

Synthèse des réflexions

**2ème Journée de rencontres
Interassociatives
et interprofessionnelles**

Actualités sur la prise en charge
des toxicomanes dans le Bas-Rhin

Samedi 29 novembre 2003
Auberge de Jeunesse du Port du Rhin -Strasbourg

Organisée par :
ACTION SIDA VILLE – SIDA INFO SERVICE
<http://www.action-sida-ville.com>

PROGRAMME DE LA JOURNEE

- 8h30 - 9h00** **Accueil** des participants - **collation** matinale
Clôture des **inscriptions** dans les 3 ateliers
- 9h00 - 10h00** **Présentation** de la journée (P.Riehl)
Intervention du **Dr Schwarzentruher** (DDASS)
- 10h00 - 13h00** **Travaux** en ateliers
- « PSYCHIATRIE »
animation : **Dr Rolland-Jacquemin**, (Strasbourg)
 Dr Caer (Paris)
- « MILIEU CARCERAL »
animation : **Dr Penide** , **Dr Sebille**, (Strasbourg)
 Dr Michel (Paris)
- « METHADONE »
animation : **Dr Feltz**, **M.Robinet**, (Strasbourg)
- 13h00 - 14h30** **Pause** : **Déjeuner en commun** (restaurant sur place)
- 14h30 - 16h00** **Synthèse** des ateliers en réunion plénière.
- 16h00** **Goûter** apéritif de clotûre.

INTRODUCTION

Cette journée de rencontres fait suite à une soirée qui a eu lieu en juin 2003 pour dresser un état des lieux de la prise en charge des toxicomanes par les professionnels de santé dans le Bas- Rhin.

Lors de cette soirée, en présence du nouveau médecin-inspecteur chargé de la toxicomanie de la DDASS le docteur Schwarzentruher, de représentants des centres de soins, des médecins généralistes et des pharmaciens, trois thèmes ont donné lieu à des débats ouverts et animés :

- celui de la coordination nécessaire entre le milieu psychiatrique et les différents intervenants de cette prise en charge au niveau de la ville.
- celui de la prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral avec tous les problèmes qui y sont rattachés.
- celui de l'accessibilité à la méthadone, que ça soit par les centres de soins et les médecins hospitaliers mais aussi par de nouvelles voies à étudier.

L'objectif proposé par cette journée est d'optimiser l'échange des pratiques entre professionnels de santé et associations impliquées dans la prise en charge des toxicomanes dans le Bas-Rhin, plus particulièrement au niveau des trois thèmes précités, par un travail en ateliers de réflexions et d'échanges , et d'envisager des perspectives communes de travail et de réflexions pour l'avenir.

Philippe Riehl , président

INTERVENTION DU DOCTEUR SCHWARZENTRUBER (DDASS)

Pour débiter cette journée, le médecin-inspecteur DDASS Scharzentruber a évoqué les principes du nouveau plan quinquennal.

- Sont maintenus dans le champs de la MILDT le tabac et l'alcool , l'intérêt étant l'articulation avec les programmes de santé déjà en place.
- En fonction des produits, respecter les différences de parcours entre les usagers et recentrer les actions sur les produits.
- Tenir compte des comportements de polyconsommations.

Ensuite ont été divulguées les grandes orientations de ce nouveau plan quinquennal

- dans le domaine de la prévention
- dans le domaine des soins
- dans le domaine des usagers en rapport avec la justice
- dans la domaine des CIRDD

Domaine de la prévention

1. Privilégier les actions par rapport au cannabis et au drogues de synthèse.

Il est prévu de créer des consultations anonymes et gratuites pour les jeunes et les parents (éventuellement dans les CSST avec une consultation à part) et d'essayer d'en faire un réseau national.

L'intérêt pour les jeunes serait de pouvoir faire le point sur leurs consommations.

Le public prioritaire ciblé sont les mineurs et les jeunes majeurs.

L'objectif est de pointer les risques sanitaires de ces consommations.

2. Appliquer la loi Evin sur le tabac

La MILDT souhaite appliquer cette loi dans tous les établissements publics.

Le rôle de l'infirmier dans l'éducation nationale serait renforcé, avec possibilité de faire des tests et de délivrer des substituts nicotiques.

Le rôle des comités de soins citoyens serait également renforcé.

Enfin une éventuelle prise en charge partielle des substituts nicotiques par la sécurité sociale est envisagée.

