

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

Décembre 2004

Spécial Prisons, vol. 1

Editorial <i>Dr Betty BRAHMY</i>	p. 3
Enquêtes et perspectives à propos des traitements de substitution opiacée en milieu carcéral <i>Dr Laurent MICHEL, Olivier MAGUET</i>	p. 6
Dosage de méthadone et sécurité au cours du traitement de la dépendance aux opiacés <i>Dr Christine RIVIERRE, analyse de l'article de Stewart B. LEAVITT (Addiction Treatment Forum)</i>	p. 11
Prescription de méthadone en milieu carcéral <i>Heino STÖVER, traduction des pages 102 à 114 de son livre "Drug end HIV/AIDS Services in European Prisons"</i>	p. 16
Traitement d'entretien à la méthadone Chapitre extrait de « VIH/sida et prisons: rapport final » <i>Ralf Jürgens, Réseau juridique canadien VIH/sida</i>	p. 25
Annexe : <i>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.</i>	p. 34

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

Maison d'arrêt

E.L.T.

Pharmacien

C.H.U.

AIDES

Hôpital CAREMEAU

BOIS D'ARCY

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.

Protex

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

LE CATTEAU EN CAMBRESIS

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

Bien que le débat sur la prise en charge des usagers de drogues incarcérés soit largement apaisé en cette fin d'année 2004, il apparaît néanmoins opportun de consacrer deux numéros spéciaux du Flyer à cette question. Voici le premier numéro, le second paraîtra fin 2005.

En effet, même si les pratiques divergent encore d'un établissement pénitentiaire à l'autre, donc d'une équipe soignante à l'autre, les positions naguère très idéologiques se sont assouplies et les choix thérapeutiques sont souvent davantage liés aux effectifs de personnels soignants qu'à des positions de principe pour ou contre la substitution.

Une enquête récente réalisée par le Ministère de la Santé met en évidence l'évolution favorable de l'accès aux traitements de substitution dans l'ensemble des établissements pénitentiaires français.

Les pouvoirs publics en France ont soutenu cette politique d'accès facilité (comme à l'extérieur) aux traitements de substitution dans les prisons. La commission consultative nationale des traitements de substitution a demandé à Laurent MICHEL, médecin chef du SMPR de Bois d'Arcy (78) et à Olivier MAGUET, responsable des actions communautaires à AIDES de rédiger un rapport sur l'organisation des soins en matière de substitution en milieu carcéral. Ce rapport a été présenté en 2003 et a beaucoup contribué à faire évoluer quantitativement et qualitativement les pratiques dans ce domaine.

L'article, présenté dans ce numéro par les 2 auteurs du rapport, en souligne les points les plus importants et notamment les 14 recommandations préconisées.

Il soulève également les difficultés qui existent encore, notamment la question de la durée des traitements pour les personnes détenues condamnées à de longues peines, le manque de confidentialité des soins, le problème des effectifs soignants et les besoins majeurs en matière de formation et de supervision des équipes soignantes.

L'article évoque les questions de trafic et d'indigence, notions qui paraissent intimement liées. En effet beaucoup de personnes détenues sont réellement indigentes : certaines personnes détenues ne reçoivent aucune aide financière de la part de leur famille et n'ont pas accès au travail pénitentiaire. Elles ne disposent alors d'aucune ressource pour faire l'acquisition par la « cantine » de produits de première nécessité (notamment le tabac) et elles se voient donc « obligées » de se faire prescrire des psychotropes qui tiennent lieu de monnaie d'échange en prison. Une grande part du trafic s'explique ainsi et serait donc en forte baisse si on mettait en place un « minimum vital » pour les détenus, comme prévu dans la loi pénitentiaire qui n'a jamais vu le jour...

Il serait certainement utile de prolonger la réflexion sur cette question des trafics en détention, car elle conditionne encore certains choix thérapeutiques et fait l'objet de la principale difficulté entre les personnels soignants et les personnels de l'administration pénitentiaire.

L'article de Stewart B. LEAVITT sur le dosage de la méthadone et la sécurité au cours du traitement de la dépendance aux opiacés a le mérite de rappeler très précisément les objectifs

de ce traitement, la pharmacologie de la méthadone et les différentes étapes du dosage de celle-ci.

