

# LE FLYER

Bulletin de liaison des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes et  
médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et  
structures de soins auprès des usagers de drogue

Septembre 2006

Spécial Prisons, vol. 2

<b>Editorial</b> <i>Comité de rédaction</i>	p. 4
<b>Fondements cliniques de l'utilisation de la méthadone en prison</b> <i>Icro MAREMMANI, Matteo PACINI et Mercedes LOVRECIC, Pise, Italie</i> <i>et commentaires du Dr Laurent MICHEL, Limeil-Brevannes</i>	p. 5
<b><u>Traitement de substitution opiacée en milieu carcéral :</u></b> <b>L'expérience de la Maison d'Arrêt de Nanterre (92)</b> <i>Interview du Dr Luc MONTUCLARD, Nanterre</i>	p. 22
<b><u>Analyse bibliographique :</u></b> <b>Un essai comparatif randomisé (en Australie) démontre l'efficacité</b> <b>du traitement de maintien à la méthadone dans les prisons</b> <i>Thomas HAIG, Montréal, Canada</i>	p. 27
<b><u>Analyse bibliographique :</u></b> <b>Suivi d'une population de consommateurs d'héroïne et de patient</b> <b>recevant un traitement par la méthadone : impact sur la mortalité,</b> <b>la ré-incarcération et la séroconversion à l'hépatite C</b> <i>Kate A. DOLAN, James SHEARER and al. Sydney, Australie</i>	p. 29
<b><u>Annexes :</u></b> <b>Fiches VIH/sida et prisons, Réseau juridique canadien</b> <b>Circulaire DGS/DHOS N° 2002/57 du 30 janvier 2002</b>	p. 33

# COMITÉ SCIENTIFIQUE DU FLYER

## Rédacteur en chef :

Mustapha BENSLIMANE

NOVA DONA

PARIS

## Comité de rédaction :

Dr Laurent MICHEL  
Dr Béatrice CHERRIH  
Stéphane ROBINET  
Dr Pierre BODENEZ  
Christine CALDERON  
Dr Yves CAER

Service d'addictologie  
E.L.T.  
Pharmacien  
C.H.U.  
AIDES  
Hôpital CAREMEAU

LIMEIL-BREVANNES  
CHARLEVILLE MEZIERES  
STRASBOURG  
BREST  
PANTIN  
NIMES

## Comité de lecture :

Dr Richard LOPEZ  
Dr Pierre LAUZON  
Dr Didier BRY  
François LAFRAGETTE  
Dr Béatrice GOSPODINOV  
Dr Nelson FELDMAN  
Dr Karine BARTOLO  
Dr Xavier AKNINE  
Fabrice OLIVET  
Dr Antoine GERARD  
Dr Brigitte REILLER  
Dr Jean-Pierre JACQUES  
Dr Olivier POUCKET  
Dr Thierry LEDENT  
Dr Catherine PEQUART  
Dr Colette GERBAUD

Réseau VISA  
C.R.A.N.  
E.L.S.A.  
Pharmacien  
D.A.S.  
Protox  
CSST Gainville  
A.S.U.D.  
Service d'addictologie  
C.E.I.D.  
Centre Baudelaire  
Service d'addictologie  
La Boutique  
C.H.U. St-Roch

CHAMPIGNY-S/MARNE  
MONTREAL CANADA  
AVIGNON  
PARIS  
SARREBRUCK ALLEMAGNE  
GENEVE SUISSE  
MARSEILLE  
AULNAY-S/BOIS  
PARIS  
LE PUY-EN-VELAY  
BORDEAUX  
BRUXELLES BELGIQUE  
METZ  
CARVIN  
PARIS  
NICE

## Pour écrire à la rédaction du Flyer :

**Mustapha BENSLIMANE**  
**Centre Nova Dona**  
**104, rue DIDOT**  
**75674 PARIS CEDEX 14**  
**E-mail : [novamb@club-internet.fr](mailto:novamb@club-internet.fr)**

## Déjà parus :

### ➤ Les Hors-série

#### **Le Flyer Hors-série n° 1, juin 2003**

Pharmaco-dépendances aux opiacés, grossesse et parentalité

#### **Le Flyer Hors-série n° 2, décembre 2003**

Médicament de substitution, pratiques de seuil & expériences nouvelles

#### **Le Flyer Hors-série n° 3, volume 1, septembre 2004**

Pharmaco-dépendances aux opiacés et comorbidités psychiatriques

#### **Le Flyer Hors-série n° 3, volume 2, juin 2005**

Pharmaco-dépendances aux opiacés et comorbidités psychiatriques

#### **Le Flyer Hors-série n° 4, volume 1, septembre 2006**

Hépatite C et usagers de drogue

---

### ➤ Numéros spéciaux

#### **Le Flyer Spécial Prisons, volume 1, décembre 2004**

#### **Le Flyer Spécial Prisons, volume 2, septembre 2006**

#### **Le Flyer Spécial Arrêt de traitement, (à paraître février 2007)**

**Les articles du FLYER reflètent l'opinion et l'expérience de leurs auteurs qui ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés, et n'engagent que leurs auteurs.**

## Editorial

Il y a maintenant près 2 ans (décembre 2004), la rédaction du Flyer avait eu l'idée d'un numéro spécial consacré à la prise en charge des usagers de drogue en milieu carcéral. A cette époque, le Dr Laurent MICHEL, alors médecin à la Maison d'Arrêt de Bois d'Arcy, et son complice de l'association AIDES, Olivier MAGUET, rendaient public un rapport sur l'état cette prise en charge, assorti de 13 recommandations.

Parmi ces recommandations, quelques unes apparaissaient comme évidentes, notamment en regard des conclusions de la Conférence de Consensus. En septembre 2004, les experts sous l'égide de l'ANAES formulent comme recommandation, notamment :

*« La continuité des soins dans le respect de la déontologie et de la législation est une priorité sanitaire. En milieu pénitentiaire, la dispensation de TSO est le principal outil de réduction des risques d'infection virale (VIH, VHB, VHC) ».*

Quant à eux, (le Dr Laurent MICHEL et Olivier MAGUET) proposaient :

*« Reconduction des traitements de substitution : toute prescription antérieure devrait être reconduite. Si l'authentification d'une prescription antérieure est difficile à obtenir, l'évaluation clinique doit primer. La prescription peut alors être envisagée comme une initiation » ,*

suivie d'une seconde recommandation sur les initiations de traitement :

*« Initiation des traitements de substitution : les indications sont les mêmes qu'en milieu libre en tenant compte en plus du caractère imposé du sevrage dû à l'incarcération et de la nécessité d'anticiper la sortie ».*

Qu'en est-il de la mise en œuvre de ces recommandations 2 ans plus tard ? Il semblerait que dans certaines prisons, il soit difficile pour un patient stabilisé et faisant l'objet d'un suivi régulier à l'extérieur de 'simplement' continuer son traitement au cours de son incarcération.

Dans d'autres lieux, la mise en place d'un TSO pour un patient manifestement porteur de l'indication est tout aussi improbable. Si les recommandations des experts ainsi que les incitations institutionnelles ne suffisent pas, gageons que les preuves scientifiques établies dans les études présentées ici, aideront à convaincre les cliniciens. Notamment celle de Dolan, qui prouve, s'il était encore utile, que recevoir un TSO par la méthadone, pour quelques-uns des patients incarcérés (ou non), préservent de quelques 'désagréments', parmi lesquels le décès ou la séroconversion à l'hépatite C.

Les fondements cliniques proposés par Maremmani et l'expérience de Dr Montuclard donnent les clefs de l'utilisation de la méthadone, et plus généralement des MSO, méthadone et buprénorphine en milieu pénitentiaire.

**Le comité de rédaction**

## Fondements cliniques de l'utilisation de la méthadone en prison

*Icro Maremmani<sup>1,2,3</sup>, Matteo Pacini<sup>1,3</sup> and Mercedes Lovrecic<sup>1,5</sup>*

Traduction d'un article publié dans *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*  
Vol. 6 n° 2 June-September 2004, avec l'autorisation de Mr MAREMMANI

### Les arguments en faveur de l'utilisation de la méthadone : les mêmes en prison qu'en milieu libre

A ce jour, les traitements agonistes se sont révélés les plus efficaces dans le traitement de la dépendance aux opiacés. Même si d'autres types de traitement se sont avérés intéressants dans cette indication, ils restent accessoires. Dans un programme thérapeutique correctement structuré, ils peuvent même interférer avec la pharmacologie des traitements agonistes, ou plus précisément, risquent d'abaisser l'effet agoniste des thérapeutiques en dessous du seuil d'efficacité. L'objectif principal des traitements agonistes est de prévenir rechute et récurrence en supprimant le craving à l'héroïne. Ces traitements ont en plus d'autres intérêts: les doses administrées peuvent limiter les effets de l'héroïne, même si les patients continuent à s'en injecter en début de traitement (blocage des récepteurs opiacés). Enfin, en terme d'intérêt thérapeutique, et bien que cet effet soit chronologiquement au premier plan, les agonistes fournissent une protection rapide contre les manifestations du sevrage.

Une prise en charge par agonistes opiacés ayant pour objectif de restaurer un niveau de tolérance identique à celui précédant l'intoxication devrait être exclue car inefficace. De fait, et bien que l'équilibre physique soit retrouvé, la toxicité psychique et la tolérance pour le craving à l'héroïne sont alors tout, sauf sous contrôle. C'est pourtant cette expérience que vivent actuellement la majorité des patients héroïnomanes incarcérés dans les prisons italiennes. Aucune procédure permettant d'accéder à un programme de substitution (par buprénorphine ou méthadone) n'est mise en place. L'avenir thérapeutique des prisonniers n'est pas corrélé à la pathologie en elle-même, la maladie étant la même pour les héroïnomanes incarcérés ou libres. Pour ces mêmes patients, cette pathologie reste inchangée avant, pendant et après l'incarcération.

Ceux qui sont opposés à ce point de vue soutiennent que les thérapies anti-craving sont inutiles à l'intérieur de la prison car, les drogues de rue étant absentes, aucun contrôle de la demande d'héroïne n'est nécessaire, de même qu'un blocage des récepteurs opiacés est sans objet.

Laissant de côté le vieux débat sur la disponibilité des drogues en prison, nous préférons aborder la question d'un point de vue médical. Les traitements agonistes ont pour principal objectif de prévenir l'évolution spontanée vers la rechute. Parallèlement, nous devrions

<sup>1</sup> PISA-SIA (Study and Intervention on Addictions) Group, "Santa Chiara" University Hospital, Department of Psychiatry NPB, University of Pisa, Italy, EU

<sup>2</sup> Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims, AU-CNSonlus, Pietrasanta, Lucca, Italy, EU

<sup>3</sup> Institute of Behavioural Sciences "G. De Lisis", Pisa, Italy, EU

<sup>4</sup> Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Ljubljana, Slovenia, EU

évaluer précisément les fonctions cérébrales endommagées par la prise chronique d'héroïne. Par ailleurs, ces traitements ne produisent aucun effet subjectif comparable à ceux de l'héroïne, contrairement à ce que le terme ambigu de traitement de substitution suggère. Transformer le temps de l'incarcération en temps thérapeutique offre des avantages qui ne dépendent pas uniquement d'un éventuel usage de drogue en prison. Si le critère essentiel d'évaluation de l'efficacité d'un traitement est le maintien d'une prise en charge individuelle une fois dans un environnement libre, un projet thérapeutique associant posologie standard et programme spécifique fonctionnera, en augmentant la probabilité que les détenus restent en contact avec un dispositif de soin après leur libération. Même si l'efficacité n'est que partielle, cette solution permet au moins de fournir une protection contre les incidents liés à la consommation de produits.

Les partisans d'une intervention pharmacologique (50) et ceux de programmes thérapeutiques communautaires (9, 18) ont tous validé la faisabilité et l'utilité de traitements standardisés des addictions en prison, sur le principe que les différences dans les approches thérapeutiques ne s'opposent pas au partage d'un objectif commun qui est la prévention de la rechute. La vraie promesse des traitements de substitution, pour les détenus héroïnomanes, est d'accroître la stabilité de leur vie sociale sur des bases scientifiques pendant qu'ils sont maintenus sous contrôle dans une institution correctionnelle. Sinon, les détenus libérés recouvrent habituellement la liberté, avec la certitude de rechuter. Ainsi, aussi longtemps qu'une intervention pharmacologique est maintenue, la liberté individuelle continue d'être associée à une garantie d'atténuation des risques sociaux (38).

## **Vers une prise en charge des addictions en milieu carcéral**

La définition de l'addiction comme maladie par l'OMS en 1950 a permis d'entériner la prise de conscience de l'importance de la dimension psychopathologique dans la genèse des phénomènes associés aux drogues. L'emprisonnement n'a de ce fait plus été considéré comme le recours spécifique dans les addictions et des mesures alternatives furent recherchées afin de permettre aux détenus de bénéficier d'approches thérapeutiques adaptées. La Loi stipulait que les toxicomanes relevaient plus d'une approche soignante, en particulier par l'intermédiaire de « libérations conditionnelles thérapeutiques », que correctionnelle. Même si la prison ne peut jouer un rôle thérapeutique en soi, elle peut constituer une étape cruciale dans l'histoire de l'addiction.

En fait, les patients ne sont pas tous éligibles pour une libération conditionnelle. Les toxicomanes n'en relevant pas peuvent néanmoins être pris en charge différemment. D'un côté, la Loi souligne la nécessité de développer des programmes thérapeutiques au cours de la peine et d'un autre côté, celle d'assurer la continuité des soins entre le milieu ouvert et la prison. De manière générale, les petits délinquants, qui représentent la catégorie criminologique la plus fréquente parmi les toxicomanes, sont de ce fait mieux pris en charge car considérés comme mentalement malades, les soins devant primer sur le recours à l'incarcération. Quels que soient leurs crimes, les toxicomanes ne relevant pas d'une libération conditionnelle thérapeutique montrent néanmoins que leur addiction doit continuer à relever d'une approche médicale, appelant à des interventions spécifiques. Il a été recommandé que l'accès aux soins pour les patients toxicomanes soit le même que pour l'ensemble de la population.

Par ailleurs, les traitements ne devraient pas être interrompus lors de passages entre prison et milieu ouvert, dans un sens comme dans l'autre. Les établissements pénitentiaires devraient coopérer avec le dispositif de soin en milieu libre. Enfin, les toxicomanes incarcérés devraient être considérés comme venant de la communauté et, si tout va bien, destinés à y retourner. (Oldenburg Conference on "Jail and Drug Addiction", March 12-14, 1999). La prison, en tant que communauté thérapeutique, peut devenir un cadre utile d'initiation aux soins, l'objectif étant de maintenir l'identité sociale des patients dans la perspective de leur libération prochaine. Le coercition à l'intérieur des murs peut faciliter la mise en place de soins en surmontant le défaut de compliance qui conduit habituellement à l'échec des soins dans un dispositif libre.

En d'autres mots, les individus particulièrement difficiles à traiter du fait d'un défaut de compliance ou d'une absence de demande associée à la maladie en liberté, pourraient bénéficier de l'opportunité d'un traitement pendant la durée de leur privation de liberté.

Récemment, le système pénitentiaire a été modifié afin de permettre la mise en place d'un dispositif spécialisé destiné aux détenus toxicomanes. Il y a cependant un risque que ces innovations se développent sans outils spécifiques de prise en charge des addictions, se limitant à des aménagements environnementaux, récréationnels ou de réhabilitation pouvant se révéler inadaptés.

De notre point de vue, la possibilité d'exploiter certaines particularités de la vie carcérale, rendues de toute façon nécessaires par le contexte sécuritaire, devrait être envisagée afin d'augmenter l'impact et l'efficacité des mesures thérapeutiques ciblant l'addiction. Lorsque la Loi décide l'incarcération, elle offre l'opportunité d'administrer un traitement (38) et nous pourrions commencer à parler d' « initiation carcérale au traitement ».

## **Impact des traitements de substitution sur la criminalité associée à la toxicomanie et sur la prise en charge des détenus toxicomanes**

### *Traitement spécifique des addictions et de la prévention de la récidive criminelle.*

Les patients héroïnomanes bénéficiant d'une thérapie de substitution ont une probabilité de 5% d'être incarcérés à un moment quelconque d'une période d'un suivi de 7 ans (35) et de 2% à l'issue d'un suivi de 12 ans (46). Chez les sujets traités par méthadone, le risque d'incarcération est comparativement moins élevé que chez des patients non traités d'une part (12, 20, 23, 25, 30, 32, 34, 37, 40, 44, 52), et d'autre part, que chez ces mêmes patients avant traitement (3, 13, 15, 39).

En cas de rupture thérapeutique, la dimension protectrice de la méthadone disparaît dès que les comportements addictifs réapparaissent, parfois après une période d'abstinence initiale. Habituellement, c'est à moyen ou long terme que le craving et les conduites addictives réapparaissent, plongeant le patient dans une spirale de rechute plus puissante qu'antérieurement. En Italie, 75% des toxicomanes incarcérés (6) avaient arrêté leur traitement plus de 60 jours avant leur interpellation, tandis que seuls 3% étaient incarcérés très rapidement après son interruption. L'extension et l'amélioration de la continuité des soins pour les traitements par la méthadone est probablement associée en Italie aux modifications observées dans la criminalité des sujets toxicomanes entre 1986 et 1995 (en particulier, du fait d'une augmentation des détenus bénéficiant d'une thérapie de substitution). Le nombre

de patients toxicomanes incarcérés est passé de 6 000 en 1986 à 13 000 en 1995. La proportion de patients substitués parmi l'ensemble des toxicomanes incarcérés a cependant évolué différemment : accroissement initial à la fin des années 80, puis chute brutale au début des années 90, le pourcentage baissant de 33% à 3% (4) (voir tableau 1). En France, où les traitements agonistes commencent à s'étendre dans les années 90, le pourcentage de patients substitués parmi les toxicomanes incarcérés chute progressivement. Les experts du Ministère français de la Santé ont tenté de lier ce phénomène à un effet préventif des traitements en cours sur les faits de délinquance aboutissant habituellement à l'incarcération (21, 49). Plus de 40% de l'ensemble des héroïnomanes ayant eu des problèmes avec la justice liés à leur toxicomanie ont été emprisonnés à un moment quelconque d'un suivi sur 20 ans (16).

Le parcours judiciaire des héroïnomanes substitués est nettement amélioré en termes de fréquence de réincarcération (3, 15, 35), de nombre de périodes de détention et de temps total d'incarcération en étant traité (20). Les patients acceptant de prendre 60 mg/j de méthadone (seuil habituel de blocage des récepteurs opiacés) sont moins susceptibles d'être réincarcérés que ceux refusant d'atteindre cette posologie (2, 48). Inversement, les traitements non spécifiques ne modifient pas chez les anciens détenus l'évolution naturelle de l'addiction et la délinquance qui y est associée (40).

### ***Avantages des traitements de substitution par méthadone en milieu carcéral***

Au Canada, un détenu toxicomane à l'héroïne a initié le mouvement en attaquant en justice la prison de Kent pour défaut de soins, l'initiation d'un traitement par méthadone lui ayant été refusée pendant son incarcération (33). En République d'Irlande, c'est le personnel pénitentiaire qui a proposé l'introduction de la méthadone en prison (24).

Ces deux événements ne devraient pas nous surprendre dans la mesure où détenus et personnels pénitentiaires sont au plus près de ce qui se passe dans la prison : entre 1989 et 1995, aucun décès lié aux drogues ne fut relevé chez les détenus substitués par méthadone et parmi ceux dont le décès était associé à l'usage de drogue, aucun ne recevait de traitement de substitution (14).

### ***Dysphorie, agressivité et auto-mutilations***

L'agressivité des héroïnomanes a plus d'une signification. Dans la majorité des toxicomanies graves à l'héroïne, elle est étroitement corrélée à la sévérité de l'addiction et à l'intensité du craving. Une minorité d'héroïnomanes, par ailleurs particulièrement violents, se caractérisent par l'extrême intensité de leurs symptômes de sevrage ainsi qu'une personnalité intolérante à la douleur, ce qui pourrait être l'expression comportementale d'une prédisposition biologique aux complications les plus graves d'une exposition durable à l'héroïne.

En fait, il existe une interrelation entre susceptibilité aux conséquences comportementales de l'héroïne (dysphorie et agressivité) et prédisposition à développer une addiction (avec passage rapide d'un usage expérimental à un usage régulier), suggérant que l'agressivité et la vulnérabilité aux addictions ont en commun un même fondement biologique sous-jacent. Chez l'héroïnomanne typique, les symptômes d'agressivité découlent du craving et de ce fait reflètent la sévérité de l'addiction. En prison, les comportements violents, les passages à l'actes suicidaires et les auto-mutilations sont surreprésentés chez les héroïnomanes. Cependant, automutilations et comportements suicidaires ne surviennent pas spécifiquement durant le sevrage (19). Il faut avoir à l'esprit que le risque augmente à moyen terme et



qu'ainsi, interrompre progressivement un traitement agoniste représente une faute médicale, même si cela paraît sans retentissement à court terme. Les conséquences du dysfonctionnement opioïdurgiques deviennent progressivement évidentes et certains toxicomanes sevrés et non traités peuvent brutalement présenter des comportements agressifs. Les patients tirent plus de bénéfice d'un traitement de substitution, même si la posologie est insuffisante. Lorsque l'agressivité est élevée en début de traitement, une posologie plus élevée est habituellement nécessaire.

Par ailleurs, le risque de comportements agressifs et suicidaires est plus élevé au cours de traitements par naltrexone que par la méthadone, comme le démontre la comparaison de groupes de patients ne différant pas pour le risque suicidaire et agressif en début de traitement. La nécessité de contenir vigoureusement et rapidement l'agressivité tout en réduisant le craving et les comportements addictifs sont à l'origine de la proposition par le personnel pénitentiaire d'étendre les traitements par la méthadone en prison (24).

### *Pratiques à risques*

Avant d'évoquer de possibles interventions pharmacologiques, il paraît raisonnable de souligner l'efficacité, au moins partielle, des mesures de sécurité destinées à éviter la circulation de drogues. Cependant, du fait de la promiscuité carcérale et de l'habituel regroupement de sujets présentant une problématique commune de craving, les usages partagés tendent à devenir incontrôlables même s'ils sont peu fréquents (8, 21, 27, 42). L'importance des pratiques à risque est corrélée à des marqueurs habituels de sévérité de l'addiction chez les patients incarcérés : un contrôle pulsionnel défaillant ou une personnalité antisociale. La substitution par la méthadone favorise un pattern opposé de comportements addictifs : les sujets traités, à la différence de ceux non traités, sont plus stables même lorsqu'ils continuent à s'injecter et présentent un meilleur contrôle pulsionnel. A l'opposé, lorsque un craving élevé avec accès difficile aux toxiques est contemporain d'une couverture thérapeutique insuffisante, le risque sanitaire grimpe en flèche.

Par ailleurs, même si l'usage de drogues continue en prison et retourne à son niveau préalable à l'incarcération dès la libération, les pratiques à risque (échange de seringue, sexualité non protégée) restent peu fréquentes chez les héroïnomanes substitués par la méthadone (8, 51). Dans une enquête allemande (45), le risque de séroconversion pour le VIH devenait négligeable pour les détenus traités par la méthadone, contrastant fortement avec un taux de séroconversion de 5.9/100 par an et par personne pour l'ensemble de la population incarcérée et de 8.9/100 par an et par personne pour les héroïnomanes non traités par la méthadone.

Il est donc logique de conclure qu'une thérapeutique adaptée, c'est à dire destinée à prévenir la rechute en supprimant le craving, devrait être choisie en première intention pour les héroïnomanes aussi bien incarcérés qu'en milieu libre. Les données de la littérature nous permettent même de conclure que les toxicomanes détenus représentent une population de choix pour une substitution par la méthadone en raison de son efficacité particulière chez les patients présentant une addiction sévère et à haut risque.

Les traitements spécifiques des addictions ne sont pas envisageables chez tous les patients, soit du fait d'une incompatibilité médicale, soit en raison d'un refus définitif du patient, avec le risque d'allonger sa détention. Dans ces situations, l'inclusion dans un programme d'héroïne médicalisée est scientifiquement justifiée, à la condition que ces détenus soient isolés des autres héroïnomanes incarcérés (32).

La mise à disposition de matériel d'injection stérile ne favorise pas l'usage de drogues alors qu'elle réduit efficacement les accidents infectieux (séroconversions et partage de matériel d'injection) (32). Les traitements de substitution sont par conséquent compatibles avec la réduction des risques dans un même environnement. La réduction des risques n'interfère pas avec le développement de traitements efficaces, et bien au contraire, elle aide à réduire les prises de risques résultants d'usage de drogues résiduels non couverts par les traitements agonistes.

Au total, l'usage de drogues en prison peut être contrecarré de deux manières : d'une part, la 'pénitentiaire' contrôle la circulation de drogues et, ainsi, l'incidence de sa consommation. D'autre part, les prises en charges spécialisées améliorent l'efficacité des contrôles en agissant par les sujets eux-mêmes (en réduisant la demande). Dans ce contexte, les traitements agonistes opiacés aident à prévenir les risques résultants des failles du système de surveillance. De même, en milieu libre, les traitements de substitution représentent le moyen le plus simple et le moins cher de limiter les complications associées à l'usage de drogues.

## **Conséquences de l'incarcération sur l'addiction et sur sa prise en charge**

### ***Problème médical ou environnemental ?***

L'incarcération entrave nécessairement une consommation régulière de drogue. L'abstinence, qu'elle soit volontaire ou imposée, ne fait cependant pas diminuer le craving, en particulier en cas de dépendance aux opiacés. Ceci explique la demande de stupéfiants en milieu carcéral et la raison pour laquelle il est nécessaire d'y empêcher la circulation de drogues par des mesures 'policières'. Ces dernières limitent certainement efficacement l'usage de drogue parmi les détenus, mais elles ne touchent pas le cœur de l'addiction.

Le parcours menant à la dépendance ne prend pas ses racines en prison : ce n'est pas une habitude acquise en milieu carcéral mais la conséquence du regroupement d'individus isolément malades, qui ont débuté leur addiction alors qu'ils étaient libres.

Il faut distinguer les deux types d'intervention : La première, non spécifique, dont l'objectif est de limiter l'usage de drogues derrière les barreaux (*réduction de l'offre*) et qui est de la compétence des forces de la 'pénitentiaire'. La seconde, plus spécialisée, basée sur les compétences médicales et ayant pour objectif la diminution de la recherche de drogues en prison (*réduction de la demande*) (47).

Ainsi, l'initiation aux drogues en prison est conditionnée par leur disponibilité dans les murs mais aussi par la recherche de produits par les usagers de drogues habituels. De fait, quand aucune couverture thérapeutique n'est proposée, les toxicomanes à l'héroïne non traités risquent d'initier leurs codétenus à l'héroïne.

Un dispositif spécifique au milieu carcéral pourrait utilement améliorer la qualité de vie des détenus, mais la partie médicale du contrôle des addictions ne peut relever que d'une intervention individuelle spécialisée qui sera malgré tout à terme profitable à l'ensemble de la prison.

Si les traitements sont rendus accessibles, le cadre carcéral peut faciliter la gestion des problèmes liés aux drogues aussi bien pour les patients que pour l'ensemble de la communauté (50).

### ***Rationnel en faveur des traitements agonistes opiacés en prison***

L'environnement carcéral n'atténue pas l'efficacité de la méthadone sur la recherche de produits (11). La méthadone doit donc être facilement accessible, les patients toxicomanes étant tôt ou tard libérés.

De nombreux programmes de prise en charge des addictions aux opiacés, bien que bénéfiques à ceux capables de rester sous traitement, sont associés dans la population courante d'héroïnomanes à une mauvaise compliance en début de traitement (42, 43). Au contraire, un essai thérapeutique conduit par l'équipe du *MTC project* au cours duquel un traitement par LAAM a été initié 3 mois avant la libération des détenus, était associé à une compliance de 92% en phase d'induction (22).

Un programme méthadone assurant la transition de l'environnement carcéral vers le milieu libre, malgré un échappement notable après libération (40%), rend possible l'instauration d'une relation thérapeutique, à renouer si possible annuellement, même lorsque les patients n'ont pas réellement le désir d'intégrer un programme structuré. La coercition carcérale dans ces programmes améliore constamment le taux de rétention sans modifier le succès d'un programme ultérieur en milieu libre. Il faut cependant signaler que l'efficacité d'un traitement ne dépend pas que du type de molécule utilisée : la méthadone sera peu efficace si elle est utilisée sans cadre ni objectif, en dehors de limiter le malaise lié aux drogues. La majorité des patients arrêteront probablement le traitement dès leur libération, si cela n'a pas déjà été le cas en phase d'induction, passant à côté d'une opportunité d'assurer une continuité entre initiation carcérale du traitement et stabilisation ultérieure. Même dans ce cas, au moins 60% de ceux ayant passé le cap de l'induction ont été régulièrement substitués ensuite pendant 6 mois et 30% pendant une période plus courte mais suffisante pour les protéger du risque d'overdose, élevé chez les sujets libérés sans traitement agoniste aux opiacés.

Les détenus toxicomanes devraient être autorisés à intégrer le programme au moment de la libération afin de permettre l'induction ou même la stabilisation du traitement, mais surtout, d'avoir l'opportunité d'intégrer un programme structuré pendant leur détention. Le programme KEEP a été conçu dans cet esprit, devenant le premier programme expérimental de maintenance par la méthadone pour les détenus toxicomane de l'île de Ryker (*NYC*). Un de ses principaux intérêts est d'avoir permis que l'incarcération donne aux détenus l'opportunité de débiter des soins spécialisés. Au moins 85% des détenus non pris en charge sont traités au moment de leur libération et orientés vers des structures spécialisées de proximité (48). D'un point de vue médical, un programme méthadone en milieu carcéral a deux objectifs principaux : d'une part, et comme pour toutes les catégories de toxicomanes, la prévention de la rechute et d'autre part, l'amélioration de la qualité de vie pendant la détention. En outre, les objectifs du programme peuvent être adaptés en fonction de la durée prévue de l'incarcération et du statut du patient lors de sa mise sous écrou. Ceux déjà stabilisés doivent être maintenus sous substitution quelque soit leur durée d'incarcération. La posologie de méthadone de ceux incarcérés pendant la phase d'induction doit être ajustée. L'objectif d'une stabilisation doit également être recherché en milieu carcéral et si ce n'est pas le cas, devrait l'être en milieu libre. L'adaptation des posologies et d'autres modalités de prise en charge peuvent être nécessaires lors de la sortie. La perte de liberté peut par ailleurs être un stress majeur pour un patient stabilisé et justifier un accroissement des posologies ou une prise en charge plus soutenue en prison. De plus, l'augmentation des posologies est souvent nécessaire et possible après libération alors que la réduction des posologies ou un sevrage sous contrôle médical

sont à éviter. Les patients devraient en fait retourner dans leur environnement habituel avec la garantie d'une possible stabilité ultérieure sur des critères soit individuels (par exemple dosage au moins égal à celui permettant la stabilisation antérieurement) soit standardisés (posologie moyenne permettant habituellement la stabilisation). Dans tous les cas, une dose moyenne protège contre le risque d'overdose aux opiacés après libération.

La réduction des posologies ou les sevrages médicalisés effectués en prison confrontent les patients libérés à un risque élevé de troubles du comportement et d'overdose. En conséquence, ces deux procédures doivent être considérées comme des « mauvaises pratiques ».

La réduction des posologies de méthadone associée à l'administration de benzodiazépines pour limiter les symptômes de manque est une pratique encore plus néfaste, les patients étant non seulement privés d'un traitement spécifique mais en plus, à risques de développer d'autres consommations abusives (29). Certaines catégories de patients devraient être orientées en priorité vers les programmes méthadones, quelque soit l'environnement thérapeutique (milieu libre ou carcéral). Il s'agit de ceux pour lesquels une consommation durable d'héroïne peut aggraver ou compliquer des problèmes somatiques, psychiques ou psycho-sociaux. Par exemple, les patients traités par méthadone sont plus susceptibles d'être inclus dans un programme anti-tuberculeux et de se soumettre aux étapes d'une antibiothérapie (28).

Les détenus toxicomanes qui ont bénéficié d'une prise en charge spécialisée en prison retournent moins fréquemment en prison et rechutent moins souvent dans les 6 mois suivant leur libération (36). Les patients les mieux protégés sont ceux encore en traitement longtemps après leur libération, alors que chez ceux dont le traitement a été initié en prison puis interrompu peu de temps après la libération, la prévention de la rechute à long terme est peu efficace (17).

L'attribution de réductions de peines découlant d'une adhésion à un programme thérapeutique pourrait se justifier scientifiquement. Le caractère spontané des demandes de traitements n'est pas prédictif de meilleurs taux de rétention bien que les sujets ayant une demande de traitement volontaire aient un taux de réincarcération plus faible. Les arrêts de traitements dus à un défaut de compliance sont cependant aussi fréquents que pour les sujets faisant l'objet de soins contraints. Proposer le traitement en alternative à l'incarcération pourrait finalement améliorer efficacement la compliance des patients et les taux de rétention (1, 10). Si l'on considère que l'efficacité du traitement n'est pas liée à la décision de se traiter, dont le patient garde la liberté de choix, la motivation à se traiter ne devrait pas être considérée comme cruciale pour l'évolution ultérieure. La demande de soins est généralement au moins partiellement motivée par des enjeux psychosociaux tels qu'un risque d'éloignement du domicile, rompre avec son conjoint, être séparé de ses enfants ou perdre son emploi ou ses revenus.

Certains avantages de la méthadone sont indirects. Par exemple, elle ne réduit pas seulement le risque de séroconversion des patients toxicomanes mais également celui des partenaires séronégatifs de toxicomanes séropositifs. De même, l'efficacité du contrôle comportemental d'héroïnomanes entrants en prison influe sur la probabilité qu'ils initient leurs co-détenus non usagers de drogues, ce qui est loin d'être négligeable. En fait, 3 à 26% des détenus toxicomanes disent avoir expérimenté l'héroïne lors d'une précédente incarcération. Au total, de 0,4 à 21% des héroïnomanes injecteurs ont initié leur consommation d'héroïne en prison.

## Sécuriser la remise en liberté

Les overdoses consécutives à la remise en liberté surviennent le plus souvent, et de loin, précocement après la levée d'écrou (dans les 2 premières semaines) (41). Ces accidents sont donc plus la conséquence d'une accentuation brutale du craving, sans verrou « anti-craving » et alors que la tolérance opiacée a disparue, que le fait d'une réelle rechute d'une consommation régulière d'héroïne. Pour certaines substances comme la cocaïne, une période d'abstinence peut permettre de réduire le craving. Pour l'héroïne, une période d'abstinence sans aucun traitement anti-craving d'accompagnement a, au contraire, des chances de se solder par une rechute. **La libération d'individus non tolérants aux opiacés, sevrés en prison sans instauration de traitement de substitution, est donc dangereuse.** Le risque est paradoxalement plus faible pour des sujets ayant pu se procurer de l'héroïne pendant leur incarcération. Une intervention médicale ne devrait en aucun cas accroître le risque inhérent à la pathologie sous-jacente. Un traitement de substitution maintenu jusqu'à la libération protège au mieux, même si certains l'arrêtent dehors. Cette protection contre l'overdose est tout aussi efficace en prison que plus tard, tant que le traitement est maintenu (22). Les patients remis en liberté devraient être tolérants pour une posologie d'au moins 60 mg/jour.

Un traitement par naltrexone ne devrait jamais être débuté avant ou peu après la libération, au risque d'augmenter le risque d'une rechute, la seule réelle protection restant celle procurée par les traitements agonistes. De même, il serait imprudent et vain de débiter un traitement par naltrexone en prison, les indications étant limitées et l'évaluation devant se faire dans un contexte où l'héroïne est accessible (hors de la prison).

### *Naltrexone*

D'autres mesures thérapeutiques sont envisageables tant que les patients restent compliants. Lorsque la compliance est absente, les garanties que les mesures prises seront profitables au maintien de l'insertion sociale du patient ou permettront d'envisager une réinsertion disparaissent également. La capacité à s'orienter vers une réinsertion sociale plutôt que vers une pérennité des difficultés est étroitement associée à la sévérité de l'addiction, mesurable à ses principaux symptômes.

L'intoxication chronique ou l'abus répété entravent sans aucun doute la réinsertion sociale mais leur impact négatif est sans doute inférieur à celui des dysfonctionnements cognitifs, affectifs ou comportementaux, tous capables d'influer sur le déroulement des projets en déplaçant les investissements du côté des produits.

L'abstinence ne conduit pas en soi à l'extinction de la pathologie addictive. Mais, par ailleurs, les traitements s'opposant au craving favorisent le maintien de l'abstinence malgré l'usage éventuel de substance en début de traitement. En dépit des connaissances acquises à ce jour, les traitements agonistes opiacés sont fréquemment considérés comme des drogues de remplacement, et les thérapeutiques opiacées, qui favorisent la réduction des risques associés à l'usage d'héroïne et autres dérivés opiacés, souvent perçues comme un moyen légal d'entretenir une consommation de stupéfiants. Certains opiacés peuvent tout à fait être utilisés dans un but thérapeutique en raison de leurs caractéristiques propres : aucun renforcement positif n'est associé à leur usage, ce qui les différencie des opiacés « de rue » recherchés pour leurs effets subjectifs gratifiants. En fait, une des justifications de leur utilisation, comme traitement du craving, réside dans leur absence d'effet renforçant chez des patients « accrochés » aux opiacés de rue. Les antagonistes opiacés ne sont d'autres part utilisables, et

même indiqués, que chez des patients héroïnomanes modérément dépendants pour lesquels la qualité de réinsertion sociale ou leur état de santé comptent plus que la puissance du plaisir fournie par le produit. Le fait de ne plus retirer de plaisir de l'héroïne du fait de l'effet antagoniste suffit à leur permettre de cesser leur consommation malgré le craving.

D'un point de vue comportemental, nous pouvons dire que ces patients sont modérément malades, comme en témoigne leur volonté d'adopter une stratégie de soin qui ne permet pas de contrôler en soi le craving et limite considérablement la prise de plaisir. Ce traitement s'avère efficace et sûr chez des sujets le prenant régulièrement et acceptant les contrôles urinaires. Des détenus observants et traités avec succès par naltrexone ont pu bénéficier d'aménagement de peines (4). Les héroïnomanes en libération conditionnelle ayant spontanément demandé à être mis sous naltrexone ont plus de chances de rester abstinents et ont un taux de réincarcération pendant les 6 premiers mois de libération conditionnelle plus faible (7). Ces résultats sont comparables à ceux observés chez des patients héroïnomanes n'étant pas sous main de justice bien qu'ils ne concernent qu'une faible minorité de patients, présentant une addiction modérée et maintenus sous traitement de manière prolongée, ce qui est radicalement différent d'une prise de naltrexone peu de temps après un sevrage. Un traitement par naltrexone prescrit à brève échéance ne garanti pas une évolution favorable. De manière générale, libérer des patients toxicomanes après mise sous naltrexone n'est pas suffisamment protecteur, le craving pouvant réapparaître brutalement en cas d'exposition aux drogues, et le risque d'overdose étant augmenté. Les traitements des patients toxicomanes devraient être initiés en fonction de leurs dates prévisibles de libération afin de les rendre tolérants aux opiacés et simultanément d'atténuer leur craving. Cet objectif est habituellement atteint en initiant un traitement par méthadone avec une posologie au moment de la libération d'au moins 60 mg/j.

## **Conclusions**

Les addictions peuvent en elle-même se compliquer de problèmes judiciaires et entraîner une confrontation à la justice. Tout incident légal peut constituer un problème supplémentaire, ou, au contraire, une opportunité d'initier une démarche thérapeutique, de préférence spécialisée.

Quelles que soient nos approches, nous souhaitons tous favoriser la réinsertion de nos patients et leur permettre de réintégrer le plus rapidement possible leur environnement habituel, en ayant à l'esprit qu'en fonction de l'orientation thérapeutique choisie et du cadre de prise en charge, prison comprise, le meilleur traitement est celui s'étant montré le plus efficace dans un environnement standard. Les traitements de substitution opiacée sont actuellement les thérapeutiques offrant le plus de garanties en termes de réhabilitation, de prévention de la rechute et de réinsertion sociale. Qu'il s'agisse du système de soins traditionnel ou du milieu carcéral, les toxicomanes ont parfois un accès libre à des dispositifs à très bas niveau d'exigence, dont l'objectif est seulement de favoriser un état de non-consommation, sans travail sur la prévention de la rechute ni garantie ultérieure de maintien de l'abstinence. L'extension des traitements de substitution par la méthadone en prison, sous la forme de programmes progressifs, est censée offrir une prise en charge spécialisée aux toxicomanes incarcérés. Cela constitue en fait le moyen le plus efficace de contrôler le craving et la propension à la rechute, indépendamment de l'environnement ou du cadre.

Il paraît essentiel d'intégrer le système carcéral dans le réseau global des soins aux addictions, les héroïnomanes rencontrant fréquemment l'incarcération.

Si nous transformons avec succès le temps de la détention en un temps thérapeutique, l'incarcération pourrait prendre une toute autre signification pour les héroïnomanes délinquants.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Anglin M. D., McGlothlin W. H., Speckart G. (1981): The effect of parole on methadone patient behavior. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 8(2): 153-170.
2. Bellin E., Wesson J., Tomasino V. (1999): High dose methadone reduces criminal recidivism in opiate addicts. *Addiction Research*. 7(1): 19-29.
3. Bracy S. A., Simpson D. D. (1982): Status of opioid addicts 5 years after admission to drug abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 9(2): 115-127.
4. Brahen L. S., Henderson R. K., Capone T., Kordal N. (1984): Naltrexone treatment in a jail work-release program. *J Clin Psychiatry*. 45(9pt2): 49-52.
5. Chorzelski G. (2000): Co-operation between methadone treatments in prison and in the community. *Oral presentation at the conference: "Encouraging Health Promotion for Drug Users within the Criminal Justice System," November 22-25, 2000, Hamburg, Germany*.
6. Colombo S., Merlo G. (1986): Tossicodipendenza e criminalità: uno studio della situazione a Torino. *Boll Farmacodip e Alcoolis*. (1-3): 92-121.
7. Cornish J. W., Metzger D., Woody G. E., Wilson D., McLellan A. T., Vandergrift B., O'Brien C. P. (1997): Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *Subst Abuse Treat*. 14(6): 529-534.
8. Darke S., Kaye S., Finlay-Jones R. (1998): Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. *Addiction*. 93(8): 1169-1175.
9. De Leon G., Melnick G., Thomas G., Kressel D., Wexler H. K. (1999): Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *NIDA Research Report*. 26(1): 33-46.
10. Desmond D. P., Maddux J. F. (1996): Compulsory supervision and methadone maintenance. *J Subst Abuse Treat*. 13(1): 79-83.
11. Dolan K., Hall W., Wodak A. (1996): Methadone maintenance reduces injecting in prison. *British Medical Journal*. 312(4 (7039)): 1162.
12. Gori E., Zardi L. (1981): Droga: sconfitta o speranza. *Boll Farmacodip e Alcoolis*. 4(4-6): 124-146.
13. Gossop M., Marsden J., Stewart D., Rolfe A. (2000): Reductions in acquisitive crime and drug use after treatment of addiction problems: 1-year follow-up outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 58(1-2): 165-172.
14. Granzow B., Puschel K. (1998): Fatalities during imprisonment in Hamburg 1962-1995. *Arch Kriminol*. 201(1-2): 1-10.
15. Gunne L. M., Gronbladh L. (1981): The Swedish methadone maintenance program: A controlled study. *Drug Alcohol Depend*. 7: 249-256.
16. Harrington P., Cox T. J. (1979): A twenty-year follow-up of narcotic addicts in Tucson, Arizona. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 6(1): 25-37.
17. Hiller M. L., Knight K., Simpson D. D. (1999): Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*. 94(6): 833-842.
18. Inciardi J. A., Martin S. S., Butzin C. A., Hooper R. M., Harrison L. D. (1997): An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *J Drug Issues*. 27(2): 261-278.
19. Jeanmonod R., Harding T. (1988): The drug addict in prison: Medical response and its limitations. *Soz Praventivmed*. 33(6): 274-280.
20. Keen J., Rowse G., Mathers N., Campbell M., Seivewright N. (2000): Can methadone maintenance for heroin-dependent patients retained in general practice reduce criminal conviction rates and time spent in prison? *Br J Gen Pract*. 50(4): 48-49.
21. Keene J. (1997): Drug use among prisoners before, during and after prison. *Addiction Research*. 4(4): 343-353.
22. Kinlock T. W., Battjes R. J., Schwartz R. P. (2002): The MTC Project Team A novel opioid maintenance program for prisoners: preliminary findings. *J Subst Abuse Treat*. 22(3): 141-147.
23. Knight K., Simpson D. D., Hiller M. L. (1999): Three-year reincarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. *The Prison Journal*. 79(3): 337-351.
24. Lines R. (2001): Irish prison guards call for expansion of methadone access. *Can HIV AIDS Policy Law Rev*. 6(1-2): 71-74.
25. Maddux J. F., Desmond D. P. (1997): Outcomes of methadone maintenance 1 year after admission. *J Drug Issues*. 27(2): 225-238.

26. Magura S., Rosenblum A., Joseph H. (2000): Evaluation of in-jail methadone maintenance: Preliminary results. In C. G. Leukfeld, F. M. Tims Eds, *Drug abuse treatment in prisons and jails* . NIDA Res Monogr (N° 118), pp. 192-209.
27. Malliori M., Sypsa V., Psychogiou M., Touloumi G., Skoutelis A., Tassopoulos N., Hatzakis A., Stefanis C. (1998): A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction*. 93(2): 243-251.
28. Marco A., Cayla J. A., Serra M., Pedro R., Sanrama C., Guerrero R., Ribot N. (1998): Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy programme for prisoners before and after release. Study Group of Adherence to Tuberculosis Treatment of Prisoners. *Eur Respir J*. 12(4): 967-971.
29. Maremmani I., Shinderman M. S. (1999): Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadone. Polyabuse or undermedication? *Heroin Add & Rel Clin Probl*. 1(2): 7-13.
30. Modica A., Modica F. (1989): Tossicodipendenza: aspetti criminologici e medico-legali. *Rassegna di Igiene Mentale*. 3: 845-883.
31. Moraes Andreade O. (1964): L' action criminogène de cannabis et des stupéfiants. *Bulletin Stupefiants*. 16: 78-85.
32. Nelles J., Fuhrer A., Hercek V., Maurer C., Waldvogel D., Aebischer C., Hirsbrunner H. P. (1997): HIV-Prevention in prison including syringe distribution. *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV-Aids Services in Prison, February 1997, Amsterdam, The Netherlands*.
33. No authors listed (1999): Prisoner settles case for right to start methadone in prison. *Can HIV AIDS Policy Law Newsl*. 5(1): 34-35,42.
34. Patch N. (1972): Crime reduction and Methadone Maintenance. *Proceedings of the 30th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence*.
35. Pauchard D., Calanca A. (1983): Catamnestic study of 76 cases of heroin addiction among young adults (5 to 12 year follow-up) . *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr*. 133(2): 321-345.
36. Pelissier B., Wallace S., O'Neil J. A., Gaes G. G., Camp S., Rhodes W., Saylor W. (2001): Federal prison residential drug treatment reduces substance use and arrests after release. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 27(2): 315-337.
37. Prendergast M. L., Podus D., Chang E., Urada D. (2002): The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug Alcohol Depend*. 67(1): 53-72.
38. Reno R. R., Aiken L. S. (1993): Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *Int J Addict*. 28(3): 211-232.
39. Rothbard A. B., Alterman A., Rutherford M., Liu F., Zelinski S., McKay J. (1999): Revisiting the effectiveness of methadone treatment on crime reductions in the 1990s. *J Subst Abuse Treat*. 16(4): 329-335.
40. Schippers G. M., van den Hurk A. A., Breteler M. H., Meerkerk G. J. (1998): Effectiveness of a drug free detention program in a Dutch prison. *Subst Use Misuse*. 33: 1027-1046.
41. Seaman S. R., Brettle R. P., Gore S. M. (1998): Mortality from Overdose among Injecting Drug Users Recently Released from Prison: Database Linkage Study. *Br Med J*. 316: 426-428.
42. Shewan D., Gemmell M., Davies J. B. (1994): Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons. *Soc Sci Med*. 39(11): 1585-1586.
43. Shewan D., Gemmell M., Davies J. B. (1994): Prison as a modifier of drug using behaviour. *Addiction Research*. 2(2): 203-215.
44. Spohn C., Piper R. K., Martin T., Davis Frenzel E. (2001): Drug courts and recidivism: the results of an evaluation using two comparison groups and multiple indicators of recidivism. *J Drug Issues*. 31(1): 149-176.
45. Stark K., Bienzle U., Vonk R., Guggenmoos-Holzmann I. (1997): History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. *Int J Epidemiol*. 26(6): 1359-1366.
46. Stimson G. V., Oppenheimer E., Thorley A. (1978): Seven-year follow-up of heroin addicts: drug use and outcome. *British Medical Journal*. 6(1) (6121): 1190-1192.
47. Stoeber H. (2002): Drug substitution treatment and needle exchange programs in German and European prisons. *J Drug Issues*. 22(426): 573-596.
48. Tomasino V., Swanson A. J., Nolan J., Shuman H. I. (2001): The key extended entry program (KEEP): a methadone treatment program for opiate-dependent inmates. *Mt Sinai J Med*. 68(1): 14-20.
49. Trabut A. (2000): Annual report on the state of the drug problem in the European Union. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon.
50. Uchtenhagen A. (1997): Drug prevention outside and inside prison walls. *International Journal of Drug Policy*. 8(1): 56-61.
51. van Haastrecht H. J., Bax J. S., van den Hoek A. A. (1998): High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons. *Addiction*. 93(9): 1417-1425.
52. Waldheim K. (1973): L'abus de drogues et la criminalité. *Bulletin Stupefiants*. 25: 36-47



<b>Appendice 1 : recommandations pour les détenus traités par la méthadone selon la phase de traitement à l’incarcération</b>				
<i>Phase de trait.</i>	<i>Conduite à tenir</i>	<i>Objectif</i>	<i>Mauvaise pratique</i>	<i>Prises en charge complémentaires</i>
Phase de stabilisation	Maintenir la stabilisation	Statut quo	Réduction des posologies	Psychothérapie, counselling
Traitement agoniste, phase d’initiation	Poursuite de l’initiation jusqu’à stabilisation à posologie standard efficace (80-120 mg/j)	Poursuite de la stabilisation	Réduction progressive	Accompagnement psycho-éducatif
Traitement agoniste, réduction progressive	Respecter les étapes de réduction du traitement	finalisation	Accélération de la réduction posologique	Counselling
Traitement agoniste, en cours de stabilisation	Evaluation clinique des posologies d’entretien	Poursuite de la stabilisation	Réduction progressive	Counselling, accompagnement psycho-éducatif
Pas de traitement, toxicomane jamais traité	Initiation d’une prise en charge adaptée (habituellement traitement agoniste)	Permettre une prise en charge de l’addiction	S’abstenir de toute intervention	Accompagnement psycho-éducatif, counselling
Toxicomane non traité, préalablement traité, en rechute	Initiation d’un traitement agoniste	Traiter la rechute	Désintoxication	Accompagnement psycho-éducatif, counselling
Toxicomane non traité, préalablement traité, abstinent	Evaluation	Prévenir la rechute, réduire les risques	Ne pas prendre en compte le passé d’addiction	Accompagnement psychoéducatif
Toxicomane non traité, abusant d’alcool/BZD, sans consommation d’héroïne	Initiation d’un traitement agoniste + clonazépam	Prévenir la rechute ou une aggravation de l’addiction liée à une prise en charge insuffisante	Désintoxication seule	Accompagnement psycho-éducatif
Toxicomane non traité, abusant de cocaïne, consommation d’héroïne au second plan	Initiation d’un traitement de maintenance, réévaluation de la consommation de cocaïne	Prévenir et traiter l’abus lié à l’insuffisance du traitement ainsi qu’une rechute à l’héroïne	S’abstenir de toute intervention	Accompagnement psycho-éducatif

Extrait de Heroin Addiction and Related Clinical Problems Vol. 6 n° 2 June-September 2004.

<b>Appendice 2 : recommandations pour les détenus traités par la méthadone selon leur durée d'incarcération</b>				
<i>Durée de l'incarcération</i>	<i>Conduite à tenir</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Mauvaises pratiques</i>	<i>Prises en charges complémentaires</i>
Incarcération de quelques jours	Maintenir le traitement en cours	Durée trop brève pour envisager autre chose	Réduction des posologies	
Incarcération de quelques semaines	Finir la phase en cours et passer à l'étape suivante	Entériner la démarche en cours	Réduction des posologies ou sevrage	
Incarcération de quelques mois	Finir la phase de stabilisation pour débiter la phase de maintenace	Entériner la démarche en cours, avec pour objectif une libération conditionnelle	Réduction des posologies ou sevrage	Accompagnement psycho-éducatif, psychothérapie brève
Incarcérations de plusieurs années	Finir la phase de stabilisation pour débiter la phase de maintenace	Entériner la démarche en cours, avec pour objectif une réduction de peine	Réduction des posologies ou sevrage	Psychothérapie, accompagnement psycho-éducatif
Libération proche	Induction du traitement afin d'obtenir un blocage des récepteurs (> 60 mg/j au moment de la libération)		Réduction des posologies, sevrage ou mise en place d'un traitement par naltrexone	Accompagnement psycho-éducatif centré sur la prévention de l'overdose et l'incitation au traitement
Libération non programmée	Pas de changement		Naltrexone	Accompagnement psycho-éducatif centré sur la prévention de l'overdose
Détenus toxicomanes ayant des enfants	Traitement agoniste	Renforcer positivement les liens de parentalité		Accompagnement psycho-éducatif, Counselling

Extrait de Heroin Addiction and Related Clinical Problems Vol. 6 n° 2 June-September 2004.

**Appendice 3 : recommandations pour les détenus traités par la méthadone en fonction de la situation clinique**

<i>Situation clinique</i>	<i>Conduite à tenir</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Mauvaises pratiques</i>	<i>Prises en charge complémentaires</i>
Agressivité	Traitement agoniste	Action anti-agressive des agonistes	Antagonistes, prescription au long cours de BZD	Acide valproïque, clonazépam, gabapentine
Délire paranoïde	Traitement agoniste	Effet anti-dysphorique des agonistes	Antagonistes	Neuroleptiques puissants
Indifférence affective	Antagonistes	Propriétés anti-catatoniques des antagonistes		Neuroleptiques chlorpromazine-like (sédatifs/désinbiteurs), antipsychotiques atypiques
Patients non-compliants	Proposer une libération conditionnelle thérapeutique	Les traitements agonistes sont efficaces quelle que soit la spontanéité de la demande	Laisser le patient choisir	Accompagnement psycho-éducatif
Patients suicidaires	Traitement agoniste	Actions antidysphorique et antiagressive des opiacés	Antagonistes, prescription au long cours de BZD, neuroleptiques	Antidépresseurs et/ou thymorégulateurs
Comorbidité somatique	Traitement de maintenance	Blocage opiacé en cas d'injection IV		

## Commentaires du Dr Laurent MICHEL pour le Comité de rédaction

Le dispositif légal en Italie, décrit par Maremmani, existe en France depuis plus de 30 ans : il s'agit de la Loi de 1970 !

Nous en connaissons le succès puisque nombreux sont ceux, autant du côté politique que du côté sanitaire, qui demandent actuellement son abrogation ou son adaptation. La rigidification progressive des textes répressifs n'a fait que croître depuis 1970, sans résultat, alors que le volet sanitaire (injonction de soin/obligation de soin) n'a jamais été réellement exploité.

Maremmani ne s'y trompe pas, craignant la vacuité d'un tel dispositif si des programmes spécialisés n'y sont pas associés. Et c'est bien là le problème en France : en termes de dispositif et de formation, rien n'a jamais réellement été fait.

La tutelle sanitaire se sentait bien mal à l'aise dans le prononcé de 'sanctions' sanitaires, la formation n'a pas suivi ou si peu, restant très théorique alors que les problèmes 'techniques' (secret professionnel, nature de l'interface avec la justice...) restent encore aujourd'hui mal cernés par de nombreux professionnels. Les outils mis à la disposition des équipes soignantes étaient limités et peu convaincants. Le « tout » sevrage chez des patients incapables d'abstinence, et l'incontournable psychothérapie, seule voie de salut était envisagée dans un contexte où prédominait la psychanalyse.

Était-il raisonnable d'attendre de patients confrontés à la justice, justement parce qu'ils s'avéraient incapables de contrôler leurs consommations, que dans le cadre d'une démarche de soin imposée, ils puissent adopter l'abstinence et soient accessibles à une démarche psychothérapique ? En cela, on peut supposer que Maremmani voit juste en prônant la substitution comme principale outil de prise en charge sanitaire de sujets judiciarisés. Bien maîtrisée, elle peut tout à fait permettre une stabilisation favorable à une vraie démarche de soin ultérieure et en tout cas réduire les principaux risques sanitaires. Encore, et comme il le rappelle également, ne faut-il pas oublier que sans cadre, objectifs ou ajustement individuel, aucun traitement ne peut-être pleinement efficace.

Mais l'obligation de soin peut-elle, en plus d'imposer le principe d'une prise en charge sanitaire, déterminer la nature des soins qui y sont associés ? En d'autres termes, cette obligation peut-elle porter non plus sur le contact avec une équipe sanitaire, mais sur la dispensation d'une molécule ?

Maremmani est en faveur de mesures fortement incitatives pour la méthadone (la méthadone comme alternative à l'incarcération, l'initiation en fin de détention pour les toxicomanes incarcérés,...), se basant sur l'évolution des connaissances scientifiques actuelles (amélioration de la compliance, meilleur taux de rétention dans le dispositif, baisse de la récurrence délinquante...).

Si, bien sûr, la liberté de choix reste un des éléments essentiels du contrat thérapeutique soignant-soigné, nous savons aussi effectivement que la conviction soignante va jouer un rôle déterminant dans les options thérapeutiques finalement adoptées par le patient. De là à imposer un protocole de soin standardisé... Un débat sur « l'entre deux » mérite sûrement d'être engagé.

Ailleurs, certains ont franchi le pas. Ayant exercé pendant de nombreuses années à Strasbourg, j'ai été amené à suivre des patients toxicomanes ayant commis des actes de

délinquance en Allemagne et faisant l'objet de soins en France avec obligation de justifier de ces soins auprès de la justice allemande. J'ai le souvenir particulier d'un patient psychotique et héroïnomane qui acceptait volontiers la substitution mais pas la chimiothérapie antipsychotique, ce qui aboutissait à des rechutes psychiatriques mais aussi délinquantielles régulières. L'obligation de soin allemande a alors porté sur la justification d'une injection mensuelle de neuroleptique retard et a en fait permis que ce patient se stabilise pendant des années aussi bien au plan de sa toxicomanie par le traitement de substitution que d'un point de vue psychiatrique.

Par contre, il est certain que le milieu carcéral peut particulièrement se prêter à la rencontre des soins : les consommations sont au moins diminuées et il existe une proximité avec les soins que beaucoup n'ont jamais connu à l'extérieur, trop isolés ou vivant dans la plus totale marginalité, voir dans l'illégalité. La question de la présence soignante et de la formation de ces équipes soignantes est alors essentielle. Les traitements de substitution sont entrés en prison avec les patients-détenus alors que les soignants y exerçant n'avaient aucune formation à leur sujet et pas forcément la fibre militante des intervenants ayant choisi de s'en étant emparé en milieu ouvert. Le résultat a évidemment été chaotique, la plupart des traitements ont été arrêtés dans un premier temps pour des raisons idéologiques (rappelons que la plupart des personnels soignants ayant en charge la toxicomanie découlait de la filière « psy », de forte influence psychanalytique à l'époque et basant la prise en charge sur l'expression de la demande). Dans d'autres cas, il s'agissait plus simplement de méconnaissance, mais aussi de peur d'incidents (trafics, rackets, overdoses...) dans un contexte de tensions fréquentes avec les personnels pénitentiaires (la scission ministère de la justice/sécurité-ministère de la santé/soins en milieu carcéral date de 1994 et ne s'est pas faite sans tensions entre les institutions).

Le traitement de substitution offre effectivement de nombreux avantages d'un point de vue sanitaire : prise de contact avec le système de soins, réduction des risques en milieu carcéral (l'échange de seringue n'est pas prévu dans les prisons françaises) mais aussi à la sortie de l'incarcération (prévention des overdoses, des risques liés à la reprise de l'injection), facilitation d'un cadrage médical de consommations « de rue » de la substitution, amélioration de la qualité de vie des détenus et facilitation de la gestion des comorbidités (en particulier pour la méthadone) somatiques ou psychiatriques (troubles psychotiques ou de la personnalité, bénéfique comportemental avec réduction de l'agressivité, des auto-mutilations et passages à l'acte suicidaires).

Il est à ce titre important de souligner le risque majeur d'arrêter abruptement ces traitements en prison, car si les conséquences ne se manifestent pas dans l'immédiat, confortant dangereusement dans la décision prise, elles ont toutes les chances d'apparaître à moyen ou long terme sous forme de troubles du comportement, reprise de l'addiction ou complications somatiques (liées à la reprise de l'injection, l'intoxication ou une surdose).

Les tableaux de Maremmani en fin d'article, systématisant les interventions thérapeutiques selon la situation clinique, carcérale ou l'étape de prise en charge, ont l'intérêt de fournir des orientations concises. Ils soulignent, pour les situations cliniques, la nécessité de traiter conjointement l'addiction et le trouble comorbide (délire, agressivité...). La condamnation de l'usage au long cours de benzodiazépines est bienvenue, spécialement en France où leur usage est tellement banalisé. L'indication de naltrexone dans les états déficitaires/athymhormiques se discute certainement bien que nous ayons en France peu d'expérience des traitements antagonistes.

**Traitement de substitution opiacée en milieu carcéral :**  
**L'expérience de la Maison d'Arrêt de Nanterre (92)**  
*Interview du Dr Luc MONTUCLARD*

Le Flyer : Pouvez-vous nous présenter votre établissement et l'organisation des soins ?

**Luc Montuclard :** Il y a 750 détenus pour 600 places à la Maison d'arrêt des Hauts de Seine, avec des pics d'activité jusqu'à 900 détenus l'année dernière.

Le service médical est rattaché à l'hôpital de Nanterre, plus précisément à la polyclinique dont le Pr. HERVÉ est chef de service. Il n'y a pas de SMPR et les soins psychiatriques sont assurés par la psychiatrie de secteur.

Actuellement, il y a 1,5 équivalent temps plein en médecine générale, 1 équivalent temps plein en psychiatrie (2 psychiatres à mi-temps, détachés du secteur de psychiatrie), 5 postes infirmiers, 4 postes de préparatrices en pharmacie. Il y a 1 temps plein d'éducateur en toxicomanie qui vient d'être créé. Des consultations spécialisées ont lieu une fois par semaine (ophtalmologie, dermatologie,...).

**LF :** A combien estimez-vous le nombre d'héroïnomanes incarcérés à Nanterre, et combien d'entre eux reçoivent un traitement de substitution opiacée ?

**LM :** Actuellement, une cinquantaine de patients reçoivent soit du Subutex® (une vingtaine), soit de la méthadone (une trentaine). Nous sommes certains qu'il y a des héroïnomanes non déclarés comme tels, en raison de l'image et du statut peu enviables que ceux étiquetés 'toxico' ont vis-à-vis des autres détenus. La part de patients traités par la méthadone (plus de la moitié) est largement supérieure à ce que l'on observe dans la population globale traitée en France (1 méthadone pour 4 à 5 Subutex®). Ceci est lié au changement opéré après le transfert de l'UCSA au service public, intervenu peu de temps avant la parution de la circulaire autorisant tout médecin hospitalier (et exerçant en établissement pénitentiaire) à prescrire de la méthadone.

**LF :** Que s'est-il passé depuis votre arrivée dans cette Maison d'Arrêt ?

**LM :** Je suis arrivé à mi-temps en Novembre 2001 (à plein temps depuis Juin 2003). A l'époque, la prise en charge des patients toxicomanes était difficile en raison d'une insuffisance en personnel médical. Il s'agissait très majoritairement de traitement par Subutex® et rarement de méthadone. Ce dernier traitement n'était pratiquement jamais introduit en primo-prescription.

Je n'avais pas de formation spécifique en ce qui concerne les médicaments de substitution et ma démarche a d'abord été de rapprocher le cadre de prescription des normes médico-légales. J'ai trouvé totalement anormal que les renouvellements de prescription se fassent parfois hors consultation, par reconduction tacite. Il est vrai que l'organisation de rendez-vous à date fixe est souvent très difficile en prison.

Il a été question ensuite de régler le problème de la délivrance. A mon arrivée, 35 ou 40 patients devaient prendre le Subutex® devant les infirmières et il était pratiquement

impossible d'accorder le temps nécessaire à superviser cette délivrance. Nombre d'entre eux ressortaient avec le Subutex® dans la main. Si une infirmière insistait pour la prise contrôlée, dans le meilleur des cas, le patient prenait le comprimé dans la bouche mais ne le laissait pas fondre. Dans le pire des cas, il protestait, parfois de manière agressive, contre une contrainte considérée comme superflue. Le cadre de délivrance du Subutex® n'est pas, à mon sens, applicable en prison.

Donc, après en avoir débattu avec l'équipe soignante, il nous est apparu intéressant d'utiliser la méthadone, et sa galénique liquide, avec laquelle tout trafic, toute revente, tout racket sont impossibles. La circulaire DGS/DHOS de janvier 2002 nous a donné un cadre légal et la possibilité d'initialiser la méthadone, et l'opportunité de généraliser sa pratique dans nos murs.

Sur un plan purement médical, je n'avais aucune appréhension à utiliser la méthadone malgré mon manque d'expérience en toxicomanie. Je suis réanimateur de formation et je manie des opiacés puissants de façon courante, et je sais quoi faire en cas de surdosage.

Quant aux patients, leur positionnement par rapport au médecin et au médicament de substitution manque parfois de clarté, particulièrement en milieu carcéral. Viennent-ils voir un médecin ou viennent-ils voir un pourvoyeur ? C'est la raison pour laquelle je me sens beaucoup plus à l'aise par rapport à la méthadone, dont le statut de médicament me semble plus clair dans l'esprit des patients.

**Lorsqu'un patient ne bénéficie pas à son arrivée d'un traitement de substitution prescrit à l'extérieur de manière vérifiable, nous proposons systématiquement (et seulement) la méthadone, lorsqu'il y a indication et demande d'un traitement de substitution opiacée.** Outre l'absence d'ambiguïté sur le caractère thérapeutique de cette prescription, l'absence de trafic associé enlève tout bénéfice à une demande qui viserait la revente ou l'échange du médicament. C'est un test efficace pour mesurer la réalité de la demande de soins. Sauf cas exceptionnel, un détenu naïf aux opiacés, venu chercher un opiacé à revendre, refusera la méthadone, qu'il ne pourra pas de toute façon 'dealer'. Le risque est quasi nul qu'il envisage de devenir dépendant aux opiacés, s'il ne l'était pas, sans bénéfice secondaire lié à la revente. A l'inverse, s'il est réellement dépendant aux opiacés et en souffrance, il acceptera le traitement de substitution par la méthadone que nous lui proposons.

**LF : Ces changements ont-ils été difficiles ?**

**LM :** Non, en tout cas pas en ce qui concerne la méthadone. L'introduction d'un cadre de prescription rigoureux facilite le travail des infirmières et garantit le maintien de pratiques évaluables, homogènes et clairement identifiées par tous. A des degrés variables, cela a été globalement facile.

L'absence de personnel ne nous a pas permis d'évaluer nos pratiques et notamment la poursuite des traitements introduits en milieu carcéral. Nous avons un nouvel éducateur depuis très peu de temps. Je pense qu'une de ses fonctions sera de recueillir les données permettant ce travail. Sans cette évaluation, toutes mes appréciations sont forcément empiriques.

**LF : Quelle est votre perception du mésusage des MSO en prison ?**

**LM :** Mes entretiens avec les détenus m'amènent à penser que la pratique de l'injection est rare. Par contre le Subutex® est souvent sniffé, y compris par les patients bénéficiant d'une

prescription. Le trafic est très fréquent (Subutex® contre cigarette par exemple). Dans ce cas, le médicament devient un 'produit', et il est disqualifié en tant que médicament. Certains détenus « essaient » le Subutex® à visée anxiolytique... **Nous réservons la prescription de Subutex® à des patients pour lesquels nous établissons l'existence d'un prescripteur régulier et d'un vrai suivi médical.**

Malgré tout, nous savons très bien que certains sortent du service médical avec un comprimé dans la poche (au moins un tiers des patients bénéficiant d'une prescription de Subutex® admet l'utiliser par voie nasale). Par ailleurs, le Subutex® entre en prison de manière illégale. Je pense que c'est le premier 'produit morphinique' utilisé de manière illicite en prison. En matière de voie d'administration détournée, il est plutôt sniffé et fumé, qu'injecté. Par rapport à cela, la prescription de méthadone empêche, pour les patients traités, la prise illicite de buprénorphine. Un ou deux patients, pourtant prévenus, ont tenté l'association avec pour tout résultat un état de manque qui a découragé les vocations ultérieures.

**LF : Quelles sont les modalités d'initiation de la méthadone que vous mettez en œuvre ?**

**LM :** J'utilise le schéma d'initiation classique. Une posologie de départ entre 30 et 40 mg en fonction de l'état clinique et de l'intensité du syndrome de manque opiacé. On augmente progressivement la posologie jusqu'à disparition des signes cliniques. A partir de 100 mg/jour, nous demandons une méthadonémie. Bien évidemment, je prends en considération les traitements concomitants pour des comorbidités psychiatriques, le statut sérologique (notamment pour l'hépatite C) et globalement tout ce qui peut influencer le métabolisme de la méthadone.

**LF : Quand un patient est déjà traité à l'extérieur, comment procédez-vous ?**

**LM :** Nous avons pour habitude de contacter au préalable les centres de soins et les médecins. S'ils sont suivis à l'extérieur, et si on a une confirmation de prescription régulière, notamment de Subutex®, alors on poursuit le traitement.

**Pour les patients qui ne bénéficiaient pas d'un suivi médical antérieur, on propose soit un traitement de sevrage avec un cocktail Viscéralgine® - benzodiazépine - Topalgic®, soit un traitement par la méthadone.**

On ne fait pas de test urinaire préalable. Dans mon esprit, quand on commence un traitement de substitution par la méthadone, c'est dans une optique de 'bas seuil'. Je considère que les personnes qui arrivent en prison y sont par hasard, et qu'attendre d'eux une intention thérapeutique me paraît être une demande excessive et surtout invérifiable.

En effet, la réalisation d'un test urinaire à la recherche d'opiacés naturels ou de synthèse (méthadone, buprénorphine, morphine) ne renseigne pas sur la réalité de la dépendance, comme le suggère les textes. Tout juste, peut-on identifier la prise récente d'une des substances recherchées. Un patient qui aurait pris du Néocodion® 2 jours avant l'incarcération aurait un test positif aux opiacés. Pour autant, est-il dépendant aux opiacés, et relève-t-il d'un traitement de substitution ? Un autre problème est le délai à obtenir le résultat des tests urinaires (48 heures dans le meilleur des cas, 3 semaines pour la buprénorphine). Il ne me paraît pas raisonnable d'attendre, ne serait-ce que 48 heures, pour prescrire un médicament de substitution opiacée à quelqu'un qui présente un syndrome de manque. Les recommandations de la conférence de consensus, prônant la réalisation de test avant toute prescription de traitement de substitution (y compris la buprénorphine) devrait aboutir à des recommandations adaptées au milieu carcéral permettant d'homogénéiser les pratiques.



Dans le cas d'un prévenu qui arrive en Maison d'Arrêt, nous sommes dans une situation très différente de celle d'un patient qui va dans un centre de soins ou chez un médecin généraliste avec une demande de soins qu'il aura au préalable pensée et élaborée. Là, il se trouve dans une procédure pénale où la visite d'entrée est rendue obligatoire par le code de procédure pénal. Dans cette optique, il faut prévoir de faire du 'bas seuil' d'accès au traitement, en essayant de limiter les possibilités de trafic qui ont comme conséquence de brouiller l'image du médicament délivré et celle des attentes des patients vis à vis du service médical. **La solution que nous avons retenue est dans le 'haut seuil de délivrance', complètement compatible avec le 'bas seuil d'accès' au médicament.**

**LF : Comment cela se passe-t-il avec les patients ?**

LM : Je suis partisan d'un positionnement clair entre le médecin et le détenu-patient. Les règles de fonctionnement du service sont vite évidentes pour tout le monde. Le cadre de distribution est devenu, lui aussi, très clair pour les infirmières. Les détenus savent qu'ils ne peuvent pas tricher, donc ils n'essaient pas, et une fois qu'on en a fini avec le marchandage (« je suis un gentil toxico donc je vous donne les réponses qu'il faut pour avoir droit au produit dont j'ai envie »), on peut passer à autre chose, à une relation thérapeutique plus franche et plus claire.

**LF : Comment est organisée la délivrance de la méthadone ?**

LM : La prise de la méthadone est toujours supervisée par les infirmières, dans les locaux du service médical.

**LF : Jamais dans la cellule ?**

LM : C'est arrivé pour un patient pendant une semaine (patient dans un contexte psychique très particulier, qui recevait 70 ou 80 mg/jour et qui a arrêté sa méthadone en refusant tout traitement de sevrage, en exigeant qu'on lui prescrive du Subutex® pour traiter ses signes de manque.) Après discussion en équipe, nous avons refusé et la méthadone a été déposée quotidiennement en cellule dans un verre. Nous lui avons expliqué, que le choix de rester en manque lui appartenait et qu'il aurait la possibilité de structurer sa demande ultérieurement en discutant la diminution de la posologie ou même en envisageant un sevrage. Mais que le chantage était exclu.

**LF : Et pour le Subutex® ?**

LM : Le Subutex® est initialement délivré devant les infirmières pendant une période de durée variable en fonction des patients. Ensuite il est délivré en cellule à la semaine. L'évolution du rythme et du mode de délivrance est empirique, plus fondé sur notre impression clinique que sur des éléments objectifs. En effet, le maintien pour certains patients d'une délivrance quotidienne supervisée par les IDE reflète une position de principe, destinée à affirmer l'intention thérapeutique. En effet, il est impossible d'empêcher un patient de détourner son traitement, s'il le souhaite absolument.

**LF : Comment préparez-vous la sortie des patients ?**

LM : Je n'ai jamais eu de problème pour trouver un centre. Il n'y a jamais eu aucune opposition de principe des centres pour prendre en charge nos patients sortants. Jusqu'à présent, on préparait ces sorties assez sommairement (prise de contact avec les centres peu de

temps avant la sortie) puisqu'il n'y avait pas de personne dédiée pour le faire. Je passais moi-même les coups de téléphone.

Par ailleurs, la préparation à la sortie est souvent problématique, car en Maison d'Arrêt, les dates de sortie sont parfois imprévisibles. En effet les patients prévenus sont à la disposition du juge d'instruction et les patients condamnés voient leur date de sortie évoluée en fonction de remise ou d'aménagement de peine, parfois imprévus. La date de sortie est rarement connue de manière certaine plus de huit jours avant la sortie.

Malgré ces difficultés, nous espérons que l'éducateur que nous avons recruté récemment pourra sans doute contacter les centres plus précocement pour mieux préparer la sortie.

**LF : Le changement que vous avez opéré dans la prescription délivrance des MSO, a-t-il eu un impact positif auprès des personnels pénitentiaires ?**

**LM :** L'évolution des prescriptions de traitement de substitution a été concomitante d'une réorganisation du service médical, permettant une amélioration globale de la prise en charge des patients. L'administration y a été sensible, sans qu'une réaction particulière au changement portant sur la substitution opiacée soit identifiable.

*Interview réalisée en février 2004 par la rédaction du Flyer.*

## **Rencontres nationales de la RDR**

**Les 1eres Rencontres Nationales de la Réduction des Risques** auront lieu les 12 et 13 octobre 2006 à Bobigny, dans le département de la Seine St Denis (93). Elles sont organisées par l'AFR en partenariat avec l'ANIT, la FFA, Aides, Asud, le CRIPS, MDM, Safe, SOS DI et le CIRDD. Un site internet vient d'être ouvert à cet effet :

<http://rnrr.a-f-r.org>

## **Un essai randomisé démontre l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone en prison (en Australie)**

*Thomas HAIG dans CANADIAN HIV/AIDS POLICY & LAW REVIEW*

Résumé : En 2001, une étude sur le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) réalisée par le Service correctionnel du Canada démontrait que le TEM a un impact positif sur l'issue de la mise en liberté et sur le comportement en établissement (1). À présent, une nouvelle étude menée dans un système correctionnel australien révèle que le TEM réduit aussi l'usage et l'injection de drogue en prison (2). Ces résultats ont de vastes implications. Ils portent à croire que des programmes d'entretien à la méthadone devraient être introduits ou élargis dans les prisons de tous les ressorts où de tels programmes existent déjà dans la communauté (3).

Le TEM réduit la mortalité, la consommation d'héroïne, la criminalité, la transmission du VIH et la réincarcération parmi les utilisateurs de drogue dans la communauté (4), mais peu d'études ont examiné l'efficacité du TEM en prison. Dans le cadre d'une étude, les utilisateurs de drogue par injection enrôlés dans un TEM en prison ont présenté des taux inférieurs d'injection que leurs pairs sans TEM (5).

Au Canada, une importante étude sur le TEM dans les prisons fédérales a démontré que ces programmes ont un impact positif sur l'issue de la mise en liberté et sur le comportement en établissement, mais sans évaluer l'impact du TEM sur la santé des détenus qui y participaient, ni plus précisément sur leur fréquence d'usage ou d'injection de drogue.

Une récente étude de Dolan et coll. menée dans des prisons de la Nouvelle-Galles du Sud (NGS), en Australie, s'est intéressée à ces aspects; elle a démontré l'efficacité du TEM à réduire l'usage et l'injection de drogue en prison.

En 1997, les prisons de la NGS abritaient 7 957 détenus, dont 685 suivaient un TEM. Les taux de VIH et d'hépatite C (VHC) parmi les détenus masculins y étaient respectivement de moins de 1% et d'environ 30%. Le programme de TEM visait à réduire l'injection de drogue et à prévenir la transmission du VIH et du VHC dans ces prisons. L'étude a vérifié si le programme avait atteint ce but. En 1997, dans les prisons de la NGS, le temps d'attente pour un TEM était d'environ six mois. Tous les détenus sur la liste d'attente ont été invités à participer à l'étude; les candidats admissibles ont été assignés au hasard à un TEM immédiatement ou se sont vu garantir l'accès à un TEM après un délai de quatre mois. L'usage d'héroïne a été mesuré au moyen d'une analyse de cheveux et d'auto déclarations ; les drogues utilisées et injectées, et le partage de seringues, ont été mesurés à partir d'auto déclarations. L'incidence du VHC et du VIH a été déterminée par sérologie.

Parmi les 593 détenus admissibles, 191 ont été assignés au hasard à un TEM, et 191 au groupe de contrôle; 129 individus traités et 124 individus du groupe de contrôle ont fait l'objet d'un suivi après cinq mois.

**L'usage d'héroïne était significativement moindre parmi les individus traités que parmi ceux du groupe de contrôle. Les participants traités ont également déclaré des fréquences inférieures d'injection de drogue et de partage de seringues, lors du suivi.**

Aucun participant n'a été trouvé séropositif au VIH au début de l'étude ni lors du suivi, ce qui en reflète la faible prévalence (environ 1%) parmi les utilisateurs de drogue par injection, en Australie. Environ 70% des participants avaient le VHC au début de l'étude, ce qui en reflète la forte prévalence (plus de 50%) parmi cette population.

Les prédictors de la séroconversion au VHC étaient de s'être fait tatouer en prison, d'avoir plus de 25 ans et de s'être récemment injecté de l'héroïne. L'une des limites de l'étude était sa courte période de suivi; couplée à la forte prévalence du VHC, elle a empêché la détection possible d'une différence d'incidence de l'infection entre les deux groupes. Néanmoins, cette importante étude devrait avoir de vastes implications.

**Elle fournit des preuves concluantes à l'effet que le TEM réduit l'usage et l'injection de drogue en prison.**

Par conséquent, les programmes de TEM devraient être élargis (ou introduits là où ils sont absents), dans les prisons du Canada.

### **Bibliographie**

1. R. Jürgens, « Canada – Une étude démontre l'effet positif du traitement à la méthadone », dans « Le VIH/sida en prison : nouveaux développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 14-21, aux p. 16-18, avec référence à Service correctionnel du Canada, Rapport de recherche – Le traitement à la méthadone en milieu carcéral : incidence sur l'issue de la mise en liberté et le comportement en établissement.
2. K.A. Dolan et coll., « A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system », *Drug and Alcohol Dependence*, 2003, 72 : 59-65.
3. Pour un aperçu de la provision du TEM dans les prisons canadiennes, voir R. Lines, *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (accessible via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm)).
4. Dolan et coll., *supra*, note 2, avec plusieurs références.
5. K.A. Dolan et coll., « Methadone maintenance reduces injecting in prison », *British Medical Journal*, 1996, 312 : 1162.

**La rédaction du Flyer remercie le Réseau juridique canadien VIH/Sida et Thomas HAIG de nous permettre de reproduire ici cette publication qui est disponible sur le site internet [www.aideslaw.ca](http://www.aideslaw.ca), qui contient par ailleurs un grand nombre d'information sur le VIH, l'hépatite C et l'utilisation de drogues par injection dans les prisons.**

### Analyse bibliographique :

**Evaluation à 4 ans d'une cohorte d'usagers d'héroïne incarcérés et impact d'un traitement de substitution par la méthadone : mortalité, ré-incarcération et infection par le virus de l'hépatite C**

### **Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment : mortality, re-incarceration and hepatitis C infection**

*DOLAN K.A. and al. Addiction 2005 June;100(6):820-8. Sydney, Australia*

### En préambule, quelques rappels formulés par les auteurs :

La méthadone a démontré son efficacité dans la réduction, chez les héroïnomanes, de la mortalité globale, des prises de risques vis à vis de la contamination par le VIH, des séroconversions par le VIH et des taux de ré-incarcération. Par ailleurs, la prévalence de l'hépatite C parmi les détenus est particulièrement élevée et son incidence annuelle parmi les détenus varie de 1,1 à 38 pour 100 détenus selon les études. Les quelques études ayant évalué l'impact de programmes de substitution sur les populations d'usagers de drogues incarcérés montrent :

- une meilleure rétention dans les programmes de soin après libération pour ceux traités par un médicament de substitution que pour ceux sevrés en détention,
- des taux de ré-incarcération plus faibles,
- et un impact plus important de traitements à posologie « élevée » (> 60 mg par jour de méthadone) sur le risque de ré-incarcération **et de pratique d'injection.**

### Détails de l'étude :

La première (phase 1) datant de 1997-1998, au cours de laquelle 382 détenus du centre pénitentiaire des Nouvelles Galles du Sud en Australie étaient randomisés en 2 bras ; un bras méthadone (n=191), l'autre sans traitement de substitution (n=191, auxquels le traitement par méthadone est proposé à l'issue de la période comparative de 5 mois). Ces patients sont ensuite interviewés à 5 mois sur leur usage de drogues, leurs pratiques d'injection et de partage de seringues, avec réalisation de sérologies HIV et hépatite C et test capillaire (recherche d'héroïne).

### Les principales conclusions de la phase 1 de l'étude sont :

Chez les sujets traités par méthadone, **l'usage d'héroïne** (auto-questionnaire et analyse capillaire) ainsi que **les pratiques d'injection** et de partage de seringues (auto-questionnaire) **ont diminué significativement** comparativement à ceux non traités (1).

**La seconde (phase 2)**, consiste en une ré-évaluation à 4 ans de la même population initiale de 382 détenus, sur des critères de mortalité globale, de ré-incarcération ainsi que de séroconversion pour le virus de l'hépatite C et le VIH afin d'établir l'impact de la mise sous méthadone. C'est cette seconde évaluation qui fait l'objet d'une présentation détaillée dans la publication.

### **Méthodologie**

Les données recueillies sont obtenues par recoupement de différentes bases de données. Les sujets de la phase 1 sont localisés grâce aux cliniques méthadone, aux services d'insertion et de probation et par courrier adressé à la dernière adresse recensée. Ils font l'objet d'un entretien et d'un prélèvement sanguin pour dépistage de l'hépatite C et du VIH. Les sujets

sont dédommagés pour l'entretien (10 dollars australiens en prison et 50 dollars en milieu libre) et pour le déplacement.

## Résultats

La cohorte initiale (phase 1) était constituée de 382 sujets tous incarcérés à leur inclusion. Dix-sept des 382 sujets de la phase 1 sont décédés à l'évaluation de phase 2 (taux de mortalité annuel de 1.1 pour cent personnes).

### Parmi les 365 restants :

- 26 sont toujours incarcérés, 62 libérés, 265 ré-incarcérés (données manquantes pour 12 sujets) ;
- 10 n'ont jamais reçu de méthadone, 146 ne sont plus sous méthadone, 103 sont traités par la méthadone en milieu libre et 82 en prison (données manquantes pour 24 sujets) ;
- 178 sont séropositifs pour l'hépatite C et 40 séronégatifs, 2 sont positifs pour le VIH et 216 séronégatifs (données manquantes pour 146 sujets, 1 situation « indéterminée »).

La posologie quotidienne moyenne est de 69 mg et seuls 20% sont traités en continu depuis l'inclusion initiale,

### Décès et leur contexte

**Les décès (17 en tout, 15 en milieu libre, 2 en prison) sont tous survenus alors que les sujets n'étaient pas traités par la méthadone :**

- 8 par overdose (4 n'ayant jamais reçu de méthadone et 4 ayant cessé le traitement avant leur libération)
- 2 par suicide
- 1 meurtre
- 4 accidents
- 2 consécutives à des affections chroniques (cancer et insuffisance rénale).

**Le risque de décès est 16 fois supérieur en dehors des murs de la prison qu'au dedans.**

### Ré-incarcérations

Après libération, le taux de réincarcération est de 87,7 pour 100 personnes par an. Plus le traitement par la méthadone est long, plus le risque de réincarcération est faible. En effet, une durée de 8 mois ou plus de traitement réduit de 70% le risque de réincarcération. Un âge inférieur à 25 ans est également prédictif d'un risque accru de réincarcération.

### Séroconversion pour l'hépatite C

Trente-neuf des 95 sujets séronégatifs pour le virus de l'hépatite C lors de la phase 1 sont devenus séropositifs en phase 2 (**incidence annuelle de 21,3 pour 100 personnes**). L'incidence du VIH est par contre très faible (2 séroconversions, soit une incidence annuelle de 0.276 pour 100 personnes).

Les éléments prédictifs d'une séroconversion pour le virus de l'hépatite C sont :

- la brièveté de l'incarcération (séjours inférieurs à 2 mois)
- **des durées de traitement par méthadone inférieures à 5 mois.**

## Discussion des auteurs de l'étude

Cette étude portant sur le suivi à 4 ans de détenus australiens usagers d'héroïne met en évidence une association entre amélioration du devenir des sujets suivis et durée de traitement par méthadone.

### - Sur la mortalité

**L'existence d'un traitement méthadone, qu'elle qu'en soit sa durée, est associée à une réduction de la mortalité.**

### - Sur le taux de ré-incarcération

Le risque de réincarcération est significativement réduit pour des périodes de traitement à la méthadone supérieures ou égales à 8 mois comparativement à des périodes sans traitement.

### - Sur le taux de séroconversion à l'hépatite C

**Des incarcérations courtes (< 2 mois) sont significativement associées à un risque accru d'infection par le virus de l'hépatite C, ainsi que des périodes de traitement par méthadone inférieures à 5 mois.**

Les résultats de cette étude soulignent l'importance d'améliorer les taux de rétention dans les programmes méthadone, notamment pour ceux incarcérés pour de courtes durées, sans discontinuité de traitement.

Pour les auteurs, différentes implications découlent de l'ensemble de ces résultats :

- la nécessité de développer des stratégies permettant d'améliorer la continuité des soins entre prison et milieu libre pour les traitements par la méthadone,
- la nécessité d'identifier d'autres facteurs prédictifs d'échec au traitement tels que : une posologie inadaptée de méthadone, l'existence de comorbidités psychiatriques non traitées, un handicap social, des obstacles institutionnels ou un support psycho-social inadapté,
- les traitements par la méthadone, que ce soit en prison ou en milieu libre, pourraient constituer une alternative intéressante à de courtes peines de prison, au moins en termes d'infection virale, de mortalité et de ré-incarcération.

## Commentaires du Dr Laurent MICHEL, membre du comité de rédaction.

Peu de publications existent sur la population carcérale, ses particularités et son devenir, pour des raisons éthiques évidentes mais aussi certainement par manque de volonté politique et désintérêt des acteurs de la recherche dans le champ sanitaire (bien que ce soit peut être en train de changer).

Les études de cohorte, prospectives, sont bien évidemment les plus difficile à réaliser avec une population judiciairisée. Ce travail est donc particulièrement intéressant à ce titre.

Il objective ce que l'on savait déjà plus ou moins, le danger d'incarcérations brèves chez des sujets jeunes en pleine phase de toxicomanie active (séroconversion pour le virus de l'hépatite

C, mortalité élevée à la sortie) et leur peu d'efficacité sur l'activité criminelle (taux de ré-incarcération considérable).

Il montre également que les pratiques de partage de matériel servant à l'injection, la plupart du temps minimisées, voir déniées, sont pourtant présentes en milieu pénitentiaire. Le très faible taux de séroconversion pour le VIH comparativement à celui pour l'hépatite C laisse cependant supposer qu'en particulier le message de prévention reste mal ciblé : si les seringues ne sont probablement que rarement partagées, le reste du matériel (eau, citron, cuillère, coton...) l'est sans doute très fréquemment.

**Il est un plaidoyer évident pour un usage élargi et motivé des thérapeutiques de substitution en milieu pénitentiaire quelle que soit la durée d'incarcération. Il va jusqu'à proposer le traitement par la méthadone en alternative à de brèves incarcérations.**

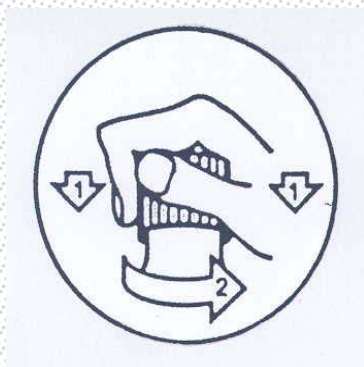
**C'est aussi une des rares études qui montre l'impact positif du traitement de substitution par la méthadone sur la séroconversion à l'hépatite C sur une population d'usagers de drogue qu'il a été possible de suivre sur un parcours de plusieurs années.**

Il met également en exergue l'importance d'assurer la continuité des soins à la sortie de prison et donc la nécessaire interactivité avec les structures de soins spécialisées. D'autres études comparables, à l'étranger mais aussi en France, sont actuellement en cours de réalisation et confirmeront très certainement ce type de résultats.

#### Bibliographie :

1. Dolan, K.A. et al. A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison. Drug and alcohol dependence, 72, 59-65, 2003.
2. Dolan K.A., Wodak AD, Hall WD. Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. Drug Alcohol Rev. 1998 Jun;17(2):153-8.

**Depuis le mois de novembre 2005, les flacons de méthadone sirop sont fermés par un bouchon de sécurité, destiné à éviter une ouverture et une absorption accidentelle, notamment par des enfants. D'une façon générale, comme l'ensemble des médicaments destinés aux adultes, la méthadone doit être tenue hors de portée des enfants.**



**Pour l'ouvrir : posez le flacon sur un plan dur, puis appuyez sur le bouchon en le dévissant dans le sens indiqué par la flèche.**

Malgré ces précautions, en cas de prise accidentelle par un enfant, la période la plus critique se situe 1 à 4 heures après la prise. Dans ce cas, ou dans le doute, l'enfant doit être conduit aux Urgences le plus rapidement possible.



## Annexe :

*Fiche n° 7 VIH/sida et prisons 2004/2005*

*Extrait d'une série de 13 fiches portant*

*sur le VIH/sida et les prisons*

*produites par le réseau juridique canadien VIH-SIDA*

-----

*Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002*

*relative à la prescription de la méthadone par les médecins*

*exerçant en établissement de santé, dans le cadre de*

*l'initialisation d'un traitement de substitution pour les*

*toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.*

# 7

VIH/sida  
et  
prisons

2004/2005

## Prévention et traitement : la méthadone

*Ce feuillet présente d'importants renseignements sur le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) en prison. On y explique qu'il s'agit d'une stratégie de prévention du VIH qui offre aux personnes souffrant d'une dépendance à une drogue une option supplémentaire pour éviter l'utilisation et le partage d'aiguilles. On met en relief le fait que, puisqu'il s'agit d'une forme de traitement valable sur le plan médical, elle devrait être accessible pour les personnes ayant une dépendance aux opiacés, en prison comme dans la communauté.*

Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et les prisons:

1. VIH/sida et hépatite C en prison: les faits
2. Comportements à risque élevé derrière les barreaux
3. La transmission du VIH dans les prisons
  4. Prévention: les condoms
  5. Prévention: l'eau de Javel
6. Prévention: le matériel d'injection stérile
7. Prévention et traitement: la méthadone
  8. Soins et traitements
  9. Une stratégie globale
10. Détenus autochtones et VIH/sida
11. Détenues et VIH/sida
12. Une obligation morale et légale d'agir
13. Ressources essentielles

### Pourquoi le TEM?

La méthadone est un narcotique de synthèse à action prolongée, qui se prend par voie orale, pour bloquer les symptômes de manque ou de sevrage des opioïdes comme l'héroïne. Plusieurs recommandent l'introduction ou l'expansion du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) en prison, en tant que stratégie de prévention du VIH qui offre aux personnes opiomanes une option supplémentaire pour éviter d'utiliser et de partager du matériel d'injection. *L'objectif principal du TEM est d'aider les personnes à cesser de s'injecter, non pas à cesser l'usage de drogue.* La réduction de la dose de méthadone – dans le but ultime d'aider le patient à cesser l'usage de drogue – est un objectif à plus long terme.

Depuis le milieu des années 1990, les programmes de TEM ont rapidement pris de l'ampleur dans la communauté. Une quantité considérable de données d'études conclut à leur efficacité pour la réduction des comportements d'injection à risque de transmission du VIH. Les preuves sont aussi convaincantes du fait qu'il s'agit du traitement le plus efficace pour les personnes dépendantes de l'héroïne, dans la communauté, en termes de réduction de la mortalité, de consommation proprement dite et de criminalité. De plus, le TEM attire et retient davantage d'utilisateurs d'héroïne que n'importe quelle autre forme de traitement. En outre, il existe aussi des preuves que les personnes qui sont en TEM mais qui s'en voient retirées parce qu'elles entrent en prison recommencent souvent à utiliser des narcotiques, souvent en prison et par voie d'injection. Il a donc été largement recommandé que ce traitement puisse être poursuivi en prison lorsque la personne le suivait dans la communauté.

L'avènement du VIH/sida soulève des arguments en faveur d'offrir le TEM aux détenus qui ne le recevaient pas avant leur incarcération. En prison, bon nombre d'utilisateurs de drogue par injection continuent d'en consommer et ils sont plus susceptibles de partager du matériel d'injection, ce qui engendre un risque élevé de transmission du VIH (voir feuillets 2 et 3). Comme dans la communauté, la disponibilité du TEM présente un potentiel de réduire l'injection et le partage de seringues en prison.

### Où ce traitement est-il offert?

*Dans le monde*, de plus en plus de systèmes carcéraux offrent le TEM aux détenus, notamment dans la plupart des pays de l'Europe occidentale (à l'exclusion de la Grèce, de la Suède et de deux ressorts de l'Allemagne). Des programmes existent aussi en Australie et aux États-Unis (à Rikers Island, New York). En outre, un nombre croissant de pays de l'Europe de l'Est en amorcent dans leurs prisons ou prévoient le faire dans les prochaines années.

*Au Canada*, jusqu'à tout récemment, la méthadone était rarement prescrite en prison. Ceci a cependant changé, en partie à cause de recommandations incitant

## PRÉVENTION ET TRAITEMENT : LA MÉTHADONE

les systèmes carcéraux à offrir le TEM et en partie à cause d'actions en justice. En Colombie-Britannique, par exemple, une femme séropositive a intenté une action contre le système carcéral provincial qui refusait de lui donner accès à de la méthadone – on lui avait refusé la continuation du traitement qu'elle suivait avant d'être incarcérée. Elle a soutenu que, dans ces circonstances, sa détention était illégale. Les autorités carcérales l'ont donc fait examiner par un médecin, qui lui a prescrit de la méthadone, après quoi elle a retiré sa plainte. Un autre cas fut celui d'un homme qui avait développé depuis longtemps une « forte dépendance à l'héroïne » et qui a été condamné à une peine de détention de deux ans moins un jour (donc dans une prison provinciale, au Québec) pour le motif que cet établissement lui permettrait de recevoir un TEM. La défense a soutenu qu'il était nécessaire de s'occuper des causes à la base des crimes du prévenu, et que le traitement à la méthadone était essentiel pour vaincre sa dépendance.

En septembre 1996, la B.C. Corrections Branch a adopté une politique de continuer la provision de méthadone aux adultes incarcérés qui suivaient ce traitement dans la communauté avant leur incarcération, devenant le premier système carcéral au Canada à donner un accès uniforme au TEM. Le 1 décembre 1997, le Service correctionnel du Canada (SCC) lui a emboîté le pas. Aujourd'hui, dans le système fédéral et la plupart des systèmes provinciaux et territoriaux, les détenus qui suivaient ce traitement avant leur incarcération peuvent le poursuivre en prison. Cependant, rares sont les systèmes qui permettent aux détenus d'amorcer un TEM pendant la détention. Seul le système fédéral est doté d'un programme d'amorce du TEM; le Québec, la Saskatchewan et le Yukon en permettent l'amorce dans des « circonstances exceptionnelles ».

### Y a-t-il des alternatives?

Certains systèmes carcéraux sont encore rébarbatifs à l'idée de rendre le TEM disponible ou d'accroître son accessibilité à ceux qui ne le recevaient pas avant l'incarcération. Certaines personnes considèrent la méthadone comme un stupéfiant parmi tant d'autres, dont la provision ne fait que retarder la croissance personnelle nécessaire à l'évolution vers une existence qui n'est pas centrée sur la drogue. D'autres s'y opposent pour des raisons d'ordre moral, en prétendant qu'il ne fait que remplacer une dépendance par une autre. Si

l'on disposait de méthodes permettant de parvenir à une abstinence durable, on pourrait considérer que les bienfaits de la méthadone sont minces. Cependant, comme l'ont mis en relief Dolan et Wodak, il n'existe pas de telles alternatives et

[I]a majorité des patients dépendants de l'héroïne recommencent à s'en injecter après la désintoxication; peu d'entre eux sont attirés par un traitement d'abstinence ou le poursuivent assez longtemps pour parvenir au but. Tout traitement qui, comme le TEM, réussit à conserver la moitié de ceux qui l'entreprennent, réduit considérablement leur usage d'opioïdes illicites et leur activité criminelle, et améliore leur santé et leur bien-être, accomplit beaucoup plus que de « seulement » substituer une drogue à une autre.

Depuis quelques années, des évaluations de programmes de TEM en prison, au Canada, en Australie et aux États-Unis, ont fourni des données claires sur leurs bienfaits.

### Recommandation

Le TEM est une forme valable de traitement qui devrait être offerte aux personnes ayant une dépendance aux opiacés, indépendamment du fait qu'elles soient en prison ou en liberté.

### Lectures complémentaires

De l'information sur l'accès au TEM dans les prisons au Canada – R. Lines, *La lutte au VIH/sida dans nos prisons: trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002. (Accessible via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm))

T. Kerr, R. Jürgens, *Methadone Maintenance Therapy in Prisons: Reviewing the Evidence*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004. (Accessible via [www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm))

Service correctionnel du Canada, *Rapport de recherche: Le traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral: Incidence sur l'issue de la mise en liberté et le comportement en établissement*, Ottawa, Direction de la recherche du SCC, 2002, (No R-119). (Accessible via [www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/reports\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/reports_f.shtml))

**Troisième version révisée et mise à jour, 2004.** On peut télécharger ce feuillet à partir du site Web du Réseau juridique <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm>> ou le commander auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel: [aidsida@cpha.ca](mailto:aidsida@cpha.ca)). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, veuillez contacter le Réseau juridique (tél.: (514) 397-6828, téléc.: (514) 397-8570, courriel: [info@aidslaw.ca](mailto:info@aidslaw.ca)). **This info sheet is also available in English.**

**Financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de Santé Canada.**



**DIRECTION GENERALE  
DE LA SANTE**

Sous-direction santé et société  
Bureau SD6B

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**

Sous-direction de l'évaluation  
Et de l'organisation hospitalières  
Bureau O2

**La ministre de l'emploi  
et de la solidarité**

**Le ministre délégué à la santé**

à

**Madame et Messieurs  
les préfets de région  
Direction régionale des affaires sanitaires  
et sociales  
(pour information)**

**Mesdames et Messieurs  
les préfets de département  
Direction départementale des affaires  
sanitaires et sociales  
(pour information)**

**Mesdames et Messieurs  
les directeurs des agences régionales de  
l'hospitalisation  
(pour attribution et diffusion aux  
établissements de santé)**

**Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.**

**Date d'application : immédiate**

**Mots-clés : toxicomanie - traitement de substitution – méthadone – prescription initiale – établissements de santé – milieu pénitentiaire.**

**Textes de référence :**

- circulaire DGS n°14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes.
- circulaire DH/DGS/DSS/DAP n°45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, et guide méthodologique.
- circulaire DGS n°4 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995.
- circulaire DGS n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés.
- circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.
- circulaire DGS/DH/DAP n°739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire.
- circulaire DGS/DH n°346 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes.
- circulaire DGS/DHOS n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.
- note interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n°474 du 9 août 2001 relative 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.

**Pièce -jointe :**

Cadre d'utilisation de la méthadone.

La présente circulaire et le cadre d'utilisation annexé ont pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la possibilité de prescrire la méthadone, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs à un produit opiacé, est étendue aux médecins qui exercent en établissement de santé. Cette possibilité était jusqu'alors réservée aux médecins des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

L'autorisation de mise sur le marché de la méthadone est modifiée en conséquence.

Cette évolution a pour principal objectif de créer les conditions permettant de rendre la méthadone plus accessible, de toucher des personnes qui ne fréquentent pas les centres spécialisés de soins et, ainsi, de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de patients usagers de drogues. Il s'agit de diversifier les lieux et les situations dans lesquels peut être entrepris, dans le cadre d'un suivi médico-psycho-social adapté, un traitement de substitution.

Elle s'intègre dans une démarche globale visant à mieux équilibrer le nombre de patients en traitement de substitution, entre ceux qui sont traités par la méthadone (environ 12000 patients) et ceux qui sont traités par la buprénorphine haut dosage (environ 80000)<sup>1</sup>.

La primo-prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé constitue un des objectifs en matière de substitution du plan triennal (1999-2001) de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.

Elle correspond également aux attentes formulées par de nombreux intervenants en toxicomanie.

Les situations permettant d'envisager la primo-prescription d'un traitement à base de méthadone en établissement de santé sont les suivantes :

- un séjour en établissement de santé peut, dans certains cas, constituer une opportunité pour commencer un traitement de substitution, en particulier s'agissant d'hospitalisation pour suivi obstétrical, soins psychiatriques, pathologies somatiques graves de type infectieux, traumatologie et soins de suite.
- la primo-prescription d'un traitement de substitution par des médecins exerçant en établissement de santé, donc par les médecins des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et des secteurs de psychiatrie doit également permettre de résoudre certaines difficultés spécifiques qui se posent en milieu pénitentiaire dans l'accès aux traitements de substitution.
- une consultation à l'établissement de santé en ambulatoire. Cette éventualité ne peut être envisagée que si l'organisation proposée par l'établissement de santé permet de garantir le respect des conditions fixées dans le cadre d'utilisation, ci-joint, conditions qui visent à assurer la sécurité de la prescription et un suivi pluridisciplinaire de la personne toxicomane. La primo-prescription en consultation externe constitue une solution permettant de répondre à des situations particulières de difficultés d'accès à la méthadone et n'a aucunement vocation à se substituer au dispositif spécialisé. L'organisation d'un relais doit être envisagée dans les meilleurs délais possibles.

Dans tous les cas, les modalités concrètes de relais à l'issue de la prise en charge en établissement de santé ou, en établissement pénitentiaire, à l'issue de la détention, soit vers un centre spécialisé, soit vers un médecin de ville, devront être systématiquement examinées, avec le patient, dès l'indication de la prescription.

La prescription d'un traitement de substitution à base de méthadone en établissement de santé s'intègre nécessairement dans le dispositif général d'accueil, de prise en charge et d'orientation des personnes toxicomanes au sein de l'établissement de santé.

---

<sup>1</sup> Chiffres au 30 octobre 2001.

Il convient ici de rappeler le rôle que sont amenées à jouer en ce sens, au sein des établissements hospitaliers, les équipes de liaison et de soins en addictologie, dont la circulaire DHOS/DGS n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives vise le renforcement ou la création. Ces équipes ont en effet pour principales missions de former et d'assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer les protocoles de soins et de prise en charge et de développer les liens avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social.

Le traitement de substitution s'intègre dans un processus global d'accompagnement, de suivi médico-psychologique et socio-éducatif et de réinsertion de la personne dépendante, aspects qui impliquent un travail en réseau, une démarche inter-institutionnelle.

Par ailleurs, cette évolution dans les conditions de prescription de la méthadone devra être intégrée dans le programme de travail des comités départementaux de suivi, mis en place à la suite de la circulaire du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés, qui ont notamment pour mission de contribuer à l'organisation de la prescription et de la délivrance des médicaments de substitution. Il doit en conséquence être envisagé d'associer aux réunions du comité un médecin exerçant en établissement de santé qui prescrit la méthadone.

Précisons enfin que le souci de rendre la méthadone plus accessible ne remet aucunement en cause le cadre imposé par le statut du médicament, qui prévoit une surveillance particulière pendant le traitement.

Vous trouverez en annexe le nouveau cadre d'utilisation de la méthadone. Il intègre la possibilité donnée aux médecins exerçant en établissement de santé de primo-prescrire la méthadone, et actualise les éléments d'ordre général ou spécifiques aux CSST.

La mise en place de la primo-prescription de la méthadone par des médecins exerçant en établissement de santé doit s'accompagner d'une démarche d'évaluation et de suivi au sein de l'établissement concerné.

Vous voudrez bien nous tenir informés des difficultés rencontrées.

Toute information complémentaire pourra être obtenue auprès des bureaux O2 (organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques) de la DHOS et SD6B (pratiques addictives) de la DGS.

## **CADRE D'UTILISATION DE LA METHADONE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES.**

- **Principes généraux.**

La prescription initiale de la méthadone est réservée aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et aux médecins exerçant en établissement de santé, pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés.

Les responsables des centres ainsi que les responsables des établissements de santé s'engagent au respect du cadre d'utilisation ci-après.

La méthadone est un outil à utiliser dans la prise en charge de certains toxicomanes. Les objectifs de cette utilisation sont de favoriser :

- une insertion dans un processus thérapeutique et une facilitation du suivi médical d'éventuelles pathologies associées psychiatriques et/ou somatiques,
- une stabilisation de la consommation de drogues issues du marché illicite (notamment l'héroïne),
- une limitation du recours à la voie injectable, source de transmission du VHC et du VIH et de complications infectieuses locales ou générales,
- une insertion sociale.

L'objectif, à terme, est de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance, y compris à la méthadone.

- **Les indications.**

Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés.

Le traitement est réservé aux personnes de plus de quinze ans, volontaires.

Le patient doit être dépendant majeur et avéré à un produit opiacé.

- **La prescription.**

Tous les médecins exerçant en CSST ou en établissement de santé, remplissant les conditions définies aux articles L.4111-1 et suivants du code de la santé publique, sont habilités à prescrire de la méthadone afin d'initier un traitement de substitution.

Les services d'accueil et de traitement des urgences des établissements de santé, compte tenu de leurs modalités de fonctionnement, ne constituent pas un contexte adapté à la primo-prescription de la méthadone.



S'agissant d'un stupéfiant, la prescription doit être faite sur une ordonnance répondant aux spécifications fixées par l'arrêté du 31 mars 1999 (ordonnances sécurisées). La durée maximale de prescription est limitée à 14 jours. La délivrance est fractionnée par périodes de 7 jours.

Les patients sont volontaires et doivent accepter les contraintes de la prise en charge :

- venir régulièrement au centre de traitement ou dans l'établissement de santé,
- se soumettre à des analyses urinaires périodiques de contrôle.

Il devra toujours être proposé une prise en charge adaptée et diversifiée, avec, en fonction des besoins de la personne, un suivi sur le plan médical, social et psychologique ainsi qu'un accompagnement éducatif. La prise en charge du patient doit être globale et coordonnée.

**Le relais à l'issue de la prise en charge en établissement de santé ou en établissement pénitentiaire, à l'issue de la détention, soit vers un médecin de ville, soit vers un centre spécialisé, constitue un aspect fondamental de la prise en charge et doit être envisagé, avec le patient, dès l'indication de la prescription.**

a). La mise en place du traitement.

La prescription de la méthadone relève de la décision du seul médecin, qui tient compte des besoins et des difficultés sanitaires et sociales de la personne. La prescription ne constitue cependant pas un acte solitaire, le prescripteur devant s'entourer des avis utiles. Ainsi :

- en CSST, la prescription engage également fortement l'ensemble de l'équipe du centre, qui réalise conjointement la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative du patient. Il convient que l'équipe soit non seulement informée mais aussi consultée.
- en établissement de santé, le prescripteur s'assure d'une évaluation pluridisciplinaire, en interne (équipe de liaison, assistante sociale) et en externe (l'avis d'un médecin ou d'un intervenant de CSST pourra être recueilli). De manière générale, il apparaît pertinent que le prescripteur puisse s'adresser à un CSST, positionné comme pôle ressource.

La mise en place du traitement par des médecins qui exercent en établissement de santé correspond aux cas suivants :

- à l'occasion d'une hospitalisation, notamment, pour suivi obstétrical, pathologies somatiques graves de type infectieux, soins psychiatriques, traumatologie et soins de suite,
- en milieu pénitentiaire, prescription par un médecin d'UCSA, de SMPR ou de secteur de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire. Dans chaque établissement pénitentiaire, un accord sera conclu entre l'équipe en charge des soins somatiques et l'équipe psychiatrique, afin de déterminer laquelle des deux sera en charge de la prescription de méthadone.
- en consultation à l'établissement de santé en ambulatoire.

Une première analyse urinaire permettra de vérifier la réalité d'une consommation récente d'opiacés et l'absence de prise de méthadone (qui comporte un traceur spécifique). Un soin particulier doit être porté à cette première analyse puisqu'elle permet de s'assurer qu'un même patient ne bénéficie pas de deux suivis avec prescriptions de méthadone.

b). Le suivi du traitement.

Pendant les trois premiers mois de prescription, les analyses urinaires de contrôle<sup>2</sup> sont pratiquées une à deux fois par semaine. Ensuite, elles sont pratiquées deux fois par mois. Il convient de préciser que les conditions dans lesquelles s'effectue le recueil urinaire, en vue des analyses, doivent permettre de respecter l'intimité des personnes.

La recherche et le dosage de l'ensemble des produits listés ne sont pas systématiques. Le choix des substances toxicomanogènes à doser doit s'appuyer sur des notions cliniques, thérapeutiques et pharmacologiques. La détermination de la fréquence de prescription des analyses urinaires est sous la responsabilité du médecin prescripteur.

Le traitement est administré en une prise unique quotidienne.

Les modalités du relais, vers un CSST ou un médecin de ville, doivent être envisagées dès le début du traitement. Le relais doit s'opérer dès que le traitement est stabilisé. Les conditions de stabilisation permettant d'envisager le relais sont appréciées par le médecin prescripteur en charge du suivi du traitement. La décision d'une orientation vers un médecin de ville est conditionnée par :

- la capacité du malade à gérer de façon autonome son traitement,
- une posologie de méthadone stabilisée,
- des dosages urinaires négatifs aux opiacés.

Pour ce qui concerne les CSST.

Le médecin du centre de soins spécialisés détermine, en collaboration avec l'équipe de soins, l'opportunité de l'orientation du patient vers un médecin de ville pour la poursuite du traitement. Ce médecin de ville sera choisi par accord entre le patient et le prescripteur initial. Au moment du relais, l'ordonnance du prescripteur initial devra mentionner le nom du médecin choisi.

Pour ce qui concerne les établissements de santé.

Dès que les conditions l'autorisent (équilibre personnel du patient, absence de consommation d'autres produits, conditions sociales favorables), la personne est orientée vers un médecin de ville.

Si cette orientation n'est pas jugée opportune par le médecin, le relais s'effectue vers un CSST.

Le médecin de ville ou le CSST sera choisi par accord entre le patient et le prescripteur initial. Au moment du relais, l'ordonnance du prescripteur initial devra mentionner le nom du médecin choisi.

C'est sur un fonctionnement en réseau, préexistant, que les articulations seront proposées. La circulaire DGS/DHOS relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes du 8 septembre 2000 présente le cadre général de ces articulations.

---

<sup>2</sup> Les contrôles peuvent porter sur les produits suivants : méthadone, opiacés naturels et/ou de synthèse, alcool, cocaïne, amphétamine et ses dérivés, barbituriques, benzodiazépines, cannabis, LSD.

Pour ce qui concerne le milieu pénitentiaire, la continuité des soins et de la prise en charge doit être assurée à la sortie du détenu, conformément aux termes de la circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH.

Dans tous les cas, lors de la prescription par un médecin de ville, celui-ci devra déterminer, en accord avec le patient, le pharmacien qui réalisera la dispensation du traitement. Le pharmacien choisi doit être contacté par le médecin de ville. Le nom du pharmacien qui assurera la dispensation sera inscrit sur l'ordonnance répondant aux spécifications de l'arrêté du 31 mars 1999 (ordonnances sécurisées) établie par le médecin. La prescription pourra, en cas de nécessité, préciser que la dispensation par le pharmacien d'officine doit se faire quotidiennement.

c). Posologie.

La première dose quotidienne est habituellement de 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique et doit être administrée au moins dix heures après la dernière prise d'opiacés.

La posologie est ensuite adaptée progressivement sous surveillance médicale, en fonction des besoins de chaque patient, jusqu'à 40 à 60 mg en une à deux semaines en fonction de la réponse clinique pour prévenir les signes de sevrage ou un possible surdosage.

La dose d'entretien est obtenue par augmentation de 10 mg par semaine et se situe habituellement entre 60 et 100 mg/jour. Des doses supérieures peuvent être nécessaires. Les modifications de posologies sont alors déterminées après réévaluation clinique et des prises en charge associées.

d). L'arrêt de la prescription.

L'arrêt de la prescription est de la responsabilité du médecin, au vu de l'évolution de l'état clinique, des consommations et de la situation personnelle et sociale du patient. Il peut, notamment, être motivé par un constat d'inefficacité de cette modalité de prise en charge se manifestant, par exemple, par des prises régulières d'autres stupéfiants, mais également par des actes de violence au sein du CSST ou de l'établissement hospitalier. L'arrêt brutal du traitement entraîne l'apparition d'un syndrome de sevrage opiacé et une diminution de la tolérance acquise. L'arrêt du traitement doit donc se faire par diminution progressive de la posologie par paliers, au moins hebdomadaires, de 5 à 10 mg.

En cas de reprise du traitement, les mêmes précautions que lors de la mise en place du traitement doivent être prises.

• **Délivrance**

En CSST.

Le traitement est délivré quotidiennement au centre sous contrôle médical ou infirmier.

Le médecin pourra, en fonction de la situation du patient et notamment au regard de sa stabilisation, lui confier jusqu'à sept jours de traitement.

En établissement de santé.

- Dans les cas où le patient est hospitalisé, le traitement est délivré quotidiennement en présence d'un infirmier. La méthadone est fournie par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement. En termes de responsabilité et de conditions de stockage, le produit bénéficie du droit commun pour la détention des stupéfiants.

- Pour ce qui concerne la consultation externe, le médecin prescripteur devra déterminer, en accord avec le patient, le pharmacien qui réalisera la dispensation du traitement. Le pharmacien choisi doit être contacté par le médecin. Le nom du pharmacien qui assurera la dispensation sera inscrit sur l'ordonnance répondant aux spécifications de l'arrêté du 31 mars 1999 (ordonnances sécurisées) établie par le médecin. La prescription pourra, en cas de nécessité, préciser que la dispensation par le pharmacien d'officine doit se faire quotidiennement.

- En milieu pénitentiaire, la méthadone est fournie par l'hôpital de rattachement de l'UCSA, en référence au paragraphe 271 du chapitre 1<sup>er</sup> du guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994 mentionnée en référence. Les analyses urinaires sont réalisées par le même hôpital. La dispensation de la méthadone se fait conformément à la circulaire interministérielle du 5 décembre 1996 mentionnée en référence.

- **La détention de la méthadone.**

La détention de la méthadone en CSST doit bénéficier des conditions de sécurité suivantes :

- chaque centre devra disposer d'un moyen sûr de stockage du médicament (coffre-fort) afin de prévenir le vol,
- une attention particulière doit être portée aux conditions de transport du produit et de livraison du centre par la pharmacie de l'hôpital, le grossiste répartiteur, ou le fabricant,
- chaque centre doit établir tous les six mois un état indiquant la quantité de méthadone administrée et celle qui reste en stock, afin que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé puisse en permanence assurer l'approvisionnement du produit conformément aux conventions internationales en vigueur. Un état trimestriel des entrées et sorties des médicaments est adressé à l'inspection régionale de la pharmacie.

En établissement de santé, c'est le droit commun pour la détention des stupéfiants qui s'applique.

\*\*\*

Pour toute information complémentaire sur les contre-indications, mises en garde, précautions d'emploi et interactions médicamenteuses, il convient de se reporter au résumé actualisé des caractéristiques du produit.

L'enquête INSERM, initiée dans le cadre d'utilisation de la méthadone annexé à la circulaire DGS n°4 du 11 janvier 1995, est terminée depuis 1998, conformément au protocole qui prévoyait qu'une étude serait menée sur les 5000 premiers patients : les équipes ne sont donc plus tenues de remplir les fiches correspondantes.