3. Seraient mises en place des campagnes de prévention (surtout sur le cannabis).

Une réforme du numéro d'appel 113 est prévue , pour devenir un vrai numéro d'écoute et de conseil (pas forcément gratuit).

Seraient renforcés les liens avec la police par rapport au trafic international.

Dans les raves on maintiendrait les actions de prévention.

Domaine du soin

La politique de substitution n'est pas remise en cause ,même s'il ne faut pas tout ramener à cette substitution.

Il y aurait un rééquilibrage de prescription entre la buprénorphine et la méthadone.

Une diversification de l'offre de soin serait proposée.

De nouvelles initiatives seraient mises en place comme l'injection médicalisée d'héroïne.

Domaine des usagers en rapport avec la justice

Mise en place de conventions santé-justice.
Remise en question de l'injonction thérapeutique.

Domaine des CIRDD

Leurs missions seraient revues.
Nouvelles répartitions des crédits.

Enfin est évoquée une réforme de la de 1970

Cette loi devrait rester globale, même si certains articles spécifiques pourrait exister ,
notamment pour le cannabis (avec notamment la suppression de la peine de prison pour
son usager)

1. ATELIER PSYCHIATRIE

Animation : Dr Caer psychiatre de Nîmes,
Rapporteur : Dr Rolland Jacquemin, généraliste

La psychiatrie : « il n’y a pas d’abonné au numéro que vous avez demandé » !

L’absence à cet atelier des psychiatres de ville et hospitaliers (le Dr Jean Philippe Lang devant animer l’atelier n’a pu venir en raison d’un problème de santé) hormis un pédopsychiatre présent est à noter, comme symptôme des problèmes de prise en charge sur le terrain au quotidien. La problématique de la toxicomanie est mal aimée, pour ne pas dire stigmatisée parfois, de la psychiatrie. La toxicomanie est passée d’une prise en charge socio-éducative avant la substitution à une prise en charge par les généralistes avec la substitution. De fait la prise en charge spécialisée des patients toxicomanes par la psychiatrie reste bien compliquée et difficile quand on n’a pas la chance de tomber sur les trop rares praticiens hospitaliers acceptant de s’impliquer.

En tout cas, nous remercions chaleureusement le Docteur Yves Caer d’avoir fait le déplacement depuis Nîmes et de nous avoir permis de mieux comprendre le fonctionnement des structures psychiatriques et de nous avoir partagé avec enthousiasme son expérience en addictologie.

Quelques points discutés :

1. Difficultés d’adresser un patient en psychiatrie pour une hospitalisation.

Souvent un gros travail d’accompagnement est fait pour préparer une hospitalisation pour un patient suivi pour une substitution. Quand il n’existe pas de relations entre les psychiatres hospitaliers et les intervenants qui adressent au CHS, souvent l’hospitalisation tourne au fiasco. La personne ressort quasi immédiatement. Le travail derrière avec la personne devient très compliqué, tout est à reprendre. On demande à la psychiatrie d’être contenante, hors ce qui est contenant c’est aussi la bonne relation et la cohérence entre les différents intervenants. Ainsi, il peut être précieux de connaître l’un ou l’autre psychiatre en particulier, cela facilite énormément le travail. D’où l’importance aussi de repérer les psychiatres acceptant d’accueillir des toxicomanes afin d’instaurer une relation de confiance dans un travail en réseau entre professionnels qui se connaissent au moins un minimum.

2. Raisons des sorties prématurées :

les conditions d’accueil sont difficiles et le patient demande lui-même sa sortie. Il peut y avoir un problème de mauvaise indication (hospitalisation demandée par la famille et pas l’intéressé qui n’est pas prêt) , alcoolisation aiguë, patient adressé pour sevrage de subutex alors que d’autres dépendances –benzodiazepines+alcool- sont beaucoup plus préoccupantes. Mais aussi des raisons plus structurelles : restriction du nombre de lits et manque de moyens dramatiques de certains hôpitaux.

3.Diagnostic difficile pour des jeunes évoluant vers une schizophrénie

La comorbidité est très fréquente chez les patients toxicomanes avec un problème de dépendance se surajoutant à une pathologie psychiatrique préexistante ou d'apparition récente mais masquée par la prise de produits. La compétence psychiatrique des généralistes prescrivant des substitutions est essentielle pour ne pas passer par exemple à côté de schizophrénies débutantes dont on sait que le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du traitement spécifique. Ainsi, certaines consommations massives de cannabis masqueraient des schizophrénies débutantes.

4.Evolution actuelle de la psychiatrie

Elle est marquée par la baisse importante du nombre de lits, la chute du nombre de psychiatres hospitaliers et libéraux, et la prise en compte à l'hôpital des 35 h, des récupérations de garde, des consultations CMP en parallèle rendant les praticiens moins disponibles pour les patients hospitalisés et difficiles à joindre pour leurs correspondants. Pour les femmes enceintes il faut savoir qu'il existe des lits réservés en psychiatrie (3 pour le Bas Rhin Haut Rhin et Moselle). Quant aux psychiatres de ville, ils sont habituellement vite surbookés et sélectionnent indirectement leurs patients (problème de rendez-vous manqués surabondants, parfois de dépassement d'honoraires)

5.Difficultés d'accueil dans les structures d'accueil social des patients cumulant problèmes de dépendance et pathologies psychiatriques

Les participants intervenants dans des structures d'accueil social ont tous soulevé le problème de prise en charge de cette population aggravé par la difficulté de communiquer avec les équipes psychiatrique (problème du secret partagé). Difficultés aussi d'adresser en consultation psychiatrique des personnes qui le nécessiteraient.

6.Les patients injecteurs de subutex

Il y a beaucoup moins de nomadisme que ce que l'on pensait dans le Bas-Rhin mais il y a un gros deal avec l'Allemagne. Le problème du subutex est son utilisation exclusivement en IV par certains patients, avec les graves dégâts médicaux que cela provoque. Le Dr Caer faisait part de son expérience en addictologie. Il a tenté de traiter de manière psychiatrique avec des molécules par exemple efficaces dans les troubles obsessionnels compulsifs ou d'autres molécules traitant la dépression ou l'anxiété, assorties d'une prise en charge psychothérapeutique pour aider les patients injecteurs de subutex à renoncer à leur pratique de l'injection. L'expérience a montré que ces tentatives se sont révélées des échecs. La seule chose qui permette la personne de sortir de son problème d'injection est bien le passage à la méthadone ! Pour les patients polyinjecteurs (d'autre produits que le subutex) , là bien sûr, les choses sont beaucoup plus compliquées.

2. ATELIER MILIEU CARCERAL

Animation : Docteur Sébille
Docteur Pénide
Docteur Michel
Rapporteur : Docteur Berthou

Questions que se posent les médecins généralistes.

Accès au soins

démarche du prisonnier ?
problème de l'hépatite C
prise en charge psychothérapeutique :
initiation prise en charge en prison , pas de relais à la sortie.
pathologie psychiatrique vraie : pas de lien avec secteur psy à la sortie.

Consommation à l'intérieur de la prison

- marché noir
- cocktail de neuroleptiques.

Problème de communication entre médecins généralistes et la prison

Préparation à la sortie concerne peu de prisonniers

Intervention de Laurent Michel

Psychiatre en milieu carcéral à Bois d'Arcy
Fait partie de la Commission Consultative Nationale sur les produits de substitution.
Auteur d'un rapport qui fait le point sur les soins psychiatriques en prison.

Ce tour de France des prisons révèle

- qu'il existe autant de dispositifs de soins que d'établissements pénitentiaires.
- le désarroi et l'isolement des équipes de soins pénitentiaires qui sont dans un entre-deux, entre soins et sécurité.
- Concernant la circulation des toxiques : elle existe en prison (visiteurs, mur de la prison, trafic qui est le reflet de la vie extérieure).
- Consommation IV faible : concerne des gens qui vont très mal et est à haut risque
- Question du secret.
- Surprescription des benzodiazépines en France qui se retrouve en prison.
- Réduction des risques : distribution de préservatifs
distribution eau de javel tous les 15 jours.
(censée stériliser le matériel d'injection)

En conclusion : la prison est quand même un lieu privilégié pour une évaluation et un éventuel sevrage.

Présentation de la prison de l'Elsau

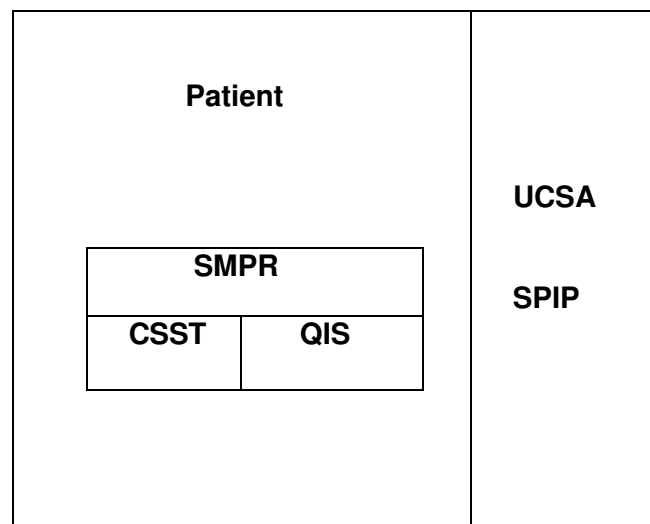
1. Présentation de l'équipe

- Psychiatre Dr Sebillé, travaille au SMPR : référent en matière d'addiction.
- Dr Burger, chargé de la prise en charge alcool et coordination secteur pénitentiaire.(Oermingen-Colmar-Ensisheim)
- Psychologues - Assistantes sociales - Infirmières.

2. Circuit du Patient

- UCSA (03.88.30.90.30)
- SMPR (03.90.30.46.10)
- SPIP (03.88.30.90.42)
- QIS (03.88.30.92.96)
- CSST (03.88.30.25.26)

PRISON



UCSA : Unité de **C**onsultations en **S**oins **A**mbulatoires
rattachée aux soins généraux (dépend de la Médicale A).
8 temps plein infirmiers.
2 praticiens hospitaliers à temps plein.
+ vacation médecin spécialisé, dentiste et kinésithérapeute.
Equipe d'infirmiers distribuant les traitements 3-4 fois par jour.
Traitements en forme sèche préparés à la pharmacie de Hautepierre.

SMPR : **S**ervice **M**édico **P**sychologique **R**égional
Dépend de l'EPSAN (Brumath-Hoerd)
3 praticiens hospitaliers
2 psychologues
1 assistante sociale
3 secrétaires
10,6 Equivalent temps plein infirmier et manque 2 temps plein ½.

SPIP : **S**ervice **P**énitentiaire d'**I**nsertion et de **P**robation : Travailleurs sociaux.

CSST : **C**entre de **S**oins **S**pécialisé **A**ux **T**oxicomanes.

QIS : **Q**uartier **I**ntermédiaire **S**ortant.

Le Médecin généraliste rencontre le détenu dans les 24-48H, après son arrivée (bilan sanguin + entretien infirmier). Cette première rencontre permet un repérage des conduites addictives ou de troubles psychiatriques.

Visite avec un infirmier du SMPR dans les 8 jours. Se passe en détention. Est souvent le 1^{er} contact avec le système de soins.

Rencontre avec le SPIP.

2 écueils

- non révélation de problèmes toxico.
- personnes sous traitement ne se sentant pas concernés par démarche de soins.

Le SMPR : Lieu d'écoute de la souffrance en contact avec Espace Indépendance et le Fil d'Ariane.

72 patients sous Subutex délivrés par l'UCSA.

11 patients sous méthadone (viennent chercher le traitement au SMPR... question du secret).

Quartier Intermédiaire Sortant (QIS)

- crée début 97 pour redynamiser les toxicomanes (travail social individualisé).
- Se déroule sous forme de 4 semaines de stage avec 3 activités principales :
 - ♦ activité sportive
 - ♦ arts plastiques
 - ♦ atelier de raisonnement logique.
- + intervenants extérieur (Association Accord – Association Parenthèse- permanence emploi-logement).
- + intervenants médicaux (ex : alcoologie).
- + juge d'application des peines.
 - 5 stages par an de 10 personnes minimum ;
 - ♦ stage non rémunéré, détenu doit déménager dans quartier spécifique, interdiction de prendre le moindre produit.
 - Beaucoup de difficultés de recrutement.

Prise en charge de l'alcool

- Existe depuis 3 ans.
- Mise en place par infirmiers
 - ♦ groupe de parole avec psychologue
 - ♦ information sur l'alcool et alcoolisme
 - ♦ ateliers de maîtrise.

3. ATELIER METHADONE

Animation : *Docteur a.Feltz, st.Robinet*
Rapporteur : P.Riehl

L'atelier a commencé par la présentation de l'expérience des microstructures initialisée par Espace Indépendance, qui permet de consulter en cabinet médical de ville, autour de patients sous traitement de substitution, avec un psychologue et un travailleur social.

Au jour d'aujourd'hui, environ 90.000 patients sont traités par la buprénorphine (SUBUTEX) contre 10.000 par la méthadone : les différences de législation peuvent en partie expliquer cette différence (régime « simple » de médicament contre régime des stupéfiants, prescription par un médecin généraliste contre prescription par les CSST et les praticiens hospitaliers)

Historiquement, certains centres de soins étaient contre la substitution, notamment par la méthadone et d'autres centres n'ont pas adhéré à cette option de substitution. A la différence de la buprénorphine, pour laquelle le circuit médecin généraliste-pharmacien d'officine s'est rapidement mis en place (il est vrai aussi que cette dispensation était beaucoup moins chère que la création de nouveaux centres de soins). Pour passer en médecine de ville , les patients sous méthadone doivent être stabilisés médicalement, psychologiquement et socialement (en pratique néanmoins, les premiers patients sortis des centres de soins étaient surtout ceux à « problèmes »....)

Actuellement, on a une forte demande par les patients de passage de la buprénorphine à la méthadone (problème d'injection, volonté de changer de produit) ; or si les patients parlent de changer de « produit » et non pas de médicament, c'est que la substitution ne convient plus ; de juste changer de « produit » ne résoudra rien, c'est de changer de traitement qui est important.

Il faut réfléchir aussi sur la démarche de prise en charge globale de l'individu.

La question du sevrage est toujours d'actualité, surtout si les traitements de substitution ont peut-être atteint une certaine limite chez certains patients.

Des questions ont été posées sur la substitution :

- ne rend-t-on pas dépendant des patients par rapport à un produit-médicament ?(en particulier pour la buprénorphine)

-a été évoqué la possibilité pour certains médecins généralistes de faire de la primo-prescription de méthadone en ville avec relais immédiat vers une officine : faut-il nécessairement le « plateau » d'accompagnement (psychologique et social) ?

Une telle possibilité est déjà offerte aux médecins faisant partie d'une microstructure.

CONCLUSION

- un consensus semble se dégager pour ne pas généraliser la primoprescription de méthadone en médecine de ville.
- Il faudrait donner les moyens aux centres de soins de pouvoir développer une prescription avec un « plateau » de prise en charge en ville.
- Il faudrait se pencher sur le problème des zones rurales et voir comment pallier l'absence des centres de soins dans ces zones.

4. Résumé de l'intervention de L. MICHEL¹ O. MAGUET²

Le travail que nous détaillons ici fournit un certain nombre de recommandations consensuelles au sujet de l'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral, motivé par le constat d'une variabilité importante des pratiques de soins d'un établissement à l'autre et d'une insatisfaction fréquemment exprimée tant au niveau des patients que des équipes sanitaires.

Il répond à une commande de la commission consultative nationale des traitements de substitution (septembre 2001) dont nous sommes membres, et a été présenté à la session du 1^{er} avril 2003. La détermination de ses modalités de diffusion sanitaire et pénitentiaire est en cours.

LA METHODOLOGIE ET LES RESULTATS DE L'INVESTIGATION SUR LE TERRAIN

Les données de la littérature (textes réglementaires, rapports et publications de référence dans le domaine de l'organisation des soins en milieu carcéral ou des traitements de substitution) ont été confrontées à une vaste évaluation sur le terrain des pratiques, des attentes et des suggestions des équipes sanitaires (22 établissements représentatifs au niveau national en termes de taille, type et répartition géographique), des personnels pénitentiaires (3 établissements dans lesquels une dizaine de personnes ont été rencontrées chaque fois, du directeur de l'établissement au surveillant pénitentiaire) et des détenus (7 établissements par le réseau d'intervenants de AIDES, les détenus étant orientés par les services pénitentiaires d'insertion et de probation ou les équipes sanitaires).

Du point de vue sanitaire, la variabilité des pratiques est plus que confirmée, chaque établissement présentant un dispositif différent. Les choix organisationnels reposent moins à ce jour sur des prises de position idéologiques que sur ce que l'effectif soignant rend matériellement possible. Il existe une unanimité au sujet de la méthadone (délivrance quotidienne devant soignant le plus souvent en lieu de soins mais parfois aussi en détention) contrastant avec des pratiques très diversifiées, associées à de nombreux questionnements, pour la BHD.

Les équipes pénitentiaires méconnaissent le plus souvent les traitements de substitution, les assimilant couramment à des traitements de sevrage. Elles sont en revanche clairement préoccupées par le trafic et suggèrent à ce propos la mise à disposition de formes galéniques liquides, se référant moins à l'ancienne « fiole pénitentiaire » qu'au constat du peu de difficultés rencontrées avec la méthadone par rapport à la question du trafic. Beaucoup souhaitent une délivrance en détention afin de favoriser l'anonymat. L'attente de « rencontres » avec les équipes de soins est majeure, la notion de secret professionnel étant admise bien que génératrice de frustrations dans la mesure où la connaissance au quotidien

¹ Praticien Hospitalier, Chef de Service du SMPR/CSST de la Maison d'Arrêt de Bois d'Arcy. 5 rue A Turpault, 78 395 Bois d'Arcy.
tél : 01 30 23 80 00 ; e-mail : lmicHEL@easyconnect.fr

² Responsable des actions communautaires, AIDES, Tour Essor, 14 rue Scandicci, 93 508 Pantin.
Tél : 01 41 83 46 00.

du détenu-patient ne peut être partagée. Finalement, la perception de la substitution reste ambivalente, partagée entre le constat d'une « pacification » de la détention avec amélioration de la prise en charge des détenus et le questionnement sur le rôle social conféré aux prescripteurs. L'expérience en détention est la source majeure de ce qui forge les connaissances, attitudes et représentations, soulignant l'importance d'actions de formation complémentaires.

Du côté des détenus, les difficultés évoquées sont nombreuses. Ils soulignent la variabilité des pratiques soignantes, vécues comme arbitraires, dans l'accès au soins ou dans l'organisation pratique au quotidien de la dispensation des traitements. Certains reconnaissent le caractère structurant de prises en charge « cadrantes », bien que mal acceptées au début. Le manque de confidentialité est douloureusement vécu et ressenti comme responsable à la fois de la stigmatisation dont ils s'estiment victimes mais aussi des pressions, menaces, rackets liés au type de traitement dont ils bénéficient. Certains choisissent cependant délibérément de troquer une partie de leur traitement en raison de leur statut d'indigence ou afin d'obtenir d'autres psychotropes.

Les difficultés évoquées ne sont finalement pas spécifiques au milieu carcéral. Elles pré-existent en milieu libre et ne sont qu'amplifiées par le milieu carcéral.

LES RECOMMANDATIONS

1 transversale : le projet thérapeutique

Les soins ne peuvent s'envisager qu'au terme d'une évaluation individualisée avec information, personnalisation d'un projet de soin autorisant réajustement et globalité de la prise en charge. Toute autre recommandation découle de celle-ci.

Les 13 recommandations :

- Reconduction des traitements de substitution : toute prescription antérieure devrait être reconduite. Si l'authentification d'une prescription antérieure est difficile à obtenir, l'évaluation clinique doit primer. La prescription peut alors être envisagée comme une initiation .
- Initiation des traitements de substitution : les indications sont les mêmes qu'en milieu libre en tenant compte en plus du caractère imposé du sevrage dû à l'incarcération et de la nécessité d'anticiper la sortie. Le cas particulier des centrales (aucun traitement prescrit dans notre enquête) pose la question de la place de la substitution lors de longues peines et mérite une discussion spécifique.
- Contrôles urinaires : outils relationnels plus que de contrôle, ils trouvent surtout leur place en début d'incarcération et dans les situations d'impasse thérapeutique.
- Modalités de prescription : identiques au milieu extérieur, elles devraient proscrire les renouvellements automatiques (sans examen du patient).
- Modalités de délivrance : de manière générale, l'individualisation et la confidentialité doivent primer sur le contrôle. Ils sont les meilleurs facteurs préventifs du trafic (lorsqu'il n'est pas choisi), des pressions et du racket. La délivrance doit tenir compte de la taille de l'établissement, des structures soignantes présentes (service médical-UCSA/service psychiatrique-SMPR/CSST) et de l'organisation préexistante. Les petits établissements, bénéficiant d'une structure soignante unique, sont les plus à même de banaliser la délivrance dans le lieu de soin ou en détention, parmi les prises en charge somatiques, tout en maintenant un lien thérapeutique régulier. Dans les établissements de moyenne et grande tailles, la tâche devrait être répartie

entre structures de soin, lieux de soins et détention, en maintenant en période initiale et pour les patients fragiles ou victimes de « pressions » pénitentiaires, une prise individualisée en présence de soignants. La délivrance pour plusieurs jours doit être envisagée pour les détenus les plus « compliants » en particulier dans les grands établissements. Le pilage des comprimés est à éviter, la bio-disponibilité n'étant pas garantie, la symbolique s'avérant ambiguë (poudre....) et l'efficacité du contrôle restant incertaine.

- Co-prescriptions : rappelons la nécessité d'une grande vigilance et de la nécessité de justifier d'un point de vue thérapeutique l'association de benzodiazépines avec les traitements de substitution. La prescription d'anxiolytiques, quand elle ne peut être évitée, devrait être dissociée de celle de la substitution et relever d'une évaluation psychiatrique.
- Prise en charge globale : évaluation sociale et psychologique devraient être systématiquement proposées et la perspective de la sortie envisagée dès la première prescription. Un accent particulier devrait être mis sur la nécessité d'assurer dès le jour de la sortie l'effectivité de la CMU (certains partenariats locaux avec la CPAM le permettent comme à Bois d'Arcy).
- Confidentialité des soins : unanimement peu satisfaisante, elle est jugée difficile à améliorer dans un contexte de vie en « collectivité ». Les patients estiment que sa défaillance génère de nombreuses tensions et facilite pressions et racket. L'accent est donc mis sur la formation/information des différents intervenants et des détenus.
- Dossier de soin : multiple dans les établissements présentant différentes structures de soin et nécessitant d'être transmis rapidement lors de transferts, le dossier devrait pouvoir être informatisé.
- Sorties et Transferts : un fonctionnement en réseau, aussi bien avec le milieu libre qu'avec les autres établissements, s'impose pour garantir la continuité et la cohérence des soins. Des contacts préalables à la sortie avec les soignants relais en milieu libre sont souvent très utiles. Une transmission du dossier avec motivation des choix thérapeutiques et notamment des co-prescriptions doit se développer.
- Extractions : lorsque les horaires le permettent (ouverture tôt des structures de soin), la délivrance est faite le jour même. Sinon, le traitement peut être remis au patient la veille ou sous pli fermé au greffe.
- Formation : c'est l'un des besoins les plus clairement exprimés, aussi bien par les soignants, les pénitentiaires que par les détenus eux-mêmes (gestion des risques, organisation des soins...). Une demande de formation partagée par personnels pénitentiaires et sanitaires est très fréquemment formulée, dans le but évident de favoriser les échanges et l'acquisition d'une culture commune. Nous ne pouvons que fortement soutenir ce type de démarche, notant au passage le souhait de ne plus réduire les interactions aux oppositions territoriales et professionnelles. L'intervention en milieu carcéral d'intervenants extérieurs est aussi à favoriser (réduction des risques, réinsertion, préparation à la sortie...).
- Accompagner les équipes : si les équipes intervenant en milieu carcéral sont souvent particulièrement motivées, elles sont soumises à des tensions, pressions et aléas liés aux changements de « politiques », qui nécessitent qu'un travail de

supervision et de reprise puisse être proposé. Ce temps est souvent malheureusement le premier à faire les frais du surmenage des équipes, notamment en cas d'insuffisance des effectifs.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Il paraît évident que de nombreuses questions restent ouvertes et tout d'abord, celui de la place à donner à ces recommandations. Au delà de la prise en charge des addictions, nombreux sont les domaines de la prise en charge sanitaire des détenus nécessitant une attention particulière et d'importantes améliorations (cf. rapport conjoint IGAS/IGSJ de 2001). Ce travail ne constitue qu'une participation parmi d'autres nécessaires.

D'autre part, les difficultés recensées en milieu carcéral au sujet de l'organisation des soins en matière de traitements de substitution ne sont que l'exacerbation de celles existantes à l'extérieur.

Les mésusages et le trafic sont courants en milieu libre. La prison identifie seulement mieux les responsabilités présumées : il n'y a qu'un prescripteur. Notons cependant que le trafic en milieu carcéral ne date pas d'hier et qu'une partie du trafic provient de l'extérieur. Le statut d'indigence en prison devrait d'ailleurs autant nous interpeller que le trafic qui en découle. La réduction des risques en milieu carcéral se heurte, comme en milieu libre, à des obstacles liés à la pénalisation de l'usage. Tolérer l'eau de javel est possible car l'intentionnalité n'est pas clairement exprimée, mais imaginer un dispositif d'échange de seringue ne le paraît pas car il remet en cause, et en chaîne, tout un nombre de principes légaux ou éthiques. L'aménagement sanitaire et éthique est possible en milieu libre mais pas en milieu carcéral, à moins d'une remise en cause globale du principe de la loi de 1970.

De nombreux facteurs limitants sont également à noter dans l'organisation des soins en milieu carcéral :

- ❖ D'abord et avant tout les effectifs soignants : nous ne pouvons pas suggérer la même organisation des soins à deux établissements de taille identique mais dont l'un ne possède qu'une UCSA « sinistrée » en personnel et l'autre une UCSA, un SMPR et un CSST en « bonnes santé ».
- ❖ La spécialisation des équipes : que le choix de l'exercice et la formation initiale des intervenants soient centrés sur les soins aux toxicomanes conditionne bien évidemment les possibilités d'organisation des soins. La prise en charge est en général plus « globale » quand il existe un SMPR/CSST intra-carcéral.
- ❖ La taille de l'établissement : si l'on veut pouvoir individualiser la prise en charge des patients qui le nécessitent, notamment par le maintien de contacts quotidiens à l'occasion de la délivrance du traitement, celle des autres détenus substitués impose la remise du traitement en détention dans les grands établissements. En ce sens, l'application à la lettre de la circulaire VIH de 96 préconisant une délivrance quotidienne des traitements de substitution, paraît incompatible avec la facilitation de l'accès aux soins.
- ❖ Les carences relationnelles inter-professionnelles : la méconnaissance de l'exercice professionnel des autres intervenants et les carences relationnelles favorisent les tensions « territoriales », l'incompréhension et les revendications corporatistes.
- ❖ Certains modes de délivrance des traitements renvoient les équipes à la contradiction entre logique sécuritaire et logique soignante, au risque de l'épuisement et de la démotivation. Quelques soient les ambiguïtés sanitaires ou structurelles auxquels les équipes sanitaires sont confrontées, leurs missions méritent d'être clarifiées et orientées dans le sens du soin.
- ❖ De même, les détenus évoquent des délivrances infantilissantes, les confrontant aux pressions et les conduisant à la transgression au dépend de l'individualisation du soin. Ils soulignent aussi la fatigabilité liée à l'organisation de la délivrance quant cette dernière est quotidienne.

Mais la prison nous apprend aussi un certain nombre de choses :

- L'importance d'englober toute forme de soin dans un projet thérapeutique individualisé.
- La nécessité d'aborder avec les patients la « durée » de la substitution.
- L'inquiétude éthique de voir la prison devenir un lieu privilégié d'accès aux soins, conjuguant sanction et soin alors que la loi de 1970 permet l'alternative (soin ou sanction).
- La clinique du mésusage, particulièrement « lisible » en milieu carcéral, est ou pourrait devenir un véritable levier thérapeutique si la prescription n'en est pas l'enjeu principal.
- Enfin, et c'est un sujet d'actualité avec la loi du 04 mars 2002, la pratique en « collectivité » et en inter-dépendance pose très clairement la question du secret médical partagé. Si celui-ci est une illusion légale, il constitue une réalité pratique du fait de la promiscuité carcérale. Le patient doit être acteur de cet enjeu et le détenteur éclairé de l'information. La prison le permet-elle ?

Conclusion de la Journée

« Merci à toutes et tous de votre participation à cette 2ème Journée de rencontres Inter-Associatives et Interprofessionnelles, en espérant que la diversité des échanges effectués dans les différents ateliers vous auront permis d'enrichir vos pratiques.

Je souhaite également que la mise en commun de nos réflexions et de nos pratiques puissent se prolonger en 2004, par une nouvelle Journée de rencontres, dont nous vous proposerons prochainement un projet.

Je tiens à remercier particulièrement la DDASS et les laboratoires Bouchara Recordati, Roche et Schering Plough pour leur participation à cette journée, ainsi que nos animateurs extérieurs les docteurs I.Michel et Y.Caer.

Pour terminer merci à tous nos animateurs et rapporteurs locaux des différents ateliers pour leur précieuse collaboration.

Bonne fin de journée , en espérant que vous continuerez à nous accompagner dans nos projets de rencontres »

Philippe RIEHL, président d'Action Sida Ville