La méthadone fait parfois peur car, de par son caractère agoniste vrai, elle n'est pas sans risques. Ici le lecteur pourra se référer à un véritable guide de l'initiation et de la stabilisation de ce traitement avec des conseils précis pour la période d'induction. La connaissance des règles de prescription, puis l'expérience sur le terrain permettent de voir bien vite les effets positifs de la méthadone ainsi que de trouver la dose optimale de « confort thérapeutique » entre 2 prises en sachant que parfois des posologies élevées s'avèrent nécessaires.

La circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 étend la prescription de la méthadone à tous les établissements de santé donc aux médecins des UCSA ; il est indispensable de dédramatiser la mise en place du traitement par la méthadone et d'insister sur les aspects positifs de ce traitement afin que les « nouveaux prescripteurs » en aient un accès facilité. Il est nécessaire de créer des réseaux entre les praticiens des prisons et ceux des Centres Spécialisés pour les soins aux toxicomanes (CSST) afin, là aussi, de faire profiter les médecins des UCSA de l'expérience de ceux des CSST.

L'article de Heino STOVER traite de la prescription de la méthadone en milieu carcéral . Il aborde les différences qui existent de son point de vue, entre la prescription en prison et celle en milieu libre. Il pense que « la distribution de méthadone est une forme de traitement qui s'accommode très bien avec le système carcéral », mais il constate que « seulement 2% de la population carcérale est suivie grâce à des traitements de substitution. Il faut préciser que son article a été écrit en 2000 et que depuis les pratiques, notamment en France, ont évolué favorablement. Par ailleurs, il pense que la méthadone est utilisée dans les prisons comme produit de sevrage et non sur le long terme. Il semble que ce n'est pas ce qui se passe dans les prisons françaises où au contraire, la méthadone est peu utilisée pour le sevrage des toxicomanes.

L'auteur décrit les pratiques dans plusieurs pays d'Europe et établit ainsi un panorama des différentes situations. Il donne également des normes et des lignes directrices pour la prescription de la méthadone dans les établissements pénitentiaires, tout en rappelant que c'est le médecin qui décidera de prescrire, ou de ne pas prescrire ces traitements de substitution.

L'auteur insiste aussi sur la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire pour la prise en charge des toxicomanes, aussi bien dans les prisons qu'à l'extérieur, et sur l'importance de la formation des intervenants.

L'article de Ralf JURGENS concerne le traitement d'entretien à la méthadone, notamment dans la perspective de la réduction des risques. Il cite une étude de Dolan et Wodak qui indique que le traitement par la méthadone est « disponible dans les prisons d'au moins 4 pays et que la désintoxication à la méthadone est disponible dans au moins 8 pays ». Il ne cite pas la France. Leur étude a été menée par le biais des autorités judiciaires.

Ralf JURGENS considère que l'objectif principal de la méthadone est « d'aider les personnes à cesser de s'injecter, non pas à cesser l'usage de drogue ». C'est une position justifiée par la formation de l'auteur et sa forte inclinaison à la 'Réductions des Risques'.

En France, l'accent est mis également sur la préparation à la sortie, et la méthadone nous paraît essentielle pour envisager la réinsertion du patient. Le contact est systématiquement pris avec le CSST qui va prendre le relais à la sortie, et l'objectif est de poursuivre à l'extérieur la prise en charge psychologique et le traitement par la méthadone (qu'il s'agisse d'une initiation ou d'une poursuite du traitement). La réduction des risques demeure bien sûr une préoccupation importante, mais ce n'est pas la seule ...

L'auteur évoque également les objections d'ordre moral quant à la prescription de la méthadone en prison. Il rappelle que les autorités judiciaires préconisent pour des raisons de sécurité (?) l'abstinence, même si les comportements à risque existent dans les prisons.

Il semble que ce point de vue soit pratiquement dépassé en France où, notamment, un traitement commencé à l'extérieur est très souvent poursuivi.

