



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé
Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale
Ministère de la ville
Ministère des sports

CONCOURS EXTERNE ET INTERNE POUR LE RECRUTEMENT
DE MEDECINS INSPECTEURS DE SANTE PUBLIQUE
ANNEE 2011

MARDI 19 AVRIL 2011
13 h 30 à 17 h 30
(horaire métropole)

EPREUVE COMMUNE N°3 – durée : 4 heures – coefficient : 4

Etude d'un cas concret ou d'un texte d'ordre technique portant sur la santé publique donnant lieu à la rédaction de propositions d'action.

IMPORTANT : Les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages et la numérotation des documents joints.

SUJET

Médecin inspecteur de santé publique dans une Agence régionale de santé (ARS), vous êtes saisi de plaintes de détenus de deux établissements pénitentiaires de votre région. Ces détenus se plaignent de ne pas avoir accès au traitement de substitution qui leur est prescrit. Les rapports d'activités des établissements de la région confirment la réalité des difficultés de prise en charge des toxicomanes en détention.

Quelles mesures préconiserez-vous à court et moyen terme pour améliorer les politiques de prise en charge et de prévention de la toxicomanie en milieu pénitentiaire ?

Documents mis à disposition des candidats (10 documents / 90 pages)

<u>Documents joints :</u>	pages
<u>Document n° 1</u>	
Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale - 4 pages	1 à 4
<u>Document n° 2</u>	
Plan gouvernemental de lutte contre les toxicomanies 2008-2011 – 3 pages	5 à 7
<u>Document n° 3</u>	
Les complications somatiques de la toxicomanie par Philippe CHOSSEGROS Revue Toxibase n° 3/95 – 18 pages	8 à 25
<u>Document n° 4</u>	
Prise en charge de la comorbidité psychiatrique et somatique – Docteur Claude JACOB – Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie des 23 et 24 avril 1998 - 8 pages	26 à 33
<u>Document n° 5</u>	
Toxicomanie en milieu carcéral – Question écrite n° 14188 de M. Emmanuel HAMON (JO du Sénat du 29/02/1996) - 2 pages	34 à 35
<u>Document n° 6</u>	
Addictions en milieu carcéral – Observatoire français des drogues et des toxicomanies - 1 page	36
<u>Document n° 7</u>	
Evaluation somatique avant la mise en place du sevrage – Docteur Pierre POLOMENI – Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie des 23 et 24 avril 1998 - 9 pages	37 à 45
<u>Document n° 8</u>	
Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie des 23 et 24 avril 1998 - 12 pages	46 à 57
<u>Document n° 9</u>	
Modalités de sevrage des opioïdés dans le cas des toxicomanes incarcérés – Docteur Christian SUEUR – Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie des 23 et 24 avril 1998 - 6 pages	58 à 63
<u>Document n° 10</u>	
Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues – Extraits – 27 pages	64 à 90

LOI no 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (1)

NOR : SPSX9300136L

Art. 1er. - I. - Dans le titre Ier du livre III du code de la santé publique, les articles L. 214, L. 216, L. 217-1 à L. 217-3, L. 220 à L. 224, la section III du chapitre Ier, les sections I à V du chapitre II, le chapitre III à l'exception de l'article L. 247 et le chapitre IV sont ou demeurent abrogés. II. - Le chapitre Ier du titre Ier du livre III du code de la santé publique est constitué par les articles L. 215 à L. 219, tels qu'ils résultent du présent article. III. - Les articles L. 217, L. 218, L. 219 et L. 247 du code de la santé publique deviennent respectivement les articles L. 216, L. 217, L. 218 et L. 219. IV. - L'article L. 215 du code de la santé publique est ainsi rédigé: << Art. L. 215. - La vaccination par le vaccin antituberculeux B.C.G. est obligatoire, sauf contre-indications médicales reconnues, à des âges déterminés et en fonction du milieu de vie ou des risques que font encourir certaines activités. << Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle de mineurs sont tenues personnellement à l'exécution de cette obligation. << Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. >> V. - L'article L. 216 du code de la santé publique, tel qu'il résulte du III du présent article, est ainsi rédigé: << Art. L. 216. - La vaccination dispensée dans les services de vaccination de la population civile par le vaccin antituberculeux B.C.G. est gratuite. << Les personnes soumises à la vaccination obligatoire conservent la faculté de se faire vacciner dans des conditions tarifaires de droit commun en dehors de ces services. >> VI. - Dans l'article L. 217 du code de la santé publique, tel qu'il résulte du paragraphe III du présent article, les mots: << dont il a la garde ou la tutelle >> sont remplacés par les mots: << sur lesquels il exerce l'autorité parentale ou dont il assure la tutelle >>. VII. - Le début de l'article L. 218 du code de la santé publique, tel qu'il résulte du paragraphe III du présent article, est ainsi rédigé: << Les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination de la population civile par le vaccin antituberculeux B.C.G. concourent, dans le cadre du département, à la prophylaxie... >> (le reste sans changement.) VIII. - Il est inséré, dans le chapitre II du titre Ier du livre III du code de la santé publique, un nouvel article L. 220 ainsi rédigé: << Art. L. 220. - Sous réserve de certaines conditions techniques de fonctionnement, les dispensaires antituberculeux sont habilités à assurer, à titre gratuit, le suivi médical et la délivrance de médicaments antituberculeux prescrits par un médecin. << Les dépenses y afférentes sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, par le département ou l'Etat dans les conditions fixées par le titre III bis et l'article 186 du code de la famille et de l'aide sociale et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale. << Un décret fixe les modalités d'application du présent article, relatives notamment aux conditions dans lesquelles sont délivrés ces médicaments. >>

CHAPITRE II Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus

Art. 2. - L'article L. 711-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé: << Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus 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. >>

Art. 3. - La sous-section 1 de la section 9 du chapitre Ier du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée: << Sous-section 1 << Assurances maladie et maternité << Art. L. 381-30. - Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération. << Les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres sont affiliés au régime d'assurance maladie et maternité dont ils relèvent au titre de cette activité. Toutefois, les intéressés sont affiliés au régime général lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont ils relèvent au titre de leur activité. << Les dispositions de l'article L. 115-6 ne sont pas applicables aux détenus. << Une participation peut être demandée, lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droit. << Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. << Art. L. 381-30-1. - Durant leur incarcération, les détenus affiliés en application de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité. << Toutefois, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité. << Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2. << Art. L. 381-30-2. - L'Etat est redevable d'une cotisation pour chaque détenu affilié en application de l'article L. 381-30. Cette cotisation est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminés par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale. << Art. L. 381-30-3. - Les cotisations dues par l'Etat en application de l'article L. 381-30-2 font l'objet d'un versement global à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dont le montant est calculé et acquitté selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat. << Art. L. 381-30-4. - La rémunération versée aux détenus qui exécutent un travail pénal est soumise à cotisations patronale et salariale d'assurance maladie et maternité dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire. << Art. L. 381-30-5. - I. - La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférente aux soins dispensés aux détenus, soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du dernier alinéa de l'article L. 711-3 du code de la santé publique est financée par la dotation globale versée à cet établissement en application de l'article L. 174-1. << Cette part est financée hors taux directeur, en fonction des dépenses de fonctionnement et d'investissement constatées et de leur évolution prévisible, selon des modalités déterminées par décret. << II. - L'Etat verse à l'établissement de santé le montant du forfait journalier institué par l'article L. 174-4 ainsi que la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs

servant de base au calcul des prestations. << Art. L. 381-30-6. - L'Etat prend en charge: << 1o Les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé engagées par l'établissement de santé, sous réserve de celles qui sont prises en charge par d'autres personnes morales de droit public ou privé, et notamment par le département, en application de l'article 37 de la loi no 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi no 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat; << 2o Les frais de transport du personnel hospitalier, des produits et petits matériels à usage médical et des produits pharmaceutiques; << 3o Les frais d'aménagement des locaux spécialement prévus pour l'admission des détenus dans les établissements de santé et dans les établissements pénitentiaires. >>

Art. 4. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale, les détenus incarcérés dans les établissements pénitentiaires à l'intérieur desquels le service public hospitalier, à titre transitoire, n'assure pas encore les soins, et notamment les établissements pénitentiaires, dont le fonctionnement est régi par une convention mentionnée à l'article 2 de la loi no 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, ne bénéficient des prestations en nature d'assurance maladie et maternité qu'en cas d'admission dans les établissements de santé. Dans ce cas, la cotisation due par l'Etat en application de l'article L. 381-30-2 du code de la sécurité sociale est minorée d'un pourcentage fixé par le décret mentionné au même article .

Art. 5. - L'article L. 161-12 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Art. 6. - I. - Les personnels infirmiers fonctionnaires régis par le décret no 90-230 du 14 mars 1990, en fonctions dans les services extérieurs de l'administration pénitentiaire à la date de la prise en charge effective par les établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire des obligations de service public mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 711-3 du code de la santé publique, sont détachés auprès desdits établissements dans l'un des corps des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière s'ils remplissent les conditions d'accès audit corps. II. - Dans un délai d'un an à compter de la date mentionnée au I ci-dessus, les personnels pourront opter pour leur intégration dans l'un des corps précités, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Les services accomplis dans le corps des infirmiers des services extérieurs de l'administration pénitentiaire sont considérés comme services effectifs accomplis dans les établissements publics de santé. Les agents qui n'auront pas fait valoir leur droit à cette intégration pourront la demander dans l'un des autres corps d'infirmiers relevant de la fonction publique d'Etat. III. - Les personnels infirmiers régis par la convention collective de la Croix-Rouge en fonctions à la date de la prise en charge mentionnée au I ci-dessus dans les services extérieurs de l'administration pénitentiaire sont mis à la disposition des établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire pour une période ne pouvant excéder la date d'expiration de la convention passée entre le ministère de la justice et la Croix-Rouge. Les établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire peuvent maintenir et prendre à leur charge après son expiration les obligations résultant de la convention passée entre le ministère de la justice et la Croix-Rouge.

.....

Art. 86. - Le Gouvernement présente chaque année un rapport relatif à l'évolution des principaux indicateurs sociaux, afin de mieux pouvoir apprécier la portée des dispositifs de la protection sociale et l'évolution de la cohésion sociale de notre pays. Celui-ci comporte notamment: - le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion et des minimums sociaux; - l'insertion des plus défavorisés et l'effet des mesures d'intégration des handicapés; - l'évolution de la situation du logement social; - les caractéristiques du chômage de longue durée et les résultats des mesures de lutte contre l'exclusion; - un ou des indicateurs pertinents permettant de mesurer l'évolution des inégalités sociales; - les indicateurs relatifs à l'état sanitaire, à la délinquance et à la violence, etc.; - les indicateurs relatifs à la situation des familles au niveau du remplacement des revenus par les pensions de retraite; - le taux de remboursement des dépenses de santé par l'assurance maladie.

Fait à Paris, le 18 janvier 1994.

FRANCOIS MITTERRAND Par le Président de la République: Le Premier ministre, EDOUARD BALLADUR Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, SIMONE VEIL Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, CHARLES PASQUA Le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, PIERRE MEHAIGNERIE Le ministre d'Etat, ministre de la défense, FRANCOIS LEOTARD Le ministre de l'industrie, des postes et télécommunications et du commerce extérieur, GERARD LONGUET Le ministre des entreprises et du développement économique, chargé des petites et moyennes entreprises et du commerce et de l'artisanat, ALAIN MADELIN Le ministre de la culture et de la francophonie, JACQUES TOUBON Le ministre du budget, porte-parole du Gouvernement, NICOLAS SARKOZY Le ministre de l'agriculture et de la pêche, JEAN PUECH Le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, FRANCOIS FILLON Le ministre délégué à la santé, PHILIPPE DOUSTE-BLAZY Le ministre délégué à l'aménagement du territoire et aux collectivités locales, DANIEL HOEFFFEL

(1) Loi no 93-43: Travaux préparatoires: Sénat: Projet de loi no 14 (1993-1994); Lettre rectificative no 46 (1993-1994); Rapport de M. Claude Huriet, au nom de la commission des affaires sociales, no 49 (1993-1994); Discussion et adoption le 26 octobre 1993. Assemblée nationale: Projet de loi, adopté par le Sénat, no 655; Rapport de M. Jean Bardet, au nom de la commission des affaires culturelles, no 755; Discussion les 29 et 30 novembre 1993 et adoption le 30 novembre 1993. Sénat: Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, no 137 (1993-1994); Rapport de MM. Claude Huriet et Charles Descours, au nom de la commission des affaires sociales, no 155 (1993-1994); Discussion et adoption le 13 décembre 1993. Assemblée nationale: Projet de loi, adopté avec modifications par le Sénat, en deuxième lecture, no 842; Rapport de M. Jean Bardet, au nom de la commission des affaires culturelles, no 856; Discussion et adoption le 17 décembre 1993. Assemblée nationale: Rapport de M. Jean Bardet, au nom de la commission mixte paritaire, no 869; Discussion et adoption le 20 décembre 1993. Sénat: Rapport de M. Claude Huriet, au nom de la commission mixte paritaire, no 197 (1993-1994); Discussion et adoption le 20 décembre 1993. Conseil constitutionnel: Décision no 93-332 DC du 13 janvier 1994 publiée au Journal officiel du 18 janvier 1994.

Plan gouvernemental de lutte contre les toxicomanies 2008-2011

Article Table des matières



En février 2008, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a publié un rapport complet sur les mesures gouvernementales à venir concernant la lutte contre les toxicomanies.

L'objectif principal de ce rapport est la baisse du nombre d'usagers de produits illicites et de personnes ayant une consommation problématique d'alcool d'ici à 2011.

- Les mesures du plan
 - Prévention, communication, information
 - Application de la loi
 - Soins et insertion sociale
 - Formation et recherche
- Prévention à l'international
 - Projets de coopération
 - Objectifs de la prévention
- Sources

Les mesures du plan

Prévention, communication, information

- **Constat :**
 - rajeunissement de l'âge moyen d'initiation aux différentes substances psychoactives
 - 11 ans pour l'alcool,
 - 12 ans pour le tabac,
 - 14-15 ans pour le cannabis,
 - consommation de cannabis devenue une pratique quasi normalisée.
- **Objectifs du plan :**
 - **prévenir**
 - la consommation des drogues,
 - les conduites d'alcoolisation massive des jeunes,
 - dans les établissements de l'enseignement supérieur et les grandes écoles,

- la récurrence de l'usage et du trafic de drogues chez les publics sous main de justice,
- responsabiliser les adultes dans leur rôle de principal acteur de prévention,
- former des intervenants en milieu scolaire et universitaire,
- **réduire**
 - les pratiques addictives en milieu de loisirs éducatifs et sportifs,
 - les risques professionnels liés à l'usage de psychotropes,
 - les pratiques dopantes dans les milieux sportifs,
- informer les résidents étrangers sur la législation en matière de drogues.

Application de la loi

- **Problématique :**
 - stratégie des organisations criminelles transnationales
 - mise en place des réseaux de transport et de distribution,
 - culture illicite de cannabis et détournement de médicaments psychotropes,
 - économie souterraine.
- **Actions du plan :**
 - **lutter contre**
 - le trafic,
 - la cybercriminalité,
 - les manifestations d'alcoolisation massive et précoce,
 - la culture de cannabis,
 - le trafic international,
 - mieux sanctionner les infractions liées à l'usage.

Soins et insertion sociale

- **Objectifs :**
 - améliorer
 - les compétences des professionnels en prévention,
 - la prise en charge sanitaire,
 - des jeunes,
 - des usagers de cocaïne,
 - les soins délivrés aux usagers incarcérés,
 - l'insertion et la réinsertion sociales,
 - préserver la santé de l'enfant à naître,
 - diminuer la morbidité et la mortalité liées à l'hépatite C.

Formation et recherche

- **Amélioration globale des moyens de recherche :**
 - mise en place de formations dans les ministères concernés,
 - développer
 - la recherche clinique en addictologie,
 - l'observation des usages de drogues,
 - la mise en œuvre et l'efficacité de la politique publique.

Prévention à l'international

Projets de coopération

- **3 projets de coopération sont préconisés :**
 - mise en place
 - d'un observatoire méditerranéen,
 - d'un Centre de coordination pour la lutte antidrogue en Méditerranée (CeCLAD-M),
 - renforcement de la prise en charge des usagers par la formation des professionnels.

Objectifs de la prévention

- **Agir :**
 - dans les enceintes internationales pour plus de coordination,
 - sur les routes de la drogue dans l'espace européen.
- Développer la coopération méditerranéenne.

Les complications somatiques de la toxicomanie

par Philippe CHOSSEGROS*

Les complications somatiques de la toxicomanie sont longtemps restées marginales. Le circuit de soin installé par la loi de 1970 les ignorait totalement, laissant leur prise en charge au système de soin général. La prise de conscience des épidémies virales a entraîné un changement radical dans les mentalités. Cependant, en dehors des hépatites et du Sida, les complications propres à la toxicomanie restent mal connues. Elles ne font pas l'objet d'un enseignement spécifique et les médecins sont rarement confrontés à l'ensemble de leurs manifestations.

On peut opposer les complications épidémiques telles qu'hépatites et Sida qui posent un problème évident de santé publique aux autres complications somatiques dont les implications restent individuelles.

La constatation que les usagers de drogue étaient devenus un réservoir capable de transmettre des virus à l'ensemble de la population n'a que très lentement débouché sur une réflexion concernant les moyens nécessaires pour faire évoluer cette situation. Après la mise en vente libre des seringues décidée en 1987, il a fallu attendre 1993 pour la création des réseaux ville-hôpital toxicomanie en 1993 et 1995 pour une large diffusion des traitements de substitution. On peut remarquer que ces mesures visent à contenir les épidémies et à protéger la population générale. Les campagnes informant les usagers de drogues des dangers encourus du fait de l'utilisation des différents produits sont restées pratiquement inexistantes. Le refus de stigmatiser des groupes à risques, l'absence de groupes de pression représentatifs des usagers de drogue ont joué un rôle dans ce retard. (1) (2).

Cette synthèse bibliographique essaie de fournir quelques pistes récentes permettant de comprendre les problématiques actuelles dans deux domaines qui font l'objet d'innombrables publications. Une impossible exhaustivité n'a donc pas été recherchée pour les hépatites. Pour le Sida, qui a fait l'objet d'un précédent numéro (3), seuls sont traitées des données récentes qui modifient la conception globale de la maladie et de ses traitements. Pour les notions plus classiques, les lecteurs sont renvoyés à un ouvrage général (4). Les données de la littérature étant beaucoup moins abondantes pour les autres complications somatiques, elles ont été traitées en cherchant à donner une vision d'ensemble utilisable par un large public.

LES EPIDEMIES VIRALES

I - Déroulement des épidémies

L'interprétation de l'évolution des infections par les virus des hépatites et du Sida dépend, d'une part, de la compréhension de l'évolution des maladies et, d'autre part, de la nature et de l'évolution des comportements des usagers de drogue.

I-1 MODELE DE L'EPIDEMIE

A sa phase initiale, la progression d'une épidémie virale dépend d'une part, du mode de transmission, de la contagiosité des virus et de la durée d'évolution de l'infection, d'autre part, des comportements des sujets infectés. Par la suite, le niveau de l'endémie et les modifications éventuelles des comportements joueront un rôle prépondérant. Ainsi, pour une faible endémie et une contagiosité modérée, toute réduction des risques aboutira à un contrôle de l'épidémie. Par contre, en cas de forte endémie et de contagiosité importante, il faudra une disparition presque totale des pratiques à risque pour contrôler l'évolution.

La « survie » des virus dans le milieu extérieur passe de quelques heures à quelques jours pour le VIH à plusieurs mois pour le VHB. La résistance du VHC est encore inconnue. En cas de contage professionnel, correspondant habituellement à des piqûres accidentelles par des seringues souillées, le risque de séroconversion va de 0,3 % pour le VIH, à 3 % pour le VHC et à 30 % pour le VHB. Enfin, le passage à la chronicité qui est vraisemblablement très proche de 100% pour le VIH, serait de 80 % pour le VHC si on tient compte de la virémie et de 5 % pour des adultes infectés par le VHB. Une contamination par partage de seringue a donc plus de chance d'aboutir à une infection chronique s'il s'agit du VHC que s'il s'agit des VHB et VIH.

* Médecin des Hôpitaux, Hôpital de l'Hôtel-Dieu, 1 place de l'Hôpital 69002 Lyon

I-2 EVOLUTION DES COMPORTEMENTS

Les études concernant les comportements des toxicomanes et leurs relations avec l'incidence des infections virales sont souvent fragmentaires. Les informations disponibles qu'elles soient originaires de France ou d'un autre pays d'Europe, d'Amérique ou d'Asie sont convergentes. Elles indiquent, dans la quasi-totalité des cas, une diminution des comportements à risque depuis la prise de conscience de la sévérité de l'épidémie du Sida (5) (6) (7) (8) (9) (10). Cette diminution ne correspond cependant jamais à une disparition complète des prises de risque (11). Certains groupes ou certains profils sont plus particulièrement associés à la poursuite de ces comportements. Leur caractérisation est essentielle pour permettre de développer des programmes de prévention et de prise en charge adaptés. Cette évolution générale, indépendante des programmes de réduction des risques, amène à s'interroger sur l'efficacité réelle de ces programmes en l'absence de comparaison avec des populations témoins.

I-3 EVOLUTION DE L'EPIDEMIE

Ces considérations expliquent les différences observées le plus souvent entre les prévalences des différents virus dans les groupes d'usagers étudiés. Les taux de séropositivité pour le VIH sont habituellement très inférieurs à ceux des hépatites B et C. En France, les chiffres de l'épidémie de Sida concernant les toxicomanes révèlent une stabilisation du nombre annuel relatif des nouveaux cas de Sida chez les usagers de drogue autour de 26 % depuis 1989. En 1994, le nombre de cas cumulés atteignait 8522 sur 34287 malades (12). Les chiffres concernant les hépatites restent beaucoup plus vagues. Une étude conduite dans un centre de soin du Nord trouvait une prévalence globale de 75 % pour les anticorps VHC et de 33 % pour les marqueurs sérologiques du VHB. Après deux ans de toxicomanie intraveineuse, la prévalence atteignait 90 % pour le VHC. Par comparaison la prévalence du VIH était de 1 %. Une enquête conduite dans le même centre entre 1984 et 1988 avait trouvé une prévalence identique pour le VHB, celle du VIH était, par contre de 10,7 % (13). En Moselle, on observait une diminution de la prévalence des infections par le VIH chez les toxicomanes consultant l'intersecteur des pharmacodépendances de 1990 à 1992 (15 à 8,2 %) alors que celles dues au VHC augmentaient de 53,2 à 71,2 % de 1990 à 1991 (14). Dans une série personnelle portant sur 600 toxicomanes différents incarcérés dans les prisons de Lyon de 1988 à 1994, les prévalences respectives des VHC, VHB et VIH étaient de 71, 56 et 17 %. Un changement majeur des comportements (échanges de seringues et promiscuité sexuelle) depuis le début des années 1980 a abouti à une diminution de ces prévalences qui étaient de 46, 31 et 0 % pour les usagers de moins de 3 ans en 1994. La diminution était évidente pour le VIH et plus discutable pour les hépatites. Une même tendance vers la diminution est rapportée par le GECSA d'Aquitaine qui voit l'incidence des cas d'infection par le VIH chez les toxicomanes diminuer régulièrement de 73 % de 1985 à 1991 (15). Dans la région parisienne les données sont moins précises. La diminution des infections par le VIH n'est pas évidente dans les centres de soin qui rapportent une prévalence de près de 30 %. (16). Par contre, une étude de la mission Sida conduite auprès des séropositifs nouvellement suivis dans des services parisiens faisait état d'une diminution de l'incidence des prises en charge dans le seul groupe des toxicomanes.

Cette diminution du nombre des nouvelles infections par le VIH dans des régions à endémie moyenne ou faible s'oppose à la persistance des cas d'hépatites. Cette observation suggère la présence d'une forte endémie pour les virus B et C dans la population toxicomane. Cette situation est la conséquence de plus de 10 ans de progression de ces infections en l'absence de toute réduction de risque dans la population concernée. L'ancienneté de la présence de ces virus dans la population des usagers de drogue dans toute l'Europe, est suggérée par la présence, dès 1974 en Ecosse, de marqueurs du VHD, un virus qui n'a rien de britannique (17). Pour le VIH, au contraire, les changements de comportements qui ont suivi la prise de conscience de l'épidémie de sida ont limité la diffusion du virus après une durée d'évolution de l'épidémie de moins de 5 ans.

Dans la région où s'était déroulée notre étude, la toxicomanie apparaissait comme un facteur indépendant de contamination pour le VIH, non pour le VHC. A comportement égal, le risque de contamination était corrélé à l'incidence géographique des cas de Sida. Les situations locales ont donc un rôle fondamental dans l'évolution des contaminations. A San Francisco, par exemple, la diminution des comportements à risque s'est seulement traduite par une stabilisation de l'épidémie (18). La dissociation observée dans les études françaises a été retrouvée à Amsterdam dans une cohorte étudiée de 1985 à 1989 entre les prévalences relatives du VIH (32 %) et du VHC (74 %) (19). Il en était de même dans le Suffolk et à Jérusalem (20)(21). On peut remarquer que la mise en place d'une politique agressive de réduction des risques a plus rapidement réduit l'évolution de l'épidémie VIH dans les pays où elle a été développée mais qu'elle a eu peu d'influence sur l'évolution des hépatites. Cette constatation souligne la difficulté de contrôler une épidémie quand l'endémie est très élevée. Tout programme de prévention devrait s'appuyer sur une évaluation précise de la situation locale pour proposer les mesures les plus efficaces au meilleur coût.

La place de la sexualité dans les risques encourus par les toxicomanes est encore plus difficile à évaluer que celle des seringues. Il semble que les présupposés concernant le partage du matériel qui

commencent à être abandonnés devant l'évidence des changements de comportements, persiste dans ce domaine. Pourtant « l'idéal » de rapports sexuels sans risque paraît utopique et n'est sans doute pas souhaitable car il impliquerait un conditionnement social difficilement acceptable. L'absence de groupes témoins, issus des mêmes milieux, n'utilisant pas de drogue fait cruellement défaut aux publications qui nous sont proposées. L'étude de l'évolution des comportements, quand elle est faite, souligne l'existence fréquente d'une augmentation de l'utilisation des préservatifs (22) (23) (24) (25) (26). Dans notre expérience, la prévalence de marqueurs sérologiques de la syphilis, 1000 fois plus élevée que celle de la population générale au début des années 1980, est devenu pratiquement nulle et l'usage des préservatifs s'est banalisé. Le nombre de partenaires a aussi diminué (27). La croyance de courir un risque plus important de contamination par les échanges de seringues que par les rapports sexuels, habituellement rencontrée au cours des enquêtes, correspond pour l'instant à la réalité. On ne peut nier que la plus forte endémie rencontrée au sein de cette population rend bien entendu les rapports non protégés plus dangereux que ceux de la population générale. Ceci explique le lourd tribut payé par les partenaires sexuels des usagers de drogue (12).

II - Les infections virales

Les virus B, C, D et le VIH sont, tous les quatre, responsables d'infections chroniques. Bien qu'ils appartiennent à des groupes différents, ils se caractérisent par des réplifications actives et un contrôle limité de la qualité des copies produites. Il en résulte une évolution typiquement Darwinienne responsable d'une adaptation constante au milieu environnant. La primo-infection s'accompagne d'une très forte répllication que la réponse immunitaire de l'hôte va réduire et même, en cas d'évolution vers la guérison, annuler. Parmi les millions ou milliards de copies produites tous les jours, des mutants vont apparaître différents par quelques codons (28) (29) des souches d'origine ou souches sauvages. Ces changements créent à l'intérieur de grandes familles caractérisées par leur génotype, des variétés infinies, les quasi-espèces. Certaines mutations ne seront pas viables, d'autres permettront au mutant d'échapper à la surveillance immunitaire ou de résister à l'action d'un antiviral. Ces mutants résistants émergeront au cours de l'infection, remplaçant progressivement les souches sauvages en fonction de la pression de sélection. Des particules défectives pourront aussi être produites paralysant les défenses immunitaires en saturant leurs sites antigéniques. Ces évolutions ont une importance clinique fondamentale. En effet, elles conditionnent la compréhension de l'évolution des infections, les capacités diagnostiques, la conduite des traitements, enfin, le développement de vaccins efficaces (30). La contamination par des souches résistantes est un phénomène nouveau qui risque de modifier l'évolution de ces maladies (31). Sur un plan diagnostique, la biologie moléculaire détrôneront progressivement les sérologies en pratique clinique. Elle va rapidement devenir le principal outil diagnostique. La recherche et la quantification des génomes viraux présents dans le sang périphérique et les tissus sont devenus incontournables pour suivre les traitements antiviraux. L'amélioration continue de ces tests ne va pas sans poser quelques problèmes. La détection de virus dans le sang ou certains tissus de sujets asymptomatiques ou de malades guéris amène à s'interroger sur les limites du pathologique et sur l'intérêt des traitements chez ces « malades ».

Les traitements dont nous disposons sont actuellement de deux types :

Les antiviraux purs. Ils ne détruisent pas les virus mais entrent en compétition avec certains mécanismes de la répllication virale. Ils sont donc incapables d'entraîner une véritable guérison. Au mieux, ils induisent une réduction de la répllication suffisante pour permettre aux défenses immunitaires de l'hôte d'éliminer le virus en cause. Malheureusement cette action peut être insuffisante et transitoire en raison de l'émergence de mutants résistants.

Les immunomodulateurs. Ils agissent en stimulant les défenses naturelles de l'hôte. L'interféron reste la seule molécule largement utilisée. Il est capable d'entraîner des guérisons complètes de certaines hépatites. Dans des modèles de souris syngéniques chez lesquelles le virus B a été intégré dans le génome embryonnaire, la découverte que la clairance virale ne passe pas obligatoirement par la destruction des cellules infectées ouvre des horizons nouveaux avec la possibilité d'utiliser une combinaison de lymphokines (32).

Dans un avenir proche, les traitements vont s'orienter vers des associations d'immunomodulateurs et d'antiviraux agissant à différents niveaux de la répllication virale, dont la synergie pourrait prévenir l'émergence de mutants résistants viables. L'utilisation de ces combinaisons posera certainement des problèmes de toxicité. Les progrès réalisés en 15 ans permettent d'envisager prochainement des modifications radicales de l'évolution de ces infections.

II-1 LES HEPATITES

II-1-1 INTRODUCTION

Le nombre des virus impliqués dans la survenue d'hépatites augmente régulièrement. La lettre G vient d'être atteinte sans éprouver le sujet. Ces différents virus ne concernent pas au même titre les usagers de drogue. On considère habituellement que les virus responsables d'épidémie par voie orale tels que le VHA, le VHE et, vraisemblablement le VHF ont peu d'intérêt dans cette population. Cette situation pourrait évoluer. L'amélioration des conditions d'hygiène amène un plus grand nombre de sujets non immunisés contre le VHA à l'âge adulte. La banalisation des voyages internationaux pourrait faire apparaître des cas d'hépatites aiguës A ou même E au retour de voyages en pays d'endémie. Ces cas de figure sont sans doute actuellement exceptionnels. Rappelons que ces hépatites ne passent pas à la chronicité mais peuvent être responsables de formes fulminantes dont la fréquence augmente avec l'âge pour le VHA et avec la grossesse pour le VHE.

Ce sont actuellement les virus HB et HC qui posent un problème chez les usagers de drogue.

Manifestations cliniques : Les trois hépatites ont en commun leurs manifestations cliniques. Les infections aiguës sont très souvent asymptomatiques. La fréquence des symptômes évocateurs d'une hépatite aiguë diminue des co-infections B et D aux infections par le VHC. Chez les toxicomanes elle est encore plus faible en raison de l'utilisation concomitante de drogue. En dehors des formes franchement ictériques, les céphalées, myalgies, accès fébriles, sont, soit masqués par les produits, soit rapportés à leur arrêt. Les infections chroniques sont le plus souvent asymptomatiques. Il est difficile avant un traitement d'épreuve de se prononcer sur la relation éventuelle entre asthénie et hépatite. L'apparition des manifestations cliniques correspond, le plus souvent, à la progression de la maladie vers la cirrhose. Les manifestations extrahépatiques restent exceptionnelles. Elles sont dues aux dépôts de complexes antigènes-anticorps dans la paroi des vaisseaux. Certaines manifestations sont plus fréquentes au cours des hépatites B comme les périartérites noueuses (33), d'autres sont plus fréquentes au cours des infections par le VHC comme les glomérulonéphrites membranoprolifératives (34) (35) ou les cryoglobulines. D'autres, enfin, ne sont présentes qu'en cas d'infection par le VHC (lichen plan, syndrome de Sjögren (36)).

Evolution de la maladie hépatique : Au niveau hépatique, il existe un gradient allant du foie normal à une hépatite chronique active. Celle-ci correspond à des inflammations et à des nécroses cellulaires qui élargissent progressivement les espaces portes, créent des septa interportaux ou porto-hépatiques et aboutissent, avec l'apparition de nodules de régénération à l'apparition d'une cirrhose. Les classifications habituelles de ces différents stades sont actuellement l'objet de nombreuses révisions (37). La progression de la fibrose crée une hypertension dans le système porte qui développe des collatérales notamment œsophagiennes. La rupture de ces varices peut être responsable du décès des malades. L'hypertension portale augmente aussi le débit lymphatique hépatique qui va déborder dans le péritoine en formant de l'ascite. La réduction des hépatocytes fonctionnels soit par leur destruction soit par leur exclusion dans un tissu fibreux non fonctionnel est responsable de l'insuffisance hépatique qui peut se traduire par un ictère. L'encéphalopathie hépatique apparaît quand elle s'associe au développement des collatérales extrahépatiques. La progression vers le cancer primitif du foie est fréquente une fois atteint le stade de cirrhose. Pour l'instant l'interféron alpha est la pierre angulaire du traitement de ces hépatites

II-1-2 VHB

Le VHB fait parti du groupe des virus hépadna qu'il partage avec certains virus animaux. Ces virus à ADN infectent préférentiellement le foie mais d'autres tissus comme les lymphomonocytes peuvent être aussi touchés. Il a la particularité d'une réplication très élevée qui permet l'utilisation de la détection de l'antigène porté par l'enveloppe ou AgHBs pour porter le diagnostic d'infection par le VHB. Il existe cinq génotypes du VHB. Le génotype « a » correspondrait à une conformation du génome qui préviendrait les mutations portant sur la région préc du génome. Cette particularité pourrait expliquer des différences de réponses aux traitements antiviraux.

Physiopathologie et tests diagnostics

Le virus n'est pas directement cytopathogène. Il ne détruit pas les cellules qu'il infecte. C'est sa reconnaissance par le système immunitaire de l'hôte et la réaction qu'il induit qui sont responsables des lésions. Au moment de la primo-infection, il existe une vigoureuse réponse cellulaire et humorale dirigée contre les différents antigènes du VHB. Si cette réaction est insuffisante, une tolérance apparaît qui permet la persistance de l'infection. Cette tolérance est complète pour l'antigène de surface

(AgHBs), elle est partielle pour l'antigène de la nucléocapside (AgHBc) et un antigène non particulière qui lui est associé, l'AgHBe (38) (39) (40).

Au cours des infections chroniques, une adaptation entre l'hôte et le virus se développe. La pression immunitaire peut aboutir à une extinction progressive de la réplication et à une élimination du virus. Dans d'autres cas, elle favorisera l'émergence de mutants capables de lui échapper ou, même, de supprimer la réponse immunitaire normale contre les souches sauvages (41). La mutation la plus fréquente est rencontrée sur la partie du génome qui code pour les protéines de la nucléocapside (42). L'importance clinique d'autres mutations apparaît progressivement grâce à l'étude plus systématique de l'ensemble des génomes.

Les marqueurs sériques recherchés sont les AgHBs et HBe et les anticorps antiHBs, HBe et HBc. En dehors de la phase d'incubation des hépatites aiguës, les antiHBc sont toujours présents. Leur recherche permet de dépister économiquement un contact préalable avec le VHB. La réplication se mesure dans le sérum en quantifiant l'ADN circulant. La quantification des antiHBc de type IgM pourrait différencier les infections aiguës aux titres les plus élevés, des infections chroniques actives aux titres intermédiaires, des infections non évolutives aux titres nuls.

Clinique

Le VHB est présent dans le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et la salive. Sa transmission se fait habituellement par contamination par des produits sanguins ou par des rapports sexuels. En cas de réplication active, une seule piqûre par une aiguille contaminée est infectante. Une transmission de la mère à l'enfant est possible dans la période périnatale. Le niveau de réplication joue un rôle fondamental dans l'efficacité de cette transmission.

La contamination est suivie par une infection qui est le plus souvent silencieuse. La durée d'incubation est inversement proportionnelle à la dose contaminante. L'évolution vers la chronicité lui est, au contraire, proportionnelle. Seules 10 % des hépatites B aiguës sont symptomatiques. Le diagnostic d'une infection récente est porté sur la présence d'antiHBc de type IgM. La guérison est d'autant plus fréquente que les manifestations cliniques et biologiques sont franches. Une évolution vers une insuffisance hépatique grave ne s'observe que dans 1 % des cas. Un passage à la chronicité est observé dans seulement 10 % des cas. Différentes évolutions sont alors possibles.

Le portage sain de l'AgHBs, qui représente 90 % des formes chroniques, correspond à la production majoritaire de particules virales défectives porteuses de l'AgHBs. Dans le sérum, il existe des antiHBe et antiHBc. La recherche d'une virémie en dot-blot est négative. Par contre la PCR, méthode beaucoup plus sensible, est fréquemment positive, traduisant la persistance d'une réplication à minima. La biologie et l'histologie hépatiques sont normales. Le pronostic est bon avec une séroconversion Ag/antiHBs possible après des années d'évolution. La contagiosité est faible.

Il peut exister un portage asymptomatique dû à une tolérance immunitaire. Les AgHBs et HBe sont présents. La réplication virale est très élevée. La biologie et l'histologie hépatiques sont encore normales. En dehors de rares cas de contamination périnatale, il s'agit d'une phase transitoire précédant une évolution vers le portage sain ou vers une hépatite chronique.

Les hépatites chroniques correspondent à la persistance d'une réplication active responsable d'une réponse immunitaire responsable de la destruction des hépatocytes infectés. L'importance des lésions hépatiques et la clairance virale éventuelle dépendront des niveaux respectifs de la réplication et de la réponse immune. Dans le profil sérologique classique, les AgHBs et HBe sont présents. La durée de l'infection et la présence d'une activité histologique sont responsables de l'apparition de mutations dont la plus fréquente entraîne la disparition de l'AgHBe. Dans tous les cas, l'ADN viral est détectable dans le sérum. La progression vers la cirrhose dépendra de la progression de la maladie et des capacités d'élimination du virus. Une fois la cirrhose constituée, la progression vers le cancer primitif du foie est presque constante (43) (44). Bien que le génome viral puisse être intégré, l'absence d'insertion régulière suggère que son action oncogène a un autre mécanisme. La protéine X par son action de transactivation est le candidat actuel le plus vraisemblable (45) (46).

Traitements :

Le traitement des hépatites chroniques B s'appuie sur 2 molécules. La vidarabine, la plus anciennement utilisée, est soit injectée en intramusculaire soit perfusée en intraveineux. Sa toxicité neuromusculaire limite son utilisation à des cures de 4 semaines. L'interféron alpha est injecté par voie sous-cutanée par cures de 6 à 12 mois. En cas d'efficacité, la réplication chute pendant le traitement mais les résultats définitifs ne sont observés que 6 mois à 1 an après la fin du traitement (47) (48) (49). Ces molécules multiplient par deux la vitesse d'élimination spontanée du virus. Les bons répondeurs aux traitements sont des femmes à transaminases élevées et réplication basse (50) qui ont été infectées récemment par une souche sauvage. Si les mutants répondent au traitement, les réactivations sont la règle et des traitements plus prolongés devraient être envisagés (51). De nouvelles molécules antivirales actives par

voie orale seront prochainement disponibles. Elles devraient transformer les modalités de traitement actuelles (52).

La greffe de foie est une alternative possible pour les formes très évoluées. Le mauvais pronostic des réinfections du greffon en écarte pour l'instant les malades qui gardent une répllication importante (53). La vaccination a fait la preuve de son efficacité dans les populations exposées et au cours de campagnes de vaccination dans les pays d'endémie. Chez les toxicomanes la réponse est diminuée par rapport à la population du même âge, ce qui a justifié un contrôle et l'utilisation d'injections complémentaires. L'association d'une vaccination et d'injections de gammaglobulines spécifiques permet de prévenir efficacement la transmission périnatale du VHB (54) (55).

II-1-3 VHD

Le virus Delta ou VHD est endémique dans certains pays du pourtour méditerranéen, en Afrique noire et en Amérique centrale (56). Sa transmission semble essentiellement parentérale. En France il reste cantonné aux usagers de drogue.

La nature du VHD est discutée. Son code génétique archaïque ne lui suffit pas pour se répliquer. Il a besoin de la présence du VHB qui lui fournit son enveloppe. Les primo-infections ont deux évolutions possibles. S'il s'agit d'une co-infection avec le VHB, la guérison est la règle en l'absence d'évolution sous forme d'hépatite grave. La surinfection d'une hépatite chronique B évoluerait toujours vers la chronicité. Les hépatites D se caractérisent par l'élévation de leurs transaminases qui sont le témoin d'une nécrose hépatique importante qui prédomine dans les lobules. La progression vers la cirrhose est accélérée en cas de répllication active du VHB (57). L'interféron alpha est le seul traitement utilisé. Il ralentit l'évolution et permet quelques guérisons après séroconversion Ag/antiHBs (58). Comme pour les B mutants, des traitements prolongés pourraient être envisagés. Les récurrences absentes ou souvent bénignes après transplantation, permettent d'envisager la greffe comme traitement de formes terminales (53). La vaccination contre le VHB protège aussi contre le VHD.

II-1-4 VHC

Le VHC est apparenté aux flavivirus et aux pestivirus. Il s'agit d'un virus à ARN qu'on ne pense plus directement cytopathogène. Il existe au moins 8 génotypes et 18 sous-types plus directement apparentés (59). Ces génotypes permettent des études épidémiologiques. Chez les toxicomanes européens le type 3a serait plus fréquent que chez les autres modes de contamination (60). Les titres des virémies C sont inférieurs de deux ou trois log à ceux du VHB.

Physiopathologie et tests diagnostics

Le VHC se caractérise par la rapidité de ses mutations particulièrement fréquentes dans la région hypervariable. De telles mutations, observées très rapidement après une primo-infection, ont été interprétées comme l'émergence de souches minoritaires capable de résister à la réponse immune de l'hôte (28). Comme pour l'hépatite B, après une phase initiale de réponse active à la majorité des antigènes du VHC, succède, en cas de passage à la chronicité, une tolérance partielle pour certains d'entre eux.

Les tests de troisième génération sont devenus très fiables. Les Elisa de troisième génération permettent le diagnostic de la quasi-totalité des infections par le VHC. Les RIBA, utilisés précédemment pour confirmer les résultats des Elisa, en détectant la nature des différents anti VHC présents dans un sérum, ont perdu beaucoup de leur intérêt. La recherche de la virémie en PCR reste le meilleur témoin d'une infection évolutive.

Clinique

Le VHC est présent dans le sang qui reste la principale source de contamination. Sa présence dans d'autres liquides biologiques reste controversée. Il a été inconstamment retrouvé dans la salive et un cas de séroconversion après morsure a été rapporté. Le virus C n'a pas été mis en évidence dans le sperme, les sécrétions vaginales, les urines ou les selles. Il n'a été trouvé qu'une fois dans le lait maternel. Les autres modes de transmission restent hypothétiques. La transmission sexuelle, si elle existe, est rare et pourrait surtout survenir en cas de lésions des muqueuses génitales. Cette hypothèse s'appuie sur les acquis du VIH et sur les discordances rencontrées entre les études qui portent sur des couples et celles qui se sont déroulées dans des dispensaires de maladies sexuellement transmissibles. La contamination périnatale varie avec les études. Elle reste très faible en occident et paraît liée au niveau de répllication viral. Les transmissions périnatales et sexuelles sont favorisées par une co-infection par le VIH (61) (62) (63).

Après une contamination par le VHC le passage à la chronicité sous forme d'hépatite chronique est voisin de 50 % quelque soit le mode de contamination. En fait, une virémie peut persister après

normalisation des transaminases. Les évolutions chroniques pourraient alors dépasser 80 %. Les formes fulminantes sont exceptionnelles. La progression de la maladie est lente et inconstante. Dans la première étude de l'histoire naturelle des hépatites post-transfusionnelles, les premiers symptômes apparaissaient au bout de 13,6 ans, les premières cirrhoses après 17,8 ans et les premiers cancers primitifs du foie après 23,4 ans (64). Les formes sporadiques et peut-être les hépatites rencontrées chez les toxicomanes pourraient être moins sévères que les hépatites transfusionnelles (65). Il existe une corrélation entre le niveau des transaminases et l'activité hépatique mais individuellement des hépatites chroniques actives sont présentes chez 20 % des sujets à transaminases normales (66). L'évolution vers la cirrhose ne touche donc qu'un sous-groupe de malades qu'il reste difficile d'identifier (67).

Les génotypes ne semblent pas jouer un rôle déterminant dans cette évolution en dehors des récurrences post-transplantation pour lesquelles le génotype 1b serait de mauvais pronostic. Des études complémentaires sont nécessaires. Les toxicomanes semblent présenter des hépatites moins sévères. Pour l'instant, il n'est pas possible de rapporter cette différence à une moindre durée d'évolution, à la dose virale contaminante ou aux génotypes des virus. Le VHC est fréquemment associé au développement de cancers primitifs du foie. Le mécanisme de son action dans cette évolution est inconnu. En l'absence d'intégration, c'est l'association à la cirrhose qui reste le facteur favorisant le plus évident (68).

Traitements

Pour l'instant, seul l'interféron alpha a reçu l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement des hépatites C. Dans le cadre habituel de son utilisation, soit des injections de trois MU, trois fois par semaine pendant six mois, une normalisation des transaminases associée à une annulation de la virémie six mois après la fin du traitement n'est obtenue que dans 15 à 25 % des cas. Des facteurs prédictifs de réponse ont été reconnus. Il s'agit du génotype 2, de l'absence de cirrhose, de la charge virale, de l'absence de cholestase, du jeune âge et du sexe féminin. La présence de populations virales hétérogènes serait aussi de mauvais pronostic (69). Les résultats des traitements des hépatites aiguës suggèrent que des doses élevées administrées plus longtemps pourraient être plus efficaces (70). Les résultats semblent aussi corrélés à la dose et à la durée du traitement (71) (72) (73). On est donc devant le dilemme de traiter soit des malades dont la maladie, peu évoluée restera bénigne dans la majorité des cas mais qui répondront, soit des cas plus évolués qui résisteront dans la majorité des cas. Si l'objectif d'une éradication virale est maintenu, il est indispensable de découvrir des marqueurs pronostics.

D'autres possibilités peuvent être envisagées. La découverte d'une stabilisation et même d'une régression de la fibrose indépendante de l'effet antiviral de l'interféron laisse espérer la possibilité de traitements palliatifs pour les formes évoluées. Des associations pourraient potentialiser les effets de l'interféron. Si anti-inflammatoires non stéroïdiens et acide ursodésoxycholiques semblent avoir une efficacité limitée, la ribavirine paraît modifier les données actuelles. Cette molécule dont l'action antivirale est mal comprise réduit les taux de transaminases et, plus inconstamment, la charge virale. En monothérapie un échappement suit habituellement l'arrêt du traitement (74). Associée à l'interféron, elle double le nombre de répondeurs à six mois.

La greffe reste une possibilité pour les malades arrivés à un stade d'insuffisance hépatique terminale. Les récurrences, presque constantes, ne sont pas toujours évolutives et pourraient être contrôlées par l'association interféron-ribavirine (75) (53). La fréquence des mutations donne peu d'espoir de disposer d'un vaccin dans un avenir proche (76) (77).

II-2 LE SIDA

II -2-1 L'infection par le VIH

Les virus de l'immunodéficience humaine ou VIH appartiennent à la famille des rétrovirus qui comprend les oncovirus dont il fait partie, les lentivirus et les spumavirus. Il existe 2 virus humains les VIH 1 et 2 et un virus simien le SIV dont l'organisation génétique est similaire. Ces virus à ARN infectent spécifiquement les cellules qui portent à leur surface un récepteur identifié comme la molécule CD4. Il s'agit principalement des lymphocytes CD4, des monocytes et macrophages circulants, des cellules dendritiques des ganglions et des cellules microgliales du cerveau. Après l'entrée du virus dans la cellule, de l'ADN proviral est fabriqué dans le cytoplasme ce qui permet l'intégration dans le génome de l'hôte et la fabrication de nouveaux virions. Le VIH est cytopathogène.

De nombreux facteurs ont été évoqués pour expliquer l'évolution de l'infection vers la maladie en l'absence de virémie significative jusqu'à la phase de Sida. Les études récentes de l'évolution de l'infection dans les ganglions ont modifié ces hypothèses en soulignant l'importance primordiale du virus. En effet dès la phase initiale de l'infection près de 10^9 virions seraient fabriqués quotidiennement et détruits par autant de lymphocytes. La baisse du taux des lymphocytes circulants n'apparaît qu'une fois cette défense débordée (29) (78). Cette activation immunitaire a de nombreuses

conséquences. Les lymphocytes T CD4⁺ ont un rôle charnière dans la régulation du système immunitaire. Ils initient et amplifient ses diverses fonctions. Celles-ci interviennent en sécrétant de nombreuses cytokines qui peuvent secondairement amplifier la réplication virale dans les lymphocytes infectés. Le profil des lymphocytes C⁺ évolue avec la maladie passant avant le stade de sida d'une majorité de TH1 à des TH2 aboutissant à une diminution des capacités d'élimination virales (79). Parallèlement la stimulation antigénique continue amplifie le compartiment des lymphocytes CD8⁺ cytotoxiques dont l'activité fonctionnelle va diminuer. Une stimulation spécifique et non spécifique des lymphocytes B est responsable d'une hypergammaglobulinémie présente dès le début de l'infection. La numération des CD4 a été la pierre angulaire du suivi des malades infectés par le VIH. La diversification des traitements devrait orienter vers des approches plus sophistiquées telles que la recherche des mutations entraînant des résistances spécifiques aux antiviraux ou la quantification virale (80).

II-2-2 Traitement

Dans cette optique, un traitement précoce et efficace de l'infection devient indispensable. La problématique est clairement exposée par D.Ho dans un éditorial du New England Journal of Medicine (81). Pour être durablement efficace un traitement précoce devrait être capable de réduire le niveau de réplication de 3 log ou plus. Avec une efficacité moyenne, partagée par les autres inhibiteurs nucléosidiques, de l'ordre de 0,7 log, la zidovudine, prescrite pendant six mois, a été capable de retarder l'évolution de l'infection vers le sida sur une période de moins de trois ans (82). Le second problème est celui de l'émergence des résistances qui touche plus de la moitié des cas après six mois de traitement par la zidovudine ainsi que celui des résistances croisées. Ces considérations peuvent expliquer les résultats décevants des études utilisant des molécules en monothérapie dont l'effet peut s'épuiser rapidement en raison de l'émergence de mutants résistants. Le plus récent essai (ACTG019) de traitement des malades présentant plus de 500 CD4/mm³ souligne ces limites. Le traitement précoce freine la décroissance des CD4 mais ne modifie pas le passage au Sida (83). Ces résultats sont à mettre en perspective avec ceux, décevants de l'essai concordé utilisant la zidovudine en monothérapie, et avec ceux de l'ACTG175 qui démontre que des associations d'antiviraux permettent de réduire l'évolution vers le sida et la mortalité par rapport à une monothérapie chez des malades dont les CD4 étaient compris entre 200 et 500/mm³. Les associations d'antiviraux actuellement disponibles ne comportent que des inhibiteurs nucléosidiques qui peuvent déjà atteindre en association des activités de 1,7 log. Dans un proche avenir les triples associations incluant des antiviraux non nucléosidique devraient améliorer significativement l'efficacité des traitements. Bien entendu, va se poser le problème du coût de ces associations et surtout de leur toxicité. A un stade avancé de l'infection, pour des CD4 inférieur à 100/mm³, il reste à définir les avantages et les inconvénients de ces traitements surtout s'ils ont été commencés tôt.

II-3 LES CO-INFECTIONS

Les quatre virus précédemment envisagés se transmettent tous par les partages de seringues. Les prévalences respectives suggèrent qu'un usager contaminé par le VIH aurait de grande chance d'avoir aussi rencontré le VHB et le VHC. L'histoire de ces infections chez les toxicomanes est donc différente de celle qui serait observée chez des malades infectés par un seul virus. Les virus cohabitent dans le foie et les cellules mononuclées circulantes qui peuvent moduler l'immunité. Ces interactions ont des conséquences encore mal connues qui dépassent le cadre de cet exposé. Il faut cependant retenir qu'au cours des doubles infections, un virus peut devenir dominant et réprimer l'expression du second ou qu'une infection précédente peut favoriser la persistance ou l'élimination du virus. Des réplifications pourraient aussi persister en l'absence de marqueur sérologique d'évolutivité. La présence d'une co-infection par le VIH pourrait aggraver l'évolution naturelle des hépatites C et réduire l'efficacité des traitements (84) (85) (86).

L'observation d'une progression moins rapide de l'infection VIH vers les infections opportunistes et la mort chez les toxicomanes qui ont fréquemment partagé leur matériel par rapport à ceux qui ont peu pratiqué les échanges pourrait s'expliquer, entre autre, par les multiples infections virales et leurs interactions (87).

LES AUTRES COMPLICATIONS SOMATIQUES

I Les complications liées aux injections

Les injections intraveineuses prédisposent à de nombreux accidents. Si, depuis quelques années, le partage des seringues a significativement diminué, la réutilisation du matériel reste fréquente. Dans une enquête récente de l'IREP, 30 % des usagers par voie intraveineuse utilisaient encore plus de trois fois de suite leurs seringues (5). Les produits utilisés ne sont pas stériles. Ils contiennent presque constamment des additifs dont certains comme le talc peuvent venir se fixer dans la lumière et la paroi des vaisseaux. L'utilisation de cuillères, de cotons ou de filtres de cigarette plus ou moins propres, d'eau parfois contaminée favorise les infections (88). Ces réalités conditionnent la nature et la sévérité des complications.

I-1 COMPLICATIONS INFECTIEUSES

Les risques bactériens et mycotiques liés aux injections intraveineuses dépendent de 4 facteurs: stérilité du matériel, nettoyage des points d'injection, qualité des produits utilisés, fréquence des injections. L'utilisation de matériel neuf ou, à la rigueur, la réutilisation personnelle de matériel stérilisé, la désinfection de la peau, le changement régulier des sites d'injection, l'abandon de la pratique de lécher les aiguilles avant les injections font partie des informations qui doivent être intégrées dans une démarche de réduction des risques. Ils concernent l'ensemble des usagers par voie intraveineuse. Le type de produit utilisé influe, au contraire, sur les autres déterminants. Les utilisateurs de cocaïne ou d'amphétamine répètent plus souvent les injections que les héroïnomanes. La mise en solution de cachets ou de gélules a pu favoriser des contaminations par de l'eau souillée et entraîner des embolies. Des candidoses ont pu être transmises par le jus d'agrumes utilisé pour dissoudre l'héroïne et par la commercialisation d'héroïne asiatique transportée sous forme de pâte humide.

Les germes en cause varient selon l'origine des études. Par ordre décroissant, on retrouve les staphylocoques, les streptocoques, les pseudomonas, les bacilles Gram négatifs et les levures (89). L'émergence de staphylocoques dorés méthicilline résistants sélectionnés par des traitements antérieurs par des céphalosporines a été rapportée dès le début des années 1980 aux Etats-Unis. Plus récemment, la responsabilité de staphylocoques coagulase-négatifs dans des infections souvent torpides a été soulignée (90) (91).

La peau et le tissu sous-cutané sont en première ligne. Les abcès y sont d'autant plus fréquents que l'état veineux est détérioré. Ils sont souvent associés à des thrombophlébites qui peuvent se compliquer de nécroses musculaires ischémiques.

Le passage des germes dans la circulation générale va pouvoir être transitoire, spontanément régressif. Il s'agit de bactériémie. Dans d'autres cas, une localisation viscérale sera responsable de décharges répétées, les septicémies. Ce sont les antécédents du malade et son état clinique qui amènent à choisir entre un traitement antibiotique systématique et des prélèvements bactériologiques ambulatoires ou en milieu hospitalier.

I-1-1 Les endocardites infectieuses

Il s'agit de greffes bactériennes sur des valves cardiaques préalablement remaniées. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette évolution chez les usagers de drogue qui ne présentent qu'exceptionnellement des antécédents cardiaques : lésions provoquées par les particules de talc présentes dans les produits injectés, réaction immunologique déclenchée par ces produits, greffe directe de germes particulièrement virulents.

Si des cas d'endocardites fulminantes sont pratiquement limités aux toxicomanes et aux porteurs de valves cardiaques, la majorité des endocardites infectieuses rencontrées ont une évolution subaiguë. Les symptômes généraux sont constants (fièvre, frissons, myalgies, douleurs musculaires, nausées,...). L'atteinte tricuspidiennne est la plus fréquente. Initialement, elle est souvent silencieuse à l'auscultation. Les complications sont fréquentes avec au premier rang l'insuffisance cardiaque congestive. Tous les organes peuvent être touchés par des embolies septiques ou des immuns complexes. Les hémocultures et l'échographie cardiaque sont essentielles au diagnostic. Contrairement aux autres endocardites ce sont les staphylocoques qui sont le plus souvent en cause. Le traitement essaie de s'adapter aux résultats des antibiogrammes (92).

I-1-2 Les localisations pulmonaires

Elles correspondent à des embolies septiques qui ont pour origine soit l'injection elle-même, soit un foyer déjà infecté. Elles se traduisent par une baisse de l'état général et un état subfébrile. L'image pulmonaire correspond le plus souvent à un infiltrat pulmonaire. Des pneumopathies systématisées sont aussi possibles ainsi que des images nodulaires à limites mal définies qui évoluent souvent vers une cavitation. Des adénopathies médiastinales peuvent être présentes. Les pyopneumothorax après infarctus septiques sont rares. Des anévrysmes mycotiques de l'artère pulmonaire ont été décrits mais sont exceptionnels (93).

I-1-3 Les atteintes des autres organes

Les localisations infectieuses peuvent être isolées ou disséminées. Les cellulites et les abcès profonds sont fréquents. Les atteintes ostéo-articulaires, habituellement, font suite à un abcès cutané ou une endocardite. Elles prennent plus souvent la forme de spondylodiscites que d'arthrite septique ou d'ostéomyélites. En cas d'atteintes articulaires, les genoux sont les plus touchés (94) (95). Les localisations bactériennes sont la règle mais des candidoses et des localisations tuberculeuses ont été décrites.

Au niveau rénal, les lésions les plus habituelles sont des glomérulonéphrites nécrosantes focales ou prolifératives diffuses qui accompagnent les endocardites infectieuses et guérissent avec elles. Elles se traduisent par une hématurie et une protéinurie qui peuvent évoluer vers l'insuffisance rénale. La fréquence des observations d'amylose rénale augmenterait. Elles accompagnent des infections bactériennes sous-cutanées et, plus rarement, des ulcérations cutanées non infectées. L'évolution des syndromes néphrotiques est habituellement progressive et irréversible même en cas d'arrêt de l'intoxication (96).

Des endophtalmies mycotiques ou bactériennes ont été décrites. Elles se présentent comme des chorioretinites à foyers uniques ou multiples qui peuvent évoluer vers la nécrose rétinienne. Les infections à candida sont les plus fréquentes, les aspergilloses viennent en seconde position. Des infections du segment antérieur ont été observées après injection sous-conjonctivale de drogue (97) (98). Dans tous ces cas un abord direct doit rechercher un diagnostic bactériologique précoce. Un drainage du foyer infecté est souvent nécessaire.

Pour mémoire, le risque de tétanos a été évoqué aux Etats-Unis chez des sujets non vaccinés. Il souligne l'intérêt de pratiquer les rappels nécessaires. Des méningites, des abcès cérébraux et épидурaux sont rencontrés. La prise d'héroïne et surtout de cocaïne par voie nasale favorise les infections locales et plus particulièrement les sinusites. Les affections parodontales sont aussi fréquentes: gingivite parfois ulcérées au moment du sevrage, abcès parodontaux qui peuvent s'étendre et provoquer des cellulites qui aboutissent à des fistules.

I-2 LES AUTRES COMPLICATIONS

L'utilisation de drogues déprimant le système nerveux central favorise la survenue de pneumopathies d'inhalation.

Les pneumothorax sont rares. Ils peuvent faire suite à une ponction d'une sous clavière ou d'une jugulaire ou à une quinte de toux déclenchée par l'inhalation de haschich ou de cocaïne. Les complications liées aux impuretés présentes dans les produits utilisés sont fréquentes. Les particules les plus souvent rencontrées sont le talc, l'amidon, la cellulose microcristalline, le stéarate de magnésium et l'oxyde de silicium. Des brins de coton ont été retrouvés dans les poumons. Ces derniers sont les plus souvent touchés car ils jouent un rôle de filtre dans la circulation générale. Des particules de talc peuvent être retrouvées dans tous les tissus du fait de leur petite taille ou de l'ouverture de shunts pulmonaires (93) (99).

Au niveau pulmonaire, ces corps étrangers sont responsables de la formation de granulomes à cellules géantes qui s'organisent au sein de thromboses artériolaires. Quand ils entraînent une prolifération intimale et une hypertrophie de la média, il en résulte une hypertension pulmonaire. Quand les granulomes s'organisent dans le tissu interstitiel pulmonaire, ils sont responsables de fibrose pulmonaire. Ces lésions peuvent être cliniquement silencieuses ou entraîner une dyspnée progressive. Des infiltrats micronodulaires bilatéraux sont visibles dans les formes évoluées. Ils peuvent progresser vers des images nodulaires prédominant aux sommet qui évoquent une silicose. Des stigmates d'hypertension pulmonaire sont aussi présents. Les volumes respiratoires seuls touchés au début, s'accompagnent ensuite de troubles de la perfusion et/ou de la diffusion. La présence de ces corps étrangers dans le tissu entourant des bulles d'emphysème laisse supposer qu'ils en sont la cause. Ces situations associent troubles ventilatoires obstructifs et troubles de la diffusion (93) (99).

Si les granulomes semblent spécifiques des poumons, les particules de talc sont responsables de lésions oculaires qui peuvent orienter le diagnostic avant les résultats d'une biopsie ou d'une cytoponction

pulmonaire. Elles s'accumulent dans la région postérieure de la rétine où elles sont visibles sous forme de cristaux brillants jaunes. Les angiographies à la fluorescéine révèlent des zones hypovascularisées. Les images de néovascularisation qui entourent ces zones sont comparables à celles rencontrées dans les anémies falciformes. Dans les formes sévères, on rencontre des hémorragies du vitré et des décollement de rétine (97). Elles peuvent aussi être à l'origine de nécroses et d'ulcères cutanés ainsi (100) que de ramollissements cérébraux (101).

La cause la plus fréquente de rhabdomyolyse est un coma prolongé entraînant la compression prolongée d'un membre. Plus rarement, elle peut être directement causée par la prise de cocaïne ou d'amphétamines. L'atteinte musculaire peut être discrète ou cliniquement évidente avec douleur et oedème. Un déficit neurologique peut lui être associé. Elle se traduit par une oligurie avec des urines sombres et riches en protéines. Une leucocytose modérée est présente. La créatinine est beaucoup plus élevée que ne le voudrait le taux d'urée et les enzymes musculaires sont très élevés. Il existe une hyperkaliémie, une hyperphosphorémie, une hyperuricémie et une hypocalcémie. Les atteintes hépatiques et les coagulations intravasculaires disséminées sont rares mais de mauvais pronostic. Le retour à la normale est observé de trois jours à trois semaines. Une dialyse est souvent nécessaire.

Au niveau rénal, la possibilité de néphropathies à l'héroïne a été envisagée. Il s'agit, le plus souvent d'un syndrome néphrotique parfois impur correspondant à des lésions de sclérose segmentaire focale ou globale. En fait ce type de lésions a aussi été observé avec d'autres drogues. Si la réalité de leur association avec la toxicomanie est retenue, leur origine serait soit un dépôt d'immun-complexes, une activation de la voie alterne du complément ou une hyperfiltration glomérulaire (96).

II- Les complications liées à l'utilisation des produits

A côté des complications directement dues aux injections, des manifestations somatiques ont été rapportées à l'utilisation de produits. Elles leur sont spécifiques. Certaines sont fréquentes et bien comprises. Pour d'autres, au contraire, la physiopathologie est moins évidente et différents produits peuvent être à la fois incriminés.

II-1 HEROINE ET OPIOIDES

Les opioïdes sont des molécules dont l'action est similaire à celle de la morphine. Elles existent sous trois formes. Les agonistes, les antagonistes et les agonistes-antagonistes. L'héroïne reste la drogue la plus largement utilisée par voie intraveineuse en France (102).

II-1-1 La complication la plus fréquemment rencontrée est l'overdose

Elle survient en cas de surdosage provoqué par un changement de fournisseur ou par la reprise d'une intoxication sans changement de dose après une interruption prolongée. Des cas ont été décrits après ingestion par voie nasale. L'association à des médicaments dépresseurs centraux est fréquemment retrouvée. Les délais d'apparition du coma dépendront des produits utilisés. Ce sera quelques secondes pour le fentanyl, moins de deux heures pour l'héroïne, plus de six heures pour la méthadone (93) (99).

Le coma est consécutif à une dépression respiratoire qui a une double origine, centrale par l'action sur la medulla oblongata qui contrôle la ventilation, mais aussi périphérique par une diminution de la sensibilité des chémorécepteurs à l'hypoxie et à l'hypercapnie. Le rythme respiratoire peut être conservé et le myosis avoir disparu en raison de la prise concomitante de drogues qui contrecarrent l'action des opiacés.

Ce coma peut se compliquer d'un oedème pulmonaire non cardiogénique dû à une augmentation de la perméabilité capillaire. Le mécanisme de ce phénomène n'est pas certain. Une hypertension pulmonaire précapillaire ou une hypertension intracrânienne induites par l'hypoxie, un phénomène allergique ou une toxicité directe de l'héroïne sur la paroi des alvéoles ont été envisagées.

Le traitement comporte l'oxygénation et l'injection de naloxone qui réveille habituellement le malade mais qui, dans quelques cas, aurait déclenché un oedème pulmonaire.

A côté de cette complication spectaculaire, l'héroïne a été rendue responsable de bronchospasmes après injection aussi bien qu'après inhalation. Le délai d'apparition de quelques jours à un mois et la présence d'éosinophiles dans le sang et les crachats suggèrent un mécanisme allergique.

II-1-2 D'autres complications sont possibles

Des dilatations des bronches ont été décrites chez des sujets ayant fait plusieurs overdoses. Les complications infectieuses et surtout les pneumopathies de déglutition ont été incriminées car les oedèmes guérissent sans séquelles.

Les crises comitiales apparaissent après injection de fentanyl ou de sufentanil, consommation de fortes doses de propoxyphène ou overdose à la pentazocine.

Le propoxyphène peut être responsable d'overdoses mais il peut aussi déclencher des états de mal comitial et des blocs de branche. Ces derniers ne sont pas corrigés par la naltrexone car il seraient dus à une action anesthésiante membranaire.

Les dérivés de synthèse artisanaux qui ont cours aux États-Unis sont rares en France. Le MPTP (Méthyl-Phényl-Tétrahydropyridine) entraîne des syndromes parkinsoniens qui ont pour caractéristique la présence d'un tremblement. Le dérivé du fentanyl appelé China White dont l'action est 3000 fois plus puissante que celle de la morphine a entraîné des décès foudroyants par paralysie respiratoire.

II-2 COCAÏNE ET AMPHÉTAMINES

La cocaïne stimule le système nerveux central en libérant de la dopamine, en inhibant l'absorption des catécholamines par les neurones, en empêchant la réabsorption de la sérotonine et en inhibant la pompe à sodium des cellules nerveuses ce qui entraîne une anesthésie locale.

II-2-1 Les principales manifestations toxiques sont cardiovasculaires

Les poussées hypertensives rencontrées font suite à une augmentation du débit cardiaque et des résistances périphériques. Elles peuvent entraîner des hémorragies cérébrales ou sous-durales ainsi que des dissections aortiques ou des oedèmes aigus du poumon.

La stimulation sympathique au début de l'intoxication et la surcharge cardiaque chez les usagers de longue durée sont responsables d'épisodes variés d'arythmie. Les plus fréquents sont des tachycardies sinusales mais des fibrillations ventriculaires sont certainement la cause de morts subites.

La vasoconstriction intense et l'augmentation de l'aggrégabilité plaquettaire sont responsables de la survenue d'infarctus dans différents organes tels que le coeur, les reins, le foie ou les intestins. Des vasospasmes coronariens dont l'origine est inconnue ont aussi été observés pendant les périodes de sevrage.

Des myocardites semblables à celles décrites au cours des phéochromocytomes ont aussi été rencontrées.

Le mécanisme des états de choc est multiple. Une défaillance cardiaque est en général présente, mais une vasodilatation centrale est possible (103) (104).

II-2-2 La cocaïne est aussi responsable d'atteintes neurologiques

Des céphalées sévères sont décrites par 60 % des consultants pour des problèmes liés à leur consommation. Elles sont dues à des poussées hypertensives ou peuvent être le témoin d'hémorragies cérébrales.

Les crises d'épilepsies généralisées rencontrées chez les cocaïnomanes sont dues aux effets anesthésiques de la molécule. Habituellement, les crises surviennent rapidement après la prise du produit mais elles sont parfois observées au bout de quelques heures.

Des vasospasmes sont sans doute responsables des déficits transitoires. Les déficits durables sont dus à des ramollissement ou à des hémorragies cérébrales ou sous-durales. Une vascularite a aussi été évaluée comme cause possible.

Des épisodes d'encéphalopathie et de coma ont été décrits après des épisodes d'intoxication durant plusieurs jours, souvent accompagnés de crises comitiales. Dans ces cas le réveil se fait sans séquelle.

II-2-3 Autres

Les autres atteintes comprennent des oedèmes pulmonaires cardiogéniques ou non. Le poumon du crack associe fièvre, hémoptysies, bronchospasme et infiltrat pulmonaire, des hyperthermies et des rhabdomyolyses (105).

La nécrose et la perforation du septum nasal sont des complications bien connues chez les sujets qui sniffent la cocaïne (106).

Déposée sur les dents, la cocaïne peut ulcérer leur émail.

II-3 AMPHÉTAMINES

La consommation des amphétamines a chuté après qu'elles aient été retirées du marché en 1970. Elle a été remplacée par la cocaïne mais la méthamphétamine ou ice qui peut être fumée pourrait annoncer leur retour. Par leurs effets vasoconstricteurs, elles sont responsables de complications comparables à celles observées avec la prise de cocaïne. La fenfluramine et la dexfenfluramine ont été responsables de rares cas d'hypertension artérielle pulmonaire (107) (108).

II-4 HASCHISCH

Les complications rapportées à l'usage du haschisch sont avant tout pulmonaires. Le tétrahydrocannabinol a une action bronchodilatatrice dose-dépendante. Il corrige les bronchospasmes expérimentaux. Il existe cependant une tolérance partielle qui réduit l'intérêt de cette molécule dans le traitement de l'asthme. A l'inverse, inhalé comme un aérosol, il agit comme un irritant dont l'action favorise une hyperréactivité pulmonaire. Les fumeurs de haschisch présentent des anomalies ventilatoires portant sur les grosses bronches qui les opposent aux atteintes plus périphériques du tabac. Les lésions de l'épithélium bronchique apparaissent très tôt et s'associent à des réactions inflammatoires alvéolaires. A consommations équivalentes, la plus grande sévérité de ces anomalies chez les fumeurs de haschisch par rapport aux fumeurs de tabac pourrait être due à la plus grande quantité de goudron inhalée à chaque inspiration. Ces anomalies se traduisent par une augmentation des symptômes pulmonaires (toux, crachats, essoufflements, épisodes de bronchite aiguë) observés chez les fumeurs de haschisch par rapport à la population générale. L'association au tabac aggrave leurs évolutions qui devraient favoriser l'évolution vers la bronchite chronique (105) (109). Si des carcinogènes potentiels sont présents dans la fumée de haschisch, aucune étude épidémiologique n'a pu démontrer son rôle cancérigène. La démonstration d'effets immunosuppresseurs du haschisch n'est pas plus convaincante. Les résultats des études in vitro et in vivo sont souvent contradictoires (110).

En cas d'intoxication aiguë, le haschisch entraîne une réduction de la pression intraoculaire qui disparaîtrait chez les consommateurs chroniques (111).

A côté de ces effets directs, des infections aspergillaires, parfois sévères en cas d'immunodépression, ont été rapportées chez des fumeurs de haschisch dont les barrettes étaient contaminées. La détection d'anticorps anti-Aspergillus chez 50 % des fumeurs réguliers suggère que cette présence est fréquente.

La consommation de haschisch a été associée à des sensations de bouche sèche et à des nausées chez des utilisateurs occasionnels. Son action habituelle étant plutôt antiémétique. Les effets endocrinologiques sont plus évidents : gynécomastie et perturbations des fonctions de la reproduction (diminution du volume testiculaire, de la prolactinémie et de la spermatogenèse).

La présence de neuropathies périphériques et, notamment, optiques a été décrite chez des fumeurs chroniques. La relation de causalité avec la consommation de haschisch est loin d'être démontrée (112).

II-5 SOLVANTS ET SUBSTANCES VOLATILES

Les molécules impliquées sont nombreuses (hydrocarbures aliphatiques, éthers, corps cétoniques, hydrocarbures aromatiques, halides ou nitrites alkylés). Leur capacité de mise en solution dans les graisses leur permet de traverser facilement les poumons et de gagner les tissus les plus riches en graisses où ils s'accumulent. Les mécanismes d'action de ces différentes molécules étant différents, leurs toxicités s'additionnent en cas d'utilisation conjointe.

Au moment de leur inhalation, les substances volatiles agissent comme asphyxiant en faisant chuter la pression partielle en oxygène. Les vapeurs irritantes peuvent entraîner des lésions bronchiques qui aggravent l'hypoxie, aboutissant à un coma. Des inhalations de liquide gastrique peuvent aggraver ce tableau (113) (114).

Suivant les additifs contenus on pourra assister à des crises d'asthme (diisocyanate) ou retrouver des alvéolites hémorragiques riches en macrophages contenant des particules de silicium. Le butane des briquets peut être à l'origine d'œdèmes aigus du poumon. Le toluène contenu dans les colles est responsable de troubles de la diffusion et d'hypertension pulmonaire.

Au niveau cardiaque, ils sont responsables d'insuffisance cardiaque et d'arythmies. Ils potentialisent les effets des cathécholamines. Ils peuvent ainsi entraîner des cardiomyopathies responsables de décompensation cardiaque et d'œdèmes du poumon ou de morts subites favorisées par un exercice physique en cours d'intoxication (115).

Les lésions cérébrales ou nerveuses périphériques sont fréquentes et peuvent être irréversibles. Elles se traduisent par des syndromes confusionnels, des hallucinations, des troubles de l'équilibre, des paresthésies ou des troubles visuels et des neuropathies sensitivo-motrices.

Des lésions des muqueuses sont possibles. Les atteintes digestives sont les plus fréquentes entraînant nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées ou même hémorragies digestives modérées.

Le foie et le rein peuvent être touchés au cours des intoxications au toluène aboutissant, le plus souvent, à une acidose tubulaire distale. Les halides alkylés ont des conséquences plus sérieuses. Ils peuvent être responsables d'insuffisance hépatique et de glomérulonéphrites.

L'atteinte hématologique peut être périphérique aboutissant à une carboxyhémoglobinémie ou à une méthémoglobinémie. L'exposition au benzène peut aboutir à une insuffisance médullaire.

Une anorexie et un amaigrissement parfois plus spécifiquement accompagnés par une dermatose de contact peuvent être les seules manifestations d'une intoxication chronique.

II-6 LES AUTRES PRODUITS

II-6-1 La phencyclidine

La phencyclidine ou PCP est un anesthésique qui a été retiré du marché en raison de l'apparition de troubles du comportement au réveil. Les complications les plus fréquentes sont l'apparition d'un nystagmus surtout marqué dans le regard vers le haut et d'une hypertension qui peut entraîner une encéphalopathie. Des troubles du comportement peuvent déboucher sur un coma (116).

II-6-2 L'ecstasy

L'ecstasy, proche des amphétamines entraîne peu de complications majeures. Son utilisation au cours des raves parties favorise les déshydratations qui ont pu être responsables de choc avec hyperthermie. Des crises comitiales, des CIVD et des insuffisances rénales aiguës avec ou sans rhabdomyolyse pourraient survenir indépendamment des doses consommées (108) (117)

II-6-3 Le LSD

En cas d'overdose, le LSD peut entraîner coma, arrêt respiratoire, hypertension, hyperthermie et coagulopathies. Des cas d'hallucination persistantes disparaissant progressivement en quelques mois ont été décrits. Des maculopathies provoquées par la fixation du soleil sont favorisées par la mydriase induite par les hallucinogènes (118) (119).

II-6-4 Les adultérants

A côté des substances inertes évoquées plus haut une grande variété d'adultérants pharmacologiquement actifs sont utilisés.

Les stimulants tels que l'éphédrine, la pseudoéphédrine et la phénylpropanolamine sont tous des agonistes adrénergiques qui peuvent conduire, a minima, aux complications rencontrées avec les amphétamines.

Les anesthésiques locaux, utilisés pour couper la cocaïne, ne posent de sérieux problèmes que s'ils sont injectés. Dans ce cas, la procaïne et la benzocaïne sont les plus dangereux. Des décès ont été rapportés à des troubles du rythme et à des arrêts cardiaques (120).

La quinine et la quinidine ont été largement utilisées pour couper l'héroïne. Des arrêts respiratoires et des collapsus circulatoires ont été décrits après injection intraveineuse. Ils peuvent aussi être responsables de troubles du rythme, d'anémies hémolytiques, d'atteintes rénales, de comas et d'amblyopie. Le mécanisme principal serait la vasoconstriction mais une toxicité directe sur le nerf optique et les cellules ganglionnaires rétiniennes (121).

La strychnine est couramment utilisée comme adultérant pour l'héroïne et la cocaïne. Elle peut déclencher des vomissements, des contractions musculaires, des crises comitiales et des épisodes de rhabdomyolyse.

Des cas d'intoxication au thallium ont entraîné hypertension, douleurs abdominales, paresthésies, déficit musculaire et alopecie.

III - Les complications liées au mode de vie

La toxicomanie par le biais de l'exclusion, du moindre intérêt porté aux problèmes du corps et du retentissement de l'usage des drogues sur le comportement alimentaire peut aboutir à entraîner des complications qui ne lui sont pas spécifiques mais dont la fréquence peut dépasser celle rencontrée dans la population générale.

Une recrudescence de la tuberculose a été observée en France et dans la plupart des pays occidentaux depuis le milieu des années 1990 (122). Son incidence est passée de 14,9/100 000 à 17,2/100 000 de 1991 à 1993. Elle est majoritairement associée à la présence de co-infections par le VIH qui faciliterait les réactivations. Cependant ces associations n'expliquent pas tous les cas. La toxicomanie ne semble pas directement concernée en France contrairement à certaines régions des Etats-Unis telles que New-York où marginalisation, usage de drogue et tuberculose sont associées (123). Les toxicomanes ne sont concernés que par la forte prévalence d'infections par le VIH et l'origine géographique de certains d'entre eux. L'incidence maximale touchant des sujets de 25 à 39 ans en provenance de pays d'endémie (110/100 000) (124). La préoccupation majeure reste celle de la compliance thérapeutique qui conditionne l'évolution d'une maladie fortement contagieuse par voie aérienne. L'apparition de souches résistantes reste encore marginale mais impose la pratique d'antibiogrammes systématiques (125). Ces problèmes ont réactivés, aux Etats-Unis, une politique de prise quotidienne des comprimés sous contrôle médical (126). La meilleure connaissance des groupes à risque ainsi que la mise en place de protocoles de dépistage et de suivi plus stricts a permis d'inverser la situation observée aux Etats-

Unis de 1985 à 1992 (augmentation du nombre de cas de 20,5 %). De 1992 à 1994 les nouveaux cas ont diminué de 8,7 %. Les souches multi-résistantes sont devenues moins nombreuses à New York.

Des carences alimentaires sont possibles en cas d'intoxication importante et prolongée. Elles peuvent être aggravées par une intoxication alcoolique concomitante. Souvent évoquées, leur fréquence réelle n'a jamais été vraiment évaluée.

L'incidence des maladies sexuellement transmissibles a diminué régulièrement depuis le milieu des années 1970. Aux Etats-Unis, une recrudescence des cas de syphilis et de gonorrhées a été rapportée à la toxicomanie à partir de 1987 (127) (128). Cette augmentation du nombre de cas était associée à la consommation de crack responsable d'une prostitution développée pour subvenir aux besoins de drogue. Cette recrudescence, bien évidemment était associée à des contaminations par le VIH (129) (130) (131). Les problèmes dentaires sont fréquents. Ils font suite à une mauvaise hygiène buccale. Le tiers des toxicomanes ne se lavent pas les dents. Surtout les drogues modifient la salive qui perd son rôle protecteur (prévention de la plaque dentaire et de la mise en solution de l'émail, neutralisation du pH buccal, action antibactérienne). L'hyposialie induit une soif de sucre qui favorise le développement de caries. Celles-ci ont un aspect spécifique. La plaque débute au collet de la face vestibulaire, noire et large, se développe en surface et s'approfondit progressivement.

L'ACCES AUX SOINS

I - La prévention et les traitements

La toxicomanie, pour beaucoup d'usagers de drogues, n'est qu'une étape suivie d'un retour à une « normalité ». Une démarche de prévention doit chercher à limiter la durée et les séquelles de cette période. Les complications somatiques sont souvent responsables de handicaps quand elles ne raccourcissent pas l'espérance de vie. Leur prise en compte est donc une priorité. Cependant cette démarche ne doit pas faire oublier que les comportements qui accompagnent l'utilisation de drogue sont directement responsables d'une forte mortalité (132) (133) (134).

I-1 LES INFORMATIONS

Si on se limite à la prévention des complications somatiques chez les toxicomanes, éliminant par définition, la prévention de l'usage des drogues, l'histoire récente apporte 2 notions importantes :

. Les toxicomanes sont sensibles aux messages de prévention. Ils répondent par des modifications de leurs comportements.

. Ils connaissent très mal les produits qu'ils utilisent et n'ont que des notions d'asepsie assez vagues.

La constatation d'une sensibilité aux messages de prévention jusque là niée par la majorité des spécialistes justifie le développement de campagnes spécifiques. Leur rôle peut être déterminant pour diffuser une information précoce nécessaire dès le début de l'usage des produits. Les journaux édités par les associations d'usagers ou les groupes d'auto-support ont un rôle important à jouer. Les adultes-relais ont été peu utilisés dans un domaine où il peut être difficile de différencier information et prosélytisme. Pour un ancien utilisateur il peut être difficile de retrouver des toxicomanes actifs dans ce cadre.

Le message concernant le risque associé au partage des seringues a été bien reçu. Sa crédibilité et son efficacité dépendent de la possibilité réelle d'accéder à tout moment à des seringues neuves ou, en cas de réutilisation de son propre matériel, à des seringues nettoyées par la Javel.

I-1-1 Les programmes d'échange

Ils ne peuvent répondre totalement à ce besoin. Ils ne sont pas constamment ouverts et ne peuvent couvrir l'ensemble des agglomérations. Leur efficacité dépend de leur capacité à assurer un renouvellement rapide des seringues. Ils doivent donc être suffisamment nombreux pour jouer ce rôle ce qui est rarement le cas (135) (136) (137). La diminution des échanges chez les usagers restant dans les programmes paraît logique. On est cependant confronté à un faible maintien dans le programme (17 % après 10 consultations) (138). On est même surpris de la faible diminution des partages rapportés. En Ecosse et à Londres les emprunts de seringues étaient passés respectivement de 17 à 11 % et de 8 à 6 % (139). En France, la mise en place de ces programmes a rencontré quelques difficultés (140). Certains toxicomanes ne souhaitent pas ou ne peuvent pas entrer en contact avec ces programmes.

I-1-2 L'utilisation de l'eau de Javel

Elle représente une proposition séduisante qui pose cependant quelques problèmes (5). Son efficacité pour réduire l'incidence des infections par le VIH n'a jamais été clairement démontrée. Les modalités d'utilisation nécessaires à une destruction des virus des hépatites au sein des caillots restant dans les seringues et les aiguilles sont inconnues. Enfin, les conditions très strictes d'utilisation qui sont indispensables pour obtenir une stérilisation ne seront certainement pas constamment remplies par les usagers. En effet, des petites épidémies d'hépatites B sont survenues récemment dont la porte d'entrée était un cardiomyotome insuffisamment décontaminé par les techniques habituelles. Une enquête récente a démontré la possibilité de transmettre le VHC par des biopsies per-endoscopiques (141). Si les procédures de décontamination, ritualisées en milieu médical, sont insuffisantes pour supprimer les risques de contamination, peut-on promouvoir les désinfections sauvages dans des conditions inconfortables? Elles doivent rester un pis-aller en cas de réutilisation personnelle. Il est aussi évident que cette proposition ne doit pas servir d'alibi pour éviter le débat que doit soulever l'usage de la drogue en prison qui renvoie, une fois encore, à la situation de l'usager comme délinquant (142).

I-1-3 Les distributeurs récupérateurs (automates)

Ils sont la seule réponse adaptée. Leur installation doit être assez large pour répondre aux besoins de proximité. Ils permettent alors, dès le début de l'intoxication, un conditionnement à l'utilisation régulière de matériel stérile. Les boîtes peuvent aussi contenir messages de prévention et adresses du réseau de soin. Enfin, ils donnent aux messages de prévention une cohérence qui démontre aux usagers de drogue que le groupe social est réellement concerné par leurs prises de risque. Cette mise en place crédibilise le système de soin. La réalisation des objectifs de leur installation devrait lever les réticences portant sur le caractère impersonnel de ces appareils dont l'installation devrait faire partie de tout projet global de prise en charge de la toxicomanie.

I-1-4 Le débat sur l'accès aux seringues n'est pas suffisant

Il faut maintenant insister sur le problème des cuillères, des filtres du back et du front-loading (143) (144). Le partage au sein des couples est encore très fréquent et représente dans notre expérience le premier risque de contamination à égalité avec les rechutes intempestives.

I-1-5 Les risques inhérents à l'utilisation des différents produits

Ils devraient faire l'objet d'explications portant sur leurs effets et leur toxicité. Il faut insister sur la rareté des produits purs et sur la nécessité de connaître les complications liées aux adultérants, aux fluctuations de la consommation et aux mélanges. L'augmentation des décès par overdose observée depuis plusieurs années ne correspond pas obligatoirement à une augmentation du nombre des consommateurs mais pourrait traduire une augmentation de l'incidence des accidents faisant suite à de plus grandes variations dans la qualité des produits et dans leur utilisation (145).

Ces différentes informations viennent s'ajouter aux messages de prévention sexuelle qui s'adressent à la population générale. Elles doivent être répétées et entendues pour être efficaces. L'analphabétisme, la marginalisation, le désespoir sont tous des facteurs qui annulent leurs effets.

I-2 DE L'AMELIORATION DES CONNAISSANCES AUX CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS

D'innombrables études ont démontré qu'il n'existait pas de relation suffisante entre amélioration du niveau des connaissances et modification des comportements. Dans certaines situations on a pu même observer des évolutions paradoxales.

L'efficacité d'un programme de prévention dépend de la réceptivité de la population ciblée. Pour être efficace, il ne doit pas être généraliste mais doit, au contraire, s'adapter à une situation précise et s'inscrire dans la durée.

L'intériorisation et l'application d'un message de prévention dépendent de nombreux facteurs culturels et sociaux. Le modèle de confiance dans la prise en charge médicale (health belief model) fait intervenir la perception individuelle de la maladie (risque personnel et sévérité), le facteur déclenchant personnel ou induit par une campagne extérieure et le rapport qualité/prix d'une démarche de soin (146). Elaboré pour des démarches de soin, il pourrait tout aussi bien s'appliquer à la capacité de suivre des messages de prévention. Il en est de même des variables associées à la non compliance thérapeutique que sont marginalité et psychopathologie (147).

Les modifications des comportements, l'absence de prise de risques sont donc directement liées aux capacités de compréhension du message et à la justesse de l'analyse personnelle des risques encourus.

Dans le cas particulier des épidémies, des notions de protection du groupe social interviennent aussi. Elles sont particulièrement importantes si le sujet est déjà infecté.

La cohérence des messages apparaît indispensable à leur efficacité. Comment prôner une réduction des risques quand des seringues ne sont pas partout disponibles et quand la possession d'une d'entre elles est une présomption incriminante pour la police. Peut-on s'attarder à des messages concernant les risques viraux quand les informations concernant les dangers des injections ou des produits ne sont pas disponibles? L'augmentation régulière de l'utilisation de drogue dans les prisons françaises, à côté des risques de contamination virale, pose le problème de la discordance entre la loi et son application dans le lieu même où elle devrait être respectée. Dans ce contexte la loi de 1970 pose problème. La position de l'usager de drogue comme délinquant se justifie-t-elle une fois constaté l'échec des présupposés qui la justifiaient (148). Deux commissions récentes (Commission Henrion, comité national d'éthique) ont d'ailleurs suggéré la nécessité de sa modification. La dérive progressive entre son texte et son application renforce le sentiment d'une société qui s'attache plus aux apparences qu'aux réalités.

L'éducation, l'insertion sociale affective ou professionnelle jouent un rôle fondamental dans l'émergence du sentiment d'appartenance à un groupe social. L'efficacité des messages de prévention se heurte donc à la croissance de la population marginale dans les sociétés développées (149) (150). Pour être efficace les messages de prévention doivent s'inscrire dans une vision plus globale, envisageant la toxicomanie comme la partie la plus visible de la population des exclus. En l'absence d'une telle approche, les solutions proposées seront toujours trop tardives et se révéleront économiquement trop coûteuses.

II - La substitution

Si la méthadone a été initialement proposée comme le traitement d'une anomalie acquise des récepteurs cérébraux après une consommation prolongée d'héroïne, son utilisation a dès le début été tournée vers une réduction du coût social de la toxicomanie. L'entrée dans les programmes a été proposée prioritairement à des usagers anciens aux antécédents d'incarcération. A partir du milieu des années 80, l'extension du nombre des programmes et l'augmentation de la quantité de méthadone distribuée ont suivi la progression des cas de sida en Europe. Cette extension entre dans un projet de réduction des risques visant à limiter les échanges de seringues.

II-1 LES EFFETS DES PROGRAMMES DE SUBSTITUTION

Les relations entre traitement par la méthadone et réduction des risques ont fait l'objet de nombreuses évaluations. La plus large étude évaluant les effets de la méthadone chez 633 usagers dont 506 ont été réinterrogés un an plus tard. Les sujets concernés avaient une durée de toxicomanie moyenne de 11,5 ans et de nombreux antécédents d'incarcération. Chez les toxicomanes restant dans les programmes, les injections s'étaient arrêtées ou leur nombre avait significativement diminué. En cas d'échappement au traitement, les rechutes atteignaient 86 % après dix mois. L'évolution de la criminalité était superposable (151). La séroprévalence du VIH était inversement proportionnelle à l'ancienneté dans les programmes méthadone (152). Dans une étude suédoise, la séroprévalence VIH est restée nulle chez les usagers maintenus dans les programmes depuis 1983 contrairement à une progression atteignant 57 % chez les toxicomanes inclus en 1987. L'allocation des places en fonction des disponibilités suggère que les groupes étaient initialement comparables (153).

II-2 LES LIMITES DES PROGRAMMES DE SUBSTITUTION

L'entrée dans un programme de substitution réduit indiscutablement le nombre des injections de drogue. Cependant plusieurs éléments témoignent des limites de leur efficacité.

Tout d'abord, un nombre élevé de contaminations survient dès les premiers mois (13) correspondant, dans notre expérience, au niveau le plus élevé de partage régulier. Les traitements de substitution n'ont aucune place dans cette période de « lune de miel » avec la drogue.

Des rechutes sont observées plus ou moins fréquemment chez les usagers inclus dans les programmes (154) (155). La constatation d'une relation entre la désocialisation et ces pratiques à risque confirme les difficultés rencontrées par les sujets les plus marginalisés à intérioriser puis à appliquer des conseils de prévention (156).

Il est indiscutable que les programmes de substitution ont une place dans le dispositif de réduction des risques. Leur intérêt ne doit pas être évalué uniquement sur des effets limités de réduction des partages de seringues insuffisants pour contrôler, à eux seuls l'épidémie virale, mais bien plus sur leur capacité d'aboutir à une réinsertion sociale, seule garantie d'un succès durable. Dans cette optique, ils apparaissent comme un complément indispensable des autres éléments du dispositif allant des automates aux consultations de psychothérapie.

III - Les traitements

Nous avons souligné qu'un diagnostic n'équivalait pas obligatoirement à la mise en route d'un traitement. Cette considération générale est particulièrement vraie chez les toxicomanes. Leur compliance a fait l'objet de nombreux débats.

Il faut rappeler que dans une clientèle « normale » présentant une maladie chronique, près de la moitié des malades abandonneront le suivi médical pendant la première année et que, au sein du groupe restant, 65 % ne consommeront pas suffisamment de médicaments pour recevoir un traitement efficace (157). Les prises en charges régulières ne sont pas la règle.

Toute démarche privilégiant l'accès aux soins doit tenir compte de différents éléments. La sévérité de la maladie, l'efficacité de ses traitements ainsi que les possibilités physiques, psychologiques et financières de les suivre doivent être pris en compte. Ainsi, en l'absence d'une prise en charge sociale un traitement coûteux ne sera jamais suivi. La poursuite d'une toxicomanie active à un stade de dépendance permet rarement une compliance satisfaisante. Par contre, une fois la toxicomanie interrompue, le suivi des traitements par les usagers de drogue n'est pas différent de celui de la population générale (158).

La compliance, dans l'essai américain ACTG019, était caractérisée par le faible éloignement du centre hospitalier, le fait de ne pas vivre seul, le soutien d'un proche, les relations chaleureuses avec le personnel paramédical et l'absence de préoccupation concernant la confidentialité (159).

La non-compliance, par contre, est associée à la présence d'une psychopathologie, à l'isolement social, à la réalité ou à l'imaginaire des effets secondaires et à la nécessité de modifier ses habitudes pour suivre le traitement (160).

Comme pour tout malade la proposition de débiter un traitement doit s'accompagner d'une information objective et compréhensible de l'évolution de la maladie ainsi que de l'efficacité et des effets secondaires des médicaments. La liberté de choix doit toujours être privilégiée. La situation sociale et psychique doit être analysée avec soin en tenant compte de la couverture sociale, des revenus, du logement et des antécédents psychiatriques. Un projet peut alors être construit conjointement auquel seront, si nécessaire, associés des partenaires extérieurs. Bien entendu, l'usage des drogues est un élément central de ce projet. Si la poursuite d'une intoxication régulière est habituellement un obstacle à un suivi régulier, cette situation ne doit pas être un obstacle systématique mais doit au contraire être intégrée dans une dynamique où sevrage et substitution seront des alternatives possibles en cas d'échec.

CONCLUSIONS

Au terme de cette énumération fastidieuse, il peut paraître surprenant que des usagers de drogue puissent sortir indemne de leur cohabitation avec les produits. En réalité, si les drogues utilisées ne sont pas anodines, leur toxicité n'est souvent pas plus grande que celle d'autres produits largement commercialisés comme tabac et alcool pour ne pas parler des psychotropes.

L'épidémie de sida, en conférant aux usagers de drogue le statut de réservoir viral, épouvantail, potentiel vecteur d'une contamination générale, a permis une remise en question de leur statut. La demande de se protéger pour protéger leurs pairs a progressivement fait réaliser qu'une réciprocité était nécessaire pour rendre ce message cohérent et efficace.

Les objectifs de la vente libre des seringues puis de l'extension des traitements de substitutions étaient initialement limités à la réduction des risques. Le débat qui a permis ces décisions a aussi fait réaliser qu'une démarche de réduction des risques ne pouvait qu'être le fait d'un citoyen conscient de ses responsabilités participant à la conception et à la diffusion des messages de prévention et des projets thérapeutiques. Ce changement d'attitude permet d'envisager la mise en place de messages adaptés, d'une utilisation des nouveaux traitements dans une optique plus large de prise en charge des toxicomanies et une remise en question de la loi de 1970.

Si cette évolution est réussie la fréquence des complications somatiques devrait diminuer chez les usagers de drogue et, quand elles existent, leurs prises en charge devraient être améliorées. Une prévention bien comprise devrait permettre, en réduisant les situations d'exclusion, de réduire par contre-coup le nombre des usagers de drogue plus sûrement que les politiques de répression auxquelles nous avons été habitués.

Prise en charge de la comorbidité psychiatrique et somatique

Docteur Claude JACOB

Psychiatre des Hôpitaux, Praticien Hospitalier,
 Chef de Service Intersecteur des Pharmacodépendances de la Moselle : I.P.M. (METZ)

Introduction

Certaines pathologies amènent à recourir à des substances psychotropes à visée thérapeutique voire d'automédication. Ces usages de drogues, initialement conçues comme des remèdes, peuvent déboucher sur une dépendance tant psychique que parfois physique. Certaines pathologies peuvent survenir, soit au décours de la consommation abusive ou de la dépendance avérée à certaines drogues, soit au décours de périodes de sevrage ou d'abstinence, volontaires, fortuites, ou forcées.

Les modes de consommation conduisent les sujets vers des comportements à risque, qui les exposent parfois à certaines pathologies. Celles-ci sont associées à l'ensemble des conditions sociales de consommation ou d'addiction, plus selon la place du produit dans la culture, dans les sous ou contre cultures, que selon la toxicité propre.

Pour notre sujet, les données épidémiologiques sont bien documentées, en particulier dans le monde anglo-saxon. Formés ou déformés par les traditions des écoles françaises ou européennes de psychiatrie, formés ou déformés par un souci global de la personne, une clinique du cas par cas, déterminés par les encadrements éthiques, théoriques, économiques ou philosophiques de notre profession, nous nous éloignons quelque peu, peut-être trop, du pragmatisme anglo-saxon, de ces soucis de quantifier, de standardiser, d'évaluer les coûts, les intérêts de telle ou telle procédure. Nous essaierons, à propos de chaque grand type de troubles, de faire part des éléments d'épidémiologie, de nos réflexions cliniques sur la nature, le déterminisme, l'association de telles ou telles addictions à tels ou tels troubles. Nous essaierons d'analyser, dans ces cas, en quoi, au-delà des pratiques individuelles, les articulations des pratiques cliniques et institutionnelles dans le champ des addictions et de la psychiatrie posent problème.

ÉPIDEMIOLOGIE DE LA MORBIDITE ASSOCIEE

Les études sont surtout anglo-saxonnes, elles utilisent des instruments diagnostiques standardisés. Les études classiques américaines de Rounsaville (38-39) ont répertorié 70% de troubles psychiatriques associés à des troubles qui relèvent de la pharmacodépendance ; 88% des patients répondent aux critères diagnostiques d'au moins un trouble autre que ceux liés aux produits psychoactifs. La prévalence des troubles psychiatriques des enquêtes de Rounsaville (38-39) se répartit suivant le tableau ci-dessous (vie entière).

	Dépendances opiacés N= 533	Dépendances cocaïne N = 298	Population générale N = 3058
troubles psychiatriques	83,90%	70,10%	23,80%

Les enquêtes de Regier (32) indiquent que selon que l'on soit anxieux ou non, selon les critères Epidemiologic Catchment Area (E.C.A). le risque relatif d'association à la pharmacodépendance

est de 1,7 pour les manifestations anxieuses : 1,6 pour les phobies, 2,5 pour les manifestations obsessionnelles et compulsives, 2,9 pour les troubles paniques, le risque relatif est de 2,6 pour les troubles affectifs. Il est de 6,6 pour les troubles bipolaires dans une enquête de Brown (4), Regier (32) recense 71,7% des personnes présentant des troubles liés aux stupéfiants qui n'ont jamais présenté de trouble anxieux. Regier (32) sur la vie entière signale que 84% des personnes répondant aux critères ECA de personnalité antisociale présentent également des troubles liés à l'abus de drogue. Le risque relatif est de 29,6. Une enquête de Kessler (23) (ECA) faite sur une population de 15 à 54 ans qui a répondu à des interviews par diagnostic structuré fait état d'une prévalence de 24,9% sur la vie entière des troubles anxieux et 26,6% de troubles liés à l'utilisation de drogue. Sur 12 mois la même enquête à propos des utilisations de drogues montrent que 40% d'entre eux présentaient des troubles psychiatriques associés, elle montre, sur la même période à propos des patients présentant des troubles psychiatriques que 14,7% ont présenté des troubles lié à l'abus de substance.

Tableau adapté dans Robert, L. (33) de Kessler, R.C., (24)

Troubles affectifs	Toutes substances	
	S	M
épisode de dépression majeure	22,6	18,4
Dysthymie	2,4	18,8
Manie	1,7	37,1
Anxiété		
troubles anxieux généralisés	8,1	21
troubles paniques (avec ou sans agoraphobie)	4,5	16
troubles anxieux post traumatiques	8,3	17,7
phobie sociale	1,66	17,4
phobie simple	14,5	13,5
agoraphobie	8,4	17,7
Autres troubles mentaux associés		
1 trouble ou plus	42,7	14,7
3 troubles ou plus	12,8	23,6

Colonne S troubles initiaux liés aux drogues + troubles psychiatriques sur les 12 mois. Colonne M troubles initiaux psychiatriques + troubles liés aux drogues sur les 12 mois.

La discussion Robert (33), à propos de ces chiffres, fait état du fait que la prévalence des troubles psychiatriques et de ceux liés à la drogue étant élevée, il existe des correspondances fortuites liées au hasard. En outre, l'usage non maîtrisé de substances psychotropes produit des manifestations psychiatriques qui peuvent être considérées, en gros, comme le résultat de ce mésusage, ou du manque consécutif au sevrage, ou à la rupture d'approvisionnement du produit. Ainsi les troubles paniques peuvent être induits, favorisés ou carrément produits par l'usage ou le mésusage (haschisch-LSD) ou être la conséquence du manque (Alcool, héroïne, cocaïne...). Les mécanismes d'interaction sont complexes, ainsi un toxicomane peut utiliser, à visée d'automédication, un produit lui servant à réduire une douleur ou une souffrance qui contrarie ses capacités de socialisation ou d'intégration. A contrario, la toxicomanie peut induire un isolement personnel et social et de ce fait favoriser l'émergence de troubles psychiatriques. Farges F. (11) fait remarquer :

- la date où le moment de l'évaluation clinique interfère avec la psychopathologie. "le même sujet ne présentera pas les mêmes troubles s'il est dépendant à l'héroïne, en traitement de substitution, pendant le sevrage, ou en rémission. Ainsi inclure dans une même étude des toxicomanes correspondant à ces différents cas de figure paraît bien aléatoire".
- "les recherches se sont surtout confinées aux consommateurs d'opiacés (pour les

drogues illégales) pour la plupart du temps en traitement de maintenance par la Méthadone (la quasi totalité des études sont anglo-saxonnes)". La recherche clinique en France est très pauvre, la recherche épidémiologique encore plus.

- "le biais de recrutement est probablement très important. N'importe quel toxicomane ne se prête pas à répondre à un entretien structuré long et fastidieux, ou à répondre à un auto-questionnaire... Ross (35) signalait que 61% des sujets pressentiés avaient refusé de participer à l'étude".

- "les toxicomanes évalués sont ceux en contact avec le système sanitaire, or Rounsaville (36) a constaté des différences psychopathologiques individuelles notamment au niveau de la symptomatologie dépressive entre ceux qui sont demandeurs de soins et ceux qui s'en passent".

- "les connaissances épidémiologiques sur l'incidence de la toxicomanie a montré qu'au-delà de 25 ans il est rare qu'un sujet devienne toxicomane et que ceux qui l'ont été avant cet âge ne le reste que très rarement après 40 ans".

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Pratiquement les 2/3 des sujets présentant des troubles de la série addictive, présentent des troubles de la personnalité.

La personnalité antisociale

Rappelons que selon Regier (32) sur sa vie entière le risque relatif est 29,6 fois le risque de la population générale. Elle représente une prévalence d'1/3 chez les sujets toxicomanes selon Strain (43). On observe sur un plan clinique des éléments dépressifs ou anxieux, confirmés d'ailleurs par l'épidémiologie. Hendricks (12) constate que 50% de ces personnalités psychopathiques ou asociales présentent des troubles dépressifs ou anxieux. Ces psychopathies, se caractérisent par une intolérance à la frustration, une propension pour l'acte plutôt que pour la réflexion, une instantanéité du désir de réalisation de la satisfaction. On comprend ainsi que la rencontre avec la drogue puisse combler leur attente, dans l'instantanéité de ses effets, le caractère répétitif de l'acte et la réduction du travail psychique au profit du ressenti, des émotions, des apaisements, etc.

Le sentiment de culpabilité, la conscience de la faute, le mépris de soi, le mépris du danger des actes qui présentent un caractère de risque, trouvent un apaisement dans la drogue. En même temps, celle-ci induit directement un sentiment de culpabilité, voire directement possède des propriétés dépressives. L'existence de ces troubles est ce qui rend compte de la mauvaise réputation des toxicomanes auprès du public mais aussi des soignants. Cependant l'association de la dépression et de l'anxiété à la psychopathie peut améliorer paradoxalement l'abord thérapeutique et conduire à de meilleurs résultats que la psychopathie pure dont le traitement est très désespérant et aléatoire (Woody (45)). Il est conseillé, dans ce cas, d'énoncer, de respecter des dispositions contractuelles de séjours institutionnels ou de prise en charge ambulatoire, de sanctionner les manquements ou les transgressions, sans rejeter les patients, de leur offrir des prises en charge plutôt brèves (pratiquer la politique de la porte tournante plutôt que les longs séjours). Privilégier plus la constitution d'un équilibre relatif que viser la guérison. Enfin, éviter, prévenir, se protéger et protéger la société des actes médico-légaux toujours possibles.

Les états limites

Sans entrer dans les controverses relatives à cette catégorie diagnostique, on note, relativement à cette catégorie, des chiffres divergeants. La prévalence pour Craig (8) est de 16%, pour Malow (29), elle est respectivement de 35% chez les héroïnomanes, et de 6% chez les cocaïnomanes. Chez les patients borderline, Stone (42) dans son étude longitudinale, relève sur 289 sujets, 49 % d'utilisateurs de substances psychoactives chez les hommes, et 43 % chez les femmes. Il relève une fréquence de suicides de 11% en cas d'association, alors qu'ils sont plus rares chez les borderline "purs".

Le problème clinique réside dans leur impulsivité qui est ce qui les conduit souvent à la drogue mais aussi, dans le pronostic qui doit envisager la survenue d'états dépressifs qui s'installent

très rapidement chez ses sujets, avec le risque suicidaire que nous avons évoqué. De même une pression très forte, qui porte sur l'abandon de la toxicomanie : le sevrage forcé les conduit souvent à adapter des comportements impulsifs, de suicide, de fuite ou d'alcoolisation (l'alcool est souvent moins sédatif, plus toxique et plus déshinibiteur que le produit précédent d'addiction).

Les troubles de la personnalité de la série narcissique

Ils se retrouvent très fréquemment chez les borderline et dans les psychopathies et sont également associés à la toxicomanie. Kosten (26) sur un plan pronostique constate une évolution plus marquée vers des pathologies franches. Leur tendance à instrumentaliser les thérapeutes, la sollicitude permanente qui leur est un dû, mais aussi leurs exigences à n'être suivis que par des gens exceptionnels nécessitent des thérapeutes très entraînés, peu sensibles à la séduction ou au rejet.

LES TROUBLES DE L'HUMEUR

L'enquête de Regier (32), sur la vie entière, situe le risque d'association des pharmacodépendances à 2,6 pour l'ensemble des troubles dépressifs, Brown (4) à 6,6 pour spécifiquement les troubles bipolaires. Kessler (23), sur une durée de 12 mois, trouve 22,6% de cas dans le sens addiction dépression, de 18,4% dans le sens dépression-addiction pour les épisodes dépressifs majeurs et, respectivement, dans le même ordre, 2,4% et 18,8% pour la dysthymie, 1,7% et 37,1% pour la manie. La dépression est donc le trouble mental le plus fréquemment associé à la pharmacodépendance. La prévalence des abus de produit se situe à 41% chez les déprimés dans l'étude de Regier (32).

C'est dans ce registre que les débats sont les plus vifs et les controverses les plus intenses, de ceux qui situent la dépression comme préalable, voire causale à l'addiction, et ceux qui stigmatisent les effets dysphoriques de certains produits, en particulier les opiacés, utilisés de façon durable et large. Certains insistent sur l'influence des périodes de sevrage ou de manque itératifs dans l'initiation de ces troubles. Kraepelin recommandait des cures courtes d'opiacés dans des dépressions agitées, l'effet sédatif anxiolytique et euphorisant de l'héroïne n'est pas contestable. De même, l'expansion induite par les stimulants (cocaïne et amphétamines), voire certains antidépresseurs (amineptine), répond au souhait de sortir de l'inhibition psychomotrice liée à la dépression. Il est non moins contestable que la "descente" s'accompagne d'un sentiment de vide, d'un état d'ataraxie, voire d'un état dépressif, souvent transitoire. L'incorporation d'un objet ambivalent, à la fois remède et poison, à la fois bon et mauvais, trouve des échos dans ce que la clinique psychanalytique pointe, des processus d'intériorisation d'un objet à la fois aimé et gratifiant, haï et menaçant, et du clivage qui caractériserait la dépression. Il est d'observation clinique courante, que la culpabilité liée aux conduites d'addiction est en relation ou liée à des injonctions familiales ou à des trahisons, des idéaux familiaux et personnels. De même à l'inverse, la drogue est le pansement idéal immédiat et efficace qui efface les échecs, les illusions déçues, ou qui explique ou excuse les manquements des sujets aux désirs parentaux. La drogue évite ou soulage la pression de la tyrannie morale parentale que les sujets reprennent à leur compte. On parle d'épisodes dépressifs généralement brefs et modérés qui s'amendent d'ailleurs indépendamment des modalités de prises en charge. Les dépressions chroniques installées sont plus rares : 2% sont présentes à l'entrée, et persistantes après 6 mois de prise en charge, dans les enquêtes de Rounsaville (38).

LES ETATS PSYCHOTIQUES

Rappelons ici que Regier(32) indique que 47% des schizophrènes, sur la vie entière, associent des abus de drogues. Il décline le type de produits utilisés : 54% recourent aux produits psychoactifs, 31% l'alcool et le cannabis, 14% les polyintoxications. Rounsaville (38-39) sur la

vie entière et chez les usagers d'opiacés relève 0,8% de schizophrénie, 1,7% de troubles schizo-affectifs déprimés, 0,4% de schizo-affectifs maniaques. Andreasson (1) qui a suivi 15 ans durant 45000 conscrits suédois établit un risque relatif de 2,4 pour les simples utilisateurs de cannabis et de 6 pour les consommateurs habituels de déclencher une schizophrénie ultérieurement. C'est à propos des psychoses que nous allons essayer d'instruire le problème de la relation complexe : utilisation, abus, dépendances aux produits psychoactifs /pathologies psychiatriques. La schizophrénie étant ici considérée comme emblématique de la pathologie mentale. Il faut rappeler que le créateur du terme "schizophrénie", Bleuler (46) éclaire la psychopathologie de ce trouble, en distinguant les troubles primaires, dols fondamentaux, des troubles secondaires qu'il envisage comme une reconstruction, par le psychisme du sujet, à partir de ce dol initial. La schizophrénie est une reconstruction à partir d'une dislocation ou dissociation primaire. Si l'on valide cette hypothèse on peut aisément imaginer que les substances psychotropes puissent constituer un dol primaire par l'impact sur le fonctionnement physiologique cérébral. Le traumatisme intempestif, apport de substances actives à doses très élevées, et de façon itératives, sur de longues durées (30 injections par semaine sur une durée moyenne de 6 ans) Jacob (20) peut parfaitement installer une perturbation clinique suffisante pour altérer le fonctionnement psychique, de façon réversible ou pas. Le réaménagement secondaire peut parfaitement s'exprimer sur le mode des troubles secondaires que Bleuler décrit.

A contrario, pour des schizophrénies déjà installées, l'activité de certaines drogues n'est pas contestable sur la réduction des symptômes de la série "secondaire" : mise à distance des phénomènes hallucinatoires, sentiment, ou illusion de les maîtriser en les induisant par les dysléptiques ou les stimulants, atténuation de l'angoisse et sédation par les opiacés, réduction de l'apragmatisme par l'euphorie que les opiacés ou les stimulants induisent. Plus encore, l'élection d'un objet extérieur comme inducteur peut réduire et soulager l'émergence d'objet intérieur dont le schizophrène maîtrise mal l'envahissement, c'est à ce sujet que nous avons parlé Jacob (22) de "ravisement des sens" pour signaler ce que la drogue fait taire de souffrance liée aux représentations qui s'imposent au sujet, en même temps qu'elle l'installe dans une béatitude, certes transitoire, mais toujours renouvelable et toujours accessible, alternative à la privation.

La discussion de la prédisposition qui conduit à dire que la drogue n'a fait que déclencher une pathologie déjà existante est présentée par Bleuler (46) lui-même qui écrit *"tous les mouvements nouveaux attirent d'abord dans leurs rangs les schizophrènes latents. Ainsi peut-on expliquer que plusieurs adeptes du "Sturm und Drang" soient "devenus" malades mentaux, mais non parce que leur participation à ce mouvement les aurait rendus malades"*. Il est incontestable que dans la continuité de cette réflexion, la nouveauté des phénomènes drogues depuis la fin des années 60 et les cultures nouvelles successives, mouvement psychédélique, hippies, punks et maintenant la culture techno et les rêves party, attirent des adeptes et que en paraphrasant Bleuler ce n'est pas leur consommation de drogue qui les a *"rendu malade"*, même si cela n'a pas amélioré leur santé mentale.

Il nous faut parler dans ce chapitre des syndrômes psychotoxiques aigus des expériences dysléptiques. Nous renvoyons au-delà de leur description dans le DSM III R aux travaux déjà anciens mais qui restent particulièrement d'actualité Ey (10) pour la sémiologie et la clinique de ces troubles. Nous discuterons surtout du chapitre **"psychopathologie de l'expérience psychédélique"**. Ey signale à propos des dysléptiques *"on n'a pas assez remarqué que cette illusion de toute puissance à laquelle le sujet de l'expérience psychédélique...s'abandonne, est bien déjà une façon de tomber dans le délire, c'est -à -dire une falsification pathologique des rapports du moi à son monde"* (p 664). Ey signale ensuite ce qui distingue les *hallucinations délirantes* (propres aux psychoses) de ce qu'il appelle les *Eidolies hallucinosiques* (induites par les toxiques). Il remarque que ces produits ont une action sur les *"analyseurs perceptifs"* (ils modifient la perception et son intégration) et conclut que ce sont donc des *"hallucinations compatibles avec la raison"*. Il énonce ensuite un paradoxe phénoménologique : *"être conscient d'être halluciné"* en ajoutant *"c'est -à -dire ne pas comporter nécessairement ou même d'exclure le délire sans bien sûr cesser d'être pathologique"*. Ces remarques ou ces citations pour confirmer que cliniquement les propos ou symptômes délirants qui perdurent sans critique (sans conscience d'avoir été halluciné pour paraphraser Ey), qui portent sur des thèmes qui s'éloignent de plus en plus du dol primaire, s'élaborent en se structurant, de plus en plus à distance d'une reconstruction secondaire immédiate ou temporaire de l'expérience d'hallucinoïse primaire et de dépersonnalisation sont de mauvais pronostic. Ils constituent alors selon ce que Ey nous a

enseigné un Délire au sens vrai, rapport permanent falsifié du Moi à son monde. Ces évolutions sont rares eut égard à l'ampleur des consommations, par exemple d'ecstasy, mais elles ne sont pas inexistantes.

LES TROUBLES ANXIEUX

Rappelons que le risque relatif d'association de troubles anxieux Regier (32) à la pharmacodépendance est de 1,7. Kessler (24) note que environ 15% des troubles de la série anxieuse (DSM III R) s'associent à des usages de produits psychoactifs. Il s'agit pour le patient de rechercher l'effet anxiolytique par exemple de l'héroïne, dans une démarche d'automédication. Les psychotropes utilisés pour réduire l'anxiété, prescrits par les médecins, sont détournés et donnent lieu à de réelles dépendances ; c'est le cas de certaines Benzodiazépines et de certains antidépresseurs. Cependant, s'attache à la satisfaction une appétence spécifique aux produits interdits et au statut de toxicomane, plus "glorieux" que celui d'hystérique, par exemple, Israël (19). La "vertu explicative" de la drogue, pour le sujet lui-même, pour son entourage, pour la société, conforte le système défensif du névrosé, dans le même temps, elle apporte une satisfaction pulsionnelle, une réduction des manifestations anxieuses ou de culpabilité. En nous plaçant dans une conception psychodynamique de la névrose, la drogue obscurcit le lien, le sens du symptôme et son rattachement à des représentations, sources de souffrance pour le sujet, ou source de satisfaction barrée et refoulée. L'acte est un court circuit au travail psychique. D'authentiques manifestations obsessionnelles (idées obsédantes, rituels obligés, doutes permanents, etc.) cèdent à la reprise de l'intoxication, en particulier d'héroïne, elles se redéclenchent avec régularité dès le sevrage installé. Il convient dans ces cas de peser les indications de sevrage ou de substitution par la Méthadone, conjointement à un suivi régulier psychothérapeutique. Les manifestations anxieuses avec insomnie répondent également aux antidépresseurs sédatifs qui seront préférés aux Benzodiazépines de maniement plus délicat.

LES COMORBIDITÉS SOMATIQUES

Aux pathologies directement liées au produit, spécifiques au produit, s'ajoutent des pathologies liées aux modalités de l'usage, à son contexte. On trouvera dans le dossier Toxibase (5) l'ensemble de ces problèmes et une abondante bibliographie sur le sujet. En complément, on consultera un autre dossier Toxibase (21) qui sert d'introduction à un dossier sur le SIDA CRIPS (47). Nous centrerons notre intervention faute de temps sur quelques points relatifs aux pathologies virales, en particulier le VIH et le VHC. Pour le VIH le maximum de séroconversions chez les toxicomanes a eu lieu en 1987 (dossier SIDA 2010 (31) légèrement décalé par rapport aux homosexuels. Toutes les études sont concordantes, on assiste à une chute de la séroconversion et on commence à assister à une chute des cas de SIDA nouvellement déclarés, qui reflète l'état de l'épidémie il y a 10 ans. Les toxicomanes représentent 1/4 des cas de SIDA déclarés pour la France. La séroprévalence moyenne est située autour de 20% SESI (49), INSERM (50), CESES (41), pour le VIH en France, ce que confirme l'IREP (15). Cette enquête fait mention du statut sérologique et des prévalences de l'hépatite B (23%) de l'hépatite C (47%) pour la même population. Le taux de connaissance (dépistage dont on a demandé et obtenu les résultats) est de 88% pour le VIH et de 72% pour le VHC. Il s'agit d'un taux déclaratif. Des vérifications biologiques ont été faites dans notre service pour les UDVI (bilan de service dactylographié 90-97 - ceux qui utilisent ou ont utilisé une seringue). Le taux déclaratif est à 57%, la vérification biologique est à 70% de séroprévalence VHC. L'enquête IREP montre également de fortes disparités selon les régions pour le VIH. METZ 6%, LILLE 5%, MARSEILLE 36%, Banlieue parisienne 26%, PARIS 25%. Mais pour les mêmes populations un taux identique selon les régions, 47% pour le VHC. L'enquête IREP sur la réutilisation de leur propre matériel, démontre que c'est cette réutilisation qui expose au virus VHC sans exposer ou peu exposer au virus VIH. Autrement dit la pratique de réutilisation protège du VIH et ne protège pas du VHC. L'enquête IREP montre que le taux de réutilisation reste identique, quelque soit l'offre de

seringue et de matériel à usage unique, dans les enquêtes homologues de 1988 (4 à 5 réutilisations) 1991 (3 à 4) et 1996 (2 à 4) elle est le fait de 75% des toxicomanes. Les partages de matériel, de drogues, d'eau sont habituels entre plusieurs toxicomanes, la seringue seule est moins partagée avec d'autres (13%). Une étude statistique détaillée montre que c'est bien ce problème de la réutilisation des matériels contaminés, le VIH vectorisé par l'eau, qui est à régler pour les toxicomanes. Enfin une étude menée par nous, en collaboration avec LILLE (à paraître) (27) montre que l'incidence rétrospective, méthode qui n'est pas entièrement satisfaisante, à propos de 108 toxicomanes dont nous possédons des doubles prélèvements est de 33% VHC/année/patients et pour les mêmes 0% VIH/année/patients chez les UDVI.

CONSEQUENCES, DISCUSSIONS ET MESURES A PRENDRE

Les toxicomanes ont montré, pour peu qu'on les informe, qu'on modifie le contexte d'utilisation (seringue en vente en 1987), qu'ils n'ont aucun goût pour le risque (Trépos J.Y. Jacob C.) (44). Ils ont réduit l'incidence du VIH (dans notre service aucune contamination depuis 4 ans sur 200 prélèvements annuels). Ils ont eu le soucis de la santé publique, au-delà de leur santé personnelle. La prévalence d'utilisation du préservatif est passée de 22% 1987, 47% 1991 à 58% 1996. A ces titres il conviendrait de favoriser toutes dispositions qui améliorerait le contexte de l'usage : sociales, économiques, légales. Les toxicomanes signalent qu'ils sont mal informés sur le VHC, il conviendrait de les informer correctement sur la pathologie, certes, mais surtout sur le fait que l'hépatite est évitable (ce dont ils ne sont pas persuadés), qu'elle est curable dans un certain nombre de cas (ce qu'ils ne savent pas non plus). Elle est évitable à condition de les informer d'une bonne pratique de réutilisation de leur matériel. Une seringue stérile + de l'eau contaminée conduit au VHC. Cessons de faire la promotion exclusive de la seringue à usage unique (un toxicomane moyen aurait besoin pour ce faire de 1500 seringues par an, il me semble qu'il en consomme 500 ce qui est déjà bien), pour promouvoir la bonne réutilisation : que doit-on jeter, que peut-on réutiliser, à quelles conditions, dans quels contextes, à quelles occasions (lavage, désinfection, pratique de partage adapté ou à prescrire, etc.) (Ingold R.) (13). Étudier des protocoles thérapeutiques VHC plus accessibles aux toxicomanes : doses plus importantes d'antiviraux, durée moins longue de traitement. Enfin, associer une maintenance (Méthadone, Subutex) pour les sujets instables aussi longtemps qu'ils le désirent et en particulier durant la phase de traitement VHC. Pour traiter efficacement, il faut proposer un dépistage VHC dès le début de la toxicomanie, coordonner les soins avec les hépatologues, avoir une idée sur la date de séroconversion, traiter le plus tôt possible. Il y a là toute une culture de la santé à promouvoir chez les toxicomanes, et toute une culture à faire chez les hépatologues et leurs équipes paramédicales en se servant de tout ce qui a été acquis à l'occasion de l'épidémie VIH. Les choses ne sont jamais acquises, et l'enquête IREP, montre à propos des précautions que selon la date de début de la toxicomanie, les anciens toxicomanes se protègent plus que les nouveaux. (Ingold R. Boumghar A.) (48). Le risque de SIDA s'éloignant, les précautions se relâchent, ouvrant la porte au VHC. Il faut centrer la prévention sur le VHC ce qui protégera du VIH, la protection actuelle et les messages de prévention centrés sur le VIH ne protègent pas les toxicomanes du VHC.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Trancher sur le plan clinique le déterminant drogue-pathologie ou pathologie-drogue n'est pas uniquement théorique. Se prononcer et choisir selon ce que le patient énonce, dit, voire revendique, ou selon ce que son entourage redoute ou espère, ou même selon ce que l'institution oblige, comme rôles assignés et balisés, n'est pas toujours simple. Trancher n'est pas toujours sans conséquences sur le destin du toxicomane ; thérapeutique et clinique, ou répressif et délinquant. La stigmatisation véritablement statutaire, instituée par la loi du 31/12/70 : ni malade ni délinquant, mais aussi l'appréciation morale ambiguë que la société porte au statut de toxicomane (malade et/ou délinquant) confirment ou infirment les décisions prises,

assurant ainsi un jeu de places, de représentations, de stratégies différentes. Ce jeu ambigu est souvent le fait des patients, mais est aussi celui des institutions qui se renvoient plus la balle qu'elles ne collaborent à instaurer une trajectoire la moins invalidante possible pour le patient.

S'il est assez rare de prescrire en ambulatoire pour des pathologies mentales des opiacés ou des stimulants, il n'est pas exceptionnel de prescrire des Benzodiazépines, certains antidépresseurs toxicomanogènes à des patients que l'on considère devoir stabiliser dans leur expression pathologique et qui continue en dehors du champ médical à consommer des produits non prescrits ce qui parfois peut les conduire à de sérieux problèmes. L'association de pratique addictive chez les patients n'est que peu souvent instruite de façon adaptée par les cliniciens. Il est vrai que souvent les patients dissimulent leur pratique ou la minimise et parfois même conteste à leur médecin le droit de se préoccuper de ce problème puis qu'ils ne sont pas venus pour cela. Le patient peut parfaitement rechercher, non pas simplement un effet sédatif ou anxiolytique, mais un effet euphorique, en liant la consommation du médicament à d'autre produit. Les patients peuvent rechercher de telles prescriptions pour alterner les effets du manque, contenir les effets de certaines drogues, rétablir leur sommeil, aider à leur réveil le matin, etc. Ils peuvent ainsi, à cette fin, présenter au clinicien une "maladie présentable" qui, ils le savent, entraînera la prescription des produits qu'ils recherchent. Les collaborations du champ spécialisé en toxicomanie et du champ de la psychiatrie, pour les patients en ambulatoire, en cas de morbidité associée à une addiction, doivent être concevables, elles nécessitent que chacun reconnaisse les limites de sa compétence propre. Les prises en charge hospitalières et institutionnelles engagent un tout autre problème. Le champ de l'intervention en toxicomanie, du moins en France, a toujours été très peu médicalisé, encore moins psychiatisé. Parfois même, certains intervenants ne faisait pas mystère de leur désir de démedicaliser, dépsychiatriser les problèmes. Cet état de fait rend très difficile le dépistage, le diagnostic et à fortiori le traitement des pathologies ou des troubles mentaux associés à la pratique addictive. Seules les manifestations très bruyantes aiguës gênantes ou dangereuses sont repérées et sanctionnées par un recours aux psychiatres et souvent en désespoir de cause dans un contexte d'urgence ou de contrainte légale. Bref le recours au psychiatre est souvent conçu comme une représaille, une sanction, une punition pour un comportement jugé inadéquat par les intervenants. Il est vrai que les intervenants n'ont souvent, ni les compétences requises, ni les moyens institués pour faire face à la pathologie mentale associée. A contrario, des attitudes tolérantes ou compassionnelles, parfaitement défendables humainement, peuvent se révéler parfaitement inadaptée, voire même induire certains comportements pathologiques. Certaines attitudes de sollicitude appuyées, de questionnement ou d'investigation, qui peuvent être naturellement un signe d'intérêt peuvent être parfaitement intrusives et intolérables dans certaines pathologies, ou renforcer, à force de complaisance dans l'écoute des récits itératifs, certaines pathologies. D'authentiques dépressions peuvent rester sans traitement pendant longtemps, barrées par une attitude compatissante et sympathique sur les malheurs et les difficultés bien réelles qui assaillent le sujet. Les données épidémiologiques sur ce plan sont particulièrement précieuses. Elles vont à l'encontre d'une vision de la toxicomanie qui tend à ramener le comportement à des déterminismes par trop économiques, sociaux voire idéologiques ou culturels qui nient le déterminisme psycho-pathologique. Dans le champ de la psychiatrie, l'inconsistance clinique, structurelle de la notion de toxicomanie qui a pu faire dire à certains que la "toxicomanie n'existe pas" n'a pas encouragé et n'encourage pas les vocations. La stigmatisation des espaces psychiatriques par la population rejaillit sur les occupants et les acteurs de ces lieux. Aussi les toxicomanes même et surtout présentant des troubles psychiatriques associés à leur addiction, revendiquent haut et fort leur "statut" de toxicomanes dans l'institution pour échapper au "statut" de malade mental qui les stigmatise doublement. Ainsi paradoxalement, ils intensifieraient leur comportement toxicomaniaque dans l'institution, ce qui les rend difficilement supportables aux soignants et aux autres patients, et assez peu coopératifs aux stratégies institutionnelles de traitements. Bref, ils se singularisent et se radicalisent au lieu de s'améliorer. Ils tentent également, à travers des stratégies de séduction d'obtenir un statut différent, des exceptions aux règles, des tolérances et des traitements particuliers qui d'exception en exception, de tolérance en tolérance, aboutissent à la rupture et au rejet quand la séduction a échoué.

Toxicomanie en milieu carcéral

10^{ème} législature

Question écrite n° 14188 de M. Emmanuel Hamel (Rhône - UMP)

publiée dans le JO Sénat du 29/02/1996 - page 455

M. Emmanuel Hamel signale à l'attention de M. le garde des sceaux, ministre de la justice, le problème de la toxicomanie en milieu carcéral. Il lui demande : 1o quelle est l'estimation du nombre de toxicomanes détenus dans les prisons françaises ; 2o combien étaient toxicomanes avant leur première détention et combien le sont devenus en prison ; 3o quelle sera l'action du Gouvernement en 1996 pour lutter contre la toxicomanie en milieu carcéral.

Réponse du ministère : Justice

publiée dans le JO Sénat du 13/06/1996 - page 1460

Réponse. - L'administration pénitentiaire accueille une population dont la situation est extrêmement précaire, tant sur le plan social que sur le plan sanitaire ; généralement désinsérée, fortement exposée aux risques de maladies transmissibles, elle présente une fréquence élevée de comportements d'assuétude, tant à l'égard du tabac que de l'alcool, des médicaments que des produits stupéfiants. Si l'absence de données épidémiologiques exhaustives sur l'état de santé des détenus ne permet pas de disposer de chiffres précis sur l'ampleur de ces phénomènes, on estime cependant que la proportion moyenne de toxicomanes est de l'ordre de 15 p. 100 au niveau national (soit 8 500/9 000 personnes), ce taux pouvant atteindre 40 p. 100 dans les établissements pénitentiaires desservant les agglomérations des régions fortement urbanisées (Nord, région parisienne, Provence-Côte d'Azur notamment). Le caractère approximatif de ces données, qui ne comportent pas d'éléments susceptibles de déterminer le moment où a commencé l'usage de produits stupéfiants, permet toutefois de prendre la mesure des problèmes posés et de leurs enjeux en termes de santé publique. La prise en charge sanitaire des détenus toxicomanes, les mesures de réduction des risques les concernant comme les conditions de leur préparation à la sortie constituent ainsi les grands axes des politiques conduites en ce domaine. La loi du 18 janvier 1994, qui a confié au ministre de la santé la responsabilité de la politique sanitaire en milieu carcéral, permet aujourd'hui d'assurer une meilleure prise en charge des détenus toxicomanes. Les personnels des établissements publics de santé signataires de protocoles avec l'administration pénitentiaire dispensent les soins somatiques dans des unités de consultations et de soins ambulatoires implantés dans les établissements pénitentiaires. Au titre de la psychiatrie, les secteurs de psychiatrie générale ou, là où ils sont implantés, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), actuellement au nombre de 21 et prochainement de 26, prennent en charge ces détenus ; 16 d'entre eux comprennent une antenne de lutte contre les toxicomanies, instituée comme centre de soins spécialisés en application du décret du 27 juin 1992. De même, la politique de réduction des risques à l'égard des toxicomanes,

particulièrement exposés aux maladies transmissibles, constitue un enjeu de santé publique auquel la direction de l'administration pénitentiaire contribue à faire face, aux côtés du ministère de la santé ; celle-ci comprend les volets suivants : la continuité des programmes méthadone, autorisée en milieu pénitentiaire depuis 1994 ; la mise à la libre disposition des détenus de préservatifs en détention (au service médical) et à la sortie (permissionnaires et libérés), systématisée au cours de l'année 1995 ; la généralisation de la mise à disposition d'eau de Javel, qui sera effective en 1996. Grâce au soutien financier de la délégation générale à la lutte contre la toxicomanie (DGLDT), des actions de formation et de soutien aux personnels pénitentiaires ont pu être mises en place depuis plusieurs années par les directions régionales. Ces actions ont pour objectif d'aider les personnels à améliorer leurs pratiques professionnelles face à la prise en charge des personnes détenues et toxicomanes ; elles seront développées en 1996. En outre, afin de compléter les prestations des équipes sanitaires intervenant en milieu pénitentiaire et d'assurer de la manière la plus large possible la continuité de la prise en charge des toxicomanes sans rupture entre la prison et la vie libre, l'intervention du secteur associatif spécialisé est renforcée. Pour l'année 1996, le comité interministériel de lutte contre la toxicomanie a privilégié les actions de préparation à la sortie pour cette catégorie de détenus. A l'instar de l'expérience menée depuis plusieurs années à la maison d'arrêt de Fresnes, 5 établissements parmi les plus concernés vont mettre en place un dispositif de préparation à la sortie spécifique des toxicomanes. Celui-ci aura pour objet de faire bénéficier les personnes concernées, préalablement à leur fin de peine, d'un moment particulier où un travail d'accompagnement pourra être effectué et éventuellement poursuivi à la fin de leur peine (continuité des soins, insertion sociale, hébergement, projet professionnel). Un budget sera dégagé à cet effet par la direction de l'action sociale du ministère du travail et des affaires sociales. Enfin, pour renforcer la lutte contre la toxicomanie et améliorer encore la prise en charge des toxicomanes, une mission vient d'être confiée à l'inspection générale des services judiciaires. Le groupe de travail qu'elle est chargée d'animer remettra son rapport dans le courant de l'été 1996. ; continuité de la prise en charge des toxicomanes sans rupture entre la prison et la vie libre, l'intervention du secteur associatif spécialisé est renforcée. Pour l'année 1996, le comité interministériel de lutte contre la toxicomanie a privilégié les actions de préparation à la sortie pour cette catégorie de détenus. A l'instar de l'expérience menée depuis plusieurs années à la maison d'arrêt de Fresnes, 5 établissements parmi les plus concernés vont mettre en place un dispositif de préparation à la sortie spécifique des toxicomanes. Celui-ci aura pour objet de faire bénéficier les personnes concernées, préalablement à leur fin de peine, d'un moment particulier où un travail d'accompagnement pourra être effectué et éventuellement poursuivi à la fin de leur peine (continuité des soins, insertion sociale, hébergement, projet professionnel). Un budget sera dégagé à cet effet par la direction de l'action sociale du ministère du travail et des affaires sociales. Enfin, pour renforcer la lutte contre la toxicomanie et améliorer encore la prise en charge des toxicomanes, une mission vient d'être confiée à l'inspection générale des services judiciaires. Le groupe de travail qu'elle est chargée d'animer remettra son rapport dans le courant de l'été 1996.

Addictions en milieu carcéral



INTRODUCTION

Une observation épidémiologique : plus de 60 % des entrants en prison présentent un problème lié à une consommation d'alcool ou/et de drogues et nécessitent des soins adaptés. En outre, 80 % des détenus sont fumeurs (chiffres DREES).

Un constat : multiplicité des services concernés → prise en charge souvent dispersée.

Un double objet d'enquête :

1- Bilan de l'application de la note interministérielle du 9 août 2001, qui posait 5 objectifs :

- repérer systématiquement les situations d'abus et/ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif ;
- proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue ;
- développer la prévention des risques associés à la consommation de produits ;
- favoriser les aménagements de peine (pour organiser un retour à la liberté dans un cadre socio-médical structuré) ;
- préparer la sortie des consommateurs abusifs ou dépendants.

2- Panorama de l'offre et de l'organisation des soins aux toxicomanes en milieu carcéral : repérage à l'entrée, prise en charge en matière de toxicomanie, de dépendance à l'alcool et au tabac.

MÉTHODOLOGIE

- Enquête par questionnaire auprès de 92 DDASS en juillet-août 2003.
- Échantillon représentant 157 établissements pénitentiaires (hors centres de semi-liberté), soit 93 % de l'ensemble visé.

RÉSULTATS

1- Un repérage de l'abus et de la dépendance à l'entrée en prison qui n'est pas encore systématique (cf. tableau).

2- Une offre de prise en charge disparate :

- Accès aux traitements de substitution : 1 établissement sur 5 rapporte un problème d'acceptation de la substitution.
- Alcoolodépendance : une prise en charge de l'abus et de l'usage nocif en net progrès (cf. tableau) mais qui reste en deçà des besoins : plus d'un tiers des entrants déclarent une consommation excessive d'alcool.
- Dépendance tabagique : actions de prise en charge rares et relevant d'initiatives locales.

3- Contextes de prise en charge identifiés comme les plus problématiques :

- La sortie de prison (dans 67 % des établissements).
- Le cadre des aménagements de peine, dans 33 % des établissements.

DISCUSSION ET CONCLUSION

- Dix ans après la loi du 18 janvier 1994, le principe de continuité et d'équivalence des soins entre milieu carcéral et milieu libre n'est pas acquis dans un nombre important d'établissements.
- L'incitation aux bonnes pratiques de substitution en milieu carcéral mérite d'être poursuivie et soutenue.
- L'insuffisance dans la prise en charge des consommations abusives d'alcool appelle un renforcement des partenariats avec le secteur spécialisé.

Offre de prise en charge des addictions

Pour 157 établissements	Utilisation d'outils de repérage	Consultation spécialisée toxicomanie	Consultation spécialisée alcool	Accessibilité des substituts nicotiniques	Cellules non-fumeurs
Nombre d'établissements concernés	70	114	102 (2 en 1997)	67	26
Sur l'ensemble des établissements répondants (en %)	58,3 %	85,7 %	77,9 %	59,3 %	24,3 %
Non-réponses	37	24	26	44	50

Source : OBRADOVIC (I.), Addictions en milieu carcéral, 2003, Saint-Denis, OFDT, 2004

Évaluation somatique avant la mise en place du sevrage

Dr Pierre Polomeni

CH Emile Roux - Eaubonne - Montmorency

Un patient toxicomane bénéficie ou doit bénéficier, dès que possible au cours de son itinéraire, d'un bilan somatique. Toute période permettant un accès aux soins et un suivi sur quelques consultations, tel que le temps qui précède le sevrage, est un moment propice à ce bilan qui doit répondre à 3 questions, ou plutôt qui doit aborder le patient avec 3 objectifs :

- 1 - évaluer son état général, ses antécédents médicaux, sociaux, familiaux, psychiatriques, les pathologies associées à sa toxicomanie, l'histoire de sa consommation de psychotropes.
- 2 - connaître son ou ses intoxications au moment de la rencontre, isoler certaines pathologies dans la perspective du sevrage ou d'un traitement de substitution, déterminer les signes de dépendance ou de manque en rapport avec les derniers produits utilisés.
- 3 - envisager des indications de soins spécifiques ou des contre-indications, adapter le type et les modalités du sevrage selon la spécificité du produit, envisager une prévention secondaire, proposer un suivi somatique en post-sevrage.

En point associé, on notera l'importance de ces entretiens pour initier des vaccinations, pour parler de réduction des risques, voire d'éducation à la santé. Cette logique de la prise en charge somatique des toxicomanes subit en effet une accélération considérable depuis l'épidémie du sida. A la question de la mortalité-morbidité des toxicomanes ne sont apportées que des réponses imprécises. Il existe en effet trois écueils : l'aspect illégal du phénomène, la difficulté du suivi sur de longues périodes, les interactions produits-milieu. Ces différents éléments, ainsi que l'anonymat lié à la loi du 31/12/70, gênent toute analyse épidémiologique.

Cet exposé propose essentiellement des priorités. En annexe, on trouvera une revue des pathologies possibles chez ces patients. Nous avons voulu procéder par ordre de logique dans l'abord somatique de ces patients.

Deux points viennent souligner cette place particulière que pourra prendre le sevrage :

- c'est une période privilégiée d'observation, en particulier si elle est réalisée à l'hôpital. Elle facilite un certain nombre d'aspects pratiques, administratifs, psychologiques, pour la réalisation du bilan. Dit autrement, se pose la question du plateau technique (matériel et moyens humains, réalisation des prélèvements, des radios) avant et pendant le sevrage (en ambulatoire, en structure, à l'hôpital) : ainsi, la prise en charge financière, ou la délivrance de médicaments est parfois facilitée au cours du sevrage.

- L'aspect somatique pris ainsi en compte dès le début "dans son urgence", atténue la peur du sevrage, crédibilise le projet de soin, et donne une place particulière au médecin somaticien, généraliste ou spécialiste, hospitalier, salarié ou libéral. Il a deux spécificités : le contact physique (l'abord du corps), et l'utilisation de produits médicamenteux, redonnant à la chimie un statut thérapeutique, mais rappelant parfois son impuissance. Une consultation avec un toxicomane peut préparer, anticiper un sevrage, mais doit surtout permettre une rencontre somaticien-toxicomane. De fait, depuis quelques années, il existe une forte demande de la part de ces patients d'une prise en compte réelle et adaptée de leur état de santé. On retrouve pour ce thème en bibliographie, une forte densité de textes concernant la médecine générale, médecine de première ligne, qui peut proposer du soin sans complicité ni affrontement.

Les éléments ci-après ne repèrent pas la pathologie alcoolique ni l'intoxication tabagique en tant que pathologies principales.

I - **Le premier axe** de l'abord somatique des toxicomanes, que nous nommerons "bilan de santé", s'attache donc à repérer, à répertorier, les antécédents, les symptômes et les signes cliniques ou biologiques des pathologies potentielles. L'examen clinique traditionnel a toute sa place, mais plusieurs points sont spécifiques. La littérature divise volontiers les pathologies somatiques des toxicomanes en pathologie :

- liée au produit,
- liée au mode d'administration,
- liée au mode de vie.

Cette distinction est juste et importante. Nous nous attacherons ici à repérer les symptômes les plus fréquents dans l'optique de l'évaluation initiale (les autres pathologies sont listées en annexe). Nous rajouterons à ces trois orientations classiques, une attention particulière aux "interactions" ou aux situations intriquées (co-morbidités) : certains symptômes sont mixtes, liés aux produits et à une pathologie simultanée (dont psychiatrique). Nous citerons en exemple les difficultés diagnostiques devant une diarrhée au cours d'un sevrage de produits codéinés chez un patient VIH+.

Le premier temps de la consultation concerne les antécédents. Il s'agit de s'intéresser en premier lieu aux antécédents classiques : maladies infantiles, gestes chirurgicaux, traumatismes, hospitalisations. Les accidents et séquelles d'accidents représentent une pathologie fréquente ce qui a un certain nombre de conséquences en terme de handicap, de socialisation, de douleurs. Elles proposent aussi un reflet de la psychopathologie du patient avant même sa toxicomanie. Dans la logique de cet entretien, les modes d'intoxication (produit, durée), les antécédents d'overdoses, les passages aux urgences (malaises, poussières -bactériémies-, autres...) ou les hospitalisations pour maladie, pour sevrage, en psychiatrie, seront repérés.

La présence dans la vie de ce patient d'un médecin généraliste (de famille) souvent référent respecté, possédant des informations complètes sur le patient, doit être attentivement cherchée. Elle permettra par ailleurs d'interroger le patient sur ses traitements médicaux réguliers (prescrits) : présence d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, de neuroleptiques, d'antibiotiques, de produits de substitution. La partie "examen clinique" commence ensuite. Elle est détaillée ci-dessous. Vérifier la température et peser le patient font partie de la rencontre initiale.

Le deuxième point clinico-biologique concerne les infections à VIH, VHB, VHC. Les sérologies devraient être documentées, et le dosage des transaminases fait partie du bilan initial (avec un TPHA-VDRL). Les différentes séroprévalences sont détaillées dans de nombreuses publications. La prévalence du VHC est remarquablement homogène en Europe, alors qu'en matière de VIH et de VHB, les chiffres sont différents et varient en fonction du lieu d'accueil des toxicomanes et donc de leur origine géographique et sociale.

L'infection par le VIH donnera lieu à un interrogatoire et à un examen spécifique, que nous ne détaillerons pas : appréciation de la date et du mode de contamination, évaluation immunologique et virologique, dépistage et prévention de maladies opportunistes, réalité du suivi, indication et surveillance de traitements. L'actualité est marquée par une baisse de l'incidence de l'hépatite B et une émergence de l'hépatite C.

Si une infection est caractérisée au cours de ce premier bilan, la période de suivi (sevrage...) pourra permettre d'en évaluer la gravité, d'envisager ou de poursuivre un traitement et dans ce cadre, d'apprécier l'observance réelle du patient considéré.

En prévention secondaire, autant les vaccinations tétanos-polio sont rarement envisagées dans un premier temps, autant le vaccin contre l'hépatite B devrait être systématiquement proposé. La nécessité de prescrire une recherche AC antiHBc, ag HBs, AC anti HBs avant la vaccination devrait faire l'objet d'une recommandation.

Le troisième axe du bilan concerne la peau. Regarder un patient permet de voir les séquelles d'accidents évoqués plus haut, les traces d'injections, les scléroses veineuses, des éléments infectés. La découverte d'éventuels abcès, lymphangite, fasciites, mycoses, gale, débouche sur un traitement, dont l'urgence devra être appréciée, par voie générale et/ou des soins locaux. A distance, des actes à visée esthétique peuvent être programmés pour des séquelles de brûlures ou des cicatrices mélaniques. Cet examen est accompagné de l'exploration des aires ganglionnaires.

Les lésions cutanées étaient importantes dans les années 80. Elles se sont améliorées à partir de 1987 mais réapparaissent actuellement du fait de l'injection de cocaïne et de buprénorphine. La plupart des germes responsables d'infections (endocardites...) chez les toxicomanes, sont à point de départ cutané : staphylocoques (50 à 60% des souches d'après plusieurs études, sont des *S. aureus*, méthicillino-résistantes) et streptocoques. Il convient de s'intéresser à l'épidémiologie locale (découverte d'autres cas dans le secteur).

Le quatrième axe concerne les dents, la bouche, les voies aériennes supérieures. Un bilan stomatologique sera effectué en priorité, éventuellement au cours de l'hospitalisation pour sevrage. Cette notion est maintenant bien connue des intervenants : l'état dentaire est souvent catastrophique et conduit soit à des extractions, soit à des soins conservateurs. La question récurrente dans ce domaine est celle de la prise en charge financière des prothèses et appareils.

D'autres pathologies moins connues peuvent être repérées à ce niveau : une irritation des voies aériennes supérieures liée aux solvants, aux produits sniffés, au tabac et au cannabis. Sinusites, angines, infections ORL chroniques, allergies, sont fréquentes. Les ulcérations de la cloison sont rares en pratique quotidienne. La douleur est très présente et les signes de gravité seront recherchés : trismus (lié le plus souvent à un abcès dentaire), infections sévères, nécroses osseuses.

Le cinquième axe de l'examen porte sur l'ensemble coeur-poumons. Les poumons sont le siège de nombreuses pathologies infectieuses, et plusieurs études rapportent la fréquence des anomalies des radiographies pulmonaires chez ces patients. On s'attachera à diagnostiquer en priorité une tuberculose (selon les services et les études, la place de l'IDR est discutée), un oedème pulmonaire ou une pathologie asphyxiante, puis les autres pathologies - infectieuses : pneumopathie, bronchite aiguë ou chronique, - ou non infectieuses : asthme, emphysème, embolies pulmonaires, pneumothorax, atélectasie, séquelles de pneumopathies d'inhalation... A l'interrogatoire, une hémoptysie est spécifiquement recherchée (liée à la cocaïne, aux solvants, ou à la tuberculose...). L'infection par le VIH ouvre d'autres étiologies.

Le coeur et l'appareil cardio-vasculaire sont devenus avec les nouvelles drogues, des organes cibles. Il y a quelques années, il s'agissait essentiellement de prévenir ou de diagnostiquer une endocardite ou une péricardite liées à des germes à point de départ cutané : l'auscultation à la recherche d'un souffle représentait le moment fort de l'examen. Actuellement, une tachycardie, des troubles du rythme, une dyspnée, une hypo ou une hypertension (amphétamines...), une vasoconstriction périphérique, sont à rechercher. Dans la suite des injections et des infections cutanées, des phlébites et des thromboses sont fréquentes. Cet examen débouche souvent sur des examens complémentaires : radio pulmonaire, ECG, IDR, puis éventuellement fibroscopie bronchique, échographie cardiaque...

Le sixième axe concerne le tube digestif : constipation, diarrhées, douleurs abdominales sont à rechercher, l'état nutritionnel et le mode de vie (alimentation...) sont à évaluer. La palpation abdominale recherche une hépatosplénomégalie, des douleurs provoquées. En terme de pathologies, les gastrites et ulcères, les douleurs liées à l'absorption de certains médicaments (Néocodion®, Antalvic®), la dénutrition, et bien sûr un abdomen aigu, ont des conséquences sur l'indication et la gestion du sevrage.

Enfin, plusieurs champs sont à explorer selon les symptômes évoqués ou les éléments d'interrogatoire :

- sur le plan neurologique : la recherche d'antécédents d'épilepsie est particulièrement importante. L'interrogatoire, la connaissance des traitements pris, un EEG, permettent de prévoir et de prévenir des crises comitiales. On évaluera ensuite la présence (ou des séquelles) de compressions nerveuses périphériques (suite à une injection, une compression, un coma...), de neuropathies périphériques, de dyskinésies ou contractures. Ce dernier point est d'importance : imputabilité de produits neuroleptiques associés, pathologie psychiatrique ou neurologique, pathologie infectieuse...
- sur le plan hématologique, une anémie par carence ou par saignement doit être recherchée.
- sur le plan rhumatologique, la présence ou des séquelles d'arthrites, d'ostéomyélites, de lombalgies ou d'une sciatique.
- sur le plan génito-urinaire:
 - pour les femmes, une possibilité de grossesse doit être systématiquement évoquée en interrogeant sur la date des dernières règles (voir ci-dessous), sinon le mode de contraception et des troubles des règles (aménorrhée, stérilité réelle

ou supposée...) sont à évaluer. - pour les deux sexes, une infection urinaire et une maladie transmissible sexuellement doivent être recherchée à l'interrogatoire. Sur le plan des examens complémentaires, un ECBU, une protéinurie, un TPHA-VDRL paraissent souvent indispensables.

Une grossesse chez une femme toxicomane désirant un sevrage impose une attention particulière. Si les opiacés ne sont pas tératogènes, les cocaïniques, les amphétaminiques ont une action délétère sur la vascularisation placentaire. Les différents médicaments (benzodiazépines en particulier) sont déconseillés au cours du premier trimestre. Il semble donc logique d'aider une patiente enceinte à s'abstenir au plus tôt de produits opiacés injectés, en acceptant le principe d'un risque décroissant, et en utilisant éventuellement à titre provisoire des médicaments de substitution : les risques infectieux et toxiques liés à une pratique d'injection "de rue" ont ici une gravité particulière. Certains praticiens et certains auteurs ont décrit des fausses-couches ou des avortements spontanés, des morts fœtales in utero par syndrome de manque. En fonction des éléments cliniques et des risques encourus, une période intermédiaire avec traitements de substitution pourra être proposée. Ensuite, les thérapeutiques actuelles et la surveillance hospitalière permettent un sevrage progressif dans de bonnes conditions de sécurité pour le fœtus. Une femme enceinte, toxicomane, séropositive ou non pour le VIH, nécessite une prise en charge spécifique, associant un "counselling", une approche psychosociale, et un suivi clinique et thérapeutique précis.

Toutes ces données pourraient être notées sur un carnet de santé, ou une fiche médicale. Ce bilan peut permettre d'identifier les complications épidémiques qui posent, en marge de leur gravité propre, des questions de santé publique (tuberculose).

Enfin, toute pathologie urgente sera à traiter, en prenant en compte les caractéristiques psycho-sociales de ces patients : on se rapprochera si nécessaire des "consultations précarité".

II - Le sevrage tient compte, bien sûr, du produit principal et des produits associés, mais aussi de l'importance et de la gravité de l'intoxication. Un interrogatoire précis et exhaustif (associé à quelques éléments d'examen : traces d'injections, lésions nasales...) est un moment important de cette consultation :

- l'ancienneté de la toxicomanie entre en ligne de compte, avec des risques spécifiques en fonction de la durée de l'intoxication telles que la précocité des infections par le VHB et le VHC, ou les troubles digestifs chroniques et la tuberculose qui accompagnent des années de dépendance et de précarité ;

- le mode de consommation, seul ou en groupe, utilisation d'une seringue ou d'une paille individuelle, réutilisation des "cotons", habitudes d'injection ;

- mode d'approvisionnement, type de produit, fournisseur régulier, région ou quartier d'achat, de consommation.

- utilisation d'héroïne et/ou d'opiacés médicamenteux et/ou d'opiacés de substitution. Connaître ces différents éléments permet de mieux connaître la sévérité de l'intoxication et d'anticiper sur le déroulement physique de la période.

Certaines situations pathologiques, ou antécédents, ont des répercussions évidents sur la période de sevrage :

- tout traitement prescrit antérieurement au sevrage doit être évalué : maintien, diminution, arrêt.
- un état dépressif,
- une épilepsie traitée ou non,
- de l'asthme, un diabète,
- une fièvre
- des troubles du rythme cardiaque et des problèmes tensionnels,
- une grossesse,
- un abdomen aigu,
- une toux et une dyspnée,
- enfin des antécédents de délirium tremens. - tout signe apparaissant ou s'aggravant au cours du sevrage sera à replacer dans un contexte bilan global/ intoxication/ manque.
- hypoglycémie et douleurs gastriques de l'Antalvic®
- effets indésirables des neuroleptiques
- les douleurs qui seront réveillées par le sevrage:
 - douleurs des séquelles d'accidents - douleurs des caries dentaires - douleurs abdominales ou autres
- insomnie et syndrome de manque.

Ce dernier dépend du type et de la quantité de produits consommés quotidiennement. Les signes viennent parfois envahir massivement la première consultation et donneront lieu à un traitement antalgique et anxiolytique d'urgence. On peut ainsi noter l'association - anxiété, agitation, rhinorrhée, larmoiement, nausées, douleurs abdominales et lombaires, frissons et horripilation, insomnie - pour le syndrome de manque à l'héroïne, - agitation ou prostration, angoisse, dyspnée, hypotension, douleurs abdominales et altération de l'état général - pour le syndrome de manque à la cocaïne, - insomnie, fatigue, céphalées, vertiges, crises comitiales- pour le syndrome de manque aux benzodiazépines.

A l'inverse, cette première consultation peut concerner un patient sous l'effet de produits psychotropes. Les signes constatés sont à intégrer dans les données issues de l'interrogatoire. Prostration, désorientation, agitation psychomotrice, hallucinations, perturbent l'entretien mais donnent des éléments immédiats d'orientation : type de produit, souffrance somatique ou psychiatrique, degré d'urgence. Un myosis ou une mydriase représentent un élément clinique complémentaire.

Un bilan standard peut précéder ou accompagner un sevrage : NFS, transaminases, sérologies VIH, VHB, VHC, TPHA-VDRL, Radiographie pulmonaire, ECBU, IDR 10u. Un ECG et un EEG, ainsi que les autres examens cités en fonction des systèmes, complètent le bilan et définissent des éléments de gravité. Sur le plan pratique, le bilan comporte une évaluation du réseau veineux dans l'hypothèse d'un abord pour perfusion, prélèvements.

III - Cette troisième partie tend à déterminer les aspects pratiques du sevrage en regard de l'intoxication : le produit principal, mais aussi les produits associés doivent donc être impérativement connus. Le traitement tend à réduire ou à éteindre les risques somatiques du syndrome de manque physiologique, mais aussi les douleurs, l'anxiété et même l'inconfort de cette période. Les modalités pratiques du sevrage sont ainsi déterminées avec le choix et la

durée du traitement. La France était caractérisée, il y a quelques années, par une prépondérance de l'utilisation d'héroïne : le sevrage et la prise en charge étaient ciblés. Aujourd'hui, la toxicomanie est multiforme et implique vigilance et adaptation des soignants. Il s'agit de déterminer en priorité quelle est l'urgence à hospitaliser, à traiter (une pathologie somatique), à substituer un autre opiacé à l'héroïne, à sevrer.

Deux pathologies (auxquelles il faut ajouter bien sûr les pathologies infectieuses transmissibles en collectivité : hépatite A, salmonelloses, diarrhées à Clostridium...) nécessitent des conditions particulières d'hospitalisation : la tuberculose et la gale. Par ailleurs, une claustrophobie sera recherchée dans l'hypothèse d'une hospitalisation.

Le sevrage d'une toxicomanie aux opiacés conduit à un arrêt complet ou progressif de l'intoxication, avec l'aide d'un produit antalgique situé au niveau 2 de la classification OMS de la lutte contre la douleur, ou un opiacé agoniste-antagoniste, sept à dix jours, avec ou sans hospitalisation en fonction du mode d'utilisation (quantité, fréquence..) et de la situation psychosociale. Clonidine, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, mais aussi vitamines B1-B6 peuvent être associés.

Le sevrage de la cocaïne et des produits dérivés comporte des neuroleptiques, des benzodiazépines, des antidépresseurs, des hypnotiques, une réhydratation. Une surveillance hospitalière est le plus souvent souhaitable. Les amphétaminiques imposent les mêmes traitements.

Les produits associés (l'alcool et les benzodiazépines) posent en fait des problèmes les plus importants et font souvent le pronostic du sevrage. La prévention du délirium tremens et de crises comitiales liées au sevrage de benzodiazépines doit être systématique.

D'autres sevrages impliquent des procédures attentives : surconsommation de neuroleptiques, d'atropiniques, d'antidépresseurs. Différents éléments seront à surveiller en continu : tension artérielle et rythme cardiaque, diarrhées, convulsions, conscience, douleurs.

Sur le plan thérapeutique, il est indispensable de vérifier les compatibilités (ou les interactions) entre des médicaments prescrits simultanément, en particulier si le patient, infecté par le VIH, reçoit une trithérapie antirétrovirale. De même, il faut vérifier la connaissance que le patient a des médicaments prévus. Trop utilisés auparavant, ils risquent d'être inefficaces (tolérance) ou inadaptés (en particulier s'ils ont été consommés en drogue associée). Dans d'autres cas, leurs effets secondaires sont majeurs et redoutés du patient (dyskinésies des neuroleptiques...).

Ainsi, un sevrage adapté comporte un choix des thérapeutiques, en rapport avec la nécessité ou non d'une hospitalisation et de la durée de la surveillance médicale.

En conclusion

Après avoir réalisé une évaluation de l'état de santé et avoir pris en compte les caractéristiques de l'intoxication et de la demande d'un patient toxicomane, le médecin devra proposer une technique de sevrage. En effet, les contre-indications médicales sont rares et relatives. Les situations instables bénéficieront provisoirement d'un traitement de substitution.

Les réserves et les précautions seront marquées devant :

- grossesses de moins de 3 mois ou au-delà du 6ème mois, grossesses "à risques" (contractions, col ouvert, pré-éclampsie...), cirrhose décompensée, délirium tremens, hémorragie digestive et tout état pathologique engageant le pronostic vital, état confus ou troubles psychiatriques graves, certaines allergies ou intolérances médicamenteuses.

Par ailleurs, plutôt qu'un suivi en ambulatoire, une hospitalisation pour sevrage sera proposé dans les situations suivantes :

- altération de l'état général (fièvre, dénutrition, amaigrissement...), consommation de plus d'un gramme d'héroïne par jour, polyintoxication ou intoxications massives nécessitant une surveillance continue, surveillance cardiaque pour des sujets dyspnéiques, tachycardie et troubles du rythme, surveillance d'hyper ou hypoTA, troubles de la coagulation, patients prenant de la cocaïne ou des amphétamines quotidiennement depuis plus de 6 mois, ATCD d'épilepsie, alcool ou benzodiazépines associés en quantité importante.

Si, le plus souvent, c'est le malade qui décide du sevrage, le médecin devra donner un cadre. Dans la plupart de ces situations, on travaillera sur des protocoles de sevrage spécifiques, en utilisant parfois des produits de substitution à doses dégressives, en intégrant systématiquement les aspects psychologiques, psychiatriques ou sociaux.

Les analyses urinaires à la recherche de toxiques dans le cadre du bilan pré-sevrage ne me paraissent pas adaptées : l'explication attentive des enjeux médicaux et le désir du patient doivent permettre d'évaluer précisément les produits en cause.

Plusieurs publications évoquent l'intérêt d'une échelle de sévérité, devant un syndrome de manque (tel que le CIWA : Clinical Institute Withdrawal Assessment scale). Elle permet, d'après les auteurs, une mise en confiance du patient et du personnel, par une meilleure évaluation du manque et du symptôme principal à traiter. Elle me semble utilement remplacée dans nos institutions par les entretiens médicaux, psychologiques, sociaux, et la préparation en équipe.

Ainsi, en résumé, un bilan somatique avant sevrage consiste à déterminer après un bilan adapté, des risques spécifiques, pour un protocole thérapeutique ciblé. Les éléments somatiques sont à intégrer dans l'évaluation globale du patient toxicomane : les critères psychologiques et sociaux sont souvent au premier plan. Dans des cas difficiles, un traitement de substitution "d'attente" peut permettre d'apaiser et d'évaluer la situation dans de meilleures conditions. Tous ces éléments devraient être inclus dans la formation des médecins généralistes à la toxicomanie.

Dans le futur, connaître les substrats neurobiologiques pourrait autoriser une intervention chimique plus fine.

ANNEXE: liste des pathologies à évoquer chez un utilisateur de drogues illicites

- Infections : population à risque infectieux élevé (malnutrition et troubles de l'immunité ; injections septiques; inhalations septiques ; infections fongiques systémiques ; rapports sexuels non protégés...). Endocardite bactérienne, septicémie, bactériémie, pneumonie,

cellulite, abcès, ostéomyélite, arthrite septique, panaris, adénopathies, maladie transmissible sexuellement, infections urinaires, tuberculose, tétanos, infection par le VIH, infection à HTLV I et HTLV II, hépatites A, B, C, D.

- Immunologie : lymphadénopathies, augmentation des immunoglobulines sériques, activité réduite des cellules NK, cryoglobulinémie, périartérite noueuse.

- Pathologie cardio-vasculaire : endocardite, arythmie, tachycardie, infarctus, phlébite et thrombophlébite, hyper ou hypotension, cardiomyopathie, vascularite, hypertension artérielle pulmonaire.

- Pathologie pulmonaire : OAP, pneumothorax, pneumopathie, pneumonie à pneumocoques, tuberculose, bronchite, pneumomédiastin, asthme, emphysème, trouble de la diffusion, hypertension artérielle pulmonaire, pneumopathies d'inhalation, embolies pulmonaires, embolies septiques, granulomes pulmonaires à corps étrangers. L'inhalation régulière de drogues peut entraîner un syndrome obstructif avec bronchopathies, broncheectasies... ou un syndrome restrictif, micro-embols et granulomes, emphysème...

- Pathologie neuro-musculaire : hémiplégie et AVC, hémorragie sous-arachnoïdienne, convulsions, abcès cérébral, encéphalopathie (anoxique, toxique), neuropathie périphérique et multinévrite, crises comitiales, vertiges et troubles de l'équilibre, rhabdomyolyse, arthralgies.

- Pathologie gastro-intestinale et hépatique : hépatite aigue ou chronique, virale ou médicamenteuse ou alcoolique, granulomatose hépatique ou systémique, stéatose, cirrhose, diarrhées (candidoses, salmonelloses...), ischémie intestinale, colite, colite ischémique, gastrite, ulcère, pancréatite, splénomégalie, caries, gingivites, abcès dentaire.

- Pathologie cutanée : gale, mycoses, psoriasis, eczéma, panaris, lymphangite, oedème et nécrose distaux, purpura.

- Pathologie rénale : glomérulonéphrite, insuffisance rénale, insuffisance rénale aigue (rhabdomyolyse et myoglobinurie, choc septique...), pyélonéphrite.

- Organes sensoriels - Infections oculaires (rares), conjonctivites et kératites, troubles visuels, Rétinopathie. Troubles de l'odorat, anosmie, perforation du septum nasal. Traumatismes de l'oreille, bouchons de cérumen, otites.

- Autres pathologies : anémies, surdoses, réactions allergiques (rash...), fièvre (réaction pyrogénique), aménorrhée et autres anomalies hormonales, thrombocytopenie, syphilis et autre MST, condylomes, papillomavirus, troubles sexuels.

POUR LA RECHERCHE

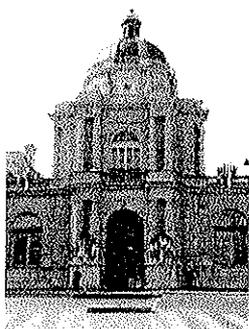


40 F


<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés



**Conférence de consensus
des 23 et 24 avril 1998**

Texte long des recommandations

Directeur de la Publication
Pr G. Durcourt
Rédacteur en chef
Dr J-M Thurin
Rédacteurs en chef adjoints
Dr M. Horassius, Pr Ph. Mazet
Comité de Rédaction
F. Chapireau, J. Garrabé,
A. Gayvain-Piquard,
J-P Klein, C. Veil
*Secrétaire de rédaction et
maquette*
M. Thurin

*PER électronique,
Comité Technique*
Drs M. Baïbol, L. Finelstein,
M. Grohens, M. Robin,
J-M. et M. Thurin,
D. Vélez

Promoteur : Fédération Française de Psychiatrie
Promoteurs associés : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
Société de Formation Thérapeutique des Généralistes
Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
Société Francophone des Urgences Médicales
Société Nationale Française de Médecine Interne
Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique
Société Française de Pharmacologie
Généralistes et Toxicomanies

Avec la participation de l'ANAES



AVANT PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

Les questions posées

- 1** Quelle est la place des sevrages dans les stratégies de soins des toxicomanes aux opiacés ?
- 2** Quelle préparation et mise en place des sevrages ?
- 3** Quelles sont les modalités et les conditions pratiques du sevrage ?
- 4** Quels soins après sevrage et suivi ?

Préambule

Dans un moment où les médias, les milieux politiques, les responsables et les praticiens débattent largement d'un sujet, dès lors supposé connu, on peut se demander quelle est la nécessité d'organiser une conférence de consensus sur un thème touchant à l'usage des drogues.

Trois arguments ont conduit les professionnels à organiser cette conférence

- *L'effet de masse qui a transformé une question clinique délicate en un problème majeur et semble t-il, croissant de santé publique ;*
- *la complexité des situations des personnes dépendantes des opiacés en particulier la multiplication inquiétante des poly-toxicomanies ; la confusion troublante entre dépendance à des drogues illicites, à des médicaments, ou à des produits utilisés dans le cadre de la substitution ;*
- *les difficultés, rencontrées par les professionnels et l'entourage des patients, à assumer leurs activités quotidiennes et à se rencontrer sur des repères et indicateurs communs.*

Deux références assez proches ont pourtant déjà paru

- *Les " guidelines " de l'APA parus en 1995 ; qui parlent uniquement du traitement psychiatrique des patients usagers de drogues en général ;*
- *et la conférence inter-universitaire " Intérêts et limites des traitements de substitution dans la prise en charge des toxicomanes " des 23, 24 et 25 juin 1994, parue chez Masson en novembre 1994, sup. 3, Vol 145, qui a abordé la question du seul point de vue de la substitution.*

Le rejet violent des " cures de désintoxication " rapides et imposées et leur échec patent, l'engouement pour les mesures de réduction des risques, ont logiquement conduit à se réinterroger sur la place des sevrages et du sevrage dans une prise en compte des souffrances des patients et des difficultés des soignants.

Le jury a été mandaté pour fournir des recommandations médicales. A ce titre, il paraît nécessaire de ne pas continuer à confondre - y compris dans les sigles officiels - les " usagers de drogues " ; consommateurs dans une société donnée, et les " personnes dépendantes de substances psycho-actives " , qui présentent un trouble du fonctionnement psychique.

Le jury a été frappé des glissements sémantiques dans l'usage des termes techniques, et a donc dû se poser les questions centrales des concepts utilisés, des théories et idéologies de référence, avant de préciser et de détailler des modalités de sevrage.

L'essentiel de notre tâche a été de suivre, en-deçà et au-delà des modalités techniques, le cheminement des patients souffrants. Un des paramètres de cette souffrance étant la difficulté collective à leur procurer un lien social assez fort.

La dépendance - ou l'aptitude à la dépendance - qui est au premier plan de la situation des personnes concernées - ne se résume pas à la description des conduites ou des comportements. Elle s'intègre à l'ensemble du fonctionnement psychique du sujet et dans son évolution passée et à venir.

Dans ces conditions, le sevrage ne peut trouver sa place que dans le cadre d'une prise en charge globale, continue ou discontinuée.

Le choix de l'objectif, de la forme du moment du sevrage est étroitement lié à une analyse multidimensionnelle de la situation personnelle médicale et psychiatrique et sociale du sujet, donc un travail d'équipe.

QUESTION 1

Quelle est la place des sevrages dans les stratégies de soins des toxicomanes aux opiacés ?

Complexité du sujet

La complexité de l'approche de la toxicomanie nous oblige à poser, en préalable, les bases fondamentales qui nous servent d'appui. Ce champ recouvre en effet les diverses dimensions humaines : psychologique, sociale, médicale, économique.

Les recommandations sont donc liées à l'éthique et la déontologie médicale dont les valeurs sont partagées par l'ensemble de la société. La référence scientifique tient compte de nombreux paramètres qui rendent difficile d'atteindre le niveau de preuve exigé. Enfin l'expérience, reconnue comme essentielle, est une confrontation, dans la durée, de ces paramètres avec la réalité du patient.

Le patient dépendant aux opiacés oblige les intervenants à travailler ensemble. Une circulaire, à cet effet, a lancé les réseaux de toxicomanie qui recouvrent des réalités très différentes. Pour le moment ces pratiques n'ont pas été évaluées, ni clairement explicitées ; un travail d'évaluation doit être entrepris avant de le promouvoir comme modèle.

L'affirmation répétée de la nécessité du travail en réseau ne préjuge pas, pour le jury, d'un modèle organisationnel quel qu'il soit, mais signifie l'impérieuse obligation de développer un abord multidisciplinaire et partenarial autour de la personne du patient.

La personne du toxicomane

Le jury critique ici l'usage du terme de toxicomane qui pourrait être assimilé à celui de simple usager de drogue.

La conférence se situe dans un registre de soins où la toxicomanie n'est pas réduite à une conduite ou un comportement. Le toxicomane est un patient quand il entre dans le système de soins avec une demande d'aide, du fait de sa dépendance, notion différente d'un usage ou abus d'opiacés.

Compte-tenu de la morbidité associée, volontiers diverse, récidivante et chronique, le jury privilégie ainsi à travers la référence à la notion de dépendance l'approche transnosographique. L'incidence de la morbidité est plus importante pour les personnes dépendantes que pour les simples consommateurs de drogues.

La multiplicité des statuts de la personne dépendante aux drogues, par ailleurs, infiltre le dispositif de soins. Si comme citoyen, cette personne est usager de drogue, ce n'est pas à ce titre qu'elle consulte le dispositif sanitaire. Elle peut, par l'intermédiaire de la loi du 31.12.1970, être considérée comme délinquante soumise à une injonction de soins. Et suivant le biais de son arrivée dans le dispositif, elle peut être anonyme ou non, relevant d'un financement différent ; ce double financement ne favorise pas la mise en oeuvre des réponses et leur articulation. La loi, dite de 70, rend, d'autre part, nécessaire le maintien de l'anonymat.

La question de la spécificité de la réponse soignante aux patients dépendants est posée et si des particularités sont retenues, la comorbidité importante sur le plan psychique amène le jury à rappeler les articulations indispensables avec les réseaux déjà mis en place, comme celui des secteurs de psychiatrie.

Si la dépendance a été le critère retenu comme essentiel, c'est qu'elle crée une entrave au fonctionnement psychique et à l'exercice des potentialités du sujet. Elle est source de dommages bio-psycho-sociaux et d'une souffrance véritable justifiant des soins.

Les soignants face à ces patients ont des objectifs thérapeutiques à maintenir. Le traitement des symptômes, de la douleur, des maladies adjacentes est associé à celui de la dépendance

dont le but est l'arrêt total de l'usage de la substance. Les sevrages trouvent toute leur place dans une stratégie de soins pour ces personnes.

Définitions

La place des sevrages, leur nature, celles de la substitution comme de l'abstinence au sein de l'abord thérapeutique du patient obligent à les définir. Mais on peut noter que les points de vue se sont modifiés du fait de l'évolution des valeurs, des connaissances scientifiques, des pratiques (des toxicomanes et du système de soins), des perspectives envisagées et des pathologies comorbides.

Ainsi les mots drogues, drogués, toxicomanies ont reçus des acceptions tellement diverses qu'ils sont devenus impropres pour fonder une politique de santé.

Nous recommandons de leur substituer les termes de substances psycho-actives, de comportements de consommation de substances psycho-actives, comme le préconise l'OMS, en y ajoutant la dimension essentielle de la dépendance.

Cette dépendance, élément central de la problématique du patient, est bien évidemment d'abord celle aux produits. La dépendance psychique est essentielle et se caractérise par la recherche contraignante de la satisfaction et le désir de répéter ou de prolonger la prise de drogue afin de provoquer un plaisir ou d'éviter un déplaisir, elle est aussi relationnelle.

La dépendance physique est, elle, définie comme un état d'adaptation à la drogue qui s'accompagne d'une tolérance et s'exprime par l'apparition d'un syndrome de manque.

En matière de sevrage il apparaît que, loin d'être une fin en soi résumant à elle seule le traitement, la cure de sevrage n'a de sens qu'en tant qu'élément d'un programme global d'un traitement devant s'inscrire, très fréquemment, dans le long terme. La cure de sevrage a donc une utilité non seulement directe : diminution de la consommation de produits opiacés, voire même abstinence totale, mais aussi indirecte : prise de conscience de la dépendance, désir du sujet d'intégrer le système de soin médical et médico-social, amélioration de la qualité du suivi et des aides à l'insertion familiale, professionnelle et sociale.

En ce qui concerne le problème de l'abstinence, toutes les études montrent bien que l'évaluation du devenir du sujet dépendant aux opiacés ne saurait s'appuyer sur la seule consommation de drogues et l'abstinence : l'adaptation sociale et le fonctionnement psychologique général, les troubles psychopathologiques, les problèmes médicaux, les conduites anti-sociales sont autant de dimensions dont il faut tenir compte pour juger de l'efficacité d'un traitement.

Quant à la substitution, tous les experts ont souligné l'importance des techniques de substitution dans l'approche des sevrages, mais il y a lieu de remarquer aussi que la substitution est un outil de régulation de l'addiction mais en rien un sevrage.

Opposition ou complémentarité des substitutions et des sevrages ?

L'opposition ou l'éventuelle complémentarité entre sevrage et substitution donne lieu à des débats passionnés qui privilégient à l'extrême soit une démarche de soin où le sevrage en vue d'une abstinence totale serait l'unique objectif, soit une démarche dans laquelle la substitution serait la seule réponse possible sans projet de réduction de la dépendance.

Un glissement conceptuel est relevé, faisant des médicaments de substitution une méthode de sevrage. Il faut rappeler d'abord que le sevrage ultérieur de ces médicaments est long et difficile. Ainsi la mise en oeuvre d'un traitement de substitution est un acte thérapeutique au même titre que le sevrage et ne doit pas être considéré comme un accompagnement de type palliatif. Au cours de la prise en charge globale du patient, la prise en compte différenciée des situations complexes, la présence de polytoxicomanies, les comorbidités doivent poser

la question soit d'un sevrage total ou partiel suivant le parcours et la motivation du patient, soit d'une substitution. La trajectoire du sujet, qui s'étend souvent sur plusieurs années, conduit à ce que l'on utilise tantôt l'une, tantôt l'autre méthode, lesquelles s'inscrivent dans le projet thérapeutique au long cours.

Il convient d'éviter que l'orientation thérapeutique ne soit déterminée de manière rigide par des choix exclusifs ou réducteurs, parfois liés aux équipements ou aux références des responsables.

Objectifs individuels et de santé publique des sevrages

Les objectifs individuels sont fonction des besoins et attentes du patient, de sa famille, mais ils ne peuvent s'y réduire. Le soignant aura à faire part, lors des consultations, des objectifs pouvant être mis en œuvre à court, moyen et long terme pour inscrire le soin dans la continuité.

A court terme ils pourront être médicaux, sociaux, psychologiques prévenant les effets des rechutes ; à long terme le maintien de l'abstinence restera un but non exclusif des traitements.

Les objectifs de santé publique sont dominés par la réduction des risques que sont les infections virales, les conséquences sociales de la dépendance aux opiacés... Il faut noter que, plus que la substitution, c'est la disponibilité des seringues qui constitue un élément déterminant de la réduction des risques liés à l'injection.

La question est celle de la concordance entre objectifs individuels et de santé publique. Pour ce qui est de la transmission des maladies virales, la concordance est relativement bonne, même si la diminution escomptée des transmissions n'est pas aussi importante qu'elle aurait pu être attendue, du moins pour les hépatites virales B et C.

La corrélation entre objectifs individuels et de santé publique des sevrages restera bonne pour l'ensemble des critères si, pour la réduction des risques, il n'est pas mis en place des programmes ne concernant qu'un élément de la pathologie dont nous avons dit qu'elle était complexe et polyfactorielle, et à condition que les soignants prennent en compte les exigences de santé publique, très rarement relevées par le patient.

En clair, il ne peut être mis en place des sevrages sans considérer le risque élevé de rechutes et sans l'entourer d'un soin lui permettant de prendre les mesures de protection médicale et d'insertion sociale. De même, il ne peut être mis en place de programme unique de médicaments de substitution sans prise en charge individuelle et projet thérapeutique à long terme.

Les objectifs de santé publique ne se substituent pas à une approche individualisée centrée sur le souci de la personne, mais la complètent.

Une recherche clinique concernant les thérapeutiques de substitution dans ce double projet individuel et de santé publique permettrait de situer cette approche dans un ensemble.

Diversité des itinéraires, des lieux et des intervenants : cohérence ou discontinuité ?

Si la diversité est une richesse, si la discontinuité fait partie de la prise en charge, la mise en cohérence est la condition d'un soin permettant à chacun de trouver sa place dans la globalité des actions.

QUESTION 2

Quelle préparation et mise en place des sevrages ?

La préparation et la mise en place des sevrages peut se décrire en trois temps différenciés : la prise de contact, le constat clinique et la négociation du contrat de soins.

La prise de contact

Conditions et construction de la relation thérapeutique

Les demandes initiales de soin sont multiples et ne se limitent pas à la demande fréquente d'un sevrage en urgence : douleurs liées au manque, complications somatiques, overdose, accidents de la voie publique... Il n'est pas non plus exceptionnel que ce soient des tiers qui pressent le patient vers une demande de soins.

Si l'intention du soignant reste avant tout de parvenir, à terme, à ce que la personne dépendante se libère définitivement de sa conduite toxicomaniaque, il existe un consensus pour reconnaître que ce résultat ne pourra être obtenu qu'au terme d'un parcours souvent très long, émaillé de nombreuses rechutes, au cours duquel les soins consistent d'abord à aider le patient à déplacer sa dépendance sur d'autres objets.

C'est pourquoi il importe de saisir le moment de la première rencontre non seulement pour répondre à une éventuelle demande de sevrage que pour essayer avant tout de nouer une relation thérapeutique, considérant l'urgence de cette demande de sevrage comme étant aussi le symptôme de l'évitement d'une trajectoire plus longue.

Certains auteurs préfèrent utiliser le terme " d'alliance thérapeutique " dans ce contexte de dépendance mais peu importe, en fait, le choix du terme. Il convient essentiellement de savoir prendre une position de soignant, clairement démarquée d'une attitude fusionnelle avec le patient.

La relation avec la personne dépendante ne présente pas de particularité en terme de confiance ou de respect mutuel. La spécificité de la demande de sevrage est liée au fait que le patient se présente dans un moment privilégié, prise de conscience furtive de sa propre impuissance à se libérer seul du produit ainsi que des rituels qui l'accompagnent. Il s'agit donc d'une opportunité à saisir et à pérenniser.

Le patient doit avoir la possibilité d'un accès libre et facile aux soignants en direction desquels il décide d'effectuer une démarche, ce qui suppose pour ceux-ci une disponibilité suffisante mais aussi une formation adéquate.

Les différentes portes d'entrées dans le système de soins

Il existe un large consensus sur la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire des personnes dépendantes aux opiacés et tous les auteurs préconisent la coordination des différents acteurs dans un réseau de soins centré sur le patient. Le patient doit rester parfaitement libre de s'adresser aux interlocuteurs de son choix. En aucun cas, le réseau ne doit être conçu comme une structure autoritaire imposant un parcours thérapeutique prédéterminé. Quand bien même le patient serait adressé dans le cadre d'une injonction judiciaire de soins, il doit pouvoir retrouver la même liberté que celui qui présente une demande spontanée.

Cette organisation en réseau ne vise pas à capturer le patient dans un système institutionnel. Elle doit être comprise comme une logistique au service des relations entre les différents acteurs de soins afin de proposer à la personne dépendante une prise en charge plurielle et globale. Le but du réseau est de favoriser la cohérence de cette prise en charge quelle que soit la porte d'entrée du patient dans le système de soins, tout en garantissant la séparation claire des fonctions soignantes selon les différents intervenants.

En revanche, il se peut, dans ce cas comme dans le cadre général, qu'une pathologie mentale fasse passer le problème de la dépendance au second plan et impose le recours à une hospitalisation sous contrainte.

Le constat clinique

Evaluation psychopathologique

La dépendance ne comporte aucune spécificité nosographique et l'évaluation psychopathologique doit donc suivre les règles habituelles, ce qui peut demander plusieurs consultations.

Il s'agit d'un temps indispensable puisqu'il va conditionner la mise en place ultérieure du cadre psychothérapeutique après avoir permis de dégager une orientation diagnostique.

Evaluation des dépendances

L'évaluation de la dépendance est toujours nécessaire, d'autant plus que des allégations de dépendance aux opiacés pourraient être utilisées pour obtenir une substance de recours, licite (Méthadone, Buprénorphine). Cette évaluation ne pourra cependant valablement se faire que lorsque la relation thérapeutique aura déjà été bien installée.

Evaluation de la dépendance aux opiacés

Sur le plan clinique, l'histoire de la relation au produit doit être explorée, notamment dans ses articulations avec l'histoire personnelle et familiale du patient, en tenant particulièrement compte aussi bien de son début (date et circonstances de la première utilisation d'un opiacé) que de l'intégralité du parcours : doses, voies d'administration, produits de remplacements, dose maximum administrée.

Une attention toute particulière doit être accordée à l'existence d'overdoses ou d'accidents qui sont considérés par certains comme des indices de sévérité de la dépendance.

Une volonté d'évaluation plus formalisée, dans un but de recherche clinique, mais aussi en vue d'une évaluation plus objective de l'évolution et de l'efficacité, a été proposée au moyen de diverses échelles dont aucune ne s'impose.

Evaluation d'autres dépendances

La co-dépendance à d'autres substances est fréquente. Elle doit être systématiquement recherchée. Les principales substances impliquées sont le tabac, les dérivés du chanvre, l'alcool, les benzodiazépines, la cocaïne, les amphétamines...

De la même manière que pour le produit principal, l'histoire de la relation à ces différentes substances doit être explorée. La mise en évidence de ces co-dépendances sera déterminante dans le choix de la modalité de sevrage.

Hormis les substances associées, cette évaluation doit également s'étendre à la recherche de dépendances de situation ou relationnelles.

Evaluation sociale initiale

Il existe un consensus fort pour reconnaître que le pronostic à long terme est étroitement lié à l'insertion sociale du patient. Cette dernière doit donc être soigneusement évaluée en vue d'initier au besoin des mesures de réinsertion.

L'évaluation de la situation sociale de la personne dépendante doit au moins préciser les points suivants : couverture sociale et ouverture des droits afin de permettre un accès direct et facile aux soins, mode de subsistance, situation financière (dettes liées au trafic), formation et insertion professionnelle, logement, situation par rapport à la justice, la survenue de sanctions pénales pouvant bouleverser le déroulement des soins.

L'exploration des liens familiaux et sociaux revêt également une grande importance. Il faut tenir compte de la présence et de la compétence des familles et de l'entourage qui encouragent et soutiennent le patient dans sa démarche de soins.

Evaluation somatique

L'examen clinique et biologique est fondamental, à la fois comme bilan d'entrée dans le système de soins mais surtout du fait qu'il permet d'élaborer tout un pan du projet de soins concernant la recherche d'infections particulières, la prévention de douleurs qui risquent d'être majorées et la prise en compte de la dimension somatique.

De ce fait, les points suivants réclament donc une attention particulière : les infections à VIH, VHB et VHC et celles liées à

la précarité, l'état de la peau et des veines, l'état des dents, de la bouche et des voies aériennes supérieures, l'ensemble coeur-poumon, notamment à la recherche d'infections, enfin l'état nutritionnel et l'appareil digestif.

Le patient doit également être prévenu des douleurs qui peuvent être aggravées par le sevrage (caries dentaires, séquelles d'accident, etc...) et qui justifient l'adjonction d'un traitement antalgique.

La grossesse pose un problème spécifique et doit être recherchée. Il existe un contraste entre une demande explicite fréquente de sevrage et le fait qu'il ne s'agit pas du moment le plus opportun pour le réaliser.

Evaluation de l'opportunité

Afin d'apprécier l'opportunité du sevrage, le praticien devrait chercher à répondre aux quatre questions suivantes.

Au nom de qui ?

La personne dépendante présente-t-elle sa demande en son nom propre ou bien sous la pression de son entourage, voire sous l'effet d'une injonction judiciaire ? Seule une demande négociée avec le patient en son nom propre devrait conduire à une proposition de sevrage.

Dans quel but ?

Le but recherché par le patient au-delà de sa demande de sevrage doit être précisé afin d'en définir la modalité.

Il peut s'agir d'un sevrage partiel aux benzodiazépines en vue d'instaurer un traitement de substitution de qualité, d'un sevrage aux opiacés dans le but de réguler sa consommation sans aspirer à une abstinence durable ou d'un sevrage aux opiacés vécu comme le moyen d'une séparation définitive avec le produit.

A quel produit ?

La réponse à cette question dérive directement de la précédente car il existe de plus en plus de demandes de sevrage partiel ou de demandes de sevrage de produits de substitutions.

Dans la perspective d'un traitement de substitution, le jury recommande d'être extrêmement attentif aux dangers de l'association entre les benzodiazépines, l'alcool et les produits de substitution, en particulier la Buprénorphine.

Hormis cette situation particulière, la question de savoir si, dans le cas de co-dépendances, il vaut mieux réaliser un sevrage simultané de tous les produits ou un sevrage sélectif de l'opiacé ou des autres produits, ne fait pas consensus.

Quand ?

Il n'y a pas de consensus apparent quant à un éventuel indicateur du moment le plus favorable à la mise en oeuvre du sevrage, ce qui pourrait traduire l'hétérogénéité des situations et des facteurs, en partie liée à l'introduction des traitements de substitution.

La personne dépendante aux opiacés ne parviendra à se séparer définitivement du produit qu'au terme d'un long cheminement qui suppose préalablement la capacité de déplacement de sa dépendance sur d'autres objets : traitement de substitution, relation ou institution.

Il convient de souligner que le risque de rechute ne constitue pas en lui-même une contre-indication au sevrage.

La majorité des auteurs s'accordent, au contraire, à dire que la rechute constitue en elle-même un moment particulièrement important dans la trajectoire de soins.

Cependant, il ne faut pas oublier que de très nombreux décès par overdose surviennent lors de rechute après sevrage, de sorte que celui-ci ne peut jamais être présenté comme anodin et isolé. Il doit être soigneusement tenu compte de la stabilité du patient sur les plans psychopathologique, social et judiciaire avant d'envisager ce sevrage.

Le projet de soins

Le projet de soins s'élabore au coeur d'une double exigence, souvent paradoxale, inhérente à la situation : d'une part une

demande immédiate de soulagement à laquelle on se doit de répondre, et d'autre part une mise en place des conditions préalables à une prise en charge au long cours.

Négliger l'une ou l'autre alternative c'est faillir à sa mission de thérapeute. Il s'agit donc d'intégrer le sevrage dans un projet de soins plus large dont l'élaboration doit être explicite en tenant compte de l'urgence de la demande et du caractère prolongé de la démarche.

La négociation du projet

Quel que soit le mode de sevrage envisagé, le praticien ne peut le concevoir que comme un jalon dans un processus visant à terme la rupture d'avec la dépendance. Cependant, la nature de la demande du patient impose la négociation de ce projet de soin au cas par cas.

La négociation précise les conditions dans lesquelles va se dérouler le sevrage et aboutit à un engagement réciproque de la personne dépendante et du ou des thérapeute(s) dans un esprit de respect mutuel de ce projet. Il s'agit bien d'un véritable contrat, issu d'une négociation aboutissant à la rencontre des consentements.

En aucun cas il ne pourrait s'agir d'un contrat d'adhésion dans lequel les obligations des uns et des autres seraient préalablement fixées unilatéralement par le thérapeute sans aucune explication ni possibilité d'adaptation personnalisée, et dans lequel le seul choix laissé au patient serait de contracter ou non. Dans le cadre du travail en milieu hospitalier, il est nécessaire que l'ensemble des intervenants connaissent tous les termes de ce contrat mais il n'est pas indispensable pour autant que le contrat soit écrit.

Les modalités pratiques du contrat sont variables en fonction du cadre du sevrage. Il peut lui être mis fin si le patient n'est pas en mesure d'en respecter les termes ; cette possibilité modifie les conditions de la prise en charge sans pour autant la suspendre. Prétendre faire l'économie de la rupture serait faire l'économie du sevrage et donc accepter la dépendance au produit et à la relation.

La place de la psychothérapie

L'un des points à négocier dans le projet de soin est constitué par l'éventualité d'une psychothérapie. Tous les auteurs en rappellent l'importance sans que cela soit documenté avec précision dans la littérature.

Il existe un consensus large pour reconnaître que le succès du projet de soins est lié à l'instauration d'une relation psycho-affective forte et stable.

On ne peut qu'en conclure la prééminence de la prise en charge psychique pour la réussite du projet. Techniquement les meilleures chances d'y parvenir supposent la mise en place préalable d'un cadre psychothérapique.

Cela impose donc la séparation du rôle de consultant et de psychothérapeute, notamment s'ils sont organisés en réseau.

La confusion des rôles au sein d'un collectif soignant évoque la dépendance, la séparation des fonctions évoque la séparation autonomisante du sevrage.

Le cadre : ambulatoire ou institutionnel

Le sevrage peut être réalisé soit de manière ambulatoire soit dans le cadre d'une institution. Le milieu dans lequel doit se dérouler le sevrage ne fait pas consensus quant à l'incidence sur l'efficacité.

Sevrage ambulatoire

Bien que l'on ne dispose d'aucune statistiques sur le sevrage ambulatoire, ce dernier mérite une attention particulière dans la mesure où il pourrait présenter une solution intéressante.

Certains éléments le rendent cependant plus délicat : antécédents de prise massive de benzodiazépines ou d'autres psychotropes, antécédents d'alcoolisation chronique ou compulsive, complications psychiatriques ou troubles graves de la personnalité, maladie intercurrente telle que sida évolutif, hépatite virale ou toxique, un rythme de travail très éprouvant, l'absence de soutien de proximité et, a fortiori, la désinsertion sociale.

Le sevrage en institution

La grande majorité des sevrages a lieu en institution.

Un grand nombre d'entre eux a lieu en milieu carcéral, de manière forcée et avec un accompagnement médical insuffisant. Il n'existe pas d'étude précise sur les conséquences de cet acte peu médicalisé.

Hors cette situation particulière, le sevrage en institution pourra être réalisé soit en milieu hospitalier, en service de médecine ou en service de psychiatrie, soit en institution spécialisée.

Il n'existe pas de consensus sur les critères de choix d'un type de service plutôt que l'autre.

QUESTION 3

Quelles sont les modalités et les conditions pratiques du sevrage ?

Le sevrage a comme conséquence immédiate un syndrome de manque qui révèle les mécanismes pharmacologiques adaptatifs de l'exposition répétée à une substance psycho-active. Une fois le sevrage décidé, l'objectif thérapeutique immédiat est de prévenir et d'atténuer, autant que faire se peut, les souffrances physiques et psychiques par la combinaison de traitements qui peuvent être pharmacologiques, relationnels ou environnementaux. A plus long terme, les objectifs thérapeutiques sont la diminution puis l'arrêt de la consommation du produit objet de la dépendance.

La réalisation pratique du sevrage ne représente qu'une partie limitée de la prise en charge d'un patient dépendant. Elle s'inscrit dans un projet plus large qui comprend une phase de préparation et d'évaluation préalable et prévoit d'emblée les modalités de poursuite de la prise en charge au décours.

La phase de préparation a permis de s'assurer du caractère adapté de l'indication de sevrage et de l'absence de contre-indication ; cette évaluation a permis aussi de discuter et de choisir, avec le patient, le cadre du sevrage.

Le volontariat est un des éléments majeurs de la démarche de sevrage. La fréquence des rechutes et des décès après un sevrage forcé montre que la contrainte et les pressions sont non seulement incompatibles avec l'établissement d'un contrat de soin, mais aussi inefficaces au plan thérapeutique voire nuisibles.

Le syndrome de manque

Au cours du sevrage, le syndrome de manque se présente de manière différente en fonction du produit concerné.

Le syndrome de manque aux opiacés associe diversement les symptômes suivants : agitation, lombalgies, hyperalgésie, larmoiement, rhinorrhée, augmentation de la transpiration, accélération du transit intestinal, avec diarrhée et parfois vomissements. L'examen peut mettre en évidence une tachycardie, une hypotension et une mydriase bilatérale de valeur sémiologique importante. Aux signes physiques, s'ajoutent des symptômes psychiques : anxiété, irritabilité, recherche compulsive de produits, troubles du sommeil, dépression.

Le délai d'apparition est variable et fonction de la demi-vie d'élimination de la substance consommée :

- **pour l'héroïne** dont l'élimination est rapide, les symptômes apparaissent en général après 6 à 12 heures, s'accroissent progressivement jusqu'au troisième jour, et régressent habituellement en moins de 8 jours ;

- **pour les produits de substitution** dont l'élimination est longue (méthadone ou la buprénorphine), les symptômes sont souvent décalés dans le temps et persistent de manière

plus prolongée. Il s'agit alors notamment de manifestations psychiques (anxiété, insomnie, aboulie, asthénie) qui pourraient contribuer à une reprise ultérieure de la consommation de drogue.

Le syndrome de manque des stimulants (cocaïne, amphétamines) se manifeste essentiellement par la dysphorie, l'asthénie, l'anhédonie, la dysomnie, et peut même constituer un véritable syndrome dépressif. Souvent, ces manifestations passent inaperçues : le sujet est fatigué pendant quelques jours et «récupère» par le simple repos. Rarement, il s'agit d'un état dépressif grave avec idées suicidaires nécessitant l'hospitalisation. Les symptômes apparaissent quelques jours après l'arrêt des stimulants et peuvent persister pendant une à dix semaines.

La dépendance aux benzodiazépines apparaît le plus souvent après des traitements poursuivis plus de trois mois. Le syndrome de manque survient après un délai de 1 à 10 jours, et son intensité serait inversement proportionnelle à la demi-vie de la benzodiazépine concernée. Le tableau réalisé associe diversement anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, douleurs diffuses, troubles sensoriels, troubles digestifs, hypotension orthostatique, et, dans les formes les plus graves, délire psychotique, hallucinations et crises comitiales.

Les méthodes de sevrage

Les différentes méthodes de sevrage sont intégrées dans des projets de soins variés en fonction des patients.

Approche environnementale

Le cadre offert par l'institution et l'équipe soignante, à travers son élaboration, constitue l'aspect environnemental des soins.

Le sevrage ambulatoire

Lorsque les conditions de vie et l'environnement du patient le permettent, le sevrage peut être réalisé en consultations ambulatoires. Ces conditions impliquent un suivi rapproché, en prévoyant, pour un sevrage court, de voir le patient en consultation tous les deux ou trois jours, voire initialement tous les jours, pour adapter le traitement au cas par cas. La remise directe des médicaments en quantités limitées permet d'ajuster la posologie et de réduire les risques liés aux conditionnements excessifs.

Le sevrage en milieu hospitalier

Des sevrages sont réalisés en service de médecine non spécialisé, en service psychiatrique ou en institution spécialisée. En dehors de certaines pathologies psychiatriques qui justifient en elles-mêmes une hospitalisation en psychiatrie, le choix du lieu paraît actuellement davantage lié à l'offre de soins qu'à une réelle réflexion clinique ou théorique.

Dans ce contexte, le contrat systématiquement établi entre le patient et l'équipe de soins (cf. deuxième question) a des aspects particuliers. Variable suivant les institutions, il insiste sur le nécessaire respect par le patient de leurs règles de vie. Le contrat comprend habituellement une période de durée variable pendant laquelle le patient accepte une limitation plus ou moins complète des sorties, des visites, et des appels téléphoniques personnels. L'efficacité de cette contrainte librement acceptée sur la réussite du sevrage ne semble pas avoir été étudiée.

Il n'existe pas de consensus sur l'attitude à avoir vis-à-vis de la dépendance du tabac pourtant très fréquemment associée. Lorsque ce sevrage ne paraît pas possible, le confinement du patient dans sa chambre pendant les premiers jours peut conduire à une situation contradictoire du fait de l'interdiction de fumer en vigueur à l'hôpital.

Le soutien relationnel est un élément essentiel du sevrage hospitalier. Plus que sur le thérapeute référent, il repose sur l'ensemble de l'équipe de soin et sur la cohésion de celle-ci. Cet accompagnement demande disponibilité et compétence, ce qui suppose un personnel en nombre suffisant, et préparé à

cette tâche par une formation, qui idéalement devrait être réalisée en équipe multiprofessionnelle.

La durée de l'hospitalisation pour sevrage varie selon les patients et selon le produit. Dans une période où les polytoxicomanies sont de plus en plus souvent rencontrées et justifient une prolongation du séjour, la durée de celui-ci ne peut plus être arbitrairement limitée à 8 jours.

Approche chimiothérapeutique

Destiné à réduire la symptomatologie du manque, le traitement chimiothérapeutique varie en fonction du produit responsable de la dépendance et doit être adapté à chaque patient.

1. Héroïne

Le sevrage de l'héroïne sans utilisation simultanée d'un agoniste opiacé est la modalité habituelle en France. Pour le sevrage des opiacés, plusieurs types de traitements peuvent être proposés :

- **les traitements spécifiques** tentent de s'opposer à l'hyperfonctionnement adrénergique, considéré comme responsable des symptômes. Le produit le plus utilisé est la clonidine (Catapressan®), antihypertenseur adrénergique. La clonidine a un effet sur l'agitation, l'instabilité, la lacrymation, la rhinorrhée et la transpiration. Elle a peu ou pas d'effet sur l'insomnie et les myalgies. L'administration est uniquement orale, en prises espacées de deux à trois heures et en augmentant progressivement la dose. La surveillance de la tension artérielle doit être systématique et le traitement interrompu transitoirement lorsque la tension systolique est inférieure à 100 mm Hg. Cette thérapeutique est utilisée particulièrement au début de la prise en charge hospitalière lorsque les patients sont alités. La guanfacine (Estulic®), dérivé d'action prolongée de la clonidine serait de maniement plus aisé, permettant une administration répartie en trois prises journalières et imposant moins souvent l'alitement. Dans les 2 cas, la posologie est réduite progressivement à partir du 4-5ème jour jusqu'à l'arrêt au bout d'environ 8 jours ;

- **les traitements symptomatiques** sont destinés à atténuer et si possible faire disparaître les manifestations du manque : antalgiques, spasmolytiques, anti-nauséeux, anti-diarhéiques, sédatifs et hypnotiques. Les produits sédatifs sont le plus souvent indispensables, surtout dans les premiers jours. Les benzodiazépines sont utilisées dans certains protocoles pour leur effet anxiolytique. Ces substances s'accompagnant d'un risque propre d'induction d'une pharmacodépendance, il paraît souhaitable de limiter leur utilisation et d'éviter leur emploi chaque fois que cela est possible. Il existe un consensus fort contre-indiquant certains produits fréquemment recherchés pour leurs effets toxicomanogènes : flunitrazépam (Rohypnol®) qui à très forte dose peut induire une agressivité difficile à contrôler, chlorazépate disodique haut dosage (Tranxène® 50 mg). L'alternative peut être l'utilisation d'un neuroleptique sédatif tel que l'aïmémazine (Théralène®) ou la cyamémazine (Tercian®).

D'autres méthodes de sevrage ont été proposées pour le sevrage en opiacés :

- Sevrage dégressif avec diminution régulière de la consommation sur une durée de quelques jours, semaines ou mois, utilisé notamment lors des sevrages ambulatoires, ainsi que pour les sevrages des produits de substitution (méthadone, buprénorphine).

- En l'absence d'études démontrant clairement un bénéfice, le jury exprime ses réserves concernant le recours aux antagonistes opiacés (naloxone, antagoniste d'action rapide et brève, naltrexone, antagoniste d'action prolongée), proposés pour raccourcir la durée du sevrage ou dans le «sevrage minuit» réalisé sous anesthésie générale.

2. Sevrage des toxicomanies associées

La fréquence des polytoxicomanies s'est notablement accentuée ces dernières années. Elles font appel, outre la

consommation des opiacés, à l'association d'alcool, de benzodiazépines, d'antalgiques, de cannabis et maintenant de plus en plus fréquemment aux amphétamines et à la cocaïne. Plusieurs études en France et à l'étranger relèvent qu'entre la moitié et les 3/4 des personnes dépendantes aux opiacés font usage d'autres produits, notamment l'alcool et les benzodiazépines.

Les données scientifiques et thérapeutiques sont bien établies pour le dosage à une seule substance (opiacé, benzodiazépine, alcool). Les études concernant leur association ou celle des substances utilisées dans les polytoxicomanies sont moins nombreuses et relèvent de la pratique et de l'expérience propre à chaque équipe soignante.

Sevrage des benzodiazépines

Les modalités de sevrage aux benzodiazépines sont nombreuses et doivent être spécifiques à la molécule consommée. Une douzaine de molécules peuvent être utilisées. La modalité du sevrage doit donc être envisagée pour chacune en fonction de sa demi-vie, sans pour autant que celle-ci coïncide obligatoirement à la durée de l'effet. Les demi-vies varient dans une proportion de 1 à 50. Une élimination totale du produit peut aller jusqu'à plus d'une dizaine de jours.

Tous les protocoles excluent le sevrage brutal sans substitution en raison de la nécessité éthique et clinique de prévenir ou d'atténuer les signes de sevrage qui souvent importants, peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

Protocoles proposés : ils font appel au sevrage progressif ou à la substitution.

Dans le cas de la dépendance à une seule benzodiazépine, il est procédé à la réduction par paliers de la dose quotidienne en utilisant la benzodiazépine à l'origine de la dépendance. L'apparition de signes de sevrage important peut prolonger les paliers.

Dans le cas de la dépendance à une ou plusieurs benzodiazépines, il est parfois procédé à un arrêt brutal, mais une substitution par le phénobarbital doit alors être associée. Des tables de correspondance peuvent être utilisées.

Sevrage de l'alcool

Ces modalités ne sont pas spécifiques au consommateur d'opiacés. Elles sont nombreuses et font appel à un traitement médicamenteux, le plus souvent en ayant recours à une benzodiazépine de demi-vie longue.

Sevrage des polydépendances aux opiacés, benzodiazépines et alcool

Ces sevrages n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'études élaborées permettant de faire des recommandations.

Sevrage de la cocaïne et des amphétamines

Aucun traitement pharmacologique n'a fait la preuve de son efficacité dans cette indication.

3. Sevrage et dépression

Plusieurs auteurs s'accordent sur la sous-évaluation de la dépression par les professionnels, ainsi que sur l'inadéquation de son traitement. Le sevrage peut favoriser l'émergence d'une symptomatologie dépressive et cette dimension mérite d'être recherchée.

Approche relationnelle

L'ensemble des praticiens réalisant des sevrages met l'accent sur la nécessité d'une prise en charge relationnelle. La référence à une technique particulière de psychothérapie et l'évaluation de son intérêt ne sont pourtant pas documentés. Les experts s'accordent cependant sur deux points :

- la nécessité d'une empathie de la part du thérapeute, qui doit par ailleurs être formé à supporter certains aspects rejetants ou séducteurs du patient, ainsi que les inévitables tentatives d'instrumentalisation ;
- l'intérêt d'une prise en charge familiale même si l'objectif

immédiat n'en est pas le sevrage mais le réaménagement des relations familiales.

Situations particulières

1. La grossesse

Une demande de sevrage est très souvent exprimée par les femmes enceintes dépendantes à des substances psychoactives. Il s'agit de grossesses à risque.

L'analyse de la littérature montre que le sevrage est contre-indiqué pour la plupart des auteurs, principalement aux premier trimestre de la grossesse, et ce du fait de cas de mort in utero survenues lors de sevrages brutaux et d'indices chez l'animal permettant de suspecter une souffrance foetale. D'autre part, les rechutes sont particulièrement fréquentes après un sevrage débuté au cours de la grossesse ou dans les mois qui suivent l'accouchement. Un seul auteur évoque son expérience de sevrages ayant pu être conduits sans danger pour le fœtus ou la mère.

Bien que cette question soit controversée en France, le jury recommande de privilégier l'offre d'une thérapeutique de substitution par méthadone en raison de l'absence d'effets tératogènes.

2. L'incarcération

L'incarcération concerne chaque année 60 000 usagers de drogue en France, pour une durée moyenne de séjour de plusieurs mois. Elle est encore souvent l'occasion d'un sevrage réalisé en dehors de toute volonté de la personne, sans accompagnement médical suffisant. Ce sevrage brutal, extrêmement douloureux, incitant parfois à la consommation de substances psycho-actives au sein de la prison est non seulement inefficace mais dangereux. La reprise de conduites toxico-maniques au sortir de la prison est quasi constante et augmenterait le risque de décès par overdose.

Le jury recommande qu'une attention particulière soit apportée aux personnes dépendantes de substances psycho-actives incarcérées. L'offre d'un sevrage médicalisé ou de toute autre modalité de soins doit pouvoir faire l'objet d'un choix et être intégrée dans un suivi médical effectif qui permette une réévaluation régulière de l'attitude adoptée.

3. Les mineurs

Le cas des mineurs dépendants de substances psycho-actives pose plus particulièrement le problème du consentement aux soins proposés, qu'il s'agisse du sevrage ou d'autres modalités thérapeutiques. L'absence d'évaluation ou d'expérience dans ce domaine justifie qu'une attention particulière lui soit portée.

**

QUESTION 4

Quels soins après sevrage et suivi ?

Introduction

Les soins après sevrage et le suivi se définissent sur le long terme.

Il s'agit de prendre en charge le sujet dans sa globalité, tant au niveau psychologique que médical et social. Choisir une stratégie thérapeutique est une opération délicate qui nécessite toujours, au préalable, une évaluation clinique soignée. Le projet de soins implique une équipe pluridisciplinaire s'inscrivant dans une alliance thérapeutique avec le patient. Le but est de permettre à celui-ci de trouver ou de retrouver une autonomie et une liberté psychique.

Les rechutes font partie de l'histoire du soin. Elles sont multiples et de gravité variable. Elles peuvent faciliter l'inscription du sujet dans une prise en charge globale et durable, dans la

mesure où elles l'aident à prendre conscience de sa dépendance.

Fréquence des rechutes

Le terme rechute sera considéré dans son acception utilisée en médecine, de "récidive pour désigner la nouvelle apparition d'une affection se manifestant chez un sujet guéri depuis plus ou moins longtemps" (Dictionnaire Larousse). Rapportée à la toxicomanie, la rechute implique une reprise plus ou moins importante de la consommation de toxiques de quelque nature qu'elle soit.

L'accompagnement suivant le sevrage apparaît d'autant plus efficace qu'il a été préalablement préparé. Un projet de suivi soutenu durant le sevrage se doit d'envisager la possibilité de rechutes, plaçant ainsi le patient dans une trajectoire cohérente.

Il apparaît que la majorité des rechutes a lieu dans un délai inférieur à six mois mais qu'au-delà pour certains auteurs, les résultats sont relativement stables. Il est habituellement établi que le risque de rechutes est maximum dans les douze premiers mois qui suivent le début d'une rémission. Parmi ceux qui restent abstinents pendant deux ans au moins, près de 90% resteront abstinents au delà de dix ans et ceux qui sont abstinents pendant dix au moins ont une forte probabilité de le rester au bout de vingt ans.

Les risques de rechute se déclinent selon plusieurs modalités : la morbidité et la mortalité apparaissent particulièrement élevées. En l'absence de cohorte vraie réalisée en France, une modélisation du devenir d'une cohorte fictive d'héroïnomanes en Île de France, a été effectuée par simulation informatique à partir de données issues d'enquêtes diverses. Dans le scénario le plus optimiste, les résultats indiquent, après une période de dix ans, que :

- 10 % des sujets seraient décédés,
- 16 % seraient infectés de VIH,
- 50 % seraient abstinents et non infectés par le VIH.

Ce taux de rechutes considérable dans la littérature ne doit, en aucun cas, conduire à l'abdication du thérapeute. En effet, la rechute fait partie d'un processus de sevrage. Elle est souvent une réponse que trouve le sujet pour faire face à ses difficultés. Les thérapeutes doivent tenter d'utiliser les rechutes, qu'un travail de prévention n'a pu éviter, comme moments de maturation du sujet.

Ainsi, les soignants travailleront en fonction de ces étapes prévisibles :

- d'abord concrètement en apprenant aux patients à éviter les surdoses accidentelles, liées à la diminution de la tolérance après un sevrage, et à éviter, dans l'avenir, les contaminations par l'usage de matériels souillés ;
- ensuite, en diminuant la culpabilité et la dramatisation de ces rechutes et de ces dérapages ;
- enfin, en aidant le sujet à garder les contacts avec son soignant référent.

L'entourage familial se sent blessé par ces rechutes vécues comme des échecs. C'est alors aux thérapeutes d'écouter sa souffrance, de le soutenir et de l'informer de leur forte prévalence dans l'histoire du soin de la personne dépendante. C'est aussi le moment d'expliquer à la famille que le but du traitement n'est pas l'abstinence immédiate en soi, mais une plus grande souplesse du fonctionnement du sujet, un accroissement de sa possibilité de faire des choix.

Comorbidité somatique et psychiatrique

Un patient bénéficie et doit bénéficier, dès que possible, au cours de son itinéraire, d'un examen somatique et d'une évaluation psychopathologique : ceux-ci seront complétés après le sevrage et les thérapeutiques nécessaires, tant sur le plan somatique que psychiatrique, mises en oeuvre.

A - Affections somatiques

Le premier axe est l'abord somatique du sujet. Il ancre celui-

ci dans une réalité par la prise de conscience de son corps meurtri.

Le suivi somatique de la population concernée facilite la mise en place des actions de prévention concernant, en particulier, les problèmes liés aux séroconversions et à l'alcoolisme. Il permet de soigner les pathologies directement liées à l'absence d'hygiène de vie de la période de dépendance.

En post-sevrage, le patient redécouvre la douleur des affections somatiques anesthésiées par les opiacés (douleurs dentaires, ulcéreuses, séquelles de traumatismes...). Ces douleurs doivent être repérées et traitées le plus rapidement possible car elles sont inductrices de rechutes. Redonner au sujet une apparence corporelle "avenante" favorise la restauration de l'image de soi et la réinsertion dans le social.

B - Troubles psychiatriques

Les études anglo-saxonnes ont répertorié 70 % de troubles psychiatriques chez les patients dépendants des substances psycho-actives. D'autres études d'origine américaine évaluent, sur la vie entière, les troubles psychiatriques associés à la dépendance aux opiacés à 84 %, à la dépendance à la cocaïne à 70 % alors que dans la population générale, ils sont évalués à 24 %.

A la suite d'études d'épidémiologie descriptive dans les années 1990 aux Etats-Unis, on a pu montrer que les patients dépendants aux opiacés présentent :

- un risque de troubles affectifs 5 fois supérieur aux autres patients ;
- un risque pour les troubles anxieux trois fois supérieur ;
- un risque de personnalités pathologiques au moins 24 fois supérieur ;
- un risque pour l'alcoolisme 13 fois supérieur.

a - Les troubles de la personnalité

Deux tiers des sujets présentent des troubles de la personnalité. On repère principalement :

- **les personnalités antisociales** avec, au plan clinique, des symptômes dépressifs ou anxieux fréquents, une intolérance à la frustration, une propension aux actes plutôt qu'à la réflexion, une instantanéité du désir de réalisation de la satisfaction. Il est à noter que le sentiment de culpabilité, la conscience de la faute, le mépris de soi, du danger des actes présentent un caractère de risque pour le sujet, facilitant la rechute ou un état dépressif. Il est conseillé, dans ce cas, d'énoncer et de respecter les dispositions contractuelles de la prise en charge, de sanctionner les manquements et les transgressions, sans rejeter les patients ;

- **les personnalités border-line**, avec une impulsivité et des symptômes dépressifs pouvant conduire à des passages à l'acte (tentatives de suicide en particulier). Le risque est le déplacement à d'autres toxiques plus desinhibiteurs que les produits précédemment utilisés ;

- **les personnalités narcissiques**, avec leurs tendances à instrumentaliser les thérapeutes, la sollicitude permanente qu'il croient leur être due, mais aussi leurs exigences à n'être traités que par des interlocuteurs exceptionnels. La perte d'une image brillante et "socialement lumineuse" leur est intolérable.

b - Les troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur sont les plus fréquemment associés à la pharmacodépendance. On retrouve toutes les catégories de dépressions des classifications internationales ainsi que la manie (trouble bipolaire). Il n'y a pas de consensus sur les rapports de cause à effet entre le rôle des toxiques et les troubles de l'humeur. Cependant, la dépression paraît largement sous-estimée par les professionnels, donc insuffisamment traitée.

c - Les troubles anxieux

Les symptômes d'anxiété rendent les sujets vulnérables. Il faut apprendre à bien distinguer ce qui relève de l'anxiété au sens clinique et ce qui relève de la symptomatologie résiduelle du sevrage, qu'elle soit physique ou psychique. Les catégories

les plus fréquemment concernées sont les phobies sociales ou les troubles paniques qui précèdent, accompagnent ou suivent le sevrage.

d - Les états psychotiques et la schizophrénie

Là aussi, il convient de préciser si les symptômes psychotiques précèdent, compliquent, ou accompagnent la toxicomanie. Dans bien des cas, les opiacés servent à réduire l'intensité de ces symptômes et à améliorer les affects dépressifs. Le produit peut représenter une tentative pour contrôler des hallucinations ou des symptômes délirants. Il agit en les augmentant, en les réduisant, ou en mettant à distance les états émotionnels.

Les professionnels de santé doivent rechercher, tout au long du suivi, les indices de souffrance psychique, d'affections mentales, de troubles de la personnalité et les considérer comme autant d'éléments jouant un rôle pronostique dans la destinée des patients dépendants des opiacés.

Modalités de soins et de suivi

Quelle que soit la forme du sevrage, total ou partiel, un accompagnement doit toujours être proposé. Quatre points sont à considérer :

1 - le suivi médical tient compte des pathologies contractées pendant la période de dépendance telles les hépatites B ou C et le VIH. Celles-ci nécessiteront un suivi et (ou) des thérapeutiques adéquates.

Les analyses urinaires, comme critère d'accompagnement, permettent de suivre et aident au sevrage ou la substitution. De façon non contraignante le patient peut déterminer les objectifs dans le temps pour élaborer une stratégie personnelle afin de rendre les examens négatifs. Le fait de montrer au patient l'évolution des résultats des dosages urinaires et indirectement l'évolution de ses consommations peut constituer un point de repère utile, dans le temps, pour atteindre des objectifs de réduction ou d'abstinence de consommation de drogues ;

2 - l'accompagnement social vise à restaurer l'inscription sociale du patient. Préalablement évalué lors de la demande de sevrage, il va se concrétiser dans sa réalisation, au cours de cette période de suivi. Cet accompagnement social permet d'aider le sujet dans ses éventuelles démarches administratives qu'elles soient liées à l'identité, à l'accès au soin, à l'accès au logement et à l'insertion professionnelle. Cette insertion ne se pose pas de façon identique pour tous les patients. Elle recouvre plusieurs réalités :

- pour des personnes en grandes difficultés sociales, préalables ou consécutives à leur dépendance, l'insertion professionnelle passe souvent par une formation (alphabétisation, qualification) ou par une inscription à la COTOREP en cas d'incapacité majeure à s'inscrire dans le milieu professionnel ;
- pour les personnes qui possèdent déjà une qualification professionnelle, des démarches auprès des employeurs et une inscription à l'ANPE sont à réaliser.

Il peut être intéressant, pour tous les sujets, de les informer et de les aider à accéder aux prestations de droit commun et pour les plus de 25 ans, de faire une demande de RMI.

Une exonération du ticket modérateur de type Affection Longue Durée tiendrait compte de la durée inévitable des traitements ;

3 - le suivi éducatif cherche par la relation, le dialogue et l'accompagnement actif, à résoudre les problèmes rencontrés dans la vie quotidienne. Cela passe par des apprentissages sociaux, en particulier concernant le rapport à l'argent ;

4 - le soutien psychologique est nécessaire tout au long de la prise en charge. La présence d'un psychiatre consultant est également recommandée.

La famille devrait pouvoir s'impliquer dans le processus de soins et de suivi.

L'existence d'un support social étayant est l'un des facteurs favorisant l'efficacité des soins.

La qualité de l'environnement est primordiale à la sortie du sevrage. On ne peut raisonnablement pas attendre ce moment pour s'en préoccuper.

Dans les temps qui suivent le sevrage physique et dans le cadre du projet, des soins spécifiques peuvent être mis en place sous la forme d'un séjour de transition dans des milieux intermédiaires : tous devraient pouvoir être utilisés.

Le jury se pose la question de savoir s'il est opportun de privilégier des structures créées pour les ex-usagers de drogues. Leur aptitude à la dépendance peut induire des organisations aliénantes fonctionnant sur le mode des sectes dont ils peuvent être les victimes.

Le choix qui est fait de ces institutions est souvent lié aux modalités de financement.

Ces différents types de structures répondent à des besoins spécifiques qui ne s'appliquent pas forcément à tous les usagers et ne constituent pas une étape indispensable par laquelle doit passer le sujet. A l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus quant à leurs indications respectives ni d'évaluation de leur efficacité.

En définitive la multiplicité des situations rencontrées, les aléas de la vie amènent des réajustements de ces modalités de soins et de suivi, obligeant à des adaptations et des évolutions de la prise en charge. L'arrêt du suivi se fait selon plusieurs modalités : le plus souvent du fait du patient lui-même sans que cela signifie pour autant l'arrêt du traitement, parfois du fait du thérapeute ou d'un accord conjoint.

En conclusion

Dans le domaine des dépendances aux substances psychoactives, contrairement à d'autres domaines de la santé et des comportements, les travaux de recherche ne se sont pas d'emblée fondés sur la démarche épidémiologique et le raisonnement statistique à partir de groupes de population. Il n'existe que peu de travaux scientifiques sur lesquels s'appuyer quant aux modalités de soins et de suivi après sevrage. Seules sont disponibles les expériences décrites par les professionnels. Des évaluations méthodologiques bien conduites restent à faire. Ces difficultés n'empêchent pas l'existence de lignes de force dans les soins et le suivi après le sevrage de la personne dépendante.

Voeux du Jury

Au-delà même de l'intégration des modalités de sevrages à un projet de soins en faveur des personnes dépendantes des opiacés, projet dont on a pu percevoir l'ampleur, la complexité et les difficultés, le jury tient à insister sur deux points.

1 - La formation des personnels concernés, l'information des professionnels et personnes de l'entourage impliqués ; et la sensibilisation du public à ces questions.

a) La formation des personnels doit " s'appuyer " essentiellement sur la formation permanente (FMC pour les médecins). Il ne s'agit en aucune façon de créer des spécialistes supplémentaires, mais de faciliter et de valider une option que certains ont prise.

Dans ce contexte, cette formation continue devrait pouvoir utiliser au maximum les capacités pédagogiques du petit groupe, que la mise en place de réseaux ne peut que favoriser.

Cette formation devrait obligatoirement incorporer :

- une sensibilisation à la compréhension des mouvements inconscients qui peuvent pousser à des décisions thérapeutiques passionnelles (par la méthode Balint par exemple) ;
- une initiation à la recherche compte-tenu de l'importance du point suivant ;
- des contacts avec les modes de faire si diversifiés d'autres groupes, d'autres équipes, etc.

b) L'information des personnes impliquées. Compte-tenu de l'importance des relations établies ou à renouer avec l'entou-

rage (famille, amis, voisins, collègues, milieu associatif) et du rôle que peuvent jouer des décisions prises par des acteurs sociaux intervenants par ailleurs, une information aussi large que possible est nécessaire à partir des patients eux-mêmes (parler de sa maladie) et des professionnels de terrain. Si la conférence de consensus participe à cette information, elle ne saurait y suffire.

c) Une sensibilisation du public au fait que les comportements des personnes dépendantes relèvent moins d'une attitude morale ou moralisante que d'un traitement de longue durée, incluant des rechutes et récidives possibles.

- Au fait aussi que l'intégration sociale de ces patients est un élément majeur de pronostic, élément auquel tout le monde participe ;

- un relais médiatique, démythifiant, informatif et étayé serait souhaitable.

2 - Tout au long de son travail, le jury a buté sur la faiblesse de la recherche dans ce domaine, faiblesse qui ouvre la voie aux prises de positions idéologiques non étayées. Il est apparu indispensable :

a) de lancer très vite un programme français ou européen de recherche et de suivi de cohortes importantes de patients, sur de nombreuses années.

Ce programme, indispensable et important reposera sur l'échange d'informations entre soignants et chercheurs.

Ces recherches, compte-tenu de la diversité et de la variabilité des trajectoires, impliqueront tout autant les praticiens de ville (sevrage et post-sevrage ambulatoire) qu'institutionnels tout autant les médecins que les autres acteurs de santé ;

b) mais aussi, il importe de multiplier les recherches limitées à partir des réflexions d'un groupe, d'une équipe ou d'un réseau.

L'importance accordée à ces recherches cliniques est le garant d'une saine politique de santé en faveur des personnes atteintes par la dépendance aux substances psycho-actives.

Elles permettront, de plus, d'étayer la formation pour le moment plus pratique que théorique.

Trois axes de recherche nous ont, en tous cas, semblé prioritaires :

1 - le suivi à long terme des post-sevrages ;

2 - la comparaison entre les méthodes et procédures de sevrage notamment dans les polytoxicomanies ;

3 - l'évaluation du travail en réseau.

Cette conférence de consensus s'est déroulée sous l'égide du Conseil de l'Ordre des Médecins et du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens.

Elle a été rendue possible grâce au soutien apporté par : Institut Recherche Epidémiologie et Pharmacodépendance, Auto Support des Usagers de Drogue, Médecins du Monde, Médecins sans Frontière, Union Nationale Familiale de Lutte contre les Toxicomanies, Comité Français d'Education de la Santé, Coordination Nationale des Réseaux.

MEMBRES DU JURY

Dr Simon-Daniel KIPMAN - Président du Jury - Psychiatre libéral - PARIS

Dr Nicole GARRET GLOANEC - PH - Pédopsychiatre Centre Infanto-Juvenil - NANTES

Mme Olivia GIRON - Substitut - NICE

Dr François KAMMERER - Psychiatre libéral - Clinique de Pereuse - JOUARRE

Dr Jean-Jacques LABOUTIERE - Psychiatre libéral - MACON

Dr Louis LEVY - Médecin généraliste - SURGERES

Mr Georges MAHUZIER - Biologistes des hopitaux - Professeur Chimie analytique - Pharmacie - Lab. De Biologie - C. H. Paul Guiraud - VILLEJUIF

Pr Philippe MAZET - AP-PH de Paris - Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent - Hôpital Avicenne - BOBIGNY

Mme Monique MILAN - Infirmière DE - STRASBOURG

Pr Marie-Christine MOUREN SIMEONI - Professeur des Universités - PH - Pédopsychiatre - CH Robert Debré - PARIS

Dr Elisabeth PENIDE - Médecin généraliste - STRASBOURG

Dr Michaël ROBIN - Psychiatre - PH - Service Eric EPS Charcot - PLAISIR

Mme Nicole TAIEB - Docteur en psychologie clinique - Directrice d'un service de prévention spécialisée - COLOMBES

Pr Philippe VINCENEUX - Chef de service de Médecine Interne - PU-PH - Hôpital Louis Mourier - COLOMBES



En cadeau avec ce numéro

le CD ROM contenant tous les textes des experts qui ont participé à la conférence de consensus, les rapport bibliographiques et les recommandations courtes et longues

COMITE D'ORGANISATION

Fédération Française de Psychiatrie

Pr G. Darcourt : Président C.O.
Dr S.-D. Kipman : Président du Jury
Dr N. Horassius
Dr J.-M. Thurin

ANAES - Paris

Pr F. Carpentier - Méthodologie
Pr A. Durocher - Méthodologie

Généralistes et Toxicomanies

Dr J. Afchain

Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

Mme Paoli

Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie

Dr A. Morel

Société Francophone d'Urgences Médicales et APNET

Dr J. Bouget

Société Française de Pharmacologie

Pr G. Lagier

GRUPE BIBLIOGRAPHIQUE

Dr CANCEIL - Paris
Dr GROHENS - Paris
Dr MALLARET - Grenoble
Dr VELEA - Paris

LES EXPERTS

Dr ANGEL - Paris
Dr AURIACOMBE - Bordeaux
Pr BAILLY - Lille
Dr BAUVERIE - Villejuif
Mr BLOCH-LAINE - Paris
Pr BOISSONNAS - Paris
Mr COQUS - Reims
Dr DELILE - Bordeaux
Dr DUGARIN - Paris
Dr FACY - Paris
Dr FERRAND - Paris
Dr HAUTEFEUILLE - Montmorency
Pr HENRION - Paris
Mr HERVE - Boulogne
Dr JACOB - Metz
Pr LAMBERT - Nancy
Dr LAQUEILLE - Paris
Mr OLIVET - Paris
Pr PARQUET - Lille
Dr POLOMENI - Eaubonne
Pr PUECH - Paris
Pr SCHMITT - Toulouse
Dr SUEUR - Paris
Mr TANCHE - Marseille
Mr TONNELET - Lille
Dr VALLEUR - Paris
Pr VENISSE - Nantes
Dr WIEVIORKA - Paris

MODALITÉS DE SEVRAGE DES OPIOIDES DANS LE CAS DES TOXICOMANES INCARCÉRÉS

Docteur Christian SUEUR

psychiatre, praticien hospitalier SMPR de Fleury-Mérogis (91)

La question du sevrage des opiacés en milieu carcéral ne va pas de soi, au regard des autres exposés de cette conférence de consensus, non pas du fait de difficultés techniques particulières, mais en raison des conditions mêmes de ce sevrage.

En effet, le sevrage va se dérouler dans un milieu concentrationnaire, la prison, qui a pour objet la mise à distance du sujet vis à vis de la collectivité, dans deux cas de figure distincts, même si ces deux cas conduisent à la même réalité :

- la détention préventive aux fins d'instruction - la punition par la privation de liberté, en cas de condamnation aux décours d'un jugement en comparution immédiate, le cas de loin le plus fréquent, et plus rarement, après un jugement où le sujet a comparu libre.

Il est fondamental de définir d'emblée ce contexte particulier, dans lequel **le sevrage se produit en dehors de la libre volonté du sujet, dans une situation d'obligation liée à une décision de justice**, et de surcroît, dans un espace qui ne se prête pas au soin. Plus encore, il est déontologiquement nécessaire de s'interroger, dans la perspective ouverte par la pensée de Michel Foucault, sur la pertinence de ce lien entre soin et punition, voire même de le dénoncer.

Je n'épiloguerai pas très longtemps sur ce cadre carcéral, dont certains s'accordent à penser qu'il est avant tout un lieu d'exclusion, où les traitements inhumains et dégradants constituent "l'ordinaire" de la vie quotidienne, un lieu de non droit, qui génère de véritables "attaques" contre le psychisme (promiscuité, absence d'intimité, humiliation, mépris, violence entre détenus et de la part du personnel pénitentiaire, absence de secret médical, isolement affectif, censure, punitions arbitraires, attente permanente ...).

Et c'est pourtant dans cet espace que la société envoie en nombre grandissant des sujets toxicomanes, qu'ils présentent une addiction aux opiacés ou à d'autres psychotropes licites ou illicites.

Dans la majeure partie des cas, ces sujets sont incarcérés en raison même de cette addiction (Infraction à la Législation sur les Stupéfiants (ILS)), ou de façon indirecte, du fait de ses conséquences (atteinte aux biens ou aux personnes en lien avec une délinquance "économique" de pourvoyance).

Dans le cas des ILS chez des consommateurs (en dehors des "gros trafiquants"), nous nous retrouvons d'emblée devant le paradoxe d'un sujet, qui du fait de la loi de 1970, s'est vu orienté vers la poursuite pénale et la punition carcérale.

Ce sujet s'est donc vu refuser l'orientation sanitaire (alternative prévue par la loi sous la forme de l'injonction thérapeutique), mais nous allons avoir à le soigner du fait d'une sanction judiciaire, et, quoique qu'en dise la lecture des statistiques ministérielles, c'est très fréquemment pour des délits directement liés à l'usage que les toxicomanes sont incarcérés (usage simple, petit trafic transfrontalier à titre personnel, petit deal de proximité permettant de réduire le coût prohibitif de la drogue de rue ...).

Si l'on est bien d'accord avec le fait que l'accompagnement médical d'un sevrage correspond dans son acceptation pleine et entière à un soin, c'est donc à **une peine de soin** que le toxicomane est condamné, ce qui n'est pas vraiment prévu par la loi.

Dans un tel contexte, on peut effectivement se demander si nous ne nous retrouvons pas finalement et pratiquement dans l'instrumentalisation d'une simple procédure technique d'accompagnement médical de la punition (comme on pourrait parler, dans d'autres pays ou dans d'autres temps, d'accompagnement médical de la torture, ou de participation médicale à l'exécution d'une peine de mort par injection létale).

A mon sens, ce paradoxe sous-tend le caractère spécifique du déroulement du sevrage en prison, tel qu'il se pratique dans la plupart des maisons d'arrêt de France. Ce sevrage est vécu par les sujets concernés comme particulièrement mal conduit sur le plan médical, le sujet ayant dans l'immense majorité des cas l'impression d'être seul avec sa souffrance, d'être laissé pour compte, de commencer dans les affres douloureuses du manque son parcours de punition.

Il va donc naturellement explorer les possibilités qui lui sont offertes en terme de pourvoyance de produits licites ou illicites au sein de la prison. Et c'est généralement à la fin de cette période de sevrage, qu'il a acquis la connaissance du réseau interne de trafic, et les moyens matériels ou financiers nécessaires pour se procurer les "briseurs de soucis" auxquels il aspire depuis son entrée. Cette dimension de sevrage devient alors quelque peu irréaliste.

Concrètement, l'assistance médicale au sevrage se résume, à partir de la visite médicale d'entrée, à la prescription pour une dizaine de jours, par un médecin du service de médecine (UCSA) ou par un psychiatre du SMPR, d'un protocole médicamenteux, associant un antalgique (Visceralgine^o, Di-Antalvic^o ...), un tranquillisant (benzodiazépine, carbamate, neuroleptique sédatif ou Atarax^o), et un somnifère (benzodiazépine ou composé mixte, Mepronizine^o ou Noctran^o).

Les doses de ces différentes molécules correspondent à peu près à celles utilisées lors d'un sevrage hospitalier classique, à cette différence près, que cette posologie ne sera qu'exceptionnellement réévaluée en prison, que se soit dans le sens d'une diminution progressive, ou d'une augmentation indiquée sur la souffrance du sujet.

Le caractère stéréotypé de ces prescriptions correspond rarement à une prise en compte très individualisée de la situation spécifique du sujet vis-à-vis de son intoxication. Il est assez rare qu'un médecin revoie le patient avant la fin de cette prescription. Le destin de cette prescription sera alors variable : soit elle sera prorogée pour de longues semaines, sans nouvelle consultation, soit le plus souvent, elle sera arrêtée à la date prévue, "sans autre forme de procès". Il est à souhaiter que la mise en place des UCSA, réduise progressivement la fréquence de ces aberrations autrefois si fréquentes.

Parallèlement à cette aide médicamenteuse, il arrive dans certaines maisons d'arrêt que se mette en place un accompagnement relationnel de cette période de sevrage, à l'occasion d'un accueil systématique des usagers de drogue par un psychologue ou un travailleur social de

L'antenne toxicomanie,

Cet accueil systématique, qui constitue a priori l'une des missions définies dans le cahier des charges des *Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes en milieu pénitentiaire* ne permet pas, faute de moyens humains suffisants, d'accompagner plus d'une infime minorité des toxicomanes en prison.

Dans le passé, certains services médicaux ou psychiatriques implantés en prison, ont tenté de mettre en place un véritable accompagnement médical du sevrage dans des locaux pénitentiaires attribués aux infirmeries ; ces expériences n'ont pas eu de suite pour différentes raisons, mais elles posent la question des conditions de réalisation d'un **sevrage hospitalier** à l'intérieur de la prison, ce qui est fort discutable, ou mieux encore, celle de pouvoir effectuer cette période de sevrage dans un hôpital, à l'extérieur de la prison, en préalable à l'incarcération. Mais la systématisation de cette proposition est sans doute trop irréaliste, ce qui pourrait nous laisser penser que les conditions mêmes de ce sevrage participent de la punition, comme nous l'évoquions plus haut ...

Au décours de cette période de sevrage, l'intervention des psychologues des Antennes Toxicomanie et celle des psychiatres des SMPR s'appuie sur un compromis avec cette réalité non désirée que constitue le sevrage forcé en prison : nous "profitons" alors de cette occurrence pour proposer un travail psychodynamique aux sujets toxicomanes qui le souhaitent.

Il est clair que les sujets qui poursuivent une intoxication clandestine seront rarement demandeurs d'une relation thérapeutique qui se serait instaurée dans le leurre d'un sevrage effectif, ou plus exactement dans la tromperie. Il s'agit là d'entendre, non seulement le sentiment de tromperie que peut ressentir le sujet vis-à-vis de son interlocuteur soignant qu'il bernerait en n'évoquant pas la persistance de son intoxication, mais aussi de la tromperie de l'institution qui accorde une proposition d'aide au sujet toxicomane, dans un contexte de punition, ce qui n'est pas sans évoquer quelque chose de la rédemption dans le cadre du châtement.

Il est néanmoins vrai que certains toxicomanes se retrouvent véritablement abstinents vis-à-vis de toute substance psychotrope en prison. Nous sommes alors en présence de sujets qui émettent un discours conforme au discours de normalisation sociale. Ces sujets acceptent bien leur situation, ils en pensent même du bien ; ils sont contents d'avoir, échappé à la spirale mortifère de leur intoxication grâce à cette incarcération.

Ils vont même jusqu'à interpréter leur incarcération, à l'unisson de leur interlocuteur, comme une mise à distance inconsciemment recherchée, comme un moyen efficace de "s'arrêter" de consommer leur drogue, de décrocher. Ils rejoignent en cela certains juges qui envoient des toxicomanes en prison (de plus en plus souvent en région parisienne), pour qu'ils arrêtent, pour qu'ils se soignent.

En fait, on peut s'interroger sur la psychopathologie de ces sujets, qui derrière leur abstinence, sont bien évidemment toujours dans un fonctionnement addictif, et qui trouvent dans le contexte environnemental spécifique de véritables "produits de substitution", même si ceux-ci ne sont pas des objets pharmacologiques.

Je veux parler ici des substitutions comportementales, des addictions télévisuelles et des autres addictions au "cadre carcéral". Celles-ci permettent, comme on le voit dans les sectes, une "équibration" des personnalités passives dépendantes, en permettant un anaclitisme à un cadre tellement rigoureux qu'il permet d'échapper au vertige de la pensée et au vide que redoutent tant la plupart des toxicomanes.

On assiste ainsi à des boulimies d'activités tout au long de l'incarcération ; à Fleury-Mérogis, c'est particulièrement le cas à la *Maison d'Arrêt des Femmes* et au *Centre des Jeunes Détenus*. Dans ces deux établissements, l'institution, ou plus exactement les institutions - dont l'institution soignante - sont particulièrement pourvoyeuses d'activités en tout genre. Les raisons de cette pourvoyance sont certainement nombreuses, au nombre desquelles une culpabilité collective plus forte (il est plus difficile de supporter l'incarcération d'une femme ou d'un adolescent que celle d'un homme "ordinaire"), mais aussi peut-être parce que justement, les toxicomanes sont sur-représentés dans ces deux bâtiments, et qu'ils ont pour caractéristique de très mal supporter leur incarcération; ils le témoignent par de multiples actes, ou "passages à l'acte", qu'il s'agisse de crises d'agitation, de surdoses médicamenteuses, de phlébotomies ou autres témoignages d'état anxieux aigus.

Dans ce cadre de consommation forcée d'activités, il est même tout à fait concevable, dans certains cas, de parler d'addiction "à la thérapie", ou plus exactement, aux entretiens qui permettent d'échapper quelques instants à la réalité carcérale. Certes, ceci peut se rencontrer à l'extérieur, et particulièrement dans les établissements de post-cures, mais cela prend en prison une dimension spectaculaire.

Le cadre carcéral, comme le cadre sectaire, constitue alors un avatar substitutif de la toxicomanie, et la période d'incarcération, à une période de toxicomanie sans toxique, une parenthèse bien artificielle.

Il n'y a donc pas vraiment à s'étonner que, dans l'immense majorité des cas, inéluctablement, dès la sortie, qu'il s'agisse d'une permission ou d'une libération définitive, on assiste à ce que certains appellent une rechute, ou une récurrence, c'est-à-dire, pour les sujets concernés, à une "fête". Sortir de prison, c'est bien souvent s'extraire de tout ce qui s'est passé en prison, qui est vécue globalement comme un lieu de souffrance, un lieu négatif.

Même ce qui a pu apparaître comme positif doit être refoulé, et c'est souvent le cas de ce qui, justement, concerne la préparation à la sortie. C'est bien souvent ce qui est extrêmement frustrant pour les soignants et pour le sujet lui-même lorsqu'il en prend conscience. Ceci devrait nous mettre en garde contre toutes ces constructions artificielles échafaudées en prison, qui correspondent donc bien souvent à une substitution non génératrice de changement, qu'il s'agisse de la demande du sujet, de celle du soignant, ou d'une injonction sociale.

Bref, cette dimension du sevrage à l'entrée en prison semble bien reposer sur une base mythologique dans la plupart des cas.

Comme d'habitude, lorsque des théories sont échafaudées, ou que des fragments du savoir sont élaborés à partir de la clinique de quelques spécialistes comme ceux des Antennes toxicomanies, on oublie souvent que ce savoir ne s'établit qu'en fonction d'une partie "choisie" de la population concernée : les patients les plus compliants, ceux qui sont en phase avec les propositions thérapeutiques et qui collent aux représentations classiques des observateurs. En prison, il est fondamental de s'intéresser à tous ceux qui ne viennent pas spontanément consulter, même si ce n'est que de façon indirecte, par le biais de nos patients qui, en confiance, peuvent nous raconter la réalité carcérale, non seulement la leur, mais aussi celle des autres.

C'est pour cela qu'il est nécessaire d'évoquer, dans la suite de cette utopie du sevrage, les **pratiques de substitution** officielles en prison avec des produits opiacés (Méthadone et buprénorphine haut dosage). On observe aujourd'hui, en tout cas dans notre pratique à Fleury-

Mérogis où nous avons largement développé depuis deux ans la poursuite des traitements de substitution dans la continuité avec l'extérieur, et depuis un an, les initialisations de traitement en cours de détention, que cette attitude qui va à l'encontre du sevrage forcé, semble présenter beaucoup d'intérêt pour les patients concernés.

Différentes raisons nous ont poussés à développer ces pratiques : respect de l'égalité de l'accès aux soins et à la prévention entre l'intérieur et l'extérieur affirmé par la loi de décembre 1994, respect des prescriptions initiées par les interlocuteurs soignants habituels des patients, diminution des prescriptions de benzodiazépines reconnues comme étant finalement plus péjoratives que celles d'opiacés (vis-à-vis de la mémoire, et des états de confusion ou d'agitation qu'elles peuvent entraîner), meilleure qualité de vie des patients qui ne souhaitent pas d'abstinence vis-à-vis des opiacés, capacité à établir une relation à visée thérapeutique chez des sujets qui ne demandaient pas de soins jusque là, diminution des situations d'angoisse aiguës se soldant par des phlébotomies, des surdoses médicamenteuses, ou des états d'agitation sanctionnés par des séjours au mitard ... Mais outre ces raisons, il est indéniable que l'usage de la substitution nous permet de sortir du paradoxe énoncé plus haut. Du fait de cette pourvoyance en opiacés licites, il nous est désormais possible de disjoindre ce qu'il en est de la sanction pénale, de l'incarcération, et ce qu'il en est de la proposition de soins, en dehors de celui qui s'appliquerait en rapport avec le sevrage forcé.

Une fois acquise la poursuite de son addiction par le biais des opiacés de substitution, le sujet est plus libre d'élaborer une demande de soins qui peut dépasser la simple prescription. En ce qui concerne les détenus en situation de détention préventive, donc a priori supposés innocents, on peut même considérer, dans une perspective de respect des droits fondamentaux de la personne, que la sanction du sevrage constitue un abus flagrant, qui peut alors être relativisé par le biais de cette prescription.

On remarque aussi que les patients peuvent plus facilement s'intéresser à un travail de réflexion psychothérapeutique, sans l'entremêler de demande pharmacologique itérative ; comme dehors, grâce à la prescription de substitution, ils sont moins soumis à l'arbitraire du trafic illicite de stupéfiants qui soumet l'individu à des relations de dépendance et de sujétion véritablement "toxiques", surtout en prison.

Au fil du temps de l'incarcération, il n'est pas rare de constater d'ailleurs des diminutions progressives de posologie, voire quelques sevrages lents et progressifs, respectant la dynamique psychologique du sujet, dans les cas de peines relativement longues.

Sur un plan général, on peut déjà observer une baisse des prescriptions de benzodiazépines, une diminution des automutilations et des intoxications aiguës, et une baisse du trafic de drogues illicites en cours de promenade. Il serait intéressant de pouvoir étudier ce qu'il en est du nombre de ces classiques overdoses à la sortie de prison, par reprise de l'intoxication après un effectif sevrage ayant donc conduit à une diminution de la tolérance du sujet.

En conclusion, il me semble que, si nous sommes soucieux avant tout de la qualité de vie de nos patients, cette notion de sevrage automatique, systématique, obligatoire, totalitaire, à l'entrée en prison, devrait progressivement disparaître au profit d'une utilisation large de la substitution. Le sevrage serait conservé pour ceux qui le souhaitent vraiment, et il s'agirait alors de le réaliser dans des conditions hospitalières adéquates et respectueuses de l'individu.

L'utilisation de la substitution peut également nous permettre de sortir de ce jeu de dupes, attentatoire aux droits de la personne humaine et à sa dignité, que nous oblige à jouer la loi de



Liberté . Égalité . Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DOCUMENT n°10

Ministère de la santé
et de la protection sociale

Ministère de la justice

EXTRAITS

GUIDE METHODOLOGIQUE
RELATIF A LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE
DES PERSONNES DETENUES

Septembre 2004

GUIDE METHODOLOGIQUE RELATIF A LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DETENUES

Chapitre I

Le dispositif de soins somatiques et les actions de prévention

Les missions de santé sont identiques dans tous les établissements pénitentiaires quel que soit le type de ces établissements, de même que les principes d'organisation et de fonctionnement. Toutefois la nature et la charge de travail sont différentes selon qu'il s'agit d'une maison d'arrêt caractérisée par un renouvellement rapide de la population pénale ou d'un établissement pour peine (centre de détention, maison centrale), accueillant des personnes détenues condamnées à de moyennes et longues peines. Par ailleurs, les modalités pratiques doivent être adaptées en fonction de l'effectif moyen de l'établissement pénitentiaire. Les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées font l'objet d'un autre dispositif.

I-1 - Missions de l'établissement de santé chargé des soins somatiques

L'établissement de santé chargé des soins somatiques apporte une réponse d'ensemble aux besoins de santé des personnes détenues de l'établissement pénitentiaire avec lequel il a conclu un protocole, en application des articles R. 711-7 et suivants du code de la santé publique (CSP). Ce protocole détermine les conditions de fonctionnement de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et les obligations respectives de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire.

Les prestations fournies dépassent le cadre de l'établissement pénitentiaire et concernent, quand cela est nécessaire, l'accueil hospitalier en consultation ou en hospitalisation dans les conditions prévues par le schéma national d'hospitalisation (SNH) ainsi que la préparation du suivi après la libération. Elles se situent tant sur le plan des soins que sur celui de la prévention.

I-1.1 - Les soins en milieu pénitentiaire

Au sein de l'établissement pénitentiaire, l'établissement de santé est chargé de dispenser les soins aux personnes détenues, dont l'état de santé ne nécessite ni hospitalisation, ni consultations ou examens en milieu hospitalier.

Il convient de souligner que, sauf cas d'urgence, les soins dispensés aux enfants laissés auprès de leur mère détenue ne relèvent pas du dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues assurée par le service public hospitalier ; les enfants bénéficient du dispositif de soins de droit commun¹. De même, les soins au personnel pénitentiaire ne relèvent pas des missions de

¹ Circulaire JUSE 9940062C du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée.

l'établissement de santé décrites dans le présent guide et sont assurés dans le cadre du dispositif prévu par l'article D. 227 du code procédure pénale.

Il revient à l'établissement de santé d'assurer sur place l'ensemble des prestations relevant de la médecine générale, des soins dentaires, des consultations spécialisées, et d'organiser la réponse médicale aux urgences.

Une attention particulière doit être apportée à la prise en charge sanitaire des mineurs qui nécessite une approche pluridisciplinaire.

Ses services médico-techniques sont chargés, notamment, de la fourniture et de la dispensation de l'ensemble des médicaments et autres produits pharmaceutiques nécessaires et de la réalisation des examens de laboratoire et de radiologie.

L'ensemble de ces prestations est décrit au § 3 du présent chapitre.

I-1.2 - L'accueil et la prise en charge hospitalière

Lorsque les soins et les examens requis par l'état de santé de la personne détenue nécessitent le recours à un plateau technique ou à des moyens de surveillance médicale qui ne peuvent être assurés en milieu pénitentiaire, il appartient à l'établissement de santé d'organiser l'accueil hospitalier de la personne détenue dans ses services ou dans un autre établissement de santé, qu'il s'agisse de consultations, d'examens spécialisés ou d'hospitalisations dans les conditions prévues par le SNH (cf. § 2.2 du présent chapitre).

Il appartient à l'établissement pénitentiaire d'assurer dans les meilleures conditions l'extraction de la personne détenue.

I-1.3 - La préparation du suivi médical après la détention

Favoriser l'accès aux soins des personnes détenues à l'issue de leur période d'incarcération et les inciter à prendre en charge leurs problèmes de santé est l'un des enjeux de la politique de santé en milieu pénitentiaire. Cet objectif est poursuivi au travers, d'une part, d'une démarche d'éducation pour la santé développée pendant l'incarcération, à l'occasion des soins et d'actions spécifiques et, d'autre part, des dispositions prises pour organiser le suivi sanitaire à la sortie de l'établissement pénitentiaire.

I-1.4 - Les actions de prévention

C'est un des points forts de la politique de santé en milieu pénitentiaire que de faire bénéficier cette population le plus souvent jeune, fragilisée et ayant eu jusque là un faible accès aux soins, d'actions de prévention susceptibles de l'amener à une meilleure prise en charge de sa santé.

L'établissement de santé est chargé de coordonner les actions de dépistage en faveur des personnes détenues, y compris celles relevant de la compétence de l'Etat et du conseil général. En outre, il est chargé d'élaborer, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la direction de l'établissement pénitentiaire et les autres partenaires, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé (cf. § 4 du présent chapitre).

I-2 - Organisation des soins aux personnes détenues

Pour fournir l'ensemble des prestations sanitaires relevant de sa compétence, l'établissement de santé organise les soins aux personnes détenues au sein de l'établissement pénitentiaire et leur prise en charge en milieu hospitalier, lorsqu'elle s'avère nécessaire.

I-2.1 - L'organisation des soins en milieu pénitentiaire : l'unité de consultations et de soins ambulatoires

Les soins en milieu pénitentiaire sont dispensés par l'établissement de santé dans une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Celle-ci est constituée par une équipe hospitalière pluridisciplinaire et comporte des équipements médicaux et non médicaux mis en place par l'établissement de santé. Elle est installée, en détention, à l'intérieur de locaux spécifiques aménagés par l'administration pénitentiaire, qui en assure la maintenance.

Les modalités de fonctionnement de l'UCSA sont fixées par un protocole établi conformément au modèle figurant en annexe A.

I-2.1.1 - Statut et organisation de l'UCSA

L'UCSA est pleinement intégrée dans l'organisation de l'établissement de santé. Cette appartenance hospitalière se concrétise au travers d'une connexion très forte avec les divers services hospitaliers. Le statut d'unité fonctionnelle, rattachée à un service clinique ou à un département hospitalier, permet de répondre à cet objectif dans la très grande majorité des cas. A ce titre, l'UCSA figure dans le projet d'établissement et son activité est identifiée et retracée dans son rapport annuel.

Il n'y a lieu de créer un service autonome que très exceptionnellement, dans le cas d'unités implantées dans des établissements pénitentiaires de grande capacité, nécessitant de ce fait l'intervention d'équipes hospitalières importantes comportant plusieurs temps pleins médicaux.

Le service clinique ou le département de rattachement est choisi en fonction de sa vocation à dispenser des prestations de médecine générale et à assurer la permanence des soins. Les services de médecine ou d'urgences-SMUR ont vocation à répondre à ces exigences.

Le mode d'organisation et le service de rattachement sont mentionnés dans l'annexe I du protocole A.

I-2.1.2 - L'équipe pluridisciplinaire

Composée de personnels hospitaliers, l'équipe est placée sous l'autorité médicale du praticien hospitalier ou du praticien hospitalo-universitaire responsable de l'unité fonctionnelle. Les responsabilités respectives du chef de service et du responsable de l'unité fonctionnelle sont fixées par les articles L. 6146-5 et L. 6146-6 du CSP. Elles s'exercent dans le respect de la responsabilité médicale de chacun des praticiens qui y intervient.

L'équipe hospitalière chargée des soins somatiques comporte :

- des personnels médicaux : médecins généralistes, y compris internes, médecins spécialistes hors psychiatres, chirurgiens dentistes et pharmaciens ;

- des personnels non médicaux : personnels infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, personnels administratifs et médico-sociaux.

Les personnels détachés de services autres que le service de rattachement de l'UCSA, demeurent sous la responsabilité technique de leur chef de service d'origine et sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du médecin responsable de l'UCSA.

L'affectation au sein de l'équipe hospitalière de l'UCSA repose sur le volontariat des personnels. Cependant, pour faciliter le recrutement, la garantie d'une priorité pour la mobilité au sein des différents services de l'hôpital, doit être donnée aux agents.

La composition de l'équipe hospitalière, exprimée en équivalents temps plein ou en vacations, figure en annexe II du protocole A.

La grille de référence indicative ayant servi de base à l'octroi des moyens aux établissements de santé dans le cadre de la reprise par le service public hospitalier de la fonction santé dans les établissements pénitentiaires du programme 13000, figure en annexe D.

I-2.1.2.1 - Le personnel médical

Le praticien responsable de l'unité en assure la responsabilité médicale. Il y exerce une activité régulière de consultation sous l'autorité du praticien chef du service ou du département auquel l'unité est rattachée. En dehors des établissements de faible capacité, il est assisté de médecins généralistes hospitaliers.

L'unité peut également accueillir des internes et des résidents lorsque le service ou le département dont elle dépend est agréé, dans le cadre de leur formation.

Les praticiens exercent dans cette unité dans le respect de leurs obligations de service respectives et participent à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique.

Le tableau des effectifs médicaux est établi de façon à répondre aux impératifs suivants :

- assurer l'ancrage hospitalier des UCSA en favorisant le partage d'activité médicale entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement hospitalier, ce qui présente l'avantage d'offrir des profils de poste diversifiés ;
- éviter cependant le fractionnement des temps médicaux entre un trop grand nombre de praticiens, de façon à préserver la continuité des soins ;
- assurer les remplacements pendant les congés et les absences occasionnelles.

Les praticiens à temps plein, les praticiens exerçant à temps partiel, les assistants, les praticiens adjoints contractuels et les praticiens attachés peuvent exercer leur activité dans plusieurs établissements dans le cadre, notamment, de mises en réseau et d'actions de coopération en application de l'article L.

6134-1 du CSP. Dans ce cadre, leur activité peut être répartie par convention entre plusieurs établissements dont un signataire du protocole.

Les soins dentaires sont dispensés par des chirurgiens-dentistes régis par les statuts médicaux hospitaliers ou hospitalo-universitaires recrutés en fonction de la quotité de temps nécessaire pour faire face aux besoins.

Les consultations spécialisées sont assurées par des médecins spécialistes hospitaliers.

Les consultations des médecins chargés des prestations de médecine générale doivent être fixées et réparties sur l'ensemble de la semaine. Leurs horaires ainsi que ceux des consultations des chirurgiens-dentistes sont précisés en annexe I du protocole A. La périodicité et la nature des consultations spécialisées figurent dans cette même annexe.

I-2.1.2.2 - Le personnel soignant

Le personnel infirmier est placé sous la responsabilité d'un infirmier cadre de santé. Dès lors que l'effectif réel moyen de l'établissement pénitentiaire dépasse 1000 personnes détenues, un infirmier cadre de santé est affecté à l'UCSA. Dans les autres cas, un infirmier cadre de santé du service de rattachement assure cette responsabilité.

Le profil de l'activité en soins détermine la nécessité d'avoir recours ou non à des aides-soignants, dans le respect des textes qui régissent les missions qui peuvent leur être confiées sous la responsabilité du personnel infirmier² (cf. § 312 du présent chapitre).

Le statut d'assistant dentaire n'existe pas dans la fonction publique hospitalière. Cependant leur rôle apparaît essentiel pour optimiser l'organisation des soins dentaires. Il importe donc que cette fonction puisse être assurée par des infirmiers(ères) ou par délégation par un(e) aide-soignant(e).

Le tableau de service est élaboré de façon à garantir :

- une répartition optimale des présences infirmières ;
- un maximum d'amplitude horaire d'ouverture de l'UCSA ;
- l'administration des médicaments, conformément aux principes décrits au chapitre III § 2.2.2, et la réalisation des soins nécessaires.

Les horaires de présence du personnel infirmier sont mentionnés en annexe I du protocole A.

I-2.1.2.3 - Les manipulateurs d'électroradiologie et les masseurs kinésithérapeutes

Des temps d'intervention de masseurs-kinésithérapeutes doivent être prévus. Il en est de même pour des temps de manipulateurs d'électroradiologie dès lors que l'UCSA comporte une installation de radiologie, conformément au seuil fixé aux annexes E, F, G.

² Décrets n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières et n°94-626 du 22 juillet 1994 relatif à la formation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture.

I-2.1.2.4 - Le personnel des services de pharmacie

Les produits pharmaceutiques sont fournis et dispensés sous la responsabilité du pharmacien assurant la gérance de la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé, conformément aux dispositions du 3° de l'article R. 711-13 du CSP et selon des modalités adaptées à la détention.

Une pharmacie à usage intérieur est implantée par l'établissement de santé au sein de l'établissement pénitentiaire, lorsque celui-ci dispose d'une capacité d'accueil de plus de 1500 personnes détenues ou dès lors que la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé ne peut y assurer quotidiennement la dispensation des médicaments (art. R. 5104-13 du CSP). Celle-ci doit se situer en dehors des locaux de détention. Par capacité d'accueil, on entend la capacité théorique de l'établissement pénitentiaire (annexes E et F sur les locaux). Un pharmacien de l'établissement de santé doit en assurer la gérance à temps partiel ou à temps plein. Il est alors assisté d'un ou plusieurs préparateurs en pharmacie affectés à cette pharmacie.

I-2.1.2.5 - Le personnel administratif

Le personnel du secrétariat médical constitue un rouage essentiel du dispositif, étant notamment chargé de gérer les consultations médicales et les dossiers médicaux, d'assurer la liaison entre les administrations sanitaires et pénitentiaires ainsi qu'avec les acteurs extérieurs. Il assure également le secrétariat des équipes de psychiatrie générale pour les besoins de leur activité en milieu pénitentiaire. Il doit donc disposer d'un temps de présence suffisant au sein de l'UCSA.

I-2.1.2.6 - Le personnel d'entretien

L'entretien des locaux des UCSA a désormais vocation à être assuré par les établissements de santé, moyennant remboursement par l'administration pénitentiaire. Les modalités de fonctionnement et d'organisation seront négociées avec l'établissement public de santé qui pourra notamment affecter ses propres agents (ASH) ou des agents d'une entreprise d'entretien placés sous l'autorité du personnel hospitalier en cas de concession de cette fonction par l'établissement public de santé. La mise en œuvre de cette mesure fera l'objet d'instructions particulières.

I-2.1.3 - Les locaux, les règles d'hygiène et les équipements nécessaires au fonctionnement de l'UCSA

En application des dispositions de l'article R. 711-15, 2° du CSP, reprises par l'article D. 370 du code de procédure pénale (CPP), l'administration pénitentiaire met à disposition de l'UCSA des locaux spécialisés destinés aux consultations, aux examens et, le cas échéant, à une implantation de la pharmacie à usage intérieur.

Hors le cas des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) qui disposent, conformément à l'article D. 372 du CPP, de locaux spécifiques dans les établissements où ils sont implantés, les locaux de l'UCSA sont mis à disposition des équipes des secteurs de psychiatrie ainsi que des équipes des antennes de SMPR pour leurs consultations et leurs entretiens. Pour les autres activités thérapeutiques, d'autres locaux peuvent être mis à disposition de ces équipes.

Les modalités pratiques de mise à disposition des locaux spécifiques sont fixées par le protocole qui mentionne également les salles d'activité mises à disposition des équipes de secteurs.

Les prescriptions générales relatives aux locaux et aux équipements de l'UCSA figurent en annexes E, F et G. Elles concernent l'UCSA proprement dite et la pharmacie à usage intérieur (située hors détention), dans les cas où une telle structure est individualisée.

Ces annexes ont respectivement été établies :

- pour l'annexe E (ancien guide) : en 1994, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des soins aux personnes détenues ;
- pour l'annexe F (présent guide) : en 2002, à l'occasion de la construction du programme 4000.

Il s'agit de normes minimales. La norme 2002 (annexe F – présent guide) a vocation à se substituer à la norme 1994 (annexe E - ancien guide). Toutefois, elle n'est actuellement mise en œuvre systématiquement que dans l'ensemble des établissements pénitentiaires construits depuis 2002. Dans les autres établissements son application relève d'une décision de l'administration pénitentiaire et est subordonnée à des critères de faisabilité technique et financière. Dans tous les cas, les projets de construction ou d'extension doivent être élaborés en concertation avec les établissements de santé concernés.

Les locaux aménagés et mis à disposition par l'administration pénitentiaire dans chaque établissement sont décrits en annexe III du protocole A, de même que le programme des travaux éventuellement nécessaires.

Les prises en charge financières respectives par l'administration pénitentiaire et par l'hôpital sont précisées au chapitre IV § 2.2.

Les règles d'hygiène afférentes au milieu hospitalier doivent être respectées dans les locaux de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Ces règles concernent tant l'entretien des locaux que celui du matériel. A cet effet, il sera fait appel au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de l'établissement de santé chaque fois que nécessaire.

L'établissement de santé est responsable de l'application des bonnes pratiques en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des dispositifs et des équipements.

Cette activité ne doit en aucun cas être confiée aux personnes détenues.

En l'absence d'agents des services hospitaliers, les personnes détenues peuvent être employées à des tâches d'entretien et de maintenance des locaux affectés à l'UCSA, s'agissant des circulations, des couloirs et des salles d'attente. Dans les locaux de soins, elles ne peuvent être employées qu'à l'entretien du sol, en présence d'un membre du personnel infirmier (article 11 et 15 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières). Il importe que ces tâches n'entravent pas l'organisation des consultations et des soins et ne portent pas atteinte à leur confidentialité. Il revient, par ailleurs, à l'administration pénitentiaire de prévoir, pour les personnes détenues employées à ces tâches, un temps de formation en hygiène hospitalière. Cette formation est réalisée sous l'égide des services pénitentiaires dans le cadre de la formation professionnelle des personnes détenues et en liaison avec l'établissement de santé.

Les autres activités relatives à l'hygiène impliquant le nettoyage et la désinfection des locaux de soins, en dehors du sol et de l'environnement, notamment la table de soins et le fauteuil dentaire, relèvent de la compétence du personnel infirmier qui peut déléguer une partie de ces tâches aux aides-soignants (art. 14 et 31 du décret précité).

I-2.2 - Organisation des soins en milieu hospitalier : consultations spécialisées et hospitalisations

Lorsque les examens ou les soins requis ne peuvent être délivrés en milieu pénitentiaire, il appartient à l'établissement de santé signataire du protocole d'organiser la prise en charge sanitaire de la personne détenue, qu'il s'agisse de consultations, d'examens spécialisés ou d'hospitalisation. Selon les cas, il a un rôle d'accueil et/ou d'orientation.

L'établissement hospitalier doit établir un protocole avec le (ou les) chef(s) d'établissement(s) pénitentiaire(s) concerné(s) et les représentants des forces de l'ordre, afin de fixer, en fonction de la topographie des lieux, les mesures à prendre afin d'accueillir les personnes détenues dans des conditions de sécurité optimales pour l'ensemble des patients et du personnel. Le contenu de ces protocoles sera fixé par une circulaire interministérielle.

I-2.2.1 - Les consultations spécialisées en milieu hospitalier

Conformément aux dispositions de l'article R. 711-16-3° du CSP, l'établissement de santé organise l'accès des personnes détenues à l'ensemble des consultations ou aux examens spécialisés qui n'ont pas pu être réalisés dans l'établissement pénitentiaire. Il les assure lui-même, chaque fois que son plateau technique et son niveau de spécialisation le permettent. La réalisation de ces consultations en milieu hospitalier nécessite une étroite coordination avec le responsable de l'établissement pénitentiaire, au regard de la question des escortes (cf. chapitre III § 1.1.2.3 et circulaire n° 000117 DAP du 15 juillet 2003 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus conduits en milieu hospitalier).

I-2.2.2 - Les hospitalisations en rapport avec une affection somatique³

Les hospitalisations en rapport avec une affection somatique sont réalisées conformément aux dispositions des articles R. 711-19-2° du CSP et D. 391 a) et b) du CPP.

I-2.2.2.1 - Les hospitalisations urgentes ou de très courte durée

Les personnes détenues nécessitant une hospitalisation urgente ou de très courte durée sont accueillies par l'établissement de santé signataire du protocole.

³ Les hospitalisations pour des motifs psychiatriques qui relèvent des dispositions de l'article R. 711-19-1° du CSP, sont abordées au chapitre II du présent guide.

- L'urgence répond non seulement aux situations où le pronostic vital est engagé mais aussi aux cas nécessitant des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques immédiats.

L'alerte sur ces situations d'urgence peut être donnée non seulement par la personne détenue mais aussi par le personnel pénitentiaire qui, en tout état de cause, en assure le relais en toutes circonstances.

En situation d'urgence survenant en dehors des heures d'ouverture de l'UCSA, sans faire obstacle aux dispositions du § 1-3.2, la personne détenue peut bénéficier du système de permanence des soins assuré par les médecins de ville.

Dans tous les cas, la décision d'hospitalisation d'un patient détenu adressé aux urgences est du ressort du médecin du service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou de celui de l'unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), si possible après concertation avec le médecin de l'UCSA.

Si le plateau technique de l'hôpital de proximité est insuffisant pour faire face à l'état de santé de la personne accueillie par son SAU ou par son UPATOU, il appartient au personnel de ce service ou de cette unité d'orienter la personne détenue vers l'établissement de santé adapté le plus proche, en mesure de la prendre en charge. Il en est de même en l'absence de lit disponible dans l'établissement de santé.

La durée de séjour dans l'hôpital de proximité, consécutive à cette hospitalisation urgente, n'est pas limitée dans le temps. Toutefois, dès lors que l'hospitalisation est appelée à se prolonger, un transfert vers l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) peut être envisagé. Il n'est réalisé que lorsque le médecin responsable de la prise en charge hospitalière de la personne détenue estime que son état de santé est compatible avec celui-ci. Ce transfert est également subordonné à la disponibilité de places à l'UHSI.

- L'hospitalisation programmée de très courte durée correspond à une hospitalisation en règle générale inférieure ou égale à 48 heures. Toutefois, dans certains cas exceptionnels, notamment lorsque le temps d'accès entre l'établissement pénitentiaire et l'UHSI est important, la durée d'hospitalisation peut être supérieure à 48 heures, sous réserve d'un accord conclu, sous l'égide du préfet du département⁴, entre l'établissement pénitentiaire, les forces de l'ordre et l'établissement de santé de proximité. Cet accord est formalisé sous forme d'une convention fixant la durée localement admise pour l'hospitalisation de très courte durée qui est préalablement soumise à la validation des administrations centrales.

Si le plateau technique de l'hôpital de proximité est insuffisant pour faire face à l'état de santé de la personne, il appartient au médecin de l'UCSA d'organiser l'hospitalisation de la personne détenue dans l'établissement de santé adapté le plus proche, en mesure de la prendre en charge.

Dès lors que l'établissement de santé en est doté, l'hospitalisation est réalisée dans une chambre sécurisée, si l'état de santé de la personne détenue ne requiert pas une hospitalisation en service spécialisé (réanimation par exemple). A défaut, le malade détenu est accueilli dans un service adapté à sa pathologie.

Les chambres sécurisées répondent à un cahier des charges fixé par la note du 17 mai 2001 du ministère de l'intérieur. Leur implantation doit répondre aux critères suivants : une implantation au sein des services actifs de l'hôpital, le plus près possible du plateau technique, de préférence en étage. A l'intérieur de l'unité d'hospitalisation, rien ne doit permettre d'identifier ces chambres par rapport aux autres. Leur aspect extérieur doit être banalisé. La responsabilité médicale de la prise en charge de la personne détenue incombe à un praticien de l'unité d'hospitalisation dans laquelle elle est intégrée, qui

⁴ Dans l'hypothèse où l'établissement pénitentiaire n'est pas situé dans le même département que l'établissement de santé de proximité, la convention est signée par les deux préfets.

fait appel, en tant que de besoins, à l'intervention de médecins d'autres spécialités.

I-2.2.2.2 - Les hospitalisations dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)

Les hospitalisations excédant la très courte durée ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé sont mises en œuvre dans des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) définies par l'arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

L'objectif poursuivi est de concilier les impératifs de qualité des soins et de rationalisation des escortes et des gardes des personnes hospitalisées.

A cette fin, les UHSI sont implantées dans des centres hospitaliers régionaux. La liste et la capacité d'accueil de ces unités sont fixées par l'arrêté interministériel précité, qui a prévu la création de telles unités à Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Rennes, Toulouse, Marseille. L'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) constitue le huitième pôle d'hospitalisation interrégional des patients détenus, en complémentarité avec l'UHSI implantée au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)⁵. Cet arrêté précise les aires d'attraction interrégionales des UHSI ainsi que les modalités de remboursement par l'administration pénitentiaire de la sécurisation de ces unités. Un cahier des charges fixant l'aménagement des UHSI lui est annexé.

Toutefois, ces dispositions ne font pas obstacle à l'hospitalisation des personnes détenues dans des services très spécialisés, dès lors que leur état de santé l'exige.

I-4.2 - La réduction des risques : mise à disposition d'outils de prévention et accès au traitement post-exposition au VIH

De façon générale, développer la prévention en milieu pénitentiaire, c'est favoriser un état d'esprit, une culture pour pouvoir mettre en place un projet global associant les personnes détenues, les professionnels sanitaires, sociaux et pénitentiaires, afin que chacun se sente concerné et s'implique dans le cadre d'une véritable promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

Le lien avec le milieu libre est primordial pour permettre le suivi des actions et favoriser la réussite de projets de réinsertion. Dans cette perspective, il est indispensable de repérer, de contacter et de sensibiliser les réseaux susceptibles de constituer d'éventuels relais à la sortie.

En matière de réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu pénitentiaire, il est important que les équipes sanitaires et pénitentiaires se reportent aux recommandations du rapport de la mission Santé-Justice (2000) et du rapport Delfraissy (2002).

Ces recommandations reprennent, en les commentant, les actions préconisées antérieurement :

- la mise à disposition des préservatifs : conformément aux dispositions de la circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire, des préservatifs accompagnés de lubrifiant doivent être mis à la libre disposition des personnes détenues. Si l'UCSA est un lieu privilégié pour cette mise à disposition, elle n'en a cependant pas l'exclusivité : d'autres modalités d'accès aux préservatifs doivent être prévues localement, avec le souci de discrétion inhérent à ce mode de prévention.
- la distribution d'eau de Javel : en milieu pénitentiaire, elle est titrée à 12° chlorométrique, comme le préconise la circulaire précitée au paragraphe précédent. La distribution doit être accompagnée d'une information plus complète, de la part de l'équipe sanitaire, notamment sur le mode d'emploi permettant de réduire les risques de transmission d'infections virales par voie sanguine. La prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse doit rester une priorité. Si des pratiques de tatouage et de percing existent, elles doivent également bénéficier d'actions de prévention.
- les traitements post-expositions au VIH : le dispositif mis en place dans l'établissement pénitentiaire doit pouvoir répondre à des situations d'urgence concernant les personnels pénitentiaires et sanitaires. Les procédures applicables sont celles définies :
 - par la circulaire du ministère de la justice du 15 juillet 1997, pour les personnels pénitentiaires ;
 - par la circulaire n° 739 DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996, pour les personnels sanitaires et pénitentiaire.

Pour les personnes détenues, la circulaire DGS/DH/DRT/DSS/SD6 A n° 2003-165 du 2 avril 2003, prévoit que l'identification des procédures applicables fasse l'objet d'une concertation locale faisant intervenir les DDASS, les CISIH et les médecins intervenant dans les UCSA, afin que les personnes détenues aient accès si besoin aux urgences hospitalières pour la prescription ou la dispensation d'un traitement anti-rétroviral après exposition au VIH.

Par ailleurs la circulaire DGS/DH/DRT n°99-680 du 8 décembre 1999 décline les recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.

- l'activité de coiffure : l'attention des équipes pénitentiaires et sanitaires doit être plus particulièrement attirée sur l'hygiène et les pratiques de décontamination du matériel de coiffure (cf. chapitre I § 3.6.5).

Chapitre II

Prise en charge de la santé mentale des personnes détenues

La prise en charge de la santé mentale des personnes détenues est confiée au service public hospitalier depuis la parution du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, instituant les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Le dispositif de prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire a fait l'objet de renforcements successifs de moyens depuis la mise en œuvre de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Cependant, ce dispositif ne répond qu'incomplètement aux besoins de santé mentale qui sont majeurs en milieu pénitentiaire. Cette situation a notamment été dénoncée par les rapports parlementaires de juillet 2000 sur l'état des prisons françaises, ainsi que par le rapport d'évaluation de l'organisation des soins aux personnes détenues de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des services judiciaires de juin 2001.

C'est pourquoi les axes d'amélioration suivants ont été fixés dans le domaine de la santé mentale :

- augmentation et diversification des activités ambulatoires ;
- meilleure prise en compte des besoins d'hospitalisation pour motif psychiatrique ;
- amélioration de la coordination des équipes psychiatriques avec les UCSA ;
- développement de la prise en charge pluridisciplinaire, notamment des personnes détenues présentant un risque suicidaire, des personnes détenues auteurs d'infraction à caractère sexuel atteintes de troubles mentaux en lien avec l'infraction commise et de celles présentant des comportements addictifs.

En matière d'hospitalisation pour trouble mental des personnes détenues, des dispositions ont d'ores et déjà été prises dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice qui prévoit d'importantes évolutions en ce qui concerne leur encadrement juridique et leur organisation.

A terme, toutes les hospitalisations seront réalisées en établissement de santé.

II-1- Les besoins en santé mentale en milieu pénitentiaire

Les besoins en santé mentale en milieu pénitentiaire sont décrits au travers de données disponibles relatives :

- à la santé mentale de la population pénale (enquête de 1997 sur la santé des entrants en prison et enquête de 2001 dans les établissements pénitentiaires disposant de services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ;

- aux troubles addictifs dans la population pénale ;
- au suicide en milieu pénitentiaire ;
- aux troubles mentaux chez les auteurs d'infractions sexuelles.

II-1.1- Données relatives à la santé mentale de la population pénale

Des données relatives à la prévalence des troubles mentaux parmi la population carcérale sont disponibles à travers deux enquêtes portant, la première, sur tous les entrants en maison d'arrêt en 1997⁹ venant de l'état de liberté, la seconde, sur les entrants (y compris après transferts) et sur les personnes suivies sur un mois en 2001, dans les 26 établissements pénitentiaires disposant d'un service médico-psychologique régional SMPR¹⁰. Le champ de ces enquêtes reste limité. C'est pourquoi, une étude épidémiologique globale sur la santé mentale des personnes détenues (prévalence des troubles mentaux, facteurs de décompensation à court terme et à long terme) est en cours (les premiers résultats sont attendus au 1^{er} semestre 2004).

II-1.1.1- Santé mentale des entrants en prison

Une enquête réalisée en 1997 par les médecins généralistes des UCSA montrait qu'un pourcentage élevé des entrants en prison souffrait de troubles mentaux. Cette proportion était estimée dans une fourchette de 14 à 25 % chez les hommes et jusqu'à 30 % chez les femmes.

L'enquête conduite en 2001 dans les établissements pénitentiaires disposant d'un SMPR réalisée par les médecins psychiatres de ces services faisait apparaître que plus d'un entrant sur deux présentait un trouble psychiatrique patent. Les symptômes repérés sont les suivants :

- l'anxiété chez 27 % des entrants ;
- les troubles addictifs chez 27% ;
- les troubles psychosomatiques et les troubles des conduites chez 21% ;
- les symptômes de dépression chez 16% ;
- les symptômes liés à la déficience chez 12% ;
- les symptômes touchant à la psychose chez 10%.

Sur une échelle graduée, les psychiatres considèrent comme très forts : 25 % des troubles des conduites, 15% des troubles anxieux et 12% des dépressions.

Les femmes entrant en détention présentent un peu plus fréquemment des troubles mentaux que les hommes. Néanmoins, à l'instar de la population générale, les troubles anxio-dépressifs sont beaucoup plus présents puisqu'ils concernent 67% de ces femmes, leur intensité étant jugée très forte chez 18,5% d'entre elles.

Les mineurs (5% des entrants) présentent moins de troubles mentaux (36% d'entre eux contre 55%). Les symptômes les plus fréquents sont les conduites antisociales, la pauvreté des centres d'intérêt, l'impulsivité et l'anxiété.

⁹ Etudes et résultats-n°4 du 4 janvier 1999 - « La santé en prison : un cumul de risque » - DREES

¹⁰ Etudes et résultats - n°181 de juillet 2002 « la santé mentale et suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR » - DREES-GFEP

Concernant un suivi psychiatrique antérieur à l'incarcération dans l'établissement concerné, l'enquête menée en 2001 souligne qu'un entrant sur cinq a déjà été suivi par le secteur de psychiatrie générale ou par un SMPR ; cette proportion atteint 33% des entrants chez lesquels un trouble a été repéré.

II-1.1.2 - Les caractéristiques psychiatriques des personnes détenues prises en charge par les SMPR¹¹

Parmi les personnes prises en charge par les SMPR sur le mois de juin 2001, exception faite des troubles addictifs évoqués ci-dessous, un tiers présente des troubles de la personnalité, 12% environ des troubles névrotiques et anxieux et 8,1% souffrent d'une psychose dont la moitié d'une schizophrénie. La file active des SMPR se différencie nettement de celle des secteurs de psychiatrie générale où les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur représentent respectivement 36% et 10% des hommes pris en charge¹².

Les femmes prises en charge par les SMPR en 2001 souffraient moins de troubles de la personnalité que les hommes (23% contre 35%), et présentaient respectivement pour 15% et 13% d'entre elles des troubles névrotiques et anxieux et des troubles de l'humeur.

Chez les mineurs pris en charge, les troubles du comportement apparus dans l'enfance et les troubles de la personnalité et du comportement sont les plus fréquents.

II-1.2 - Les addictions

En 1997, un peu plus d'un tiers des entrants déclarent une consommation excessive d'alcool, 32% une utilisation prolongée et régulière de drogues au cours des 12 mois précédant l'incarcération, 12% déclarent avoir utilisé une fois dans leur vie de la drogue par voie intraveineuse et 6,2% des entrants dans les 12 mois précédant l'incarcération. En outre, on observe au moins deux consommations à risque, régulières et prolongées chez presque un entrant sur trois (drogues, alcool, tabac).

L'enquête menée en 2001 dans les établissements disposant d'un SMPR montre que parmi les troubles mentaux, les troubles addictifs (tendances addictives et consommation d'alcool) constituent la deuxième catégorie de troubles présente à l'entrée en détention (27% des entrants). Lorsqu'un trouble addictif est identifié chez un entrant, il est jugé important chez près de la moitié d'entre eux.

On constate une forte comorbidité psychiatrique associant troubles mentaux et dépendances. Ainsi, les troubles psychiatriques associés aux troubles addictifs sont principalement les troubles des conduites et l'anxiété (48 et 46% des entrants présentant un trouble addictif), mais également les psychoses et la dépression (21 et 20% de ces entrants).

Parmi les personnes détenues prises en charge par les SMPR, un quart des personnes détenues ont un diagnostic de dépendance aux substances toxiques, dont un tiers d'entre elles une dépendance à l'alcool. Le diagnostic est équivalent chez les femmes et chez les hommes qui présentent néanmoins un peu plus de dépendance à l'alcool.

¹¹ op cit

¹² Boisguérin, Casadebaig, Quémada, « Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques privées et les établissements de post-cure - mars 1998 »

II-1.3 - La fréquence élevée du nombre de suicides et les facteurs de risque

En 2001 et en 2002, 104 et 122 personnes détenues se sont suicidées. La France fait partie des pays d'Europe où le taux de suicide en prison est le plus élevé (il est 6,4 fois plus élevé que dans la population générale). Des moments et des facteurs favorisant le passage à l'acte ont été identifiés¹³. L'enquête menée en 2001 indique que les idées de suicide exprimées par les personnes détenues à l'entrée en détention sont notamment corrélées à l'anxiété dans plus de 90% des cas, à l'impulsivité dans 63% des cas et à des tendances addictives pour 55%. Près de 40% des personnes détenues exprimant des idées suicidaires avaient déjà bénéficié d'un suivi antérieur en psychiatrie.

On observe que le risque de suicide augmente avec l'âge. Contrairement à ce que l'on observe en population générale, le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants constitue un facteur de risque accru en détention. Les personnes écrouées, et notamment prévenues, pour atteinte volontaire contre les personnes ou pour crime ou délit à caractère sexuel constituent plus des deux tiers des personnes qui se sont suicidées en détention.

Les études pointent des périodes de particulière vulnérabilité telles que la nuit, les fins et les débuts de semaine et certaines phases de la détention particulières telles que la période de l'entrée en détention, la période correspondant au jugement, ou dans une moindre mesure la période précédant la libération. En outre, le placement au quartier disciplinaire est un moment particulièrement à risque puisque entre 10 et 17% des suicides y ont lieu.

II-1.4 - Les auteurs d'infractions à caractère sexuel

Les auteurs d'infractions à caractère sexuel représentent depuis quelques années près d'un quart des personnes détenues. Toutefois tous ne relèvent pas d'une prise en charge psychiatrique. Celle-ci est subordonnée à une indication médicale et au consentement du patient. Des données plus précises sur la proportion des auteurs d'agression sexuelle présentant une pathologie mentale en lien avec l'agression seront apportées par l'étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues citée au § 1.1 et le suivi ultérieur de la file active des auteurs expertisés.

Il est important de rappeler qu'à un type d'agression donné ne correspond pas une catégorie clinique psychiatrique spécifique. « Les troubles du comportement sexuel correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des « solutions défensives » par rapport à des angoisses majeures concernant le sentiment identitaire, elles-mêmes consécutives à des carences fondamentales de l'environnement primaire au cours de la petite enfance¹⁴ ». Ces charges anxieuses génèrent un passage à l'acte de la personne qui peut être particulièrement agressif.

II-2 - Organisation des soins psychiatriques et réponse aux besoins de santé mentale des personnes détenues

Comme pour les soins somatiques, cette organisation a pour objectif :

¹³ Etude de N. BOURGOIN - « La mortalité par suicide en prison » - Revue d'épidémiologie et de santé publique-Masson-1993

¹⁴ Texte des recommandations longues élaborées par le Jury de la conférence de consensus « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » - 21 et 22 novembre 2001.

- de favoriser l'accès aux soins des personnes détenues ;
- de dispenser aux personnes détenues des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale ;
- d'assurer la continuité des soins à l'occasion des transferts et à l'issue de l'incarcération.

Seront successivement examinées :

- les prestations de prévention et de soins nécessaires ;
- la réponse assurée par le dispositif actuel ;
- les limites et les perspectives d'évolution.

II-2.1 - Les prestations de prévention et de soins nécessaires

Les personnes détenues doivent bénéficier de prestations diversifiées : actions de prévention, notamment sous forme d'un entretien d'accueil, prises en charge en soins ambulatoires, à temps partiel, en hospitalisation de jour et en hospitalisation complète (à l'instar de celles proposées pour la population générale par les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile).

Les mineurs

Une attention particulière doit être apportée à la prise en charge des mineurs. Cette population pose des problèmes spécifiques du fait de :

- la difficulté à établir une relation thérapeutique avec eux ;
- la courte durée de l'incarcération pour la majorité d'entre eux ;
- la nécessaire adaptation des approches thérapeutiques pour les rendre attractives, au travers de supports tels que le sport, l'informatique, la vidéo, le théâtre, des ateliers de médiation et d'expression qui leur sont indispensables ;
- la nécessité de tenir compte des exigences d'enseignement et de formation ;
- la multiplicité des intervenants auprès de cette population.

La prise en charge sanitaire des mineurs, structurée en fonction des organisations locales doit privilégier des formes d'approche coordonnées entre d'une part, les équipes psychiatriques et les UCSA et d'autre part, les personnels pénitentiaires (établissements et SPIP), les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) en lien avec le cas échéant, les travailleurs sociaux extérieurs (aide sociale à l'enfance...). Une attention particulière doit être portée au projet de sortie.

Il est particulièrement nécessaire que, dans les établissements pénitentiaires disposant d'un quartier pour mineurs, les personnels de l'UCSA, du SMPR et du secteur de psychiatrie intervenant

dans l'établissement s'associent à la démarche d'un travail pluridisciplinaire en coordination avec les autres intervenants.

Il s'agit d'offrir aux mineurs en détention une prise en charge cohérente, sans pour autant méconnaître la nécessité de préserver un domaine d'intervention spécifique aux personnels soignants ainsi que les exigences liées au secret médical. L'existence d'une équipe stable représentative des différents services mobilisés pour assurer la prise en charge des mineurs incarcérés est un élément déterminant s'agissant d'instaurer une dynamique de parcours en détention, notamment dans la perspective de la sortie.

Il convient dès lors d'identifier au sein de l'équipe sanitaire un ou plusieurs référents pour le quartier des mineurs chargés d'assurer la cohérence des prises en charge soignantes et de participer au travail pluridisciplinaire.

Les personnels soignants pourront utilement se référer au guide du travail auprès des mineurs en détention.

Les femmes

Il est à noter que si les femmes ne représentent que 4% de la population pénale, le dispositif de soins doit les concerner tout autant et également leur offrir des prestations diversifiées et adaptées.

La prise en charge des femmes détenues implique plus particulièrement la prise en compte de l'intrication des symptômes psychiatriques avec leur problématique sociale, affective et familiale.

En cas de grossesse durant l'incarcération, le suivi psychologique doit s'effectuer le plus précocement possible en concertation avec les professionnels de la naissance impliqués et en partenariat avec tous les services concernés (PMI, ASE...), plus particulièrement en cas d'antécédents de maltraitance sur d'autres enfants.

D'une manière générale, afin d'assurer une prise en charge globale de la personne détenue, la mise en œuvre des prestations psychiatriques implique une étroite collaboration des équipes compétentes avec celle de l'UCSA. Elle s'articule avec les partenaires sanitaires et sociaux extérieurs (centres spécialisés de soins aux toxicomanes - CSST, centres de cure ambulatoire en alcoologie - CCAA...) et se réalise en lien avec les personnels pénitentiaires des établissements et ceux des services pénitentiaires d'insertion et de probation. Ces coordinations sont particulièrement importantes afin d'assurer un suivi global des personnes détenues et d'élaborer un projet de sortie cohérent (cf. Ch. III § 2). Elles concernent plus particulièrement la prévention du suicide, la prise en charge des addictions, les auteurs d'infractions à caractère sexuel et la promotion de la santé mentale.

II-2.1.1 - Les actions de prévention en santé mentale

II-2.1.1.1 - L'entretien d'accueil et la demande de soins

Toutes les personnes détenues doivent bénéficier dans les premiers jours de l'incarcération d'un entretien d'accueil avec un membre de l'équipe psychiatrique intervenant dans l'établissement pénitentiaire, afin de :

- permettre le repérage précoce des troubles psychiques des entrants et de mettre en œuvre les soins adaptés à leur état ;
- faire connaître à la personne détenue les prestations psychiatriques offertes au sein de l'établissement pénitentiaire dans le souci notamment de favoriser une éventuelle demande de soins. Cette demande peut non seulement être formulée par la personne détenue elle-même, ou par toute personne agissant dans son intérêt, mais aussi par le personnel pénitentiaire en charge non seulement de retransmettre les demandes de soins dont il pourrait être saisi à l'occasion de son travail auprès des personnes détenues, mais aussi de réaliser tout signalement, au service médical, de situations lui paraissant relever d'une prise en charge psychiatrique ;
- prendre contact avec l'équipe soignante extérieure, le cas échéant.

Une attention particulière devra être portée aux personnes détenues signalées par le juge d'instruction par le biais de la notice individuelle comme nécessitant un examen psychiatrique urgent (art. D. 32-1 et D. 55-1 du CPP).

II-2.1.1.2 - Les autres actions de prévention

Le développement de la prévention primaire repose sur des intervenants qui n'appartiennent pas nécessairement à l'équipe de soins mais peuvent être des personnels pénitentiaires d'insertion et de probation ou des professionnels extérieurs. L'offre d'activités aux personnes détenues sous la forme d'activités culturelles ou socio-culturelles, de formations ou d'enseignements et de travail participe à la prévention primaire des troubles mentaux parmi la population incarcérée visant à éviter la dégradation de la santé mentale. Cette offre d'activités doit également être envisagée pour les personnes détenues souffrant de troubles mentaux afin de favoriser leur réadaptation.

Les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier d'actions d'éducation pour la santé mentale ou de programmes de promotion de la santé mentale développés avec l'appui des équipes de soins psychiatriques ou par ces dernières.

II-2.1.2 - Les soins ambulatoires et les prises en charge à temps partiel

Ils comprennent, comme dans la population générale :

- des consultations, des traitements médicamenteux et des entretiens individuels ou de groupe à visée psychothérapique. Les consultations sont réalisées, soit à la demande de la personne détenue, soit après examen par un médecin de l'UCSA, soit à la suite d'un signalement par le personnel pénitentiaire ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue ;
- des activités thérapeutiques à temps partiel (de type centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) orientées vers les relations du patient à autrui et la reconstruction de son autonomie au travers de divers modes d'expression ;

- des activités d'atelier thérapeutique qui mettent plus spécifiquement en œuvre des soins de réadaptation dans le but de rechercher et de potentialiser les capacités socio-professionnelles des patients ;
- des hôpitaux de jour assurant des soins polyvalents individualisés et intensifs qui impliquent un personnel suffisant et diversifié. Ce type de prise en charge repose sur des projets et des protocoles thérapeutiques clairement définis ;
- des entretiens familiaux ou des psychothérapies systémiques ou familiales. Ils peuvent également être réalisés pour un mineur ou dans le cadre de la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle. Dans tous les cas, la situation individuelle de chaque personne détenue sera prise en compte, en concertation avec les autorités judiciaires et pénitentiaires, pour l'autorisation et l'organisation de ces rencontres.

II-2.1.3 - L'hospitalisation

L'accès à une hospitalisation complète doit être assuré, chaque fois qu'elle est indiquée, dans des conditions garantissant la qualité des soins et la sécurité, qu'il s'agisse d'une hospitalisation librement consentie ou en cas de troubles mentaux rendant impossible le consentement et constituant un danger pour la personne elle-même ou pour autrui.

II-2.2 - La réponse assurée par le dispositif actuel

L'organisation et le fonctionnement du dispositif créé par le décret sus-mentionné du 14 mars 1986 sont précisés par l'arrêté du 14 décembre 1986, modifié par l'arrêté du 10 mai 1995, relatif au règlement intérieur type fixant l'organisation SMPR relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Ce dispositif s'appuie sur une organisation sectorielle spécifique, étroitement articulée avec les autres secteurs de psychiatrie. Cette organisation implique :

- les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, dont le pivot est le SMPR ;
- les secteurs de psychiatrie générale dans les établissements pénitentiaires non pourvus de SMPR ou d'antenne de SMPR ;
- les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, quand la population à prendre en charge le justifie, en coordination avec les secteurs précités.

Chaque région pénitentiaire est couverte par un ou plusieurs SMPR. Il y en a 26 en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire est placé sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, chef de service ou de département. Il a la responsabilité de :

- diriger un SMPR, service hospitalier implanté au sein d'un établissement pénitentiaire ;
- coordonner les prestations notamment par une mission de conseil et d'animation de réflexions auprès des équipes de psychiatrie générale et infanto-juvénile intervenant dans les établissements pénitentiaires de ce secteur ;

- promouvoir la formation des différents acteurs de santé mentale.

Les modalités d'interventions psychiatriques en milieu pénitentiaire sont fixées dans le cadre de protocoles. Lorsque les soins somatiques sont délivrés par le même établissement de santé que les soins psychiatriques, ce protocole est unique et doit être conforme à l'annexe A. Dans les autres cas, il doit être conforme à l'annexe B en ce qui concerne l'établissement pénitentiaire siège d'un SMPR ou à l'annexe C en ce qui concerne les prestations psychiatriques dispensées par un secteur de psychiatrie générale. Ces protocoles précisent les modalités de coordination avec l'établissement chargé des soins somatiques et l'UCSA.

II-2.2.1 - Les soins ambulatoires et à temps partiel en milieu pénitentiaire

Les textes en vigueur définissent deux niveaux de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire :

- les soins intensifs relèvent des SMPR ;
- les soins courants sont réalisés par les secteurs de psychiatrie générale locaux ;
- les secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles interviennent dans les établissements pénitentiaires qui accueillent des mineurs ou des femmes avec leurs enfants.

II-2.2.1.1 - Le SMPR

Le SMPR constitue le lieu d'accueil pour des soins librement consentis, intensifs, en ambulatoire, à temps partiel mais aussi en hospitalisation (cf.§ 2.2.2) pour les personnes détenues de l'ensemble des établissements pénitentiaires de son secteur.

Ainsi, à la demande d'un médecin intervenant dans un établissement pénitentiaire du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et après accord d'un psychiatre du SMPR, une personne détenue peut faire l'objet, après accord pour les prévenus de l'autorité judiciaire en charge et avis du juge de l'application des peines pour les condamnés, d'un transfert dans un établissement pénitentiaire siège de SMPR, non seulement pour y être hospitalisée mais aussi pour y recevoir des soins ambulatoires ou bénéficier d'une prise en charge à temps partiel. Le transfèrement relève de l'administration pénitentiaire qui organise dans les meilleurs délais et à l'issue des soins, le retour dans l'établissement pénitentiaire, ou, sur proposition du psychiatre du SMPR, dans un autre établissement pénitentiaire. Cette dernière décision est soumise aux autorités judiciaires et administratives compétentes.

Afin de répondre à sa mission de soins intensifs, le SMPR propose l'ensemble des activités de soins ambulatoires et de prise en charge à temps partiel décrites au § 2.1.2 :

- consultations et entretiens individuels ou de groupe ;
- activités thérapeutiques à temps partiel ;
- ateliers thérapeutiques ;
- hospitalisations de jour.

Le SMPR assure également, en lien avec l'UCSA, les actions de prévention et de soins courants au bénéfice des personnes détenues de son établissement d'implantation.

Des locaux spécifiques lui sont affectés dans l'établissement où il est implanté, conformément aux dispositions de l'article D. 372 du CPP. Toutefois, il est recommandé, chaque fois que possible, que ces locaux soient attenants et communicants avec ceux de l'UCSA. Il dispose d'un secrétariat qui lui est propre.

II-2.2.1.2 - Les antennes des SMPR

L'équipe du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire peut également intervenir dans un autre établissement pénitentiaire de son secteur, en constituant une antenne du SMPR se substituant ainsi au secteur de psychiatrie générale local. Lorsque l'équipe du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire intervient dans une antenne du SMPR, elle délivre uniquement des prestations ambulatoires et/ou une prise en charge à temps partiel : consultation, activité à temps partiel, voire hospitalisation de jour.

II-2.2.1.3 - Les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile

Dans les établissements pénitentiaires non dotés d'un SMPR ou d'une antenne de SMPR, les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont dispensés par les secteurs de psychiatrie générale. Les équipes du secteur interviennent dans les locaux des UCSA pour les consultations. Pour les activités thérapeutiques, d'autres locaux peuvent être mis à leur disposition par l'administration pénitentiaire.

L'intervention auprès des mineurs est assurée par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Il en va de même pour l'accompagnement psychologique des très jeunes enfants¹⁵ demeurant auprès de leur mère détenue.

II-2.2.1.4 - L'adaptation du régime de détention

Les soins en milieu pénitentiaire s'inscrivent dans un projet thérapeutique spécifique et peuvent nécessiter des conditions particulières. A cet effet, l'article 18 de l'arrêté du 14 décembre 1986 modifié prévoit que le régime commun de détention dans les établissements pénitentiaires dotés de SMPR peut être adapté à chaque patient :

- dans les locaux du SMPR, sur décision médicale et en l'absence d'avis contraire du chef d'établissement pénitentiaire préalablement informé ;
- hors de ces locaux, par le chef de l'établissement pénitentiaire, dans l'intérêt de la personne détenue et sur proposition d'un psychiatre du service.

Dans les établissements non pourvus de SMPR, les mêmes dispositions peuvent être prises en application de l'article D. 382 du CPP (3ème et 4ème alinéas) qui prévoit la possibilité, sur avis médical, de modifier ou d'aménager le régime pénitentiaire si l'état de santé de la personne détenue le justifie.

II-2.2.2 - L'hospitalisation

¹⁵ Il convient de préciser que le travail thérapeutique entrepris avec l'enfant qui se trouve dans l'établissement pénitentiaire auprès de sa mère, ne s'effectue pas au titre des soins aux personnes détenues, mais des missions générales des secteurs.

En application des dispositions du 1° de l'article R. 711-19 du CSP, l'hospitalisation pour trouble mental d'une personne détenue peut être réalisée :

- en cas de consentement aux soins : dans un SMPR ;
- en l'absence de consentement aux soins : en hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité à recevoir des malades mentaux hospitalisés sous contrainte, conformément aux dispositions de l'article D.398 du CPP.

A cet égard, on dispose des données suivantes :

- une enquête, un jour donné, réalisée en février 2003, a mis en évidence que le nombre de patients hospitalisés en SMPR s'élevait à 283, pour une capacité de 412 lits installés, soit un taux d'occupation de 69% ;
- en 2001, il y a eu 1317 hospitalisations d'office de personnes détenues en établissement de santé, alors qu'en 1994 elles étaient proches d'une centaine. Elles ont donné lieu en 2001 à 60370 journées d'hospitalisation, correspondant à l'occupation permanente de 165 lits (enquête DHOS – février 2003) ; il convient de relever qu'en 2002, il y eu 1621 hospitalisations d'office.
- une enquête, un jour donné, réalisée auprès de unités pour malades difficiles (UMD), en mars 2003 a montré qu'elles accueillait 61 personnes détenues, soit 17,6% des présents.

II-2.2.2.1 - Hospitalisation en SMPR

Les SMPR comportent en règle générale une unité destinée à accueillir en hospitalisation les personnes détenues qui consentent aux soins. On désigne par hospitalisation au SMPR, l'admission et la prise en charge psychiatrique dans une unité d'hébergement spécifique située à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire.

Les procédures d'admission dans le SMPR et de sortie de ce service sont définies par l'article 13 de l'arrêté précité du 14 décembre 1986 modifié, relatif au règlement intérieur type :

- l'admission est prononcée, avec le consentement de la personne détenue, par le directeur de l'établissement de santé de rattachement, sur proposition d'un médecin du service. Dans le cas d'une personne détenue provenant d'un autre établissement pénitentiaire, l'hospitalisation dans le SMPR est demandée par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire d'origine, conformément aux dispositions de l'article 15 de l'arrêté précité ; elle nécessite l'accord du psychiatre du SMPR. Le transfèrement est ordonné par l'autorité pénitentiaire compétente. En outre, pour un prévenu, l'autorité judiciaire doit avoir donné un accord préalable ; pour les condamnés, c'est le juge de l'application des peines qui doit donner son avis.
- la sortie du service est également prononcée par le directeur de l'établissement de santé, sur proposition d'un médecin du service. Dès lors que l'état de santé de la personne détenue ne nécessite plus son maintien en hospitalisation dans le SMPR, le directeur de l'établissement de santé informe l'administration pénitentiaire qui organise son retour en détention ordinaire et le cas échéant, son transfert dans les meilleurs délais vers l'établissement pénitentiaire d'origine, ou dans un autre établissement pénitentiaire, après accord pour les prévenus de l'autorité judiciaire

compétente ou avis du juge de l'application des peines pour les condamnés.

Le tableau de service des personnels infirmiers doit être élaboré de façon à garantir une répartition optimale des présences infirmières sur un maximum d'amplitude horaire, y compris les samedis, dimanches et jours fériés.

L'unité d'hospitalisation des personnes détenues au sein du SMPR doit bénéficier d'un système de garde ou d'astreinte psychiatrique qui relève de l'établissement de santé de rattachement du SMPR.

Cette unité comporte en majorité des cellules individuelles et seulement quelques cellules doubles.

Chaque SMPR dispose d'un règlement intérieur qui lui est propre et qui est annexé au règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire au sein duquel il est implanté. Ce règlement intérieur établi par la direction de l'établissement de santé doit être approuvé par le directeur régional des services pénitentiaires et par le chef d'établissement pénitentiaire concernés, conformément aux arrêtés du 14 décembre 1986, du 3 janvier 1987 et du 10 mai 1995. Les personnes détenues admises en SMPR sont soumises au régime commun de détention, mais celui-ci est susceptible d'être modifié, le cas échéant, par le responsable du SMPR en accord avec le chef d'établissement pénitentiaire.

Le rôle des personnels de surveillance affectés dans les SMPR s'inscrit pleinement dans le cadre de leur mission d'accompagnement des personnes détenues dans leur parcours de détention. Ainsi, cet accompagnement pénitentiaire se poursuit même en cas de séjour prolongé au SMPR. Il est souhaitable que ces personnels de surveillance, dans la mesure du possible, aient bénéficié d'une formation d'initiation aux problématiques de santé mentale, ou bien, a minima, d'une information préalable sur ces questions et sur la mission de ce service hospitalier.

Dans l'exercice de leurs fonctions, ces personnels de surveillance tiennent le plus grand compte de la spécificité des malades détenus qui sont pris en charge par le SMPR, et respectent le caractère médical de ce lieu de soins.

Ils remplissent leur mission habituelle de sécurité et de garde, et représentent clairement la mise en œuvre du mandat de justice au sein de ce service.

Ils témoignent d'un souci particulier pour que leurs interventions aient lieu en harmonie avec le fonctionnement d'un service médical.

Ils peuvent être amenés à établir des rapports d'incidents en cas de commission de fautes disciplinaires, et à intervenir afin de prévenir les troubles à l'ordre interne ou pour les faire cesser.

Il est de leur responsabilité de collaborer étroitement avec les personnels sanitaires afin de garantir la complémentarité utile de leurs missions respectives dans l'intérêt tant des personnes détenues que des personnels eux-mêmes.

Ils sont appelés à tenir une place déterminante dans l'articulation entre le SMPR et l'établissement pénitentiaire qui en est le siège, informant et sensibilisant leurs collègues pénitentiaires sur les logiques et les préoccupations sanitaires propres au SMPR d'un côté, rendant témoignage aux personnels sanitaires de la mission de justice par leur présence et leur action quotidienne de l'autre.

II-2.4.4.2 - La prise en charge des addictions

Les consommations abusives ou les dépendances aux substances psychoactives concernent un nombre considérable de personnes détenues (cf. § 1.2 du présent chapitre). La prise en charge des addictions en constitue d'autant plus un axe essentiel de travail recoupant les objectifs sanitaires et pénitentiaires.

La note interministérielle Santé/Justice du 9 août 2001 précise les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Elle est accompagnée d'un cahier des charges définissant les rôles respectifs des services sanitaires (UCSA, SMPR ou équipes de psychiatrie, CSST, CCAA) et pénitentiaires.

La multiplicité des services concernés nécessite une coordination de l'ensemble des acteurs autour d'un projet animé par le responsable de projet choisi parmi les personnels sanitaires intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

Il convient de mettre en œuvre les orientations ci-dessous rappelées, telles qu'elles ont été définies dans cette note et le cahier des charges qui lui est annexé.

II-2.4.4.2.1 - Le repérage systématique de toutes les situations d'abus et de dépendance par la mise en place d'un outil d'appréciation de la dépendance et de l'abus.

Le repérage des personnes dépendantes doit être réalisé par les services sanitaires de l'établissement pénitentiaire dès le début de l'incarcération. Il est effectué par l'UCSA lors de la visite médicale obligatoire d'entrée.

Lorsqu'une consommation abusive ou une dépendance est identifiée par le SPIP, celui-ci informe la personne détenue des possibilités de prise en charge socio-sanitaire au sein de l'établissement pénitentiaire. Avec l'accord de celle-ci, le SPIP signale la situation aux services sanitaires.

Le personnel de surveillance ou tout autre intervenant informe les services sanitaires ou le SPIP des problèmes de consommation abusive ou de dépendance observés chez toute personne détenue.

Au moment de l'écrou, et à chaque fois qu'il le juge utile, le chef d'établissement ou son représentant expose la réglementation relative à la consommation de toute substance psycho-active (drogues, alcool, médicaments et tabac) et informe la personne détenue des possibilités de prise en charge socio-sanitaire au sein de l'établissement pénitentiaire.

II-2.4.4.2.2 - Diversification des prises en charge

Quand les personnes sont repérées comme à risque ou dépendantes et pour qu'une prise en charge sanitaire et sociale cohérente se mette en place, les services sanitaires de l'établissement

s'assurent, avec l'accord de l'intéressé, et dans le respect du secret médical, qu'un relais adapté est pris par le centre spécialisé concerné intervenant dans l'établissement pénitentiaire et par le SPIP.

Il convient d'assurer une diversification des modalités de prise en charge (il peut s'agir d'une première proposition de soins) afin de proposer :

- une prescription de substitution ;
- un traitement médicamenteux dans un but de sevrage ;
- une consultation spécialisée d'addictologie.

En tout état de cause, il convient de proposer systématiquement la possibilité d'une poursuite d'un traitement de substitution dûment confirmé.

Les personnes dépendantes au tabac désirant un sevrage doivent avoir accès au traitement d'aide à l'arrêt.

II-2.4.4.2.3 - Proposition d'une prise en charge adaptée aux besoins de la personne.

Cette prise en charge s'effectue selon des modalités diverses non exclusives les unes des autres (consultations spécialisées régulières, activités de groupe).

Il est important d'inciter la personne détenue à s'engager dans la réalisation d'un projet individuel cohérent et réaliste en tenant compte d'une part, de sa situation sanitaire, sociale, familiale et pénale (prévenu, condamné, courte peine, longue peine) et d'autre part, des possibilités offertes au sein de l'établissement pénitentiaire (prise en charge spécialisée, activités sportives et culturelles, travail, formation professionnelle, enseignement ...).

Un travailleur social du SPIP rencontre systématiquement toute personne signalée par les acteurs sanitaires. Dans la mesure du possible, le contact de l'intéressé avec sa famille et son entourage est favorisé.

Du fait de leur savoir-faire et de leur intégration dans les réseaux extérieurs aux établissements pénitentiaires, les CSST et les CCAA sont des interlocuteurs essentiels dans la prise en charge des personnes détenues dépendantes et dans l'élaboration d'un projet individuel. Ils les accompagnent dans leur démarche de soins tout au long de la détention.

II-2.4.4.2.4 - Développer la prévention

Cette orientation se concrétise, d'une part, par des actions de réduction des risques et par des programmes d'éducation pour la santé (cf. ch.1 § 4), d'autre part, par des actions de lutte contre l'offre de substances psychoactives.

Ce second axe de prévention relève du champ de compétence des chefs d'établissements pénitentiaires mais nécessite des échanges et une coordination des actions des services sanitaires et pénitentiaires dans le respect des contraintes déontologiques et matérielles de chacun. Il s'agit, autant que possible, de limiter les entrées et les trafics de substances psychoactives en détention et d'être attentif aux demandes de personnes détenues s'engageant dans une démarche de soins, en les protégeant des pressions

de la détention.

Les personnes détenues dépendantes au tabac exprimant le souhait de s'abstenir de toute consommation doivent pouvoir solliciter l'affectation en cellule « non-fumeurs » au sein de la détention.

II-2.4.4.2.5 - Préparation à la sortie

Les modalités concernant la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt avant la date de libération définitive prévue. La préparation à la sortie doit mobiliser de façon coordonnée, en interne, les équipes sanitaires et pénitentiaires et en externe, les structures spécialisées. Les relais nécessaires doivent être mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social lors de la sortie (hébergement, soins, protection sociale...) ainsi que pour la réinsertion sociale et professionnelle. Pour les personnes prévenues, bénéficiant d'une ordonnance de mise en liberté, un support d'information sur les relais sanitaires et sociaux extérieurs doit leur être remis au moment de leur sortie.