

Troisième colloque international francophone sur le traitement de la
dépendance aux opiacés
TDO3

Migration et addiction en milieu carcéral

Dr M Benmebarek
Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires
Département de psychiatrie-CHUV

Genève
18-19 octobre 2012



Le mouvement des populations

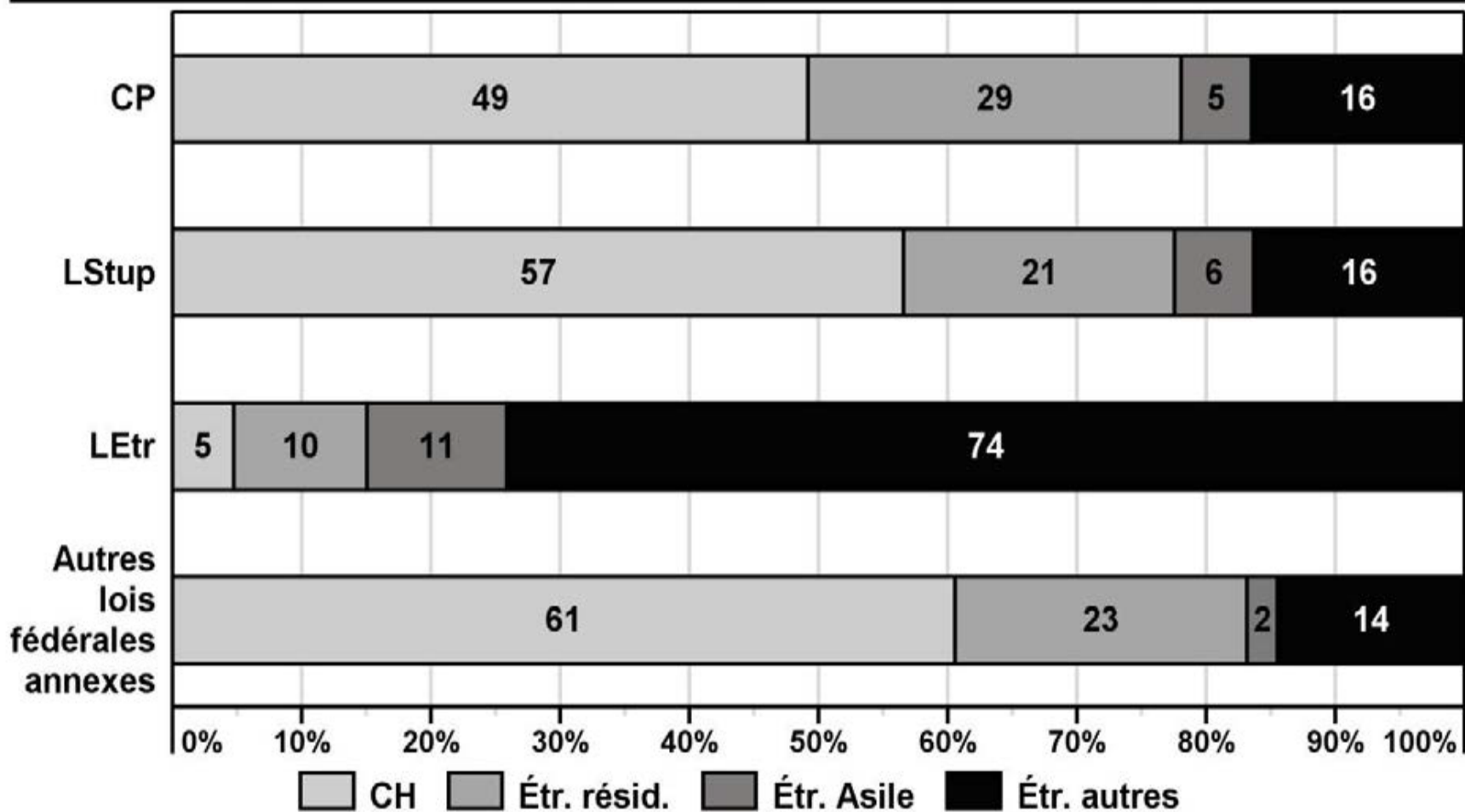
- Un phénomène naturel et massif (OIM)¹:
 - 200 millions de migrants avec 3% de croissance annuelle (2011)
 - 20 millions sans statut et 11 millions de réfugiés (2011)
- Il est multidirectionnel et global et pas exclusivement Nord-Sud
- motifs: sociaux, économiques, climatiques, conflits armés...
- objectifs: terre d'asile, d'accueil ou de passage
- Europe:
 - espace de mouvements de populations importants (72 M / 8.7% pop EU)¹
 - mouvement coïncide la fin des « trente glorieuses »:
 - Ouverture des frontières
 - montée des précarités: régression du pouvoir d'achat, durcissement des législations, errance des jeunes indigènes et vagues d'émigrants clandestins

La population étrangère en Suisse

dilemme de la migration non désirée

- Population résidente ²:
 - 21% population globale
 - 30% dans le canton de Vaud (658 659 en 2006)
- Les personnes sans droit de séjour (clandestins)³:
 - 12 000 à 15000 P Canton de Vaud (M. Valli 2003, ODM 2004):
 - Population non homogène
 - Population non criminelle (criminalité de survie ODM 2005) ³ (tab OFS) ²

Nationalité des prévenus selon la loi (CH/étrangers selon le statut de séjour)



État de la base de données: 13.2.2012

Source: SPC

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Précarité et vulnérabilité de la population clandestine

Un panel de N= 194 adultes, âge moyen 33 ans recensé selon un formulaire par L'Unité des population vulnérable (UPV) PMU-CHUV, Vaud, Suisse⁴:

- 73% cas psychiatriques
- 42% double diagnostic psychiatriques
- Comorbidités somatique et psychiatrique: 72%
- 4% toxicodépendance

- Plus de précarité et vulnérabilité dans certaines populations (tab 2)⁵:

- Évolution abrupte de la migration par vagues et sans attaches: pays de l'Est, Nord Afrique.
- Porteurs de pathologies anciennes: toxicodépendances⁶, maladies infectieuses et psychiques
- « Tourisme » / errance médicales
- Influence le paysage des drogues illicites⁶ et des dispositifs: Poly-usage anarchique, injections à risque (partage+++), rétro-toxicophilie: anticholinergiques (Artane), BZD (Rivotril)
- Associée au sentiment d'insécurité et une forme de criminalité

Détenus Balkans et Ex-URSS, Canton de Vaud, 2006 / **2007**

Source: SMPP

Recensement en 2008 de la population carcérale ci-dessous à la suite de l'afflux d'une vague de population clandestine originaire de l'Europe l'Est dans le canton de Vaud et se déclarant des nationalités* suivantes:

Albanie, Azerbaïdjan, Bielorussie, Bosnie, Bulgarie Croatie , Georgie, Hongrie, Kazakhstan, Kosovo, Lettonie, Lituanie, Macédoine, Moldavie, Montenegro, Ouzbékistan Pologne, Roumanie, Russie, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Tchéquie, Ukraine.

	Nomb Pers Nation*	Toxico dépendants	Opiacés F 11	TSO MTD	Subst SpsychA F 19	Asile	SDF	CH	F/ EU
Tot	548 / <u>535</u>	85 / <u>86</u>	15 / <u>31</u>	18 / <u>20</u>	13 / <u>15</u>	63 / <u>66</u>	79 / <u>110</u>	95 / <u>89</u>	8 / <u>20</u>

Détenus Balkans et Ex-URSS, Canton de Vaud,
Chiffres (%) relatifs aux populations citées: 2006 / 2007
Tab 2

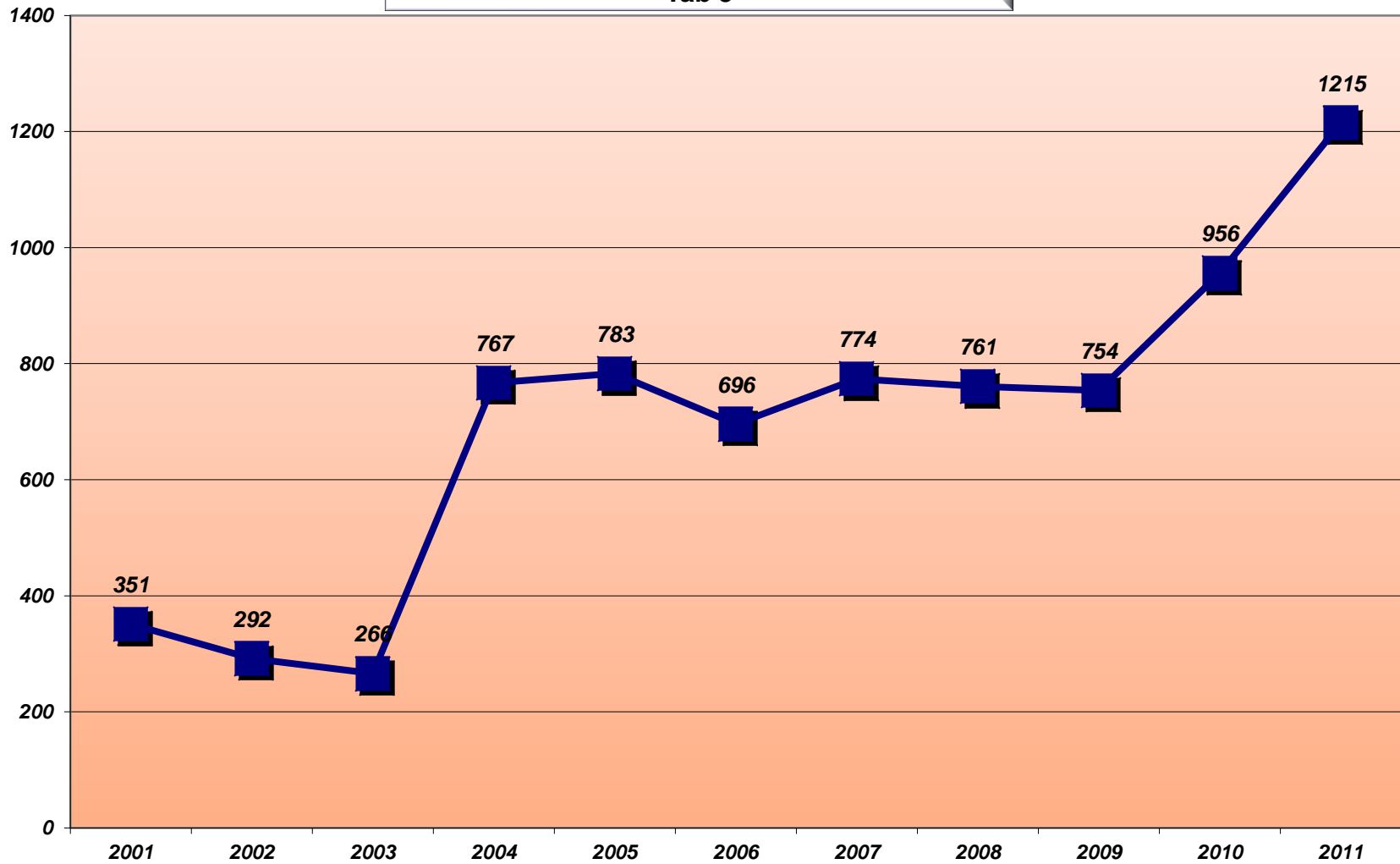
population	Nationalité d'origine	Toxicomanes	Dépendance Opiacés	Traitement méthadone	Clandestins/ Requirants asile
Géorgienne	59% / 48%	36% / 38%	47% / 49%	84% / 45%	70% / 70%
Russe	28% / 39%	11% / 19%	14% / 23%	6% / 15%	36% / 35%
Albanaise	21% / 9%	13% / 5%	0% / 7%	0% / 0%	-
Serbe	5% / 7%	9% / 9%	7% / 10%	0% / 10%	27% / 49%
Roumaine	2,7% / 0%	1,2% / 0%	0% / 0%	0% / 0%	47% / 47%
Kosovare	12% / 12%	10% / 11%	7% / 4%	6% / 5%	-
Bosniaque	11% / 21%	4% / 6%	7% / 10%	6% / 10%	-

Concentration des précarités en prison rôle sentinelle?

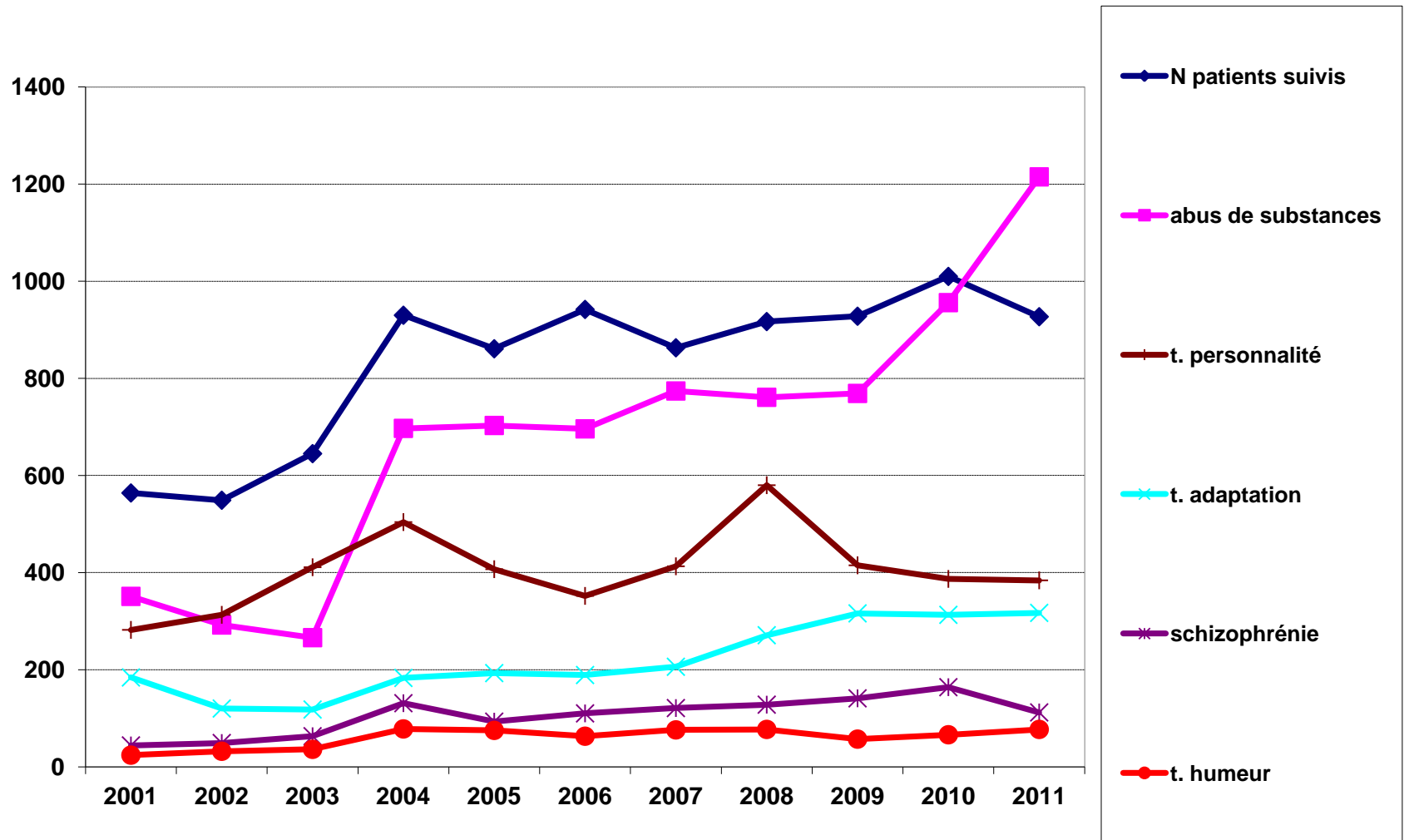
- Causes: statuts administratif et médical
 - détenus étrangers 2011²:
 - Concordat latin suisse: 81% (augmentation de 6% entre 2004-2011)
 - Canton de Vaud: 71%
 - détenus toxicodépendants ⁵:
 - Canton de Vaud:
 - » 2/3 d'usagers de substances psychoactives, dont 25% de toxicodépendants (chiffres en augmentation, tab 3 et 4)
 - Union européenne ⁷:
 - » 3%-53% infraction à la législation antidroque (délits annexes non compris);
 - » 8%-65% usagers de drogues et 5%-31% injecteurs;
 - » 1%-51% de consommation durant la détention;
 - » 1/3 détenus belges consommateurs ont été initiés (héroïne++) en prison (Todts, 2009). Partage du matériel d'injection en prison plus fréquent qu'à l'extérieur.

(méthodologies disparates des études sur la consommation de drogue des détenus, Carpentier e.a., 2011),

**EVOLUTION DIAGNOSTICS DE DEPENDANCES
SMPP-Vaud-Suisse
Tab 3**



Evolution principaux diagnostics psychiatriques
SMPP- Vaud-Suisse
Tab 4



Concentration des risques infectieux transmissibles en prison

– Prévalence HCV dans la population carcérale:

- Union européenne⁷ : 11,5 % (H) et 90,7 % (L) (injecteurs)
- En Suisse:
 - population suisse: 0.5% à 1% (OFSP, 1998)
 - 33.2 %: détenues à Hindelbank (N=94) (Nelles, 1998)
 - 6.9 %: sondage dans 39 prisons (Uchtenhagen, 2005)
 - 9.5 % : étude EPIPS* (A.Iten, B. Garvier 2005 FNS)
 - 4 % à 6 % HCV dans les prisons vaudoises (SMPP 1997-2006)

– Prévalence VIH dans la population carcérale:

- Union européenne (7 pays):
 - prévalence similaire entre injecteur incarcérés et ceux vivant ailleurs dans le pays.
 - Prévalence faible parmi les injecteurs détenus: 0 à 7,7 %

– L'étude EPIPS⁸ révèle:

- 20 % consomment pendant l'incarcération
- 3,8 % s'initient en prison (IV)
- 7,7 % s'exposent potentiellement à HBV, HCV ou HIV

Conséquences de la migration clandestine des toxicodépendants

- Mise en difficulté des dispositifs de soins et d'aide sociale locaux, prison compris:
 - afflux brutal de nombreux nouveaux cas,
 - demandes impérieuses et ignorance des règles de fonctionnement des dispositifs
 - Prévalence élevée de cas complexes (Polymorbidité)
 - actes violents,
 - trafics....

- Adaptation **en urgence** des pratiques des dispositifs locaux sur des critères pragmatiques et humanitaires:
 - mise en commun des informations, souvent parcellaires voire anecdotiques (sentinelle)
 - harmoniser les réponses créer des synergies: aide à la survie...
 - protocoler les réponses
 - piloter les réponses par les autorités sanitaires
 - impliquer des médiateurs communautaires
 - élargir les critères de prescription des traitements, y compris opiacés
 - renforcer les moyens et intensifier le suivi de la population cible (tab 2):

Comment sont-ils pris en charge dans le milieu pénitentiaire vaudois?

Principe d'équivalence de soins

(ASSM, CPT 2006, UE 2003, plan d'action drogue actuel 2009-2012) :

– Examen et suivi médico-infirmier d'entrée:

- dépistage de la toxicodépendance et maladies transmissibles
- reconduction des traitements, y compris celui de substitution aux opiacés (op), dans la continuité de ce qui a été médicalement prescrit et documenté antérieurement.
- traitement de sevrage ou de substitution à la méthadone sur décision médicale, selon les recommandations et règlements en vigueur (SSMA, Santé publique=SP):
 - » Si op dans les urines: sevrage et / ou substitution à la méthadone avec l'accord du patient (contrat écrit) et administration quotidiennement sous contrôle
 - » Si op absents dans les urines: sevrage de première intention par un traitement non opiacé avec l'accord du patient.
- Annonce du traitement aux opiacés aux détenus simplifiée par dérogation de la SP
- Remise du Kit personnel de désinfection sans seringue (Vaud)
- Séances groupale d'information sur les maladies transmissibles (PMU, PROFA)

Préparer la sortie de prison d'un clandestin

Une obsession!

Le temps carcéral n'est pas superposable au temps médical

Les disparités des dispositifs de soins cantonaux (prisons) et nationaux

- Objectifs:
 - » continuité du traitement et rétention dans le dispositif ambulatoire
 - » Prévenir les rechutes et les OD (OD élevées: Merrall e.a., 2010).
 - » initier ou poursuivre un traitement antiviral (HCV, VIH)
- Contexte carcéral et judiciaire: (ordre de fréquence)
 - » libération inopinée: anticipée des l'introduction d'un traitement aux op
 - » libération définitive: date de sortie connue, meilleur scénario
 - » transfert intercarcéral: protocolé, réseau de la CMPS
 - » expulsion du territoire et extradition:
 - lent et complexe (fonction du pays de destination)
 - Remise en question du traitement en cours ou potentiel (op, antiviral...)
 - » Placement en milieu résidentiel: rare et complexe (statut administratif)

Dispositif légal et missions d'aide et de soins post carcéral

Les soins sont acquis mais non gratuits

Cadres législatifs fédéral et cantonal: complexe et en évolution permanente

- La LAMal, (assurance maladie obligatoire)
- Loi fédérale sur l'asile (EVAM)
- Loi sur l'action sociale vaudoise

Les personnes « sans papiers » qui ont constitué leur domicile dans le canton de Vaud ont le droit à l'affiliation LAMal et aux subsides (nature), plafonnés à fr. 290.- par mois (2010):

- Lenteurs administratives,
- difficulté à fournir une adresse de domicile
- charge financière trop élevée de la prime et des franchises malgré le subside.

L'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie (OCC) est saisi par l'UPV pour rechercher des solutions.

Le soins pourront se poursuivre selon des modalités établies: **Bon de délégation**

A charge du patient de le requérir

Réalités et difficultés du suivi des populations détenues et sans droit de séjour I

Status médical:

- dépistage des infections (HCV, VIH..) et les critères d'indication à les traiter: durée de la détention, comorbidités, statut post pénal....

(traitement rentable mais détenus bénéficiaires restreints Sutton, 2006 et Tan 2008:;)

L'étude EPIPS révèle:

- Une méconnaissance du status sérologique chez 64 %
- Risque transmission important chez 15 % des sujets
- Insuffisance du dépistage: proposé seulement à 27, 7%
- forte prévalence des comorbidités psychiatrique et somatique: cas difficiles et éprouvant pour le système de soins (pluridisciplinarité)
- automédication clandestine seule référence « médicale »: adaptation du traitement, confusion sur l'étalonnage de la dose (mg/ml)...
- disparités des traitements de la toxicodépendance (substitution) entre les établissements pénitentiaires et les pays: méfiance à l'égard des traitements: Buprénorphine versus méthadone, soluble vs comprimé, sous ou surévaluation des doses utilisées du fait du trafic d'une partie...

Réalités et difficultés du suivi des populations détenues et sans droit de séjour II

- Statut pédaogo-culturel:
 - illettrisme: entrave les messages de prévention et de soin (dépistage maladies)
 - allophone: entrave la communication, amplifie les difficultés (bon de délégation)
 - compétence en santé faible: interaction difficile avec les soignants, autoprise en charge chaotique...
- Statuts légal et social:
 - identification et traçabilité des soins: fausses identités, ruptures multiples avec les dispositifs du fait de l'errance ...
 - échelle des priorités et de (in)sécurité: ambivalence à l'égard du traitement , mauvaise adhésion (rétention) au dispositif...
 - effet des pairs communautaires: croyances et représentations négatives des opiacés, crainte du rejet et de la perte de soutien,
 - incertitudes administrativo-pénales: expulsion post-carcérale et perte de l'autonomie si traitement maintenu,
 - quête de statut: statut de malade (toxicodépendant) / régularisation humanitaire,
 - rechute et récidive pénale: fréquente+++ , cercle vicieux, pseudo-identité...

Tendances et défis

- Flux migratoires en constante augmentation: 2% des patients du CHUV et PMU sont des personnes du domaine de l'asile, des sans-papiers et SDF:
 - Développement de dispositifs spécifiques (financement, interprétariat et compétences adaptées des professionnels)
- Flux croissant de « Jeunes errants » et de migrants démunis (Europe de l'Est) vers les dispositifs de réduction des risques depuis 2002⁷.
- l'usage problématique d'opiacés en Europe⁷ (8 pays) au cours de la période 2004-2009 est relativement stable.
- L'âge moyen (vieillesse) des opiomanes traités en Europe augmente et la proportion d'injecteurs parmi eux baisse⁷.
- La proportion d'usagers d'opiacés autres que l'héroïne et les polyconsommateurs augmente en Europe⁷.
- Hausse de la disponibilité des traitements et du nombre de patients déclarés (2004-2009) mais stagnation du taux des overdoses mortelles (sortie de prison, abandon du traitement)⁷.

Tendances et défis II

- Convergence des stratégies antidrogue au niveau international avec une exception russe concernant les traitements de substitution (tab 5) ⁷
- Placement de la santé en milieu carcéral sous la responsabilité du ministère de la santé afin de réduire les inégalités sur le plan de la santé ⁷.
- les prestations des services de santé en milieu carcéral sont souvent à la traîne et disparates alors que les traitements de substitution aux opiacés sont mieux acceptés dans la communauté ⁷.
- Projets en cours en Suisse:
 - « *Migrant Friendly Hospitals* »: recours à l'interprétariat et aux compétences transculturelles des soignants actuellement en phase pilote avec l'*appui financier durant trois ans par* l'Office fédéral de la santé publique
 - LUMMIC (BIG): harmonisation des soins et de la lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral à l'échelle fédérale (OFSP, OFJP)
 - Pris en compte des TSO comme traitement préventif des épidémies dans le projet de la nouvelle loi sur les épidémies soumis au parlement fédéral
 - Dispositif cantonal d'indication et d'orientation des traitement de la toxicodépendance (DCIST) en ville et en prison, Vaud.

Comparaison internationale des estimations du nombre d'usagers d'opiacés à problèmes et du nombre de patients suivant un traitement de substitution aux opiacés

Tab 5

	Usage d'opiacés à problème	Patients suivant un traitement de substitution aux opiacés
Union européenne et Norvège	1 300 000	695 000
Australie	90 000	43 000
Canada	80 000	22 000
Chine	2 500 000	242 000
Russie	1 600 000	0
Etat Unis	1 200 000	660 000

NB. Année 2009 à l'exception du Canada (année réf 2003)

Source: [Arfken e.a. \(2010\)](#), [Chalmers e.a. \(2009\)](#), [ONUJDC \(2010\)](#), [Popova e.a. \(2006\)](#), [Yin e.a. \(2010\)](#).

Bibliographie

- 1- Organisation mondiale pour les migrations (OIM): chiffres et faits
- 2- Office fédéral des statistiques, Suisse
- 3- Rapport du conseil d'Etat au Grand Conseil sur les travailleurs clandestins. Vaud 01.2007
- 4- M. Saraga et coll. « Durcissement des lois sociales et santé des migrants forcés: trois ans après la loi sur l'asile (Lasi) ». Revue médicale Suisse 2012; 8:1786-90
- 5- Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, DP-CHUV. Statistiques 2011.
- 6- P. Sanchez-Mazas. Migration et addiction. Dépendances mai 2012, 46:25-28
- 7- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Etat du phénomène en Europe. Rapport annuel 2011. www.emcdda.europa.eu
- 8- A.Iten, B. Gravier et coll, SMPP. Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande (N= 338, FNS n° 3346-64170, 12. 2005)



Santé globale responsabilité globale
Merci pour votre attention