Comme l'ont souligné Laurent MICHEL et Olivier MAGUET dans leur rapport, la question se pose davantage sur l'initiation des traitements et leur durée, notamment pour les personnes condamnées à de longues peines. Cette question fait problème dans les prisons alors qu'à l'extérieur, un médecin n'initialise pas ce type de traitement pour une durée prédéterminée ! Seule la clinique doit intervenir dans la décision du médecin prescripteur.

Pour améliorer le repérage des personnes présentant une dépendance à l'alcool et aux produits psycho-actifs et instaurer au plus tôt un traitement adapté par rapport au début de l'incarcération, nous avons mis en place à Fleury-Mérogis une équipe chargée de recevoir ces personnes au tout début de l'incarcération. Il faut rappeler qu'il y a 12 000 arrivants par an à Fleury et que l'immensité de la prison rend nécessaire de créer des dispositifs adaptés.

Cette équipe comprend : un temps plein de médecin addictologue, une infirmière à temps plein et d'autres infirmières à temps plus réduit, et un temps de secrétaire. Elle est chargée de repérer grâce à un questionnaire (en plusieurs langues) remis aux personnes détenues les patients déjà traités à l'extérieur ou consommateurs de produits. Le contact est pris dès ce moment avec le CSST, ou le CCAA, ou le médecin généraliste afin de recevoir la confirmation du traitement, mais l'évaluation clinique de la dépendance et du manque reste primordiale. Des analyses urinaires peuvent être pratiqués.

L'objectif de cette équipe d'accueil spécialisée est de permettre la mise en œuvre rapide d'un traitement adapté : poursuite d'un traitement de substitution en cours, initialisation dès ce moment-là, voire traitement de sevrage... . Les préoccupations de l'équipe de Fleury, comme celles d'un nombre croissant d'établissements pénitentiaires se situent résolument dans la continuité des soins, la réduction des risques mais aussi dans la préparation à la sortie.

Une nouvelle revue voit le jour en ce début d'année 2005 :

International Journal of Prisoner Health

Ce journal a pour vocation d'encourager les débats sur tous les thèmes qui touchent à la santé des personnes incarcérés.

Contact pour abonnement : Claire BRANDON :

Claire.brandon@tandf.co.uk

Enquêtes et perspectives à propos des traitements de substitution opiacée en milieu carcéral

Dr Laurent MICHEL¹, Bois d'Arcy et Olivier MAGUET², Paris

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

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

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

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

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

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

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

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

Finalement, la perception de la substitution reste ambivalente, partagée entre le constat d'une « pacification » de la détention avec amélioration de la prise en charge des détenus et le questionnement sur le rôle social conféré aux prescripteurs.

L'expérience en détention est la source majeure de ce qui forge les connaissances, attitudes et représentations, soulignant l'importance d'actions de formation complémentaires.

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

Les difficultés évoquées ne sont finalement pas spécifiques du milieu carcéral. Elles pré-existent en milieu libre et ne sont que caricaturées par le milieu carcéral.

LES RECOMMANDATIONS

□ 1 transversale : le projet thérapeutique

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

□ Les 13 recommandations :

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

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

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

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

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

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

Les mésusages et le trafic sont courants en milieu libre. La prison identifie seulement mieux les responsabilités présumées : il n'y a qu'un prescripteur. Notons cependant que le trafic en milieu carcéral ne date pas d'hier et qu'une partie du trafic provient de l'extérieur. Le statut d'indigence en prison devrait d'ailleurs autant nous interpeller que le trafic qui en découle.

La réduction des risques en milieu carcéral se heurte, comme en milieu libre, à des obstacles liés à la pénalisation de l'usage. Tolérer l'eau de javel est possible car l'intentionnalité n'est pas clairement exprimée, mais imaginer un dispositif d'échange de seringue ne le paraît pas car il remet en cause, et en chaîne, tout un nombre de préceptes légaux ou éthiques. L'aménagement sanitaire et éthique est possible en milieu libre mais pas en milieu carcéral, à moins d'une remise en cause globale du principe de la loi de 1970.

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

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

De même, les détenus évoquent des délivrances infantilisantes, les confrontant aux pressions et les conduisant à la transgression au dépend de l'individualisation du soin. Ils soulignent aussi la fatigabilité liée à l'organisation de la délivrance quant cette dernière est quotidienne.

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

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

Le rapport dans son intégralité peut vous être adressé,
en contactant Laurent MICHEL, par mail : lmichel@easyconnect.fr

Analyse bibliographique :

Dosage de méthadone et sécurité au cours du traitement de la dépendance aux opiacés

Methadone dosing and safety in the treatment of opioid addiction

Stewart B. Leavitt, Addiction Treatment Forum, Sept. 2003

Introduction

La méthadone figure parmi les molécules les plus anciennes et les plus étudiées de la médecine moderne. Lorsqu'elle est prescrite et utilisée correctement, la méthadone est un médicament efficace et sans danger. Par le passé, de nombreux professionnels des centres de soins ont été guidés dans leurs prescriptions de méthadone par des principes philosophiques, moraux, ou psychologiques plus que par des bases pharmacologiques et cliniques.

Nous analysons ici le contenu de cet article récent, disponible sur www.atforum.com, qui rappelle les principes qui devraient guider la prescription de méthadone sur des considérations scientifiques maintenant bien établies.

Balance bénéfiques/risques

La méthadone a trois objectifs à court terme à atteindre :

- 1) supprimer les symptômes de manque
- 2) supprimer l'envie d'opiacé
- 3) bloquer les effets des opiacés illicites

Au cours de nombreuses années d'études cliniques, la méthadone a montré un profil de sécurité plutôt bon. La mortalité due à la méthadone est bien moindre que chez les toxicomanes non traités. Le risque relatif de mort est au moins 3 à 4 fois moins élevé pour les patients en MMT (Methadone Maintenance Treatment) que pour ceux qui arrêtent le traitement.

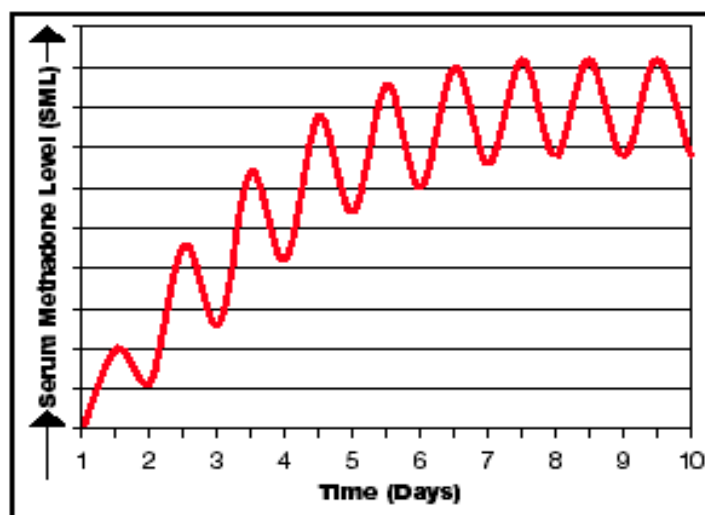
Cependant, la méthadone est un opiacé puissant, capable d'induire des dépressions respiratoires chez **les individus non tolérants aux opiacés**.

Lors de phases plus avancées en MMT, l'utilisation d'autres drogues a souvent été associée à la mortalité. C'est le cas notamment des benzodiazépines.

Rappels sur la pharmacologie de la méthadone

- La méthadone est un agoniste des récepteurs μ à opiacés situés dans le cerveau sur lesquels elle se fixe, bloquant par ailleurs la fixation d'autres agents opiacés comme l'héroïne (si elle y est suffisamment présente).
- Bio-disponibilité par voie orale 80 à 95 % (morphine 30 %).
- Métabolisée en métabolites inactifs et non toxiques.
- Demi-vie moyenne de 24-36 heures (extrêmes : 4 à 91h).
- Stockage principalement dans le foie.

- La quantité présente dans le sang (SML-Serum Méthadone Level) est relativement constante du fait du lent re-largage de la méthadone par les tissus.
- Avec la méthadone, un équilibre des taux sanguins (steady-state) est atteint en 4 à 5 jours, mais est parfois beaucoup plus long à atteindre chez certains individus. Il est donc important de considérer, qu'après chaque augmentation de la posologie de méthadone, il va falloir attendre 4 à 5 jours pour atteindre l'équilibre sanguin à la nouvelle posologie.



D'après PAYTE, 2002

- Le pic plasmatique est atteint en 2 à 4 heures, mais la demi-vie et la réponse physiologique du patient peuvent être influencées par de nombreux facteurs (alcool, drogues, médicaments, alimentation, stress psychologique, maladie psychiatrique, fonctions rénale et hépatique, grossesse ou ménopause, variations génétiques du métabolisme).
- Le métabolisme de la méthadone fait intervenir le complexe cytochrome P450 (enzymes CYP450). Les médicaments qui induisent l'activité de ces enzymes peuvent accélérer le métabolisme de la méthadone et en raccourcir les effets. A l'inverse, ceux qui inhibent le CYP450 peuvent ralentir le métabolisme de la méthadone et auront l'effet contraire. Des facteurs génétiques et environnementaux ont également une influence sur ces enzymes. Ceci a pour résultat une variation individuelle des effets de la méthadone.

SML et symptômes

Il a été recommandé par certains chercheurs d'utiliser les SML (Méthadonémie) pour déterminer la posologie adéquate de méthadone. Cependant, la posologie de méthadone n'est pas toujours corrélée avec les SML. Une forte corrélation a pourtant été rapportée par Wolff ou d'autres auteurs, mais de grandes différences peuvent survenir entre les patients. A des doses supérieures à 100 mg/j, il n'existe plus de corrélation entre les SML et les posologies de méthadone. En 2003, Payte et ses collègues ont montré que le rapport 'SML au pic - SML résiduel' serait une valeur plus intéressante ; il devrait être inférieur ou égal à 2.

Cependant, les indicateurs les plus fiables sont les signes cliniques et les symptômes relatés par les patients eux-mêmes (symptômes d'overdose, de confort, symptômes subjectifs de manque, signes objectifs de manque).

Chaque patient pose un challenge clinique unique, et il est rappelé aux praticiens qu'il est préférable de s'enquérir de l'état clinique du patient que de 'traiter les résultats de ses SML', afin d'atteindre la dose idéale de méthadone.

Importance de la tolérance

La prise de méthadone peut être toxique pour tout individu non tolérant aux opiacés. La tolérance aux opiacés découle d'un procédé complexe de neuro-adaptation et même des consommateurs expérimentés peuvent subir les effets opiacés puissants de la méthadone.

C'est pourquoi, il est essentiel de déterminer le niveau de dépendance-tolérance aux opiacés d'un individu avant d'initier la méthadone.

La définition traditionnelle de la tolérance est la diminution des effets procurés par une substance après administrations répétées. Les récepteurs aux opiacés sont alors moins sensibles à la stimulation par ces mêmes opiacés, et plus de substance est alors nécessaire à l'obtention de l'effet recherché.

Les différentes étapes du dosage et la sécurité

Il existe plusieurs phases du dosage :

- Phase d'induction initiale : supprimer les symptômes liés à l'abstinence.
- Phase d'induction précoce : diminuer l'envie d'opiacés (« craving »), et atteindre le niveau de tolérance.
- Phase d'induction tardive ou de stabilisation : déterminer la dose adéquate
- Phase de maintenance : conserver les effets atteints.

L'induction :

Il existe plusieurs facteurs de risque : le dosage initial, l'utilisation d'autres drogues, l'état de santé global du patient.

Pendant la période d'induction, on estime que le risque de mortalité est 7 fois plus élevé qu'avant le début du traitement. Il est 98 fois plus élevé pour les nouveaux patients que pour ceux qui prennent la méthadone depuis plus de 2 semaines.

L'aspect le plus délicat est l'appréciation du niveau de tolérance aux opiacés du patient. Les lois fédérales aux Etats-Unis imposent la réalisation d'examens cliniques et d'examens de laboratoire pour chaque patient dans les 15 jours qui suivent l'admission en MMT. Il peut également être conseillé de recueillir des commémoratifs précis, et de faire un bilan cardiaque. La détection de troubles respiratoires, neurologiques ou cardiaques, ainsi que l'existence de maladies interférant avec le métabolisme des médicaments requiert un suivi intensif du patient.

Les posologies d'induction :

Il n'existe pas de formule scientifique pour calculer la tolérance aux opiacés. Il est donc conseillé de commencer lentement et avec des doses faibles. Il faut trouver un juste milieu entre une dose trop faible (signes de manque trop importants et persistants) et une dose trop forte (risque d'overdose).

Les doses initiales recommandées sont variables d'un pays à l'autre.

La dose maximale de 40 mg recommandée par certains est élevée et devrait justifier une surveillance accrue.

Pendant la phase d'induction, les patients peuvent ressentir un manque peu avant la prise suivante. Ce n'est pas un critère pour augmenter la posologie. Il faut leur demander comment ils se sentaient 3-4 heures après la prise, et si la réponse est satisfaisante, la dose ne doit pas être augmentée.

Certaines directives conseillent, d'une manière générale, de ne pas augmenter les doses de plus de 5 à 10 mg par jour pendant la première semaine, et en tout cas, **pas plus de 20 mg en tout pour la semaine.**

Bien sûr, l'utilisation concomitante d'alcool, d'autres opiacés, de sédatifs augmente de manière significative le risque de mort par overdose.

Il n'existe pas de protocole d'induction absolument inoffensif pour tous.

La phase d'induction se termine lorsque les SML ont atteint un niveau stable (steady-state).

Vers la phase de stabilisation :

Une fois la stabilisation des SML atteinte, la méthadone doit être présente en quantité suffisante pour maintenir le patient dans un état de « confort thérapeutique » entre deux prises.

Il n'existe pas de relation clairement établie entre la posologie optimale de méthadone et la quantité d'opiacée consommée avant l'entrée en MMT (elle-même difficile à apprécier).

Les études ont tout d'abord démontré que 80 à 120 mg par jour étaient suffisants pour la plupart des patients. Pour certains, il faut cependant utiliser une posologie de plus de 200 mg par jour.

Pendant la phase de stabilisation, on ajuste les posologies par palier de 5 à 10 mg à chaque fois, tous les 3-4, parfois 5 jours, avec là-aussi, un maximum de 20 mg par semaine. La posologie adéquate à ce stade ne peut être déterminée par des mesures objectives (comme les SML), donc les compte-rendus des patients sont des aides précieuses sur lesquels on se base.

Des posologies élevées sont parfois nécessaires (et inoffensives), pour peu que les augmentations soient progressives et espacées.

Une dose adéquate de méthadone permet (doit permettre) chez la plupart des patients d'arrêter la consommation parallèle d'opiacés.

Qu'est-ce qu'une posologie optimale ?

D'après les essais cliniques, les patients qui reçoivent une posologie élevée de méthadone obtiennent généralement de meilleurs résultats que ceux qui reçoivent une posologie plus faible. Cependant, la quantité nécessaire dépend des besoins du patient.

Par exemple, ceux qui souffrent de troubles psychiatriques ont souvent besoin de doses plus élevées. Payte a dit récemment que les 'plafonds arbitraires' en terme de posologies (exemple le plus courant : 100 mg) n'ont pas de fondement scientifique ou clinique.

Utilité des SML :

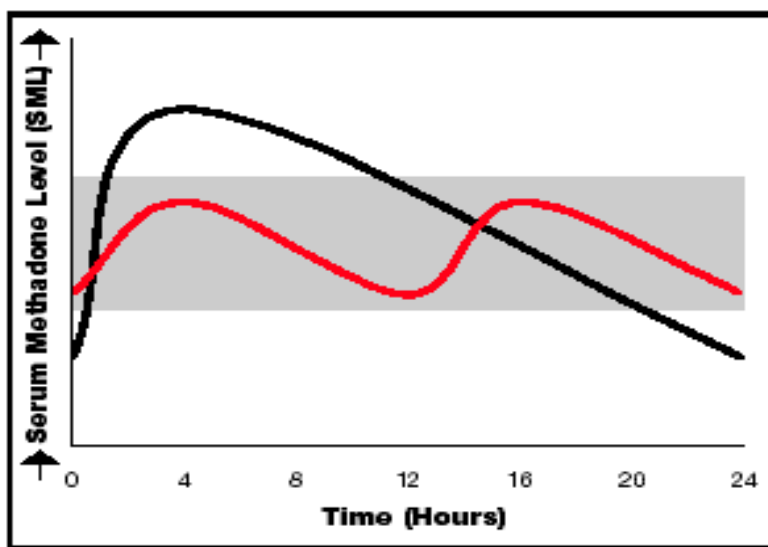
Ils peuvent être utiles dans certains cas, pour confirmer une nécessité d'adaptation des posologies et pour déterminer quels sont les patients qui ont besoin d'une prise répartie en deux fois sur la journée.

En moyenne, les chercheurs ont retenu une valeur d'au moins 150 à 600 ng/ml pour supprimer le besoin d'opiacé, et une valeur supérieure ou égale à 400 ng/ml pour avoir un effet de blocage des opiacés, en phase de maintenance.

Des études cliniques ont montré que pour l'obtention de SML à ce niveau (400 ng/ml), les posologies de méthadone nécessaires varient entre 50 mg/j et 900 mg/j. Le but recherché est une valeur résiduelle située entre 400 et 500 ng/ml (24 heures après la prise), et un pic inférieur au double (moins de 800 ng/ml). Le taux fatal des SML n'est pas déterminé avec précision : il varie de 60 à 4 500 ng/ml selon les cas étudiés.

Répartir les doses :

Si un patient montre des signes cliniques de surdosage quelques heures après la prise (hyper-sédation), mais ressent des signes de manque avant la prise suivante, il est indiqué de répartir la posologie quotidienne en deux prises. Sinon, augmenter la monoprise quotidienne ne ferait qu'élever le pic, mais pas le SML résiduel. (NDLR : selon Tenore, cette situation clinique peut faire l'objet d'une confirmation par une méthadonémie au pic. Si elle est 2 fois supérieure à la méthadonémie résiduelle, l'indication de la bi-prise peut être posée).



D'après PAYTE, 2002

L'éducation du patient est essentielle :

S B. Leavitt rappelle, dans son article, que l'éducation des patients est essentielle à la réussite et à la sécurité du traitement par la méthadone. Il y a beaucoup de mythes et de mauvaises informations autour de la méthadone. Les patients ont besoin d'une compréhension minimale de 'comment fonctionne la méthadone' et de ce que cela va leur apporter. Ils doivent comprendre qu'il y a un délai de 2 à 4 heures avant l'effet, et qu'il y a une accumulation de la méthadone dans l'organisme en cas d'augmentation de la posologie. Il est indispensable qu'ils soient informés des signes évoquant le surdosage, notamment pendant la phase délicate de l'initiation. Par la suite, la décision de l'adaptation de la posologie (à la hausse comme à la baisse) doit être partagée avec chaque patient, et prise sur des considérations cliniques.

Dr Christine RIVIERRE, Marseille et la rédaction du FLYER

Prescription de méthadone en milieu carcéral

Extrait du livre :

Drug and HIV / AIDS Services in European Prisons

Traduction des pages 102 à 114, consacrées au traitement par la méthadone

Heino Stöver, Brême, Allemagne

1. Points clés pour la prescription de méthadone

Le principe d'égalité d'accès aux services de santé à l'intérieur comme à l'extérieur des prisons, apparaît dans les recommandations et dans les directives de nombreuses commissions internationales (OMS, Conseil de l'Europe) et d'experts. Cependant, il y a plusieurs différences importantes en ce qui concerne l'utilisation des traitements de substitution, tout particulièrement pour l'utilisation de méthadone, à l'intérieur des prisons :

- A l'extérieur, les patients traités à la méthadone sont souvent obligés de se séparer physiquement, socialement, et psychologiquement de l'univers de la drogue, qui auparavant focalisait leurs vies et leurs expériences personnelles. Derrière les barreaux cette séparation n'est possible que dans une moindre mesure.
- L'efficacité et l'attrait des programmes de substitution dépend de la motivation du personnel soignant, aussi bien que des conditions pour accéder au traitement. Le système carcéral est souvent confronté à ces deux problèmes.
- Au niveau politique, les traitements par la méthadone ont suscité des espoirs irréalistes au-delà même du succès thérapeutique. