

Les traitements des personnes détenues présentant un trouble de l'usage des opioïdes

Cinq questions au Dr Fadi Meroueh*

Propos recueillis par Didier Touzeau**

Quel est votre parcours ?

J'ai commencé mon activité comme médecin généraliste en 1993, et j'ai été amené à prendre en charge des héroïnomanes et à chercher des solutions, ce qui a été l'occasion de réaliser mes premières prescriptions de Temgesic®. En 1997, les vacances médicales en prison m'ont très vite confronté à la problématique de l'addictologie chez les personnes les plus précaires. Et depuis 25 ans, j'essaie de prendre soin de cette population singulière !

Où en est l'offre de soins aux personnes présentant un trouble de l'usage des opioïdes en prison en France ?

Les missions des unités de soins en milieu pénitentiaire (USMP) sont importantes, et 3 d'entre elles cadrent plus particulièrement les soins aux usagers de drogues [1] :

- permettre la continuité des soins des personnes qui entrent en prison, avec équité ;
- assurer une sécurisation de la dispensation des médicaments ;
- préparer la sortie, ce qui reste un challenge et nous pose le plus de problèmes ; il s'agit notamment de prévenir certaines surdoses liées à la consommation des opioïdes à la sortie, lors de la libération. Nous tentons de prévenir les risques de rechute en essayant de prévoir une continuité du traitement.

Concernant les traitements, les objectifs sont :

- d'assurer une observance optimale, des doses stables et constantes pour une meilleure efficacité des traitements ;
- de diminuer la stigmatisation des patients identifiés comme "toxicomanes" lors de la distribution des médicaments ;
- de réduire le racket et les risques de mésusage, de trafic et de revente ;
- et en cette période de pandémie, réduire les contacts quotidiens non essentiels.

Il est à noter qu'il existe une très grande hétérogénéité à l'intérieur des prisons dans la gestion des médicaments de substitution. Ainsi des unités où nous retrouverons soit les 2 médicaments (buprénorphine haute dose et méthadone), soit 1 seul ; une posologie arbitrairement plafonnée, parfois par de multiples prescriptions coordonnées ou cloisonnées entre médecin généraliste, SMPR et CSAPA référents en milieu pénitentiaire...

Ces particularités conduisent à limiter l'adhésion des patients à leur traitement et rend difficile l'obtention d'une stabilisation, ce qui se traduit par un taux de rechute élevé (certains patients préfèrent même arrêter leur traitement). Leur qualité de vie est dégradée, notamment par la stigmatisation de la prise quotidienne devant les autres détenus et l'encadrement pénitentiaire. Malgré des recommandations et circu-

* Médecin addictologue, chef de service, unité sanitaire pôle urgences, CHU de Montpellier ; maison d'arrêt, Villeneuve-lès-Maguelone.

** Rédacteur en chef du *Courrier des Addictions* ; groupe hospitalier Paul-Guiraud, Bagnaux.

Entretien avec Fadi Meroueh

Le Dr Fadi Meroueh combat pour un accès égal à la santé pour tous en prison. Il est administrateur de la Fédération française d'addictologie au titre de l'APSEP (Association des Professionnels de Santé exerçant en Prison) et préside la même association mais au niveau européen : *Health Without Barriers*.



lares pour améliorer cette problématique, beaucoup reste à faire pour mettre en œuvre ces recommandations ! L'accès aux produits de santé à base de naloxone, qui peuvent être remis à la sortie de prison, et la mise sur le marché de nouveaux traitements (buprénorphine à libération prolongée) [2] incitent à revoir les protocoles médicamenteux en milieu pénitentiaire.

Comment la buprénorphine à libération prolongée peut-elle répondre à ces besoins ?

Pour le patient, une concentration stable et invariable du dosage pendant plusieurs semaines assure une vie sans *craving* et élimine le risque d'oubli de la prise quotidienne. Elle permet de mettre un terme à la stigmatisation dont certains patients souffrent et au racket qu'ils pourraient subir. Cette formulation entraîne, bien-sûr, moins de tentation de détournement du médicament ou de son injection. Ce nouveau type de galénique permet, comme cela a été le cas pour certains traitements antipsychotiques à action prolongée, de modifier le traitement de plusieurs troubles psychiatriques. Les pompes à insuline ont également été une nouvelle solution pour certaines personnes atteintes de diabète sucré.

Pour le personnel de santé, cela signifie plus de temps à consacrer aux soins.

Dans un premier temps nous avons participé à l'étude Ambre en 2019, qui nous montrait que les patients avaient une volonté de changement (> 61 % souhaitaient s/e tourner vers une forme à libération prolongée). Buvidal® a reçu une AMM européenne en 2018. Concernant la France, la Haute Autorité de santé lui a reconnu un service médical rendu important et une amélioration du service médical rendu de niveau IV en mars 2021. Le médicament est pour l'instant, réservé à l'usage professionnel et peut être prescrit et administré à l'hôpital (et donc en prison) et dans tous les CSAPA.

De mai à juillet 2021 nous avons fait une formation du staff médical et une information aux patients. Nous avons commencé les prescriptions en juillet 2021.

Tous les patients sous traitements agonistes aux opiacés sont concernés et éligibles à la libération prolongée. Ainsi, dans notre unité sanitaire, 16 patients à l'heure actuelle bénéficient de Buvidal® avec des profils tous différents. 12 patients sous buprénorphine, au dosage allant de 8 à 18 mg, ont reçu Buvidal® mensuel 64 mg, 96 mg et 128 mg ; ainsi que 3 patients sous méthadone 60 mg, 30 mg et 25 mg et 1 patient à 2 mg de buprénorphine qui demande un sevrage, reçoit une forme hebdomadaire.

Les retours après 15 jours puis à 1 mois sont très satisfaisants. Aucun patient ne souhaite revenir en arrière, et nous assistons à la fin du racket pour ceux qui le subissaient et à moins de revente ou de mésusage.

Comment préparez-vous la sortie de ces patients ?

La continuité des soins est un vrai sujet qu'il faut traiter. Les taux de rechute ou de perte de vue sont encore importants. En grande partie à cause de la période difficile après la libération. Bénéficiaire de 1 mois de traitement et donc de "stabilité" à la sortie laisse le temps de s'occuper de l'accès aux droits sociaux, de l'hébergement (sans se sentir en manque ni avoir la tentation de consommer), et donc se trouver dans l'urgence d'aller en catastrophe vers le soignant pour une prescription. La nouvelle formulation du Buvidal® permet aux patients de prendre ce temps.

Actuellement, les CSAPA qui pourraient avoir accès à ce traitement grâce à l'AMM ne sont pas encore informés, ni formés, ni préparés pour une majorité d'entre eux. Il est important de bien communiquer avec les structures qui assurent le relais à la suite de

Références bibliographiques

1. OFDT. Usages de drogues en prison – Pratiques, conséquences et réponses. 2019. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/thema/usages-de-drogues-en-prison-pratiques-consequences-et-reponses-thema/>
2. Touzeau D et al. La buprénorphine à action prolongée, un nouveau souffle pour la prise en charge des usagers d'opioïdes. *Courrier des addictions* 2019;3:11-5.

la sortie de prison afin que celles-ci puissent assurer la continuité des soins avec ce nouveau traitement.

Un mot pour finir ?

Je plaide pour une information et des formations sur cette nouvelle formulation pour les professionnels sanitaires, mais aussi pour informer les patients de cette opportunité, afin de briser les inégalités d'observance qui existent entre eux. Si de multiples facteurs entrent en compte dans la définition de

l'addiction, la mauvaise observance garantit presque toujours une rechute ou des consommations diverses (alcool, tabac, benzodiazépines, opioïdes). Une dose stable sur 1 mois ou 1 semaine permet de répondre aux besoins pharmacologiques du patient et de se concentrer sur les autres facteurs de risque. J'espère que les tutelles vont permettre un meilleur accès à ce traitement, avec un financement plus simple, et je souhaite ne pas revivre l'épisode du Nalscue® (naloxone intranasal), qui n'est plus disponible et que nous ne pouvons plus remettre aux patients lors de leur sortie. ■

BRÈVE

UN NOUVEAU RAPPORT DE L'EMCDDA* SOULIGNE LA NÉCESSITÉ DE RENFORCER LES SERVICES DE LUTTE CONTRE LA DROGUE DANS LES PRISONS

Ce rapport fournit un aperçu des derniers développements dans le domaine de la consommation de drogue et de la prison dans les 30 pays qui rendent compte à l'OEDT jusqu'à la fin de 2020 : les 27 états membres de l'Union européenne, la Norvège, la Turquie et le Royaume-Uni. Il donne un aperçu dans les domaines suivants : la consommation de drogues et les problèmes liés à la drogue au sein de la population carcérale, la disponibilité des services liés à la drogue en prison, les éléments disponibles pour des interventions efficaces en milieu carcéral, l'offre de drogues et les interventions visant à réduire cette offre.

Principales conclusions

- Les usagers de drogues sont surreprésentés en prison et la prévalence des problèmes liés à la drogue dans cette population est nettement plus élevée que dans la population générale.
- Les femmes incarcérées sont particulièrement vulnérables et exposées au risque d'usage problématique de drogues.
- Bien que de nombreuses personnes cessent de consommer de la drogue lorsqu'elles entrent en prison, certaines continuent ou commencent à consommer de la drogue dans ce cadre.
- La consommation de drogue en prison est indiquée par les 11 pays qui communiquent des données sur ce sujet.
- La consommation de nouvelles substances psychoactives en prison a représenté un défi croissant ces dernières années, en particulier la consommation de cannabinoïdes de synthèse.
- Les nouvelles technologies sont de plus en plus utilisées pour faire entrer les drogues en prison (par exemple, les livraisons par drone), mais elles sont également utilisées pour restreindre l'offre (par exemple, les nouvelles technologies de scannage pour examiner le contenu des envois postaux).

- Les personnes en prison ont une santé physique et mentale et un bien-être social inférieurs à ceux de leurs pairs au sein de la communauté et une espérance de vie moindre.
- Si les conditions carcérales peuvent avoir une incidence négative sur la santé, déjà fragile, des personnes qui consomment des drogues, il s'agit également d'établissements qui peuvent fournir des services de santé à ceux qui étaient auparavant difficiles à atteindre.
- Un traitement de substitution aux opiacés est disponible en prison dans 29 des 30 pays, mais dans la plupart des pays, la couverture dans ce contexte est faible.
- L'accès au dépistage et au traitement des maladies infectieuses est disponible dans la plupart des pays, bien que la couverture devrait être étendue. D'autres interventions de réduction des risques (programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, naloxone à emporter à domicile à la sortie de prison, par exemple) sont disponibles dans quelques pays.
- Des alternatives aux sanctions coercitives ont été mises en œuvre dans de nombreux pays européens. Le fait de détourner vers la réhabilitation les personnes en prison qui ont un usage problématique de drogues, peut avoir un certain nombre d'effets positifs (par exemple, éviter les effets néfastes de la détention et contribuer à réduire les coûts du système pénitentiaire).
- Garantir l'équité et la continuité des soins, étant donné que les personnes se déplacent entre la prison et la communauté, est essentiel pour obtenir des résultats de traitement durables et efficaces, mais cela n'est pas constaté dans la plupart des pays. Il est nécessaire d'intensifier les interventions liées à la drogue dans les prisons, qui se sont avérées efficaces dans d'autres contextes.
- Si la base de données factuelles augmente progressivement, il est nécessaire d'améliorer la comparabilité des données entre les pays et de réaliser davantage d'études sur les résultats des interventions ciblant la demande et la réduction de l'offre en prison.

* *Prison and drugs in Europe: current and future challenges*. Disponible en anglais. www.emcdda.europa.eu/publications/insights/prison-and-drugs-in-europe