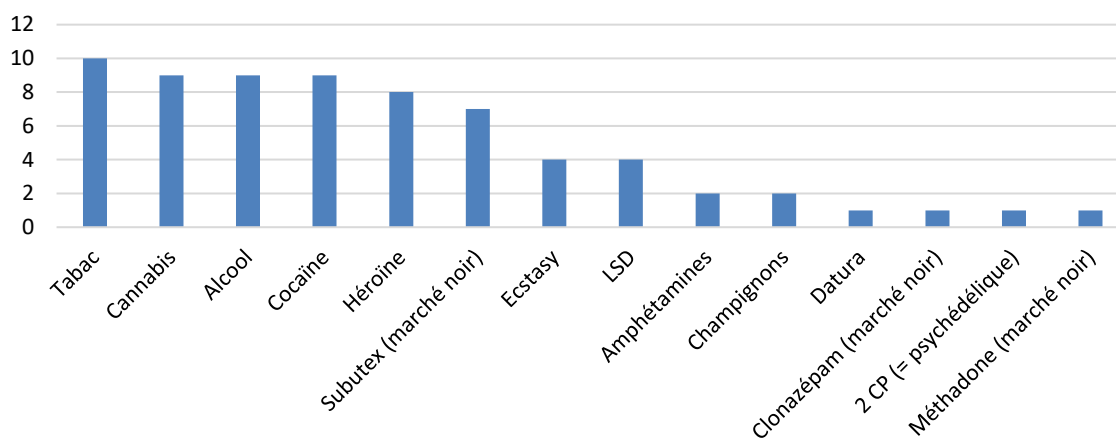
Graphique 4 : L'âge de la première consommation de drogues pour chaque patient et le ou les produits incriminés



L'un des patients n'a pas mentionné précisément l'âge de sa première consommation de drogues, il ne se retrouve donc pas dans le graphique.

- Différents produits testés :

Graphique 5 : La proportion des produits testés par les participants



- Contexte de la première prise de produits stupéfiants :

Tableau 9 : Contexte de la première prise de produits stupéfiants

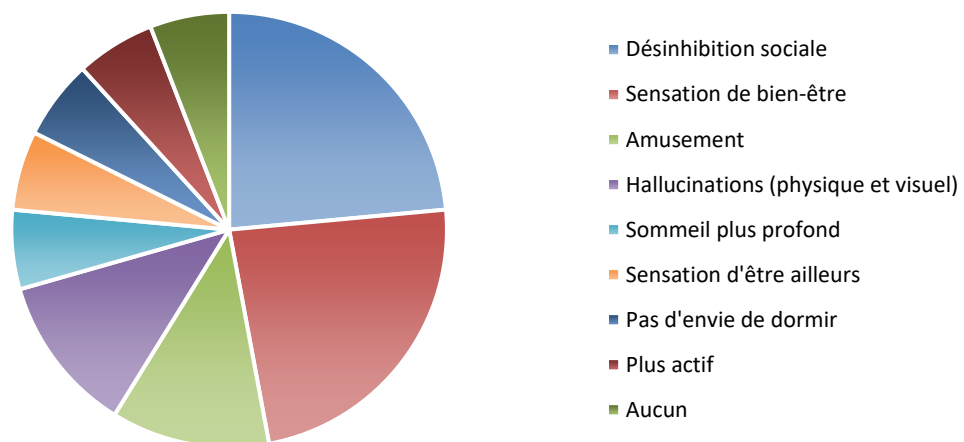
Patients	Produit consommé	Âge de la première prise de drogue	Contexte de prise
Patient A	Cannabis	12	Son grand frère le fait essayer.
Patient B	Cannabis	13	Avec des amis
Patient D	LSD	18	En fête teknival
Patient E	Héroïne	25	Un ami le fait essayer.
Patient F	Clonazépam (marché noir)	18	Pour désinhibition sociale
Patient G	Cannabis	11	Avec des amis
Patient I	Cannabis	14	Avec des amis car déception amoureuse

La question du contexte de la première prise de drogue ne leur a pas été posée directement. Certains d'entre eux, nous l'ont expliqué de leur propre initiative, ce qui explique l'absence de certains patients dans ce tableau (patients C, H et J).

Nous avons pu voir apparaître que des **éléments marquants** de la vie personnelle du patient étaient en lien avec le commencement ou l'arrêt d'une ou plusieurs substances.

- Effets positifs ressentis par la prise de drogue :

Graphique 6 : Les effets positifs ressentis par la prise de drogue

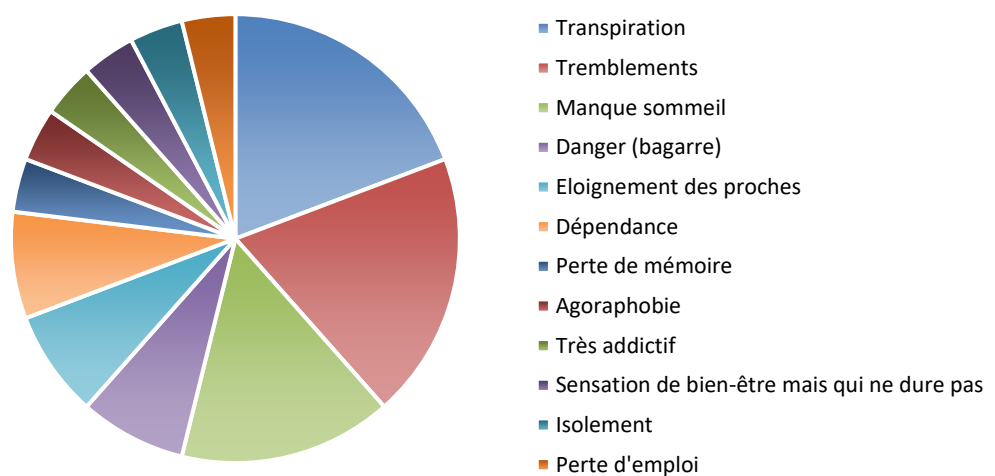


Ce graphique représente la proportion des effets positifs ressentis par la prise de drogue, énoncés par les patients, toutes drogues confondues.

Les proportions ont été calculées en fonction du nombre de fois que chaque « effet » a été mentionné par les patients.

- Effets négatifs ressentis par la prise de drogue :

Graphique 7 : Les effets négatifs ressentis par la prise de drogue

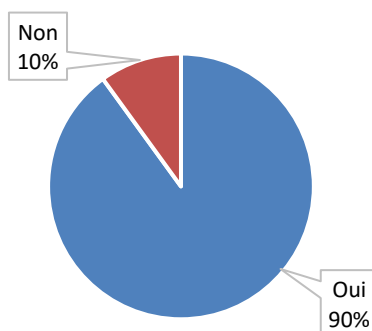


Ce graphique représente la proportion des effets négatifs ressentis par la prise de drogue, énoncés par les patients, toutes drogues confondues.

Les proportions ont été calculées de la même manière que pour le graphique des effets positifs ressentis par la prise de drogue ci-dessus, en comptant le nombre de fois que chaque effet a été cité.

- Consommation de produits stupéfiants dans l'enceinte du centre de détention :

Graphique 8 : La prise de produits stupéfiants à l'heure actuelle dans l'enceinte du centre de détention?



Les patients ayant déclaré prendre à l'heure actuelle des produits stupéfiants dans l'enceinte du centre de détention, ont seulement mentionné **la présence de Cannabis, Subutex, Héroïne et Cocaïne** dans les locaux.

Certains patients, nous ont parlé de la différence de prix des produits stupéfiants échangés en prison par rapport à l'extérieur.

Tableau 10 : Comparatif des prix déclarés des produits stupéfiants à l'intérieur du centre de détention par rapport à l'extérieur

Patients	Produits	En prison	A l'extérieur
Patient E	Cocaïne	80 – 100 € le g	40 – 50 € le g
Patient A	Cocaïne	70 € le g	120 € le g
Patient D	Cocaïne	40 € le g	<i>Non renseigné</i>
Patient A	Alcool	70 € les 30 ml de Cognac/Whisky	40 € les 1 L de Cognac/Whisky
Patient B	Buprénorphine	« Que des échanges, pas de vente » <u>Il y a quelques années :</u> 160 € le comprimé <u>Maintenant :</u> 3 à 5 € le comprimé	<i>Non renseigné</i>

II.2.8.4. Partie III. Traitements de substitution aux opiacés

Tous les patients vus en entretien sont sous Buprénorphine.

Cette partie regroupe les questions suivantes : « **Quel est votre traitement ?** » « **Quelle est la posologie ?** ».

Dans le tableau suivant, je différencie, la posologie utilisée et la posologie prescrite, car la plupart d'entre eux ne suivent pas leur prescription.

Tableau 11 : Comparaison des posologies prescrites et utilisées, du traitement de substitution aux opiacés (Buprénorphine) des patients

Patients	Posologie du traitement de substitution aux opiacés (Buprénorphine) <u>prescrite</u>	Posologie du traitement de substitution aux opiacés (Buprénorphine) <u>utilisée</u>
Patient A	8 mg / j	6 à 10 mg / j <i>minimum</i>
Patient B	12 mg / j	12 mg / j
Patient C	16 mg / j	12 mg / j
Patient D	10 mg / j	16 mg / j
Patient E	12 mg / j	4 mg / j
Patient F	4 mg / j	8 mg / j
Patient G	10 mg / j	12 mg / j (<i>voir plus</i>)
Patient H	9 mg / j	6 mg / j
Patient I	12 mg / j	6 mg / j
Patient J	6 mg / j	6 mg / j

Nous avons questionné les patients pour savoir qui avait prescrit les traitements de substitution aux opiacés la première fois et depuis quand.

La moitié des patients ont commencé leur traitement à leur entrée en prison.

L'un d'entre eux a reçu sa première prescription par un médecin en cure de désintoxication, et les quatre autres par un médecin généraliste.

Parmi les **40 % ayant eu une prescription** par leur médecin généraliste, **seulement 50 %** disent l'avoir pris correctement et les **50 autres pour cent** déclarent l'avoir utilisé pour la **revente ou le dépannage** lors de signes de manque.

En moyenne, cela fait 9,1 ans que ces patients ont bénéficié de leur première prescription de traitement de substitution aux opiacés.

Certains des patients, nous ont parlé de leur traitement de substitution aux opiacés et de leur façon de l'appréhender :

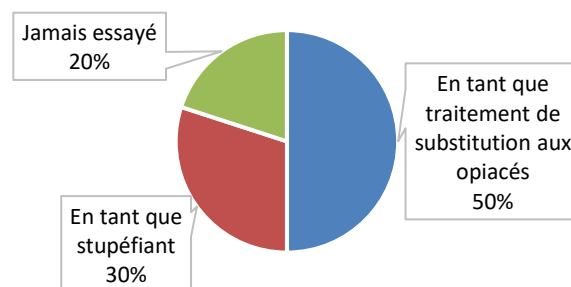
- Patient G :
 - « Pendant, deux, trois jours, je peux m'en passer. Parfois, pendant trois jours, ça passe comme une lettre à la poste, je dors bien, pas de transpirations, pas de trucs bizarres »
 - « Je sais très bien que si pendant une semaine, je ne prends rien du tout, j'arrête. **Mais, je n'ai pas le truc qui fait que tac, c'est le moment où il faut.** »
 - « Pour l'instant, je ne suis pas encore dans l'optique d'arrêter. »
 - « Ça fait une quinzaine d'années maintenant, **il est peut-être temps, mais c'est compliqué** quand même, parce que même si je ne prends rien **il y a toujours du monde que je vais croiser**, c'est ça le problème, que ce soit ici ou même dehors. »
- Patient H :
 - « **Moi je trouve que c'est une faiblesse de prendre un traitement de substitution, car c'est se remettre dans une dépendance de quelque chose et ce n'est pas bien.** »
 - « Quand on arrête la drogue, on arrête complètement ou on n'arrête pas. »

Nous avons ensuite abordé deux questions :

« **Avez-vous essayé un autre traitement de substitution aux opiacés avant ?** » « **Si oui, lequel ?** »

- Essai d'autres traitements de substitution aux opiacés :

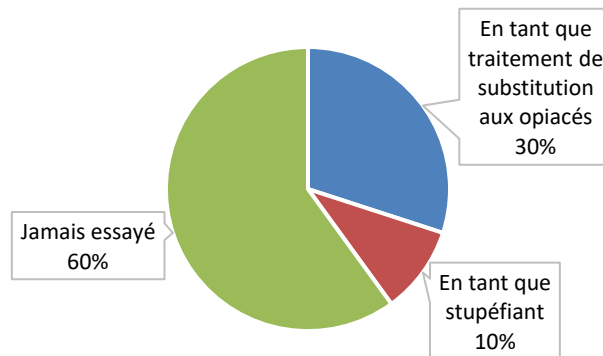
Graphique 9 : Essai de la Méthadone



Que pensent-ils de la Méthadone ?

- Patient C :
 - « La Méthadone j'ai déjà essayé, un médecin en prison me l'avait mis car je prenais trop de Sub' (16 mg) [...] je suis descendu à 0 mg en 15 jours et après je suis retombé dans le Sub' car un collègue m'en a donné. »
- Patient E :
 - « La Méthadone j'ai essayé pendant un mois dans une maison d'arrêt car il n'y avait pas de Sub' [...] et on m'a repassé au Sub'. »
 - « Il n'y a pas de différence entre la Bupré et la Méthadone. »
- Patient G :
 - « Je préfère la Méthadone, mais c'est juste le fait que je n'ai pas envie de venir à 6h ou 7h tous les matins. »
 - « La Méthadone c'est mieux, pas de détournement possible. »
- Patient J :
 - « Je préfère le Sub' pour l'injecter. »

Graphique 10 : Essai de la Suboxone



Que pensent-ils de la Suboxone ?

- Patient D :
 - « La Suboxone ne s'injecte pas, ça fait une mélasse, donc je n'aime pas. »
- Patient G :
 - « La Suboxone, j'ai déjà essayé une fois, ce n'est pas bon c'est amer. »
- Patient J :
 - « La Suboxone, ce n'est rien de plus que le Subutex normal [...] mais c'est trop épais pour l'injecter. »

Enfin, nous les avons questionnés sur :

« **Pourquoi avez-vous initié un traitement de substitution aux opiacés ?** »

3/10 avaient le désir d'arrêter l'héroïne.

4/10 l'ont fait **en raison de leur entrée en détention.**

2/10 désiraient avoir quelque chose lors des moments de manque.

1/10 désirait faire le relais avec le Subutex qu'il se procurait dans la rue.

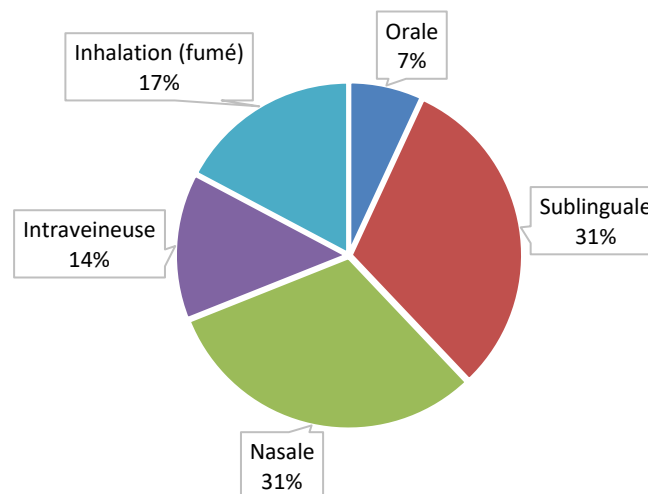
- Concernant la prise de Buprénorphine :

Les questions suivantes du guide d'entretien reposent sur la ou les voies d'administration de la Buprénorphine :

- « **Quelle est la voie d'administration que vous utilisez** » « **Si la réponse n'est ni orale, ni sublinguale, à quelle fréquence ?** » « **Pourquoi ?** »

Le graphique ci-dessous représente toutes les voies d'administration essayées pour la prise de Buprénorphine, et le pourcentage de patient ayant essayé chacune des voies.

Graphique 11 : Les voies d'administration utilisées pour la prise de Buprénorphine



Si l'on s'intéresse en détail aux voies d'administration régulièrement utilisées, on obtient les résultats suivants :

Tableau 12 : Le pourcentage des voies d'administration régulièrement utilisées et celui de celles essayées

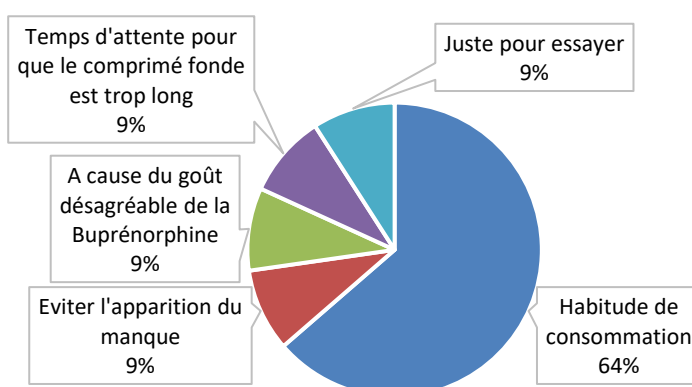
Voie d'administration	Utilisation régulière (%)	Essais (%)	Remarque
Inhalation	20 %	40 %	Aucune
Orale	0 %	20 %	Aucune
Intraveineuse	0 %	40 %	Aucune
Nasale	10 %	90 %	Aucune
Sublinguale	70 %	30 %	Les 30 % n'ayant fait que l'essai se plaignent du mauvais goût par cette voie.

Nous avons demandé aux participants : « **A quelle fréquence, n'utilisez-vous pas la voie sublinguale ?** »

- **50 %** ont déclaré avoir uniquement **essayé de temps en temps les autres voies**
- **40%** nous ont répondu qu'ils **utilisaient une autre voie d'administration, tous les jours.**
- Les 10% restants nous ont répondu qu'ils utilisaient 1 fois tous les 6 mois une autre voie d'administration que la voie sublinguale.

Nous leur avons demandé la raison pour laquelle ils n'utilisaient pas la Buprénorphine par voie sublinguale comme le décrivent les recommandations.

Graphique 12 : Pourquoi n'utilisez-vous pas la voie sublinguale ?



Que pensent-ils de la voie sublinguale ?

- Patient C :
 - « J'ai essayé la voie sublinguale parce que mon médecin m'a dit : Essayez sous la langue, vous verrez, ça mettra plus longtemps à venir mais ça fera effet plus longtemps. **J'ai essayé et il avait raison.** »
 - « Sous la langue, c'est dégueulasse. »
- Patient G :
 - « La voie sublinguale, c'est dégueulasse. »
- Patient I :
 - « Je préfère le sniffer que d'avoir le goût dégueulasse dans la bouche. »

Ils nous ont parlé de leur mésusage et de celui de leur entourage :

- Patient B :
 - « C'est juste que **je n'ai pas la motivation pour le prendre normalement**, ça va venir. »
- Patient C :
 - « J'ai déjà essayé de le fumer et j'ai trouvé ça dégueulasse, ce n'est pas bon, ça a un sale goût »
 - *Ça a un effet ?* « Pour moi ça ne fait rien [...] **ça ne se fume pas en fait.** »
 - « En sniff, je le faisais en une prise. » « Quand on le sniff on le sent direct, mais ça dure moins longtemps. »
- Patient D :
 - « Moi, j'ai connu des mecs en prison ils faisaient des traces comme ça, de toutes les couleurs, des cachetons, **ils ne savaient même plus ce que c'était.** Ils étaient dans des **états monstrueux**, mais voilà **c'était juste le fait de sniffer un truc quoi.** »

- Patient E :
 - « Quand je le sniffais, ça ne me faisait pas le même effet que sous la langue. Sous la langue, si je n'en prends pas d'une journée, je ne vais pas être trop trop mal le lendemain. »
 - « Quand je le sniffais, je le prenais le matin, et **le soir j'avais envie d'en reprendre.** »
- Patient G :
 - En sniff : « Rien que de l'écraser ou de l'avoir devant moi, psychologiquement ça va mieux. »
- Patient H :
 - « J'ai essayé de la sniffer, une fois, parce qu'on m'avait dit que ça faisait plus d'effets comme ça. »
 - « Je ne sens pas la différence quand j'en prend ou quand je n'en prends pas [...] juste je serais en manque, mais entre le sniff et sous la langue c'est pareil.»
 - « **La manie de sniffer c'est de la toxicomanie pure, je ne suis pas content de moi d'en prendre mais je suis content de moi d'en prendre par la voie sublinguale.** »

Nous avons ensuite demandé les effets indésirables ressentis lorsque les patients utilisaient les différentes voies d'administration.

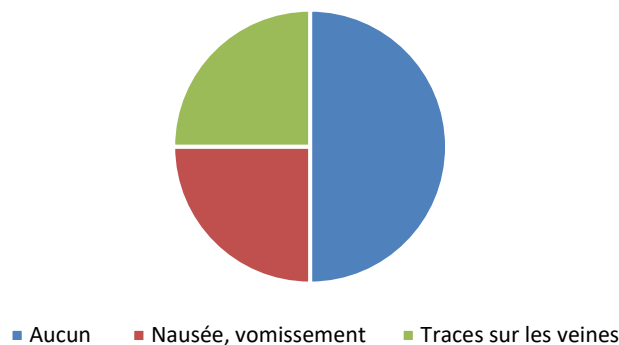
- Voie fumée :

- Patient F : Odeur désagréable de brûlé et apparition de gestes involontaires.

« Quand je suis sur le lit, je fais des gestes que je ne décide pas moi-même [...] ça commence à me faire peur. »

- Voie intraveineuse :

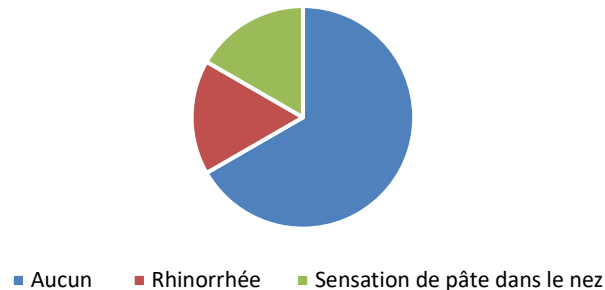
Graphique 13 : Les proportions des effets indésirables ressentis par les patients injectant la Buprénorphine



4 patients ont répondu à cette question.

- Voie nasale :

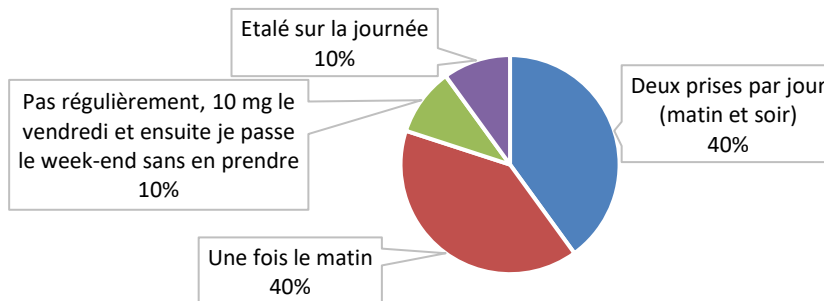
Graphique 14 : Proportions des effets indésirables ressentis par les patients sniffant la Buprénorphine



6 patients ont répondu à cette question.

Nous nous sommes intéressés à la posologie utilisée par les patients et plus particulièrement à leur consommation pluriquotidienne du traitement. Nous leur avons posé la question suivante : « **En combien de prise par jour, prenez-vous votre traitement ?** »

Graphique 15 : En combien de prise par jour, prenez-vous votre traitement ?



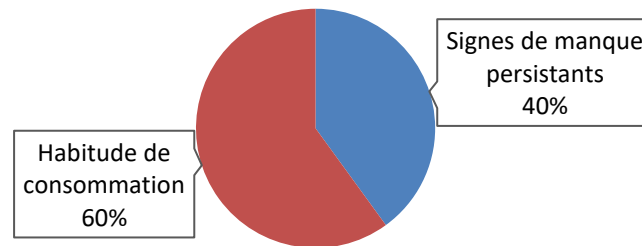
Voici certains de leurs dires concernant leur prise pluriquotidienne de leur traitement :

- Patient B :
 - « Je le prends en **plusieurs fois par jour** mon traitement, le matin pour partir bosser et l'après-midi avant de partir bosser, voilà [...] **ça me donne l'impression de pouvoir tenir** »
 - « Le fait de le prendre en deux prises, parfois ça m'arrive de le prendre un peu le soir, et après je ne dors plus »
 - « **En sublinguale je le prenais une fois**, c'était bien hein, **je dormais mieux d'ailleurs** »

- Patient D :
 - « Mon délire à moi : Je prends un 16, je prends 8 le matin et 8 le soir, comme ça, ça me remet bien pour ma soirée, **c'est mon petit plaisir à moi.** »

Nous leur avons demandé pour quelle raison, ils utilisaient pluri-quotidiennement leur traitement :

Graphique 16 : Quelle est la raison de votre consommation pluriquotidienne du traitement ?

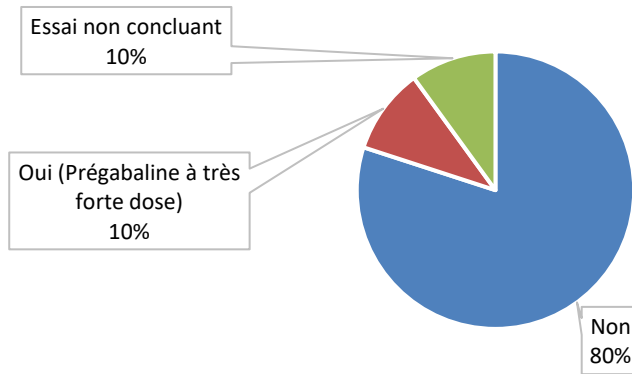


Ils nous ont parlé de leur manière de prendre leur traitement et de ce qu'ils en pensaient :

- Patient B :
 - « **C'est plus le geste**, je sais que si je ne fais pas ma trace mon corps va me faire comprendre qu'il est habitué à quelque chose »
 - « Après je pense que c'est au niveau du cerveau qu'il faut agir, mais en tout cas c'est le corps qui le fait comprendre »
 - « Dernièrement je suis resté trois mois en le prenant normalement, **c'est mieux je ne dis pas le contraire c'est mieux, mais j'ai recraqué [...] c'est une histoire de vice** »
 - « Il ne faut pas se le cacher ça reste un vice, **au départ c'était pour le plaisir maintenant non** »
- Patient D :
 - « Tout toxico', tout mec qui se shoote, **c'est le geste.** »
 - « En injection, ça va plus vite, c'est plus rapide, c'est sûr, **mais ça reste le geste, ce n'est rien d'extraordinaire c'est du Sub'.** »
- Patient J :
 - « Le sniffer je le fais plusieurs fois par jour **pour le geste.** »

Nous avons ensuite posé des questions sur leur mésusage éventuel d'autres traitements que le traitement de substitution aux opiacés : « **Prenez-vous d'autres produits pour potentialiser les effets du traitement de substitution aux opiacés ?** »

Graphique 17 : Prenez-vous d'autres produits pour potentialiser les effets du traitement ?



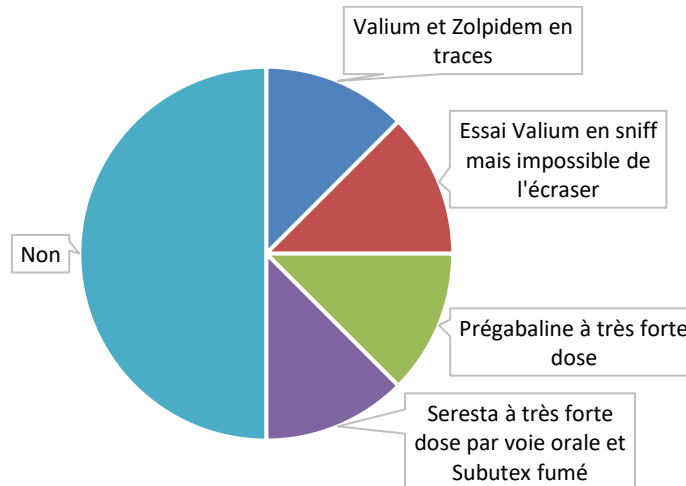
L'un d'entre eux (*Patient A*) déclare avoir déjà essayé certains produits (Valium et Zolpidem en traces) pour potentialiser les effets du traitement par Buprénorphine mais qu'il n'a vu aucune différence.

Un autre des participants déclare utiliser sa Prégabaline à très forte dose afin de ressentir un état de « défonce ».

Les autres **80%** des participants disent ne jamais avoir utilisé d'autres produits pour potentialiser les effets du traitement par Buprénorphine.

Et « **Utilisez-vous d'autres médicaments avec un mode d'administration détourné ?** »

Graphique 18 : Pourcentages des produits utilisés avec un mode d'administration détournée



Ils nous ont parler de leur essai de mésusage sur d'autres produits :

- Patient A :
 - « Je trouve qu'il n'y a pas vraiment de défonce par rapport au Valium, Zolpi' pareil, il n'y a pas vraiment de défonce, sauf que ça pique le nez. »
- Patient C :
 - « J'ai déjà essayé de sniffer le valium, mais c'est incrasable. »
- Patient D :
 - « Il y en a **pleins en prison** qui ont commencé les **benzodiazépines** en **fumant dessus** et qui sont **devenus accros**. »

Ils nous ont parlé de leur rechute dans le mésusage :

- Patient B :
 - « **Je suis retombé dans mes travers, ça a été machinal en fait**, je ne me suis pas dit, « tiens attention », non je l'ai fait. J'ai eu mon traitement ce jour-là, au lieu de le prendre normalement je l'ai tracé. »
- Patient C :
 - « Parfois j'y pense, **j'y pense beaucoup**, surtout quand ils nous donnent des petites boites de jus d'orange. Il y a des petites pailles sur le côté, c'est avec ça que je prenais. »

A quoi vous sert votre traitement ?

- Patient A : Plus une monnaie d'échange

II.2.8.5. Partie IV : Avis d'expert

Cette partie regroupe plusieurs questions posées afin d'obtenir des réponses sur leur ressenti face à leur mésusage.

Nous les avons interrogés sur :

« En pratique, quel est le délai d'action de votre traitement, selon la voie d'administration utilisée ? »

« Quelle est la durée d'action de votre traitement, selon la voie d'administration utilisée ? »

« Quels sont les effets positifs à utiliser votre traitement comme vous le faites ? »

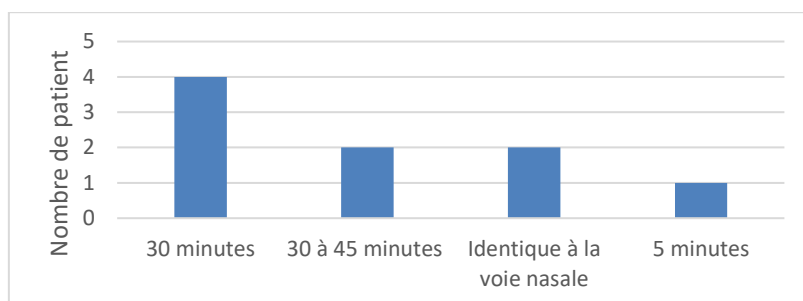
« Quels sont les effets négatifs à utiliser votre traitement comme vous le faites ? »

« Pouvez-vous classer par ordre décroissant d'efficacité les voies d'administration que vous avez testées ? (Du plus efficace au moins efficace) »

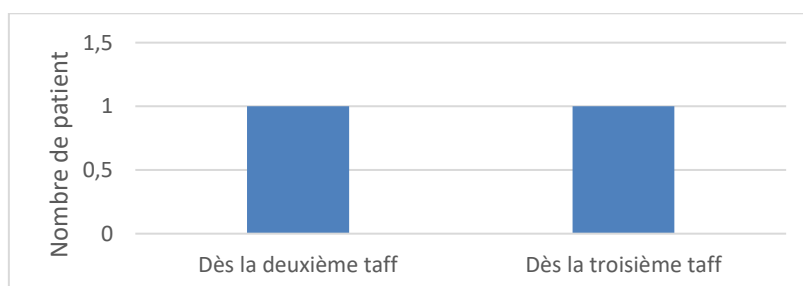
→ Cette dernière question n'apparaît pas dans les résultats, en raison de l'absence de réponse précise des participants.

- Délai d'action des différentes voies :

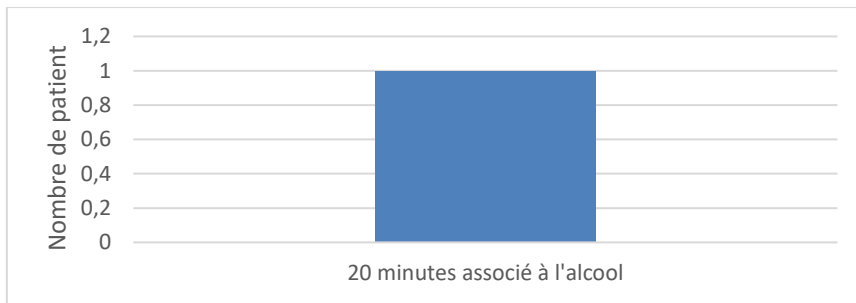
Graphique 19 : Délai d'action de la Buprénorphine par voie sublinguale



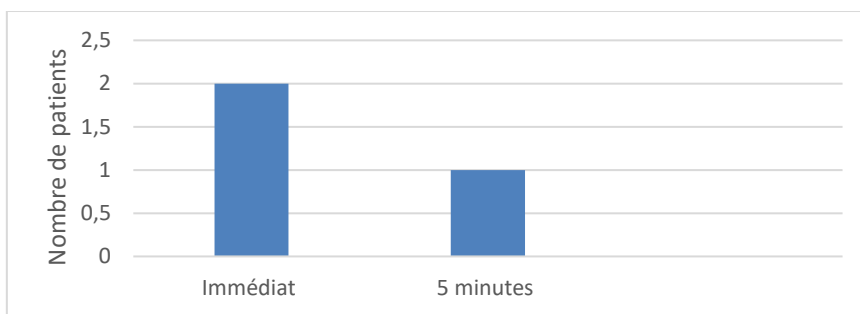
Graphique 20 : Délai d'action de la Buprénorphine par voie fumée



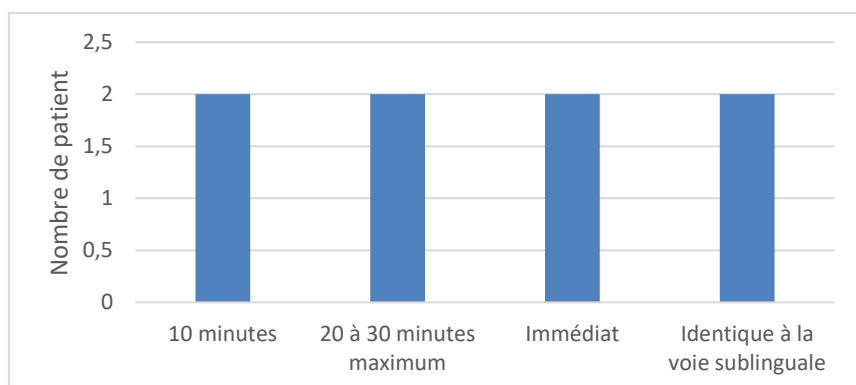
Graphique 21 : Délai d'action de la Buprénorphine par voie orale



Graphique 22 : Délai d'action de la Buprénorphine par voie intraveineuse

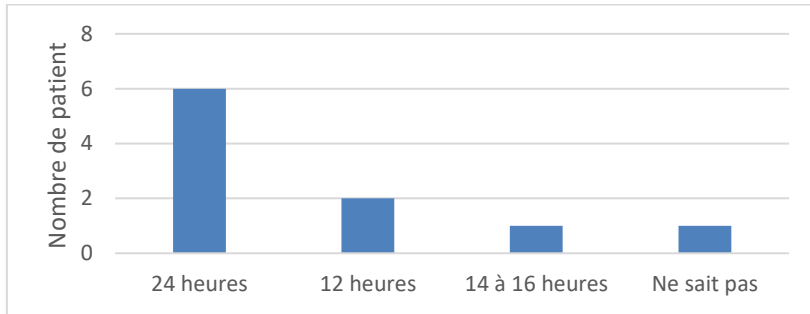


Graphique 23 : Délai d'action de la Buprénorphine par voie nasale

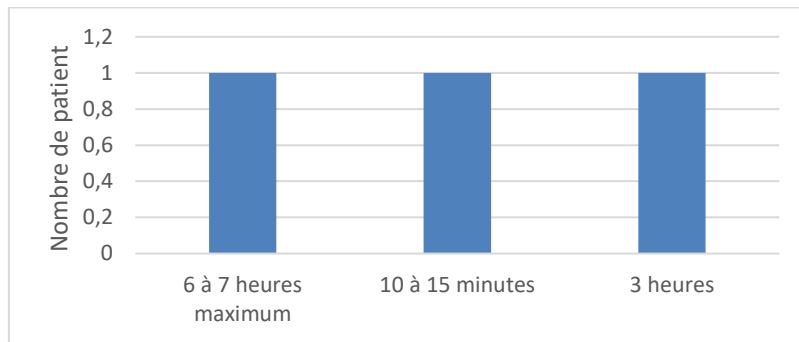


- Durée d'action de la Buprénorphine en fonction des différentes voies :

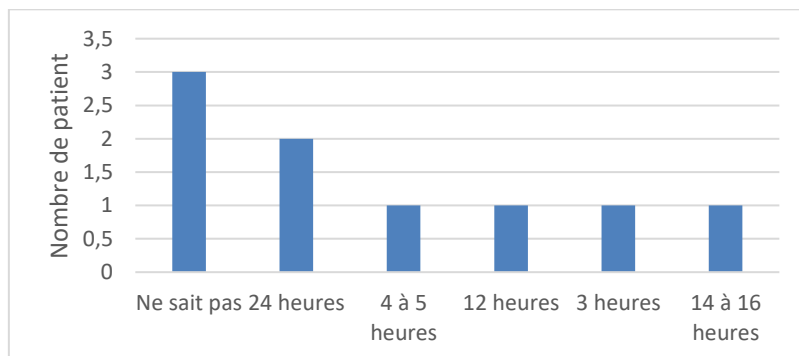
Graphique 24 : Durée d'action de la Buprénorphine par voie sublinguale



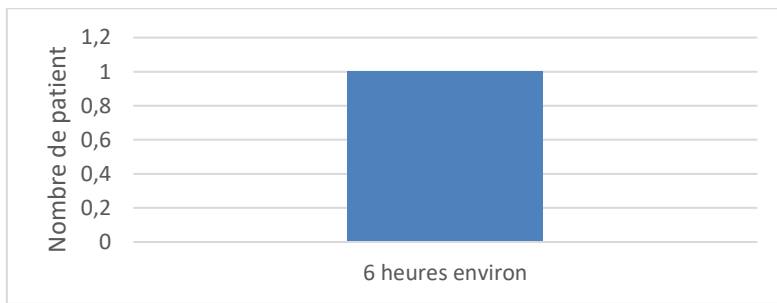
Graphique 25 : Durée d'action de la Buprénorphine par voie fumée



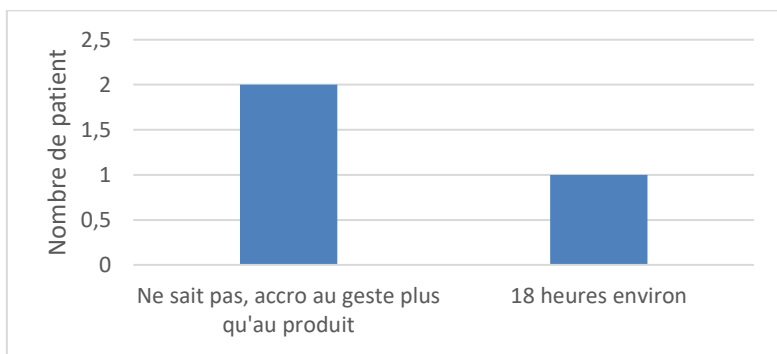
Graphique 26 : Durée d'action de la Buprénorphine par voie nasale



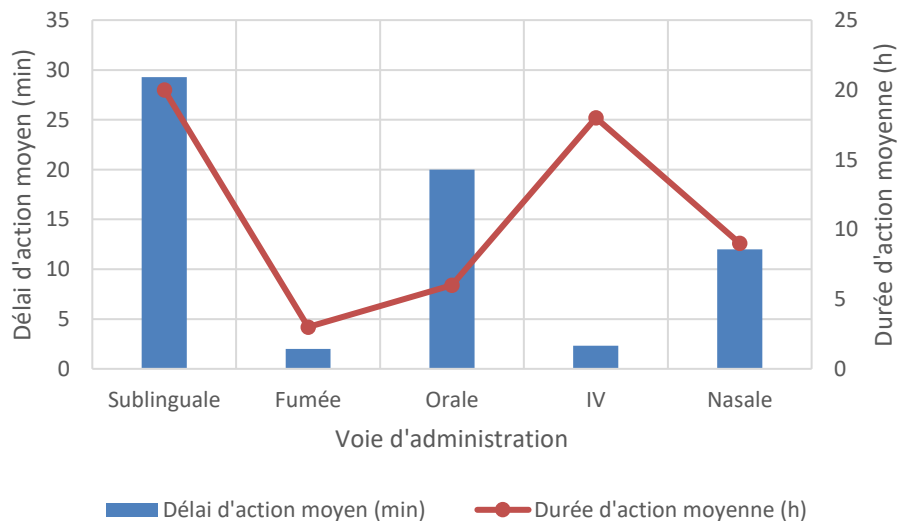
Graphique 27 : Durée d'action de la Buprénorphine par voie orale



Graphique 28 : Durée d'action de la Buprénorphine par voie intraveineuse



Graphique 29 : Comparaison du délai et de la durée d'action de la buprénorphine sublinguale selon la voie d'administration utilisée



Un patient nous a parlé de la durée d'action du traitement par voie fumée :

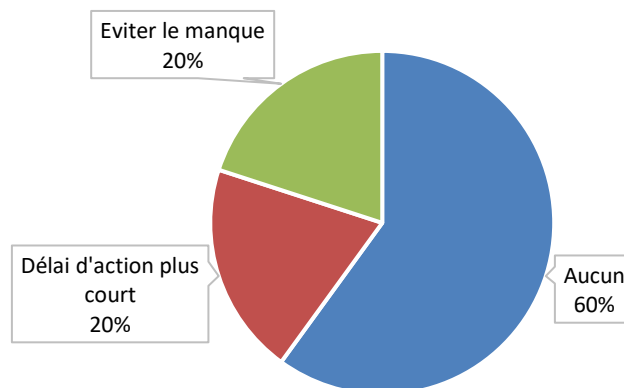
- Patient D :
 - « Vous fumez une clope de Sub' et derrière vous avez envie de fumer encore, même une clope quoi. »

Ils nous ont parlé de la durée d'action du traitement par voie intraveineuse :

- Patient D :
 - « **Je n'étais pas en manque mais j'avais envie de shooter** quoi. Un Sub' ça me suffisait mais le problème avec l'injection, c'est que vous avez envie de reproduire. »
 - « J'avais un collègue alcoolique, il se shootait à la vodka pour que ça aille plus vite ».
 - « **L'injection c'est le chemin express.** »

• Effets positifs ressentis à mésuser la Buprénorphine :

Graphique 30 : Proportions des effets positifs ressentis à mésuser la Buprénorphine

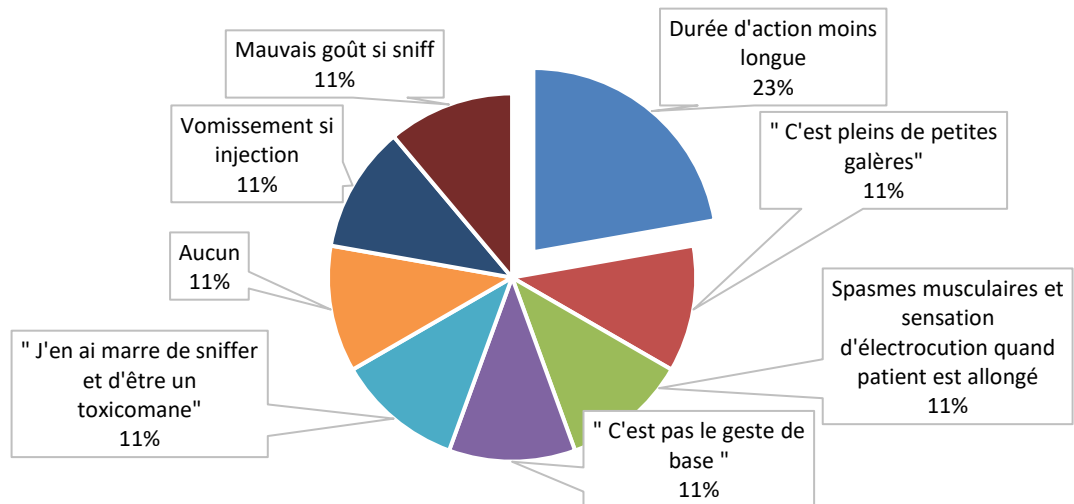


Un patient nous a parlé des effets positifs à mésuser la Buprénorphine :

- Patient J :
 - « Il n'y avait pas d'effet positif à l'injecter, **ça m'éviter juste d'être en manque.** »

- Effets négatifs ressentis à mésuser la Buprénorphine :

Graphique 31 : Proportions des effets négatifs ressentis à mésuser la Buprénorphine



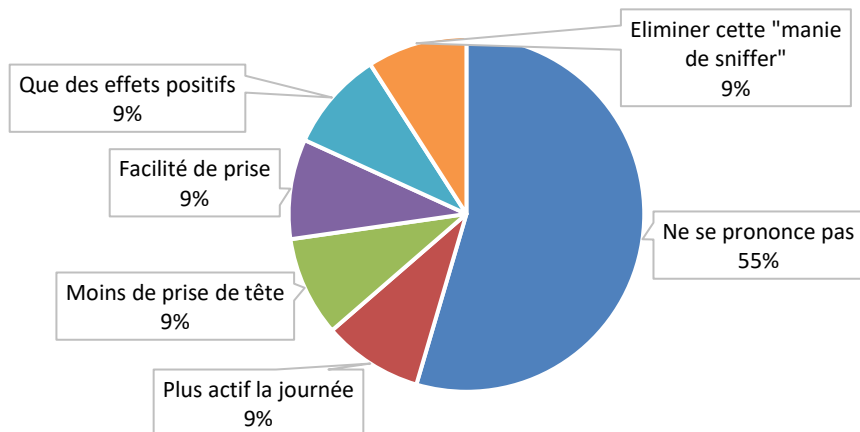
- Effets positifs et effets négatifs ressentis à utiliser le traitement par voie sublinguale, selon les recommandations :

Un patient nous a parlé des effets positifs à prendre le traitement par voie sublinguale :

- Patient A :
 - « La plus efficace ça reste la sublinguale... parce que pendant 3 semaines que je l'ai pris ici je n'avais pas de crises de manque »
- Patient D :
 - « Plus de prise de tête. Quand je me shootais c'était chiant, c'était relou, fallait que je m'achète des pompes, il fallait que je trouve un endroit, **au moins je ne me cache pas.** »

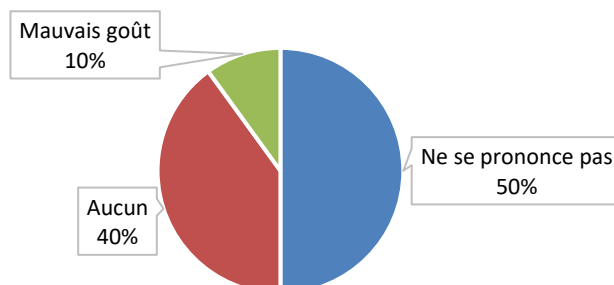
- Effets positifs :

Graphique 32 : Proportions des effets positifs ressentis en utilisant la Buprénorphine par voie sublinguale



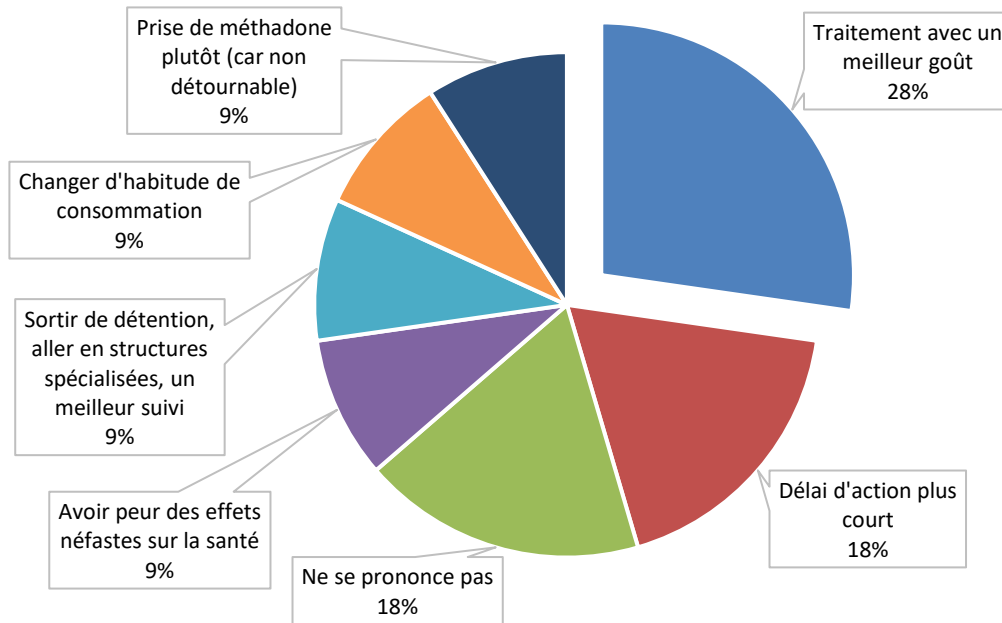
- Effets négatifs :

Graphique 33 : Proportions des effets négatifs ressentis en utilisant la Buprénorphine par voie sublinguale



Nous leur avons ensuite demandé, ce qui, selon eux, pourrait faciliter le bon usage de leur traitement de substitution aux opiacés. « **Selon vous, qu'est ce qui faciliterait le bon usage de votre traitement TSO ?** »

Graphique 34 : Proportions des idées des patients pour faciliter le bon usage de leur traitement de substitution aux opiacés

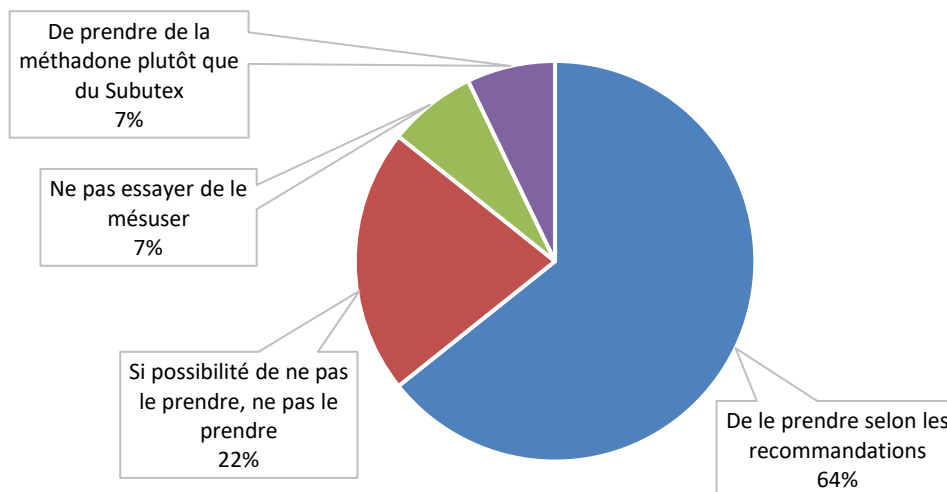


Ils nous ont détaillé leurs idées pour faciliter le bon usage de leur traitement de substitution aux opiacés :

- Patient B :
 - « Bonne question, le contexte déjà, le fait d'être en détention. Si vous voulez arrêter un traitement, n'importe lequel, c'est un peu plus compliqué. »
 - « Peut-être des structures, deux mois avant la sortie, qui vous préparent à la sortie. Ça permettrait déjà d'être là quand il prend son traitement, déjà. Avec bien-sûr des personnes qui sont d'accord pour le faire, pas quelque chose de forcer. »
 - *Pour vous aider ?* « Oui ça on sait qu'on en a besoin, peut-être même plus que les autres d'ailleurs. »
- Patient C :
 - « Sous la langue c'est dégueulasse. »
 - « Mais le Subutex est meilleur que la Buprénorphine. »
- Patient E :
 - « Il faudrait lui donner **un meilleur goût**, un bon goût sucré. »
- Patient I :
 - « Au citron ou à la fraise ça doit être mieux encore. »

Enfin, nous les avons interrogés pour savoir quels conseils ils donneraient à un ami, pour bien prendre son traitement de substitution aux opiacés.

Graphique 35 : Proportions des conseils que les patients donneraient à un ami pour bien prendre son traitement de substitution aux opiacés



II.3. Valorisation

II.3.1. Mise en place de la réalisation des vidéos de réduction des risques

II.3.1.1. Emergence de l'idée

L'idée de la diffusion de messages de réduction des risques a vu le jour lors d'un des entretiens individuels avec une personne détenue.

C'est à la fin de l'entretien que nous avons discuté avec le patient, de la manière la plus pertinente à ses yeux, pour sensibiliser les personnes détenues au bon usage et à la réduction des risques.

L'idée d'une vidéo de réduction des risques a donc émergé de cette discussion, avec pour support le témoignage de personnes détenues mésuseuses. Le principe du « détenu parlant aux détenus » pouvant avoir un impact plus fort, que de soignant à patient.

Après réflexions, et une motivation bien présente de mettre en place un outil supplémentaire de réduction des risques au sein du centre de détention, nous avons décidé de monter une vidéo prônant la réduction des risques liés au mésusage des traitements de substitution aux opiacés. Nous souhaitons que cette vidéo soit diffusable dans l'enceinte du centre de détention.

II.3.1.2. Montage du projet et intervenants

La Direction de l'administration pénitentiaire a dû nous donner de nouvelles autorisations afin de mener à bien ce projet :

- Autorisation de réalisation du projet, entraînant la réalisation d'un nouveau formulaire de consentement pour enregistrement vidéo anonymisé (l'anonymat des personnes détenues était préservé par le cadrage du camescope, évitant tout enregistrement de signe distinctif, et par la modification des voix lors du montage de la vidéo réalisé par mes soins.) Ce formulaire se trouve en annexe 3.
- Le camescope, du quartier socio-éducatif du centre de détention, a été récupéré par la pharmacienne, ce qui nous a affranchi d'une nouvelle demande d'autorisation pour l'entrée de ce matériel au sein de la prison.
- Demande d'autorisation pour rentrer mon ordinateur portable dans le centre de détention, afin de pouvoir modifier les voix des personnes détenues immédiatement après le tournage et ressortir mon ordinateur avec les vidéos totalement anonymisées.

Afin de mener à bien ce projet et nous permettre de créer un projet de réduction des risques de qualité, la pharmacienne a fait appel à l'association AIDES qui œuvre déjà régulièrement dans le centre de détention. Stéphane Bernard, un animateur de l'association AIDES a donc accepté de nous aider pour la réalisation des questions de la vidéo et pour le tournage.

Nous avons donc eu, ensemble, un rendez-vous téléphonique le 17 juillet 2019, où nous avons décidé des questions du guide d'entretien que nous allions retenir, afin de créer des questions adaptées répondant à la problématique du mésusage :

1. Quelle est la voie d'administration que vous utilisez ? Et quelles sont les autres voies que vous avez essayées ?
2. Quelles sont les effets positifs à prendre votre traitement de cette façon ?
3. Quelles sont les effets négatifs à prendre votre traitement de cette façon ?
4. Au bout de combien de temps votre traitement fait-il effet ? Et combien de temps dure l'effet ?
5. Pouvez-vous classer par ordre décroissant d'efficacité les voies d'administration que vous avez testées ? (Du plus efficace au moins efficace)
6. Selon vous, qu'est ce qui faciliterait le bon usage de votre traitement de substitution aux opiacés ?
7. Qu'est-ce que cela vous apporterait d'utiliser votre traitement selon les préconisations ?
8. Si vous deviez conseiller un ami pour bien prendre son traitement de substitution aux opiacés, que lui diriez-vous ?
9. Qu'est-ce qui vous maintient dans le mésusage ?
10. Avez-vous conscience que vous mésusez (ou avez mésusé) ?
11. Quels sont, pour vous, les effets recherchés des traitements de substitution ?

Nous avons abordé, par la suite, les questions pratiques :

- L'objectif de la vidéo : Vidéo de réduction des risques sur le mésusage des traitements de substitution aux opiacés
- Les moyens à utiliser pour en faire un projet de réduction des risques : Apparition de diapositives de réduction des risques au cours de la vidéo
- Les locaux : Un bureau insonorisé de l'unité sanitaire
- Le nombre de participants : Quatre
- La date du tournage : Le vendredi 06 septembre 2019
- Matériels : Camera, formulaire de consentement d'enregistrement vidéo.

II.3.1.3. Sélection des participants

Nous souhaitons réaliser ce projet avec 3 à 4 des personnes vues au début de ce travail de thèse.

La sélection s'est faite par l'analyse des entretiens individuels, sur plusieurs critères :

- Leur volonté de participer au projet
- Leur volonté de développer leur témoignage
- L'absence de sortie de détention avant la fin du projet

La pharmacienne et moi-même avons sélectionné deux personnes détenues préalablement vues en entretien individuel.

Nous les avons convoquées afin de leur expliquer notre nouveau projet et de valider leur participation.

La problématique de sortie de détention en cours de projet, nous a privé de deux participants. De ce fait, en raison de la distance géographique entre Limoges et Uzerche et nos emplois du temps respectifs bien remplis, la pharmacienne a rencontré brièvement en entretien (sans les enregistrer vocalement) deux nouvelles personnes détenues mésuseuses afin de juger si leur participation aux vidéos seraient pertinentes. A l'issue de cet entretien, elle leur a proposé de participer au projet, ce qu'ils ont accepté.

II.3.1.4. Tournage de la vidéo

Le tournage de la vidéo s'est déroulé la matinée du vendredi 06 septembre 2019.

Nous avons vu les quatre participants, les uns à la suite des autres, dans la pièce insonorisée dédiée au projet.

Chaque patient a reçu, quelques minutes avant le tournage, les questions que nous allions lui poser, afin qu'il puisse s'en imprégner et ne pas être surpris par celles-ci.

Après avoir fait signer le formulaire de consentement par le patient et par nous-même, nous avons placé le participant de manière à avoir des prises de vues différentes selon chaque enregistrement, pour rendre la vidéo plus dynamique, tout en prenant en compte les envies du patient.

Nous avons, ensuite, en début d'après-midi fait le point tous les trois (la pharmacienne, l'intervenant AIDES et moi-même) afin de nous mettre d'accord sur le montage des vidéos. Il nous a fallu prendre en compte une contrainte imposée par le service informatique du centre de détention : chaque vidéo ne devant pas dépasser dix minutes.

Nous nous sommes donc mis d'accord sur la réalisation de deux vidéos de moins de dix minutes chacune, en séparant les questions en deux thèmes : « Comment bien prendre sa Buprénorphine ? / Comment éviter les risques lors du mésusage de la Buprénorphine ? ».

Notre objectif était que les vidéos soient facilement accessibles et compréhensibles par tous. Les participants ont été très coopératifs et très heureux de participer à ce projet.

II.3.1.5. Montage des vidéos

La contrainte imposée par l'administration pénitentiaire était d'anonymiser les vidéos avant la sortie de mon ordinateur de détention.

Pour se faire, j'ai, l'après-midi même du tournage des vidéos, modifié les voix des personnes détenues sur les enregistrements visuels, leur visage étant initialement masqué au moment des prises de vue. Un responsable de l'Administration Pénitentiaire est venu visualiser les vidéos avant la sortie de mon ordinateur des locaux de l'Unité sanitaire, en fin d'après-midi.

Le montage des vidéos a été fait par mes soins, à l'aide du logiciel Movavi Vidéo Editor 15. A l'aide des conseils de la pharmacienne et de l'intervenant AIDES, j'ai pu y inclure des diapositives de réduction des risques pour le mésusage des traitements de substitution aux opiacés.

L'association AIDES a d'ailleurs été d'une grande aide en m'invitant à aller leur rendre visite dans leurs locaux à Limoges, afin de me donner de la documentation et des conseils pour correctement monter mes diapositives dans le but de me rapprocher de ce qu'une personne mésuseuse peut comprendre et peut appliquer.

La difficulté a été d'arriver à expliquer la réduction des risques sous un aspect médical mais de manière facilement compréhensible par toute personne.

L'idée de ces vidéos n'étant pas de dramatiser le mésusage mais d'accompagner les personnes mésuseuses tout en leur évoquant les risques et les aides qui peuvent leur être apportés.

Finalement, la première vidéo s'intitule : « Comment bien prendre sa Buprénorphine ? » et dure 9 minutes 25 secondes. La seconde se nomme « Comment éviter les risques lors de consommation détournée de Buprénorphine ? » et dure 7 minutes et 1 seconde.

Le but de ce projet était la promotion de la réduction des risques du mésusage des traitements de substitution aux opiacés en diffusant les vidéos sur le canal vidéo interne du centre de détention.

Leur diffusion a été faite à partir du 27/01/2020, après validation par la Direction de l'Administration Pénitentiaire.

II.3.2. Présentations aux journées CSAPA

Dans le cadre de mon travail de thèse pratique au sein du centre de détention d'Uzerche, la pharmacienne Caroline Guibaud m'a sollicitée pour participer aux « journées CSAPA ». Je devais y présenter mon travail et plus précisément les vidéos réalisées.

Ces journées correspondent à la rencontre des CSAPA référents et CAARUD, au sein des établissements pénitentiaires du Limousin.

Elles sont organisées par la filière santé-justice en addictologie du centre hospitalier Esquirol à Limoges, en association avec le laboratoire Recordati.

Initialement cet événement, devait avoir lieu le mardi 17 mars 2020 à partir de 8h00, au Pôle de Lanaud à Boisseuil.

En raison de la crise sanitaire de l'année 2020, la rencontre a été déplacée une première fois en septembre 2020 puis au printemps 2021, pour finalement être annulée.

II.4. Discussion

II.4.1. Concernant le projet pratique de la thèse d'exercice

II.4.1.1. Points forts du projet pratique

Collaboration de tous

Ce projet pratique a pu voir le jour grâce à la collaboration de tous, la Direction de l'administration pénitentiaire pour leurs autorisations, le personnel de sécurité, l'unité sanitaire et le CAARUD pour leur aide et leur dévouement, et les participants détenus pour leur volonté et leur amabilité.

Informations recueillies

Les personnes détenues interrogées ont parlé librement de leurs consommations, ce qui nous a permis de recueillir des données très intéressantes.

La recherche d'informations concernant la vie du participant était, initialement, une manière d'introduire notre entretien et de connaître un peu mieux notre interlocuteur. En revanche, cela nous est apparu encore plus enrichissant que prévu, et l'aspect historique de leur arrivée dans la toxicomanie nous a fait entrevoir quelques notions récurrentes en accord avec les données recueillies dans les enquêtes observationnelles britanniques, précédemment décrites : (2)

- L'historique familial compliqué
- La première consommation de stupéfiant assez jeune
- Les fréquentations à risque
- L'engrenage du premier essai
- La précarité sociale

Evolution du projet pratique

Au cours des entretiens individuels, l'idée du projet vidéo a vu le jour et c'est ainsi que nous avons développé un second aspect pratique de la thèse d'exercice.

Nous avons pu, de ce fait, réaliser un projet durable avec un impact de RdR très intéressant pour le CD, la thèse d'exercice et moi-même.

II.4.1.2. Limites de la partie pratique

Mode déclaratif

Le mode déclaratif des données recueillies peut être une des limites principales de ce projet pratique. En effet, les réponses obtenues dépendent de la désirabilité des participants quant à la véracité de leurs propos et de leur témoignage.

Peu de temps disponible à accorder aux entretiens

Pour ce qui est de la partie addictologie du guide d'entretien, nous désirions insérer une notion de chronologie lors de l'explication de leurs consommations de stupéfiants, mais nous n'avions pas le temps de nous pencher dessus lors des entretiens. Le sujet de la thèse n'étant pas tourné sur l'évolution des consommations entraînant l'addiction, nous n'avons pas développé cet aspect.

Retombées de la diffusion des vidéos

La diffusion des vidéos a eu certaines retombées négatives au niveau des participants, notamment deux d'entre eux, qui aurait été reconnus par certaines des autres personnes détenues :

- La première personne reconnue, était filmée uniquement au niveau de ses mains, et ses tatouages ont été identifiés. Il n'y a pas eu de conséquences pour cette personne.
- La seconde personne, était filmée de dos, uniquement le derrière de sa tête, et certains ont reconnus ses cheveux. J'ai dû, rajouter un cache supplémentaire au niveau de la partie de la vidéo où nous voyions déjà auparavant sa tête floutée.

II.4.1.3. L'analyse des résultats obtenus

Globalement, la réalisation de ces entretiens individuels, a mis en lumière, pour ma part, la complexité de cette pathologie et de sa prise en charge. Malgré l'étude des données bibliographiques faites auparavant, je ne m'attendais pas à de tels résultats, sur un échantillon assez réduit de consommateurs mésuseurs.

Ce projet pratique nous a permis de prendre en compte plus précisément l'avis des personnes détenues mésuseuses, dans un cadre moins formel, ce qui était plus agréable pour eux et pour nous. Découvrant pour ma part, le milieu carcéral, j'étais désireuse de le faire dans les conditions les plus accommodantes possibles et se fut le cas.

La comparaison des résultats obtenus avec les données bibliographiques, nous permet l'analyse suivante :

En accord avec l'enquête américaine ECA, de 1990, l'association de trouble addictif et psychiatrique n'est pas rare et **4/10^{ème}** des participants à nos entretiens, **ont des antécédents psychiatriques**. Mais ce n'est pas les seuls antécédents mis en lumière par cette analyse.

Si l'on s'intéresse, aux antécédents de comorbidités des personnes détenues vues en entretien, **3/10^{ème} d'entre elles, ont un antécédent de VHC**, ce qui nous permet d'affirmer l'importance de la politique de réduction des risques lors du mésusage.

L'analyse de nos résultats a permis de conforter la définition tridimensionnelle de l'addiction, décrite dans l'introduction de cette thèse, « l'addiction résulte de la rencontre entre un individu, une substance et un environnement donné » : **5/7** des participants ont consommé pour la première fois des produits stupéfiants, **avec des amis**.

La **première consommation de produits stupéfiants** a été faite **très jeune** pour la plupart d'entre eux. La moyenne d'âge de ce premier essai est de **14,44 ans**.

Cette arrivée si jeune, dans la consommation de stupéfiants, est un des critères favorisant l'apparition d'une addiction, c'est sa vulnérabilité personnelle, comme décrit dans le Traité d'Addictologie de Karila L. et Reynaud M.

Si l'on s'intéresse, à la dimension substance, de cette définition tridimensionnelle de l'addiction, on a pu voir à la suite de l'analyse des résultats, des concordances avec les données bibliographiques :

- Sur les dix patients interrogés, **seulement deux d'entre eux, ont leur posologie prescrite correspondant à leur posologie utilisée.**
- Les patients nous ont confirmé, **l'impossibilité d'injecter la Suboxone®.**
- **Tous nos participants ont déjà mésusé** en utilisant une autre voie d'administration pour la buprénorphine sublinguale, **au moins une fois.**
- **40 %** déclarent prendre leur TSO, **tous les jours, le matin.**
- **L'un des participants** a précisé être régulier dans sa prise de TSO, grâce à la **prise surveillée**, et **deux autres** ont décrit la **délivrance quotidienne comme une aide**. Ces informations nous confortent dans l'idée qu'un suivi est essentiel pour ces pathologies complexes.
- **L'explication principale** donnée par les patients lors du **mésusage** de leur TSO est **l'habitude de consommation à 64%, pour le geste.**
- Les raisons évoquées pour la prise de leur TSO plusieurs fois par jour sont : pour **diminuer les signes de manques persistants (40%)** et en raison des **habitudes de consommations (60%).**
- **60%** d'entre eux admettent qu'il n'y a **aucun effet positif à mésuser la buprénorphine** sublinguale, et **plus de 67%** rapportent des **effets négatifs** à le faire.
- Les participants nous ont parlé de leurs idées pour faciliter le bon usage : **28%** pensent qu'il faudrait un **meilleur goût** au traitement et un **délai d'action plus court pour 18%.**
- **64%** recommanderaient à un ami de ne pas mésuser son TSO.

Concernant l'association avec d'autres médicaments pour potentialiser les effets de leur TSO, **80% d'entre eux déclarent ne pas le faire.**

Le milieu carcéral est un environnement particulier, avec des règles bien précises, mais cela n'empêche pas à **l'addiction** de pénétrer dans ces locaux :

- Les **produits stupéfiants** sont, malgré les interdictions et les précautions mises en place, bien **présents au sein du milieu carcéral.**

- Les **prix de contrebande** à l'intérieur de la prison, pour les produits stupéfiants, dépendent des patients interrogés : de **40 à 100 € le gramme de cocaïne**.
- Dans l'analyse de nos résultats, nous voyons que **40% de nos participants** ont initié un TSO en raison de leur entrée en détention. Si l'on compare aux données bibliographiques de l'enquête PREVACAR, elle évoquait **31%** d'initiation de TSO à l'entrée en détention. Le milieu carcéral devient un lieu de soins, malgré qu'il n'en soit pas un, initialement.

Dans les grandes lignes, la voie d'administration recommandée pour la buprénorphine sublinguale est plutôt mal supportée, en raison de son temps de dissolution, et de son délai d'action plutôt long, ce qui représente certaines des raisons évoquées par les patients, concernant la non-observance de leur traitement.

Le mésusage est régulièrement associé à un contexte d'habitude du geste (à **60% pour une consommation pluriquotidienne**), plus qu'à un désir de ne pas respecter les recommandations.

Pour ce faire, la mise en place de nouveaux médicaments de substitution aux opiacés, est importante afin de palier à ce problème d'administration, pouvant être un frein à l'intégration complète du patient, dans le projet de soin.

II.4.2. Référencement d'autres formes de Buprénorphine, au sein du centre de détention d'Uzerche ?

La question que nous nous posons avec la pharmacienne est la suivante :

Est-il nécessaire afin de réduire les risques, de référencer un autre médicament de substitution aux opiacés ?

Le mésusage est au centre du problème des traitements de substitution aux opiacés et c'est la raison pour laquelle nous avons décidé de réaliser notre projet de thèse à ce sujet.

Les résultats obtenus lors des entretiens individuels, mettent en lumière de nombreuses choses allant à l'encontre du bon usage par voie sublinguale des traitements de substitution aux opiacés.

Tout d'abord :

- L'inconfort de la prise
- Le goût (10% des participants à nos entretiens, s'en sont plaints)
- Le délai d'action
- ...

En milieu pénitentiaire, malgré la délivrance supervisée quotidienne, il est impossible de garder le patient le temps que le comprimé de buprénorphine sublinguale fonde (environ 10 minutes). Ainsi, les personnes détenues ressortent avec leur comprimé en bouche et peuvent donc le mésuser ou le trafiquer.

C'est alors que l'Orobupré® est intéressant afin de sécuriser la délivrance, en raison de sa dissolution ultra rapide, en 15 secondes.

La Suboxone®, quant à elle, permet d'éviter l'injection, une des voies principalement utilisées, lors du mésusage. Et est meilleur en goût, avec son arôme citron, que la buprénorphine sublinguale.

L'optimisation de la prise en charge par les soignants est le but recherché par ce centre de détention.

II.4.2.1. Choix du référencement, par le centre de détention d'Uzerche

Finalement, à la suite de notre projet, et en réponse aux résultats obtenus, lors de notre questionnaire, l'équipe addictologique du centre de détention d'Uzerche, a décidé de référencer la Suboxone® et également l'Orobupré®, afin d'offrir aux patients une prise en charge personnalisée.

Conclusion

L'addiction aux opiacés est responsable de plus de 500 décès chaque année. Sa prise en charge est en perpétuelle évolution, notamment grâce aux outils mis en place, comme les traitements de substitution aux opiacés.

Cependant, certains usagers n'utilisent pas leurs TSO selon les recommandations, et vont alors mésuser leur traitement. Ce phénomène étant décuplé dans les lieux de promiscuité, je me suis donc intéressée, pour ma thèse d'exercice, au mésusage de ces traitements en milieu carcéral.

Mon travail a été porté par la volonté et le professionnalisme du centre de détention d'Uzerche et tout spécifiquement par la pharmacienne de l'Unité Sanitaire.

La réalisation du guide d'entretien nous a permis de récolter les habitudes de consommations de dix personnes détenues et leurs avis sur le mésusage de leur traitement de substitution aux opiacés. Nous cherchions à déterminer les causes de ce mésusage, afin de mettre en place, des solutions adaptées, notamment un éventuel référencement d'un autre médicament de substitution aux opiacés.

Les résultats obtenus lors des entretiens individuels, furent éloquentes, quant au respect des modalités de prise. 50% l'administrent en plusieurs prises par jour et 31% le prennent par voie sublinguale. Les patients se plaignent d'un temps de dissolution (environ 10 minutes) trop long, et d'un mauvais goût du médicament (avis de 28% des participants).

Le mésusage de ces traitements est déclaré par les personnes détenues, comme étant la conséquence d'habitude de consommation à 64%.

Il a été, également dit, à demi-mot, que le traitement pouvait servir, de monnaie d'échange en détention.

Malgré le fait que la prison ne soit pas un lieu de soins à proprement parler, l'incarcération devient la plupart du temps une opportunité de prise en charge de l'addiction et de la dépendance. Il ne faut en revanche, pas oublier, que la détention reste un lieu d'angoisse, où chacun essaie de son mieux, de faire face, à cette interdiction de liberté.

Un second projet a découlé de ce travail pratique. Nous avons décidé la mise en œuvre de vidéos de réduction des risques, projetées sur le canal vidéo interne, du centre de détention, avec la participation de personnes détenues mésuseuses volontaires, et l'aide de l'association AIDES, du CAARUD de Limoges.

Les vidéos de réduction des risques pourront représenter un outil réutilisable, notamment pour des diffusions lors de congrès.

Ce travail pratique, a également, conduit au référencement de deux nouveaux traitements de substitution aux opiacés, au sein du centre de détention d'Uzerche : l'Orobupré® et la Suboxone®.

La réalisation de cette thèse d'exercice, et principalement de ce projet pratique, m'ont permis de dépasser mes croyances personnelles basées uniquement sur la théorie, en me confrontant à la pratique. Je pense personnellement, que rien ne vaut, un travail sur le terrain, pour appréhender de la meilleure des manières, un sujet, et c'est ce que nous avons fait.

L'évolution de la prise en charge, par le référencement des deux nouvelles spécialités de TSO, au sein du centre de détention d'Uzerche, représente pour moi, une réelle satisfaction, et la fierté d'avoir pu, à mon échelle, aider et contribuer, même un peu, à la réduction des risques de mésusage des traitements de substitution aux opiacés au sein du milieu carcéral.

A l'heure actuelle, de nombreuses nouvelles formes de traitements de substitution aux opiacés, arrivent sur le marché, ce qui permet de faire évoluer ces traitements et cette pathologie.

Espérons que l'avenir, permettra, de faire progresser les mentalités et les préjugés sur ces personnes détenues, qui n'en restent pas moins des patients atteints d'une maladie.

Références bibliographiques

1. Michot I. Julien Morel d'Arleux Coordination : Julie-Emilie Adès Maquette : Frédérique Million Documentation : 2019;8.
2. Plourde C, Brochu S. Drugs in prison: a break in the pathway. *Subst Use Misuse*. janv 2002;37(1):47-63.
3. Lukasiewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I. Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 4 janv 2007;2:1.
4. Laqueille X, Liot K. Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *Inf Psychiatr*. 2009;Volume 85(7):611-20.
5. Comprendre l'addiction [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/comprendre-l-addiction/>
6. Définition de la notion de toxicomanie - Portico [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: https://www.porticonetwork.ca/fr_CA/web/fundamentals-addiction-toolkit/introduction/defining-addiction
7. Critères du DSM-5 - Portico [Internet]. [cité 31 août 2020]. Disponible sur: https://www.porticonetwork.ca/fr_CA/web/fundamentals-addiction-toolkit/introduction/dsm-criteria
8. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 21 nov 1990;264(19):2511-8.
9. Reynaud M. Addiction et psychiatrie. Masson. 2005. 304 p. (CPNLF).
10. addiction_et_comorbidites_a_benyamina_opt.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: https://www.cunea.fr/sites/default/files/addiction_et_comorbidites_a_benyamina_opt.pdf
11. Généralités addictions.pptx.
12. OMS | Substances psychoactives [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/
13. Tressens G. De l'héroïne aux traitements de substitutions aux opiacés (TSO): étude officinale en Limousin. *Perspectives*. 2013;134.
14. Benslimane M, Dona N. Pour écrire à la rédaction du Flyer : :38.
15. HIV Prevention Among Idus Final [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: https://data.unaids.org/pub/informationnote/2009/20090518_hiv_prevention_among_idus_final_en.pdf
16. 2004 - Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépen.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf

17. Méthadone et mortalité, de la réduction du risque aux accidents ! [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/reduction-des-risques/112-methadone-et-mortalite-de-la-reduction-du-risque-aux-accidents-.html>
18. Instauration du traitement et adaptation de la posologie de méthadone dans le traitement de substitution opiacée [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/substitut-methadone/743-instauration-du-traitement-et-adaptation-de-la-posologie-de-methadone-dans-le-traitement-de-substitution-opiacee.html>
19. Reynaud M, Aubin H-J, Benyamina A, Karila L. Traité d'addictologie. 2020.
20. Masson E. Enquête OPPIDUM 2015 : données outre-mer [Internet]. EM-Consulte. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1105518/enquete-oppidum-2015-donnees-outre-mer>
21. Trafton JA, Minkel J, Humphreys K. Determining effective methadone doses for individual opioid-dependent patients. PLoS Med. 2006;3(3):380-7.
22. Strang J, McCambridge J, Best D, Beswick T, Bearn J, Rees S, et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. BMJ. 3 mai 2003;326(7396):959-60.
23. Instauration du traitement et adaptation de la posologie de méthadone dans le traitement de substitution opiacée [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/substitut-methadone/743-instauration-du-traitement-et-adaptation-de-la-posologie-de-methadone-dans-le-traitement-de-substitution-opiacee.html>
24. RCP - METHADONE AP-HP 1,33 mg/ml, sirop - 67255773 - BDM ANSM [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <http://m.base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/#!/r/67255773-1>
25. Résumé des caractéristiques du produit - BUPRENORPHINE ARROW 1 mg, comprimé sublingual - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67148878&typedoc=R>
26. Bupreland_acte_2__Orobupre.pdf.
27. La revue prescrire. Mai 2019. Tome 39. n° 427. buprenorphine+_naloxone_-_Zubsolv__et_dependance_aux_opioides.pdf.
28. La revue prescrire. Mars 2020. Tome 40. n° 437. buprenorphine_LP_sous-cutanee_-_Buvidal_-_Dependance_aux_opioides___une_autre_option_avec_des_modalites_d'administration_differentes.pdf.
29. plaqueette_oppidum_2019_vf.pdf.
30. Addictions : enquêtes nationales (OPPIDUM, OPEMA, OSIAP...) [Internet]. Addictauvergne. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.addictauvergne.fr/enquete-oppidum-opema-osiap/>

31. Jones JD, Madera G, Comer SD. The Reinforcing and Subjective Effects of Intravenous and Intranasal Buprenorphine in Heroin Users. *Pharmacol Biochem Behav.* juill 2014;122:299-306.
32. Benslimane M, Robinet DS. Médicaments de Substitution Opiacée (MSO) et Interchangeabilité ! :2.
33. Coppel A, Doubre O. Drogues : sortir de l'impasse [Internet]. *La Découverte*; 2012 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/drogues-sortir-de-l-impasse--9782707173041.htm>
34. Recueil des outils de RDR-janvier2020.pdf.
35. ENa-CAARUD - OFDT [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/ena-caarud/>
36. Benslimane M, Dona N. Pour écrire à la rédaction du Flyer : :35.
37. Overdoses Tome 1 : La dépression respiratoire [Internet]. ASUD. 2017 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.asud.org/2017/07/02/overdoses-tome-1-la-depression-respiratoire/>
38. Michot I. Julien Morel d'Arleux Coordination : Julie-Emilie Adès Maquette : Frédérique Million Documentation : 2019;8.
39. administration_penitentiaire_en_france.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/administration_penitentiaire_en_france.pdf
40. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport) [Internet]. [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-449_mono.html
41. Michel L, Jauffret-Roustide M. un réel enjeu de santé publique. :3.
42. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry.* 15 nov 2004;56(10):730-7.
43. Messina N, Burdon W, Hagopian G, Prendergast M. One year return to custody rates among co-disordered offenders. *Behav Sci Law.* 2004;22(4):503-18.
44. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral.pdf.
45. Hedrich D, Alves P, Farrell M, Stover H, Moller L, Mayet S. The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review [Internet]. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews* [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2012 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92901/>
46. Guide méthodologique - prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de la justice.pdf.
47. Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 n°2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention - APHP DAJDP [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-dgsmc2dgosr4-n2010-390-du-17-novembre-2010-relative-a-lorganisation-de-la-prise-en-charge-des-addictions-en-detention/>

Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien.....	125
Annexe 2. Formulaire de consentement pour enregistrement sonore	135
Annexe 3. Formulaire de consentement pour enregistrement vidéo.....	137

Annexe 1. Guide d'entretien



Centre de Détention d'Uzerche
Route d'Eyburie
19140 Uzerche

Guide d'entretien : Thèse sur les traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral

Nom : Prénom : Date de naissance :

1. Bilan personnel

1.1. Quels sont vos antécédents médicaux ? (*maladie chronique, intervention chirurgicale, infections (VIH, VHC...)*)

.....
.....
.....
.....

1.2. Comment vous sentez-vous ? (*Questionner sur les antécédents psychiatriques ?*)

.....
.....
.....
.....
.....

1.3. Prenez-vous un traitement à l'heure actuelle ? Oui Non

Si oui, quel est-il ?

.....
.....

Prenez-vous régulièrement votre traitement ? Oui Non

1.4. Avez-vous un logement ? Oui Non

.....

1.5. Avez-vous un travail en dehors de la prison? Oui Non

.....

1.6. Avez-vous une couverture sociale ? Oui Non
(Assurance maladie, CMU)

1.7. Etes-vous en lien avec votre famille ? Oui Non
(Définir les relations avec la famille et l'entourage)

.....
.....

2. Addictologie : Pouvez-vous nous parler de votre consommation de drogue ?

Différentes drogues	Contexte et voie d'administration	Durée	Effets positifs ressentis	Effets négatifs ressentis

3. Traitement de substitution aux opiacés

3.1. Quel est votre traitement ?

Buprénorphine

Méthadone

Suboxone

Actuellement quelle est la posologie ?

3.2. Qui vous l'a prescrit ?

.....

3.3. Depuis quand ?

.....

3.4. Avez-vous essayé un autre TSO avant ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

.....

.....

Pourquoi avoir changé ?

.....
.....
.....

3.5. Pourquoi avez-vous initié un traitement par TSO ?

.....
.....
.....
.....
.....

3.6. Quelle est la voie d'administration que vous utilisez ?

Orale Sublinguale Nasale (sniffé) Intraveineuse Inhalation (fumé)

Autre (préciser) :

Si la réponse n'est ni orale, ni sublinguale :

3.6.1. A quelle fréquence ?

Tous les jours + de 2 fois/semaine – d'une fois/semaine 1 fois/mois

Autre (préciser) :

3.6.2. Pourquoi ?

- Recherche d'effets psychoactifs
- Signes de manque persistants
- Habitude de consommation
- Autre (préciser) :

.....

3.6.3. Avez-vous eu des effets indésirables associés à ce mode d'administration ?

- Oui
- Non

.....
.....

3.7. En combien de prises par jour prenez-vous votre traitement ?

.....

Si > 1 :

3.7.1. Pourquoi ?

- Recherche d'effets psychoactifs
- Signes de manque persistants
- Habitude de consommation
- Autre (préciser) :

.....

3.8. Prenez-vous d'autres produits pour potentialiser les effets des TSO ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Alcool Opiacés Benzodiazépines Autres :
.....

3.9. Utilisez-vous d'autres médicaments avec un mode d'administration détourné ? Oui Non

Si oui, lesquels et selon quelles modalités ?

.....
.....
.....
.....

3.10. Le cas échéant, pouvez-vous décrire le contexte ou les circonstances de vos rechutes dans le mésusage des TSO ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Nous avons maintenant besoin de votre avis d'expert en tant qu'utilisateur de TSO « mésusé » (voie d'administration et/ou nombre de prise)

4.1. En pratique, quel est le délai d'action de votre traitement, selon la voie d'administration utilisée ?

.....
.....
.....
.....

4.2. Quelle est la durée d'action de votre traitement, selon la voie d'administration utilisée ?

.....
.....
.....
.....
.....

4.3. Quels sont les effets positifs à utiliser votre traitement comme vous le faites ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.4. Quels sont les effets négatifs à utiliser votre traitement comme vous le faites ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.5. Pouvez-vous classer par ordre décroissant d'efficacité les voies d'administration que vous avez testées ? (*du plus efficace au moins efficace*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.6. Selon vous, qu'est ce qui faciliterait le bon usage de votre traitement TSO ?

- Une autre voie d'administration
- Une meilleure biodisponibilité
- Un délai d'action plus court
- Moins d'effets indésirables
- Autre

Préciser :

.....
.....
.....

4.7. Si vous deviez conseiller un ami pour bien prendre son traitement TSO, que lui diriez-vous ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 2. Formulaire de consentement pour enregistrement sonore



Centre de détention d'Uzerche
Route d'Eyburie
19140 Uzerche

Formulaire de consentement pour enregistrements sonores

Je soussigné(e) :

accepte que la rencontre soit enregistrée sur une bande audio, à titre gratuit.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiante en 5^{ème} année de pharmacie préparant sa thèse d'exercice.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'élaboration de sa thèse d'exercice et qu'aucune information sur mon identité ne sera dévoilée.

Seuls l'étudiante, le pharmacien, son professeur et le médecin addictologue pourront avoir accès à ces enregistrements audio.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à l'Unité Sanitaire du Centre de Détention d'Uzerche.

La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Signature : Date :

Signature de l'étudiante : Date :

Signature du pharmacien : Date :

Annexe 3. Formulaire de consentement pour enregistrement vidéo



Centre de détention d'Uzerche
Route d'Eyburie
19140 Uzerche

Formulaire de consentement pour enregistrements vidéos

Je, soussigné(e) :

accepte que la rencontre soit enregistrée sur une bande vidéo, à titre gratuit.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiante en 5^{ème} année de pharmacie préparant sa thèse d'exercice.

Je comprends que les enregistrements vidéo seront modifiés afin de permettre un total anonymat de ma part (visage et signes distinctifs cachés et voix modifiée) et qu'aucune information sur mon identité ne sera dévoilée.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et de réalisation de bandes vidéo prônant le bon usage des traitements de substitution aux opiacés, destinés à être diffusés sur le canal interne du centre de détention d'Uzerche ou lors de congrès professionnels.

Seuls l'étudiante, le pharmacien, l'animateur de AIDES, et le médecin addictologue pourront avoir accès à ces enregistrements vidéo avant modification du son et de l'image.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à l'Unité Sanitaire du Centre de Détention d'Uzerche.

La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Signature :Date :

Signature de l'étudiante :Date :

Signature du pharmacien :Date :

Serment De Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Le bon usage des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral

L'utilisation des traitements de substitution aux opiacés (TSO) ne se fait pas toujours selon les recommandations, notamment dans les lieux de promiscuité.

Afin de comprendre, les raisons qui poussent les patients à se détourner de l'usage initial, nous avons réalisé un projet pratique, au sein du centre de détention d'Uzerche concernant deux médicaments de substitution aux opiacés : la buprénorphine haut dosage et la méthadone.

Nous avons rédigé un guide d'entretien individuel des personnes mésuseuses détenues abordant en particulier les effets ressentis lors du mésusage de leur TSO.

La problématique de biodisponibilité de la buprénorphine sublinguale haut dosage, son goût désagréable et les habitudes de consommation des usagers ressortent de ce travail. Ce projet permet d'appuyer la place de nouveaux médicaments de substitution aux opiacés adaptés : la Suboxone® et l'Orobupré®.

Pour contribuer à la politique de réduction des risques, nous avons par ailleurs réalisé des vidéos sur les recommandations de bon usage des TSO en milieu carcéral. Ces deux vidéos d'à peine dix minutes, ont été projetées sur le canal interne de la prison, et pourront être utilisées lors de congrès d'addictologie.

L'aspect pratique de cette thèse nous a permis de nous rendre compte, sur le terrain, des problèmes ressentis par les patients, et de mettre en place un projet de réduction des risques adapté à leurs difficultés.

Mots-clés : traitements de substitution aux opiacés, mésusage, milieu carcéral, politique de réduction des risques

The proper use of opioid substitution treatments in prison settings

The use of opioid substitution therapy (OST) is not always done as recommended, especially in places of overcrowding. In order to understand the reasons which push the patients to turn away from the initial use, we carried out a practical project, within the detention center of Uzerche concerning two drugs of substitution for opiates: high-dose buprenorphine and methadone. We have written a guide for individual interviews with detainees who misuse them, in particular addressing the effects of misusing their OST. The problem of bioavailability of high-dose sublingual buprenorphine, its unpleasant taste and the consumption habits of users emerge from this work. This project supports the role of new suitable opioid substitution drugs: Suboxone® and Orobupré®. To contribute to the risk reduction policy, we have also produced videos on recommendations for the proper use of OSIs in prisons. These two videos, barely ten minutes long, were shown on the internal prison channel, and may be used at addictology conferences. The practical aspect of this thesis allowed us to realize, in the field, the problems felt by patients, and to set up a risk reduction project adapted to their difficulties.

Keywords : The opioid substitute treatments, misuse, prison, risk reduction policy

