

## **Dépendances et prison**

### **I Principe général**

« La personne détenue a droit à des soins équivalents à ceux dont bénéficie la population générale ».

« Comme en situation médicale ordinaire un médecin (...) n'est autorisé à entreprendre un acte diagnostique ou thérapeutique sur une personne détenue que s'il a obtenu de sa part un consentement libre et éclairé (...). Toute administration de médicaments, en particulier psychotropes, à des personnes détenues ne peut donc être effectué qu'avec l'accord du patient et sur la base d'une décision strictement médicale ».

*Extrait des directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales « Exercice de la médecine auprès de personnes détenues », novembre 2002*

### **II Arrestation / Privation de liberté**

Comme pour tout autre problème de santé, une personne arrêtée s'annonçant ou connue comme ayant un problème de dépendance doit être évaluée médicalement dans le 24 heures (voire immédiatement en cas de symptômes manifestes). Pour rappel, une personne en garde à vue a le droit de voir un médecin si elle en fait la demande.

Tout nouveau détenu est vu de routine par le médecin de la prison dans la semaine qui suit son arrestation. A l'occasion de cette visite les problèmes d'abus ou de dépendance seront systématiquement recherchés, et une information sera faite sur l'offre des services spécialisés et la possibilité d'y faire recours.

### **III Etats d'intoxication par une drogue, un médicament ou de l'alcool**

Toute personne arrêtée présentant un état pathologique, une agitation psychomotrice importante ou un trouble de la conscience devra être évaluée médicalement dans les plus brefs délais. Même si ces états pathologiques semblent résulter d'un abus de substance psychotrope qui pourrait paraître banal, ils doivent faire l'objet d'une surveillance adéquate.

### **IV Dépendance aux opiacés**

Différentes situations peuvent se présenter.

#### **IV.1 La personne est en traitement de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine (Subutex)**

**Principe** : Le traitement de substitution se poursuit pendant la privation de liberté.

**Pratique** : Vérifier le dosage et la date de la dernière prise auprès du dispensateur. Cette information doit être confirmée par écrit (télécopie). Le traitement est alors poursuivi aux mêmes doses (attention : si signes d'intoxication par des sédatifs ou alcool, différer ou diminuer le dosage jusqu'à normalisation).

Si la vérification auprès du dispensateur n'est pas possible dans un délai raisonnable et que la personne est en état de manque manifeste, on donnera la moitié de la dose indiquée par la

personne, mais au maximum 50 mg ou 8 mg de buprénorphine. On complètera ensuite si nécessaire en fonction de la vérification du dosage auprès du dispensateur.

**Attention** : la buprénorphine peut entraîner un syndrome de sevrage chez une personne qui a consommé des opiacés récemment (moins de 6 heures pour l'héroïne, moins de 24 heures pour la méthadone). C'est pourquoi la façon la plus sûre de faire à cet égard est d'attendre la présence de manifestations nettes de sevrage pour donner la première dose de buprénorphine (rappel : le Subutex doit être donné par voie sublinguale; en avertir la personne qui administrera ce médicament).

**Remarque** : s'il s'est écoulé plus de 3 jours consécutifs depuis la dernière prise de méthadone il peut se produire théoriquement une baisse de la tolérance aux opiacés, en particulier s'il n'y a eu aucune consommation d'opiacés dans l'intervalle. Pour cette raison, en cas de dosages habituels élevés il est conseillé pour éviter tout risque de surdosage de donner une première dose un peu plus basse, et de l'adapter ensuite à la hausse si nécessaire. On peut s'inspirer pour cela du schéma en **annexe 1**.

**A la fin de la détention** : impérativement informer le dispensateur par télécopie de la sortie de la prison ( dosage et la date de la dernière prise) ainsi que le médecin prescripteur.

## **IV.2 La personne n'est pas en traitement de substitution**

**Principe** : Il est proposé à la personne un sevrage ou un traitement de substitution. Une autorisation préalable du médecin cantonal n'est pas requise, mais ce dernier doit être avisé dans les 48 heures.

**Pratique** : C'est en fin de compte à la personne de décider si elle veut faire un sevrage ou commencer un traitement de substitution, après avoir été informée et adéquatement conseillée par le médecin. Si l'option du sevrage est retenue, la personne doit être formellement mise en garde contre les risques d'overdose en cas de rechute à la sortie. Si c'est un traitement de substitution qui est choisi, on s'assurera qu'il pourra être poursuivi. Il faudra dans tous les cas mettre en place pendant la détention les conditions d'un suivi à la sortie de la prison. Dans la mesure du possible les premiers contacts directs avec un centre spécialisé seront établis déjà durant la détention.

Si une personne souhaite avoir un traitement de substitution pendant la détention, mais refuse un suivi à la sortie ou un contact avec un service spécialisé, cette possibilité devrait lui être offerte. Il faut cependant qu'elle soit clairement informée des problèmes qui l'attendront à la sortie et des possibilités de suivi au cas où elle changerait d'avis. Une substitution avec la buprénorphine pourrait être préférable dans cette situation car elle sera peut-être plus facile à interrompre que la méthadone.

Si malgré le souhait de la personne la poursuite d'un traitement de substitution ne peut être garantie à la sortie de prison (p.ex. expulsion du territoire) on offrira plutôt l'option d'un sevrage.

Des schémas d'initiation d'un traitement de substitution (**annexe 1**) et de sevrage d'opiacés (**annexe 2**) sont proposés en annexe.

**Attention** : avant toute prescription d'opiacé chez une personne il faut s'assurer qu'il existe bien une dépendance (anamnèse, contrôle urinaire, symptômes de manque)

## **V Dépendance aux benzodiazépines et substances apparentées**

**Principe** : La prescription de benzodiazépines et substances apparentées (barbiturique, méthaqualone, etc) en prison ne se fera qu'avec beaucoup de retenue et en employant des substances ayant un faible potentiel d'abus et de dépendance. Cependant pour les personnes qui déclarent en consommer régulièrement un sevrage brutal est déconseillé, notamment si la

consommation a duré plusieurs semaines en quantité relativement importantes. Un sevrage progressif doit alors être mis en place.

**Pratique** : S'il s'agit d'une benzodiazépine prescrite, vérifier avec le médecin en question le dosage et évaluer avec lui la suite à donner au traitement. Sauf indication médicale expresse, on ne donnera pas de substances ayant un fort potentiel de dépendance (Rohypnol, Halcion, Toquilone, Dormicum, etc), on renoncera à utiliser plusieurs benzodiazépines différentes et on préférera des substances telles que le Seresta, Tranxilium, ou Rivotril.

S'il n'y a pas de prescription (prise « au noir ») on calculera à partir des doses alléguées l'équivalence approximative dont on donnera la moitié ou les trois quart suivant les quantités, sous forme par exemple de Seresta, Tranxilium, ou Rivotril.

La baisse se fait ensuite progressivement (voir **annexe 3**).

**Remarque** : Si une prescription d'hypnotique ou d'anxiolytique est introduite en prison, et en l'absence de dépendance à ces produits, la prescription ne devra pas être poursuivie à la sortie sans indication médicale impérative.

## **VI Dépendance à l'alcool**

**Principe** : La détention d'une personne dépendante à l'alcool implique d'être attentif aux manifestations de sevrage (traitement et prévention des complications) et d'offrir systématiquement une aide des services spécialisés.

**Pratique** : Toute personne se déclarant dépendante à l'alcool ou présentant des manifestations de sevrage devra être évaluée médicalement pour déterminer si le sevrage pourra se faire en prison ou en milieu hospitalier (voir **annexe 4**), et prendre les dispositions thérapeutiques nécessaires. Dans tous les cas il faudra mettre en place pendant la détention les conditions d'un suivi à la sortie de la prison. Dans la mesure du possible les premiers contacts directs avec un centre spécialisé seront établis déjà durant la détention.

**Remarque** : Les problèmes d'alcool sont en général dévoilés moins spontanément en milieu carcéral que la dépendance aux opiacés. Ils doivent donc être recherchés systématiquement.

En cas de doutes, n'hésitez pas à contacter une personne de référence du groupe « MedRoTox-Jura » : - le médecin de Trans-AT, téléphone 032 466 87 66 ou 032 421 80 89, courriel [jp.bernhardt@trans-at.ch](mailto:jp.bernhardt@trans-at.ch)

- le Dr J-L Baierlé 032 420 51 33, courriel [jean-luc.baierle@jura.ch](mailto:jean-luc.baierle@jura.ch)

- le Dr F. Fiori, 032 422 58 07, courriel [ffiori@bluewin.ch](mailto:ffiori@bluewin.ch)

- le Dr J-J Junod, 032 471 13 24, courriel [jean-jacques@junod.info](mailto:jean-jacques@junod.info)

## Méthadone - dosage en cas de reprise après une interruption de traitement

Schéma indicatif

1. Si dosage habituel moins de 50 mg, reprendre au même dosage
2. **Si dosage habituel 50 mg ou plus**, s'inspirer pour le dosage initial du schéma suivant (en augmentant ensuite les doses jusqu'au dosage habituel si nécessaire):

<i>Nb de jours consécutifs sans substitution</i>	<i>Dosage</i>
1 à 2 jours	Dose habituelle
3 jours	Minimum 50 mg, maximum 2/3 de la dose habituelle
4 jours ou plus	Minimum 50 mg, maximum 1/2 de la dose habituelle
1 semaine ou plus	Reprendre comme un début de traitement (cf. schéma ci-dessous)

## Induction du traitement de substitution à la méthadone

Schéma indicatif

Jour 1	20 - 30 mg, si nec. dose suppl. de 10 mg 4 h plus tard.
Jour 2 - 3	max 50 mg/j
Jour 4 - 6	max 60 mg/j
Jour 7	max 70 mg/j

## Induction du traitement de substitution à la buprénorphine (administration sublinguale)

Schéma indicatif

Jour 1	2 - 4 mg, au besoin ajouter une dose de 2 mg après 4 heures
Jour 2	Augmenter à 4 mg ou jusqu'à 8 mg au besoin (une seule dose)
Jour 3 et suivants	Selon l'état de la personne augmenter par paliers jusqu'à 16 mg

**Attention** : la première dose de buprénorphine peut provoquer un sevrage aigu si elle est donnée alors qu'il n'y a pas d'état de manque et que la personne est encore sous l'effet d'opiacés (intervalle minimal : 6 heures après la dernière dose d'héroïne, 24 heures après la dernière dose de méthadone)

## **Sevrage d'opiacés**

### **Par doses dégressives de méthadone**

Jour 1	20 – 30 mg, évent. ajouter 10 mg après 4-6-h
Jour 2 et 3	Augmenter si néc. jusqu'à max 50 mg/jour
Dès jour 4	Baisse progressive suivant les objectifs : <ul style="list-style-type: none"><li>• Baisse rapide : 10% - 20% de la dose tous les 1 – 2 jours</li><li>• Baisse plus lente: 5 mg tous 5 jours jusqu'à 15 mg, puis 2,5 mg tous les 5 jours</li></ul>

### **Schéma alternatif Tegretol + Tolvon**

(utilisé par ex. par le service de médecine et psychiatrie pénitentiaire vaudois)

Tegretol 3 x 200 mg / j pdt 7 j, puis  
Tegretol 2 x 200 mg / j pdt 3 j, puis stop

Tolvon 30 mg matin, 60 mg le soir pdt 7 jours  
Le Tolvon du soir peut ensuite être poursuivi quelque temps si nec.

### **TTT symptomatique**

(peut être ajouté aux autres modalités de sevrage)

- ▶ Mydocalm 150 mg ou Magnespasmyl 500 mg jusqu'à 3 x / jour si crampes ou contractures musculaires, ou Spasmocibalgine simple jusqu'à 3 x / jour
- ▶ Imodium jusqu'à 2 – 3 x / jour si diarrhées
- ▶ Itinerol B6 ou Primpéran en supp. jusqu'à 3 – 4 x / jour en cas de nausées ou vomissements
- ▶ Truxal 15 mg jusqu'à 3 / jour en cas d'anxiété
- ▶ Stilnox 1 le soir en cas d'insomnie

## Sevrage benzodiazépines

Equivalences approximatives		
Diazepam 10 mg =		
		<i>mg</i>
Alprazolam	(Xanax)	0,5 - 1
Bromazepam	(Lexotanil)	3 - 6
Chlordiazepoxide	(Librium/Librax)	20 - 30
Clobazam	(Urbanyl)	20
Clonazepam	(Rivotril)	1 - 2
Clorazepate	(Tranxilium)	15 - 20
Flunitrazepam	(Rohypnol)	1 - 2
Flurazepam	(Dalmadorm)	30
Ketazolam	(Solatran)	30
Lorazepam	(Temesta)	1 - 2
Midazolam	(Dormicum)	15
Nitrazepam	(Mogadon)	5 - 10
Oxazepam	(Seresta)	30 - 50
Prazepam	(Demetrin)	20
Temazepam	(Normison)	20
Triazolam	(Halcion)	0,25 - 0,5

### Procédure

- Substituer selon le schéma d'équivalence en utilisant par exemple Seresta, Tranxilium ou Rivotril
- En principe ne pas dépasser l'équivalent de 60 mg de Valium
- Stabiliser à ce dosage pendant 1 – 2 semaines
- Suivant la tolérance, baisser de l'équivalent de 5 à 10 mg de Valium par semaine, en ralentissant à la fin si nécessaire.

## Sevrage alcool

### Manifestations de sevrage alcoolique

(Peuvent apparaître quelques heures après l'arrêt brusque de consommation)

#### *Symptômes*

##### *Mineurs*

Tremor  
Anxiété  
Agitation psychomotrice  
Insomnies  
Transpiration  
HTA

##### *Majeurs*

Crise épileptique  
Etat confusionnel  
Hallucination  
Hyperthermie  
Labilité neurovégétative  
Tachycardie > 120 / min

En cas de symptômes majeurs, un sevrage hospitalier est indiqué

Sevrage hospitalier également recommandé si :

- Antécédents d'un syndrome de sevrage sévère (delirium tremens)
- Anamnèse de crise épileptique
- Plusieurs épisodes de sevrage antérieurs
- Dépendance / abus concomitant de psychotropes (consommation quotidienne de psychotropes sédatifs (benzos) dans les 30 derniers jours)
- Consommation habituelle de grandes quantités d'alcool
- Co-morbidité médicale, maladie infectieuse active
- Co-morbidité psychiatrique importante

### Traitement extrahospitalier d'un syndrome de sevrage mineur

**Principe:** utiliser une benzodiazépine sur quelques jours, par exemple :

Jour 1 et 2	Seresta 4 x 30 mg / j
Jour 3 et 4	Seresta 4 x 15 mg / j
Jour 5	Seresta 2 x 15 mg / j
Jour 6	stop

Plus vitamine B1      100 - 300 mg / jour pendant 1 mois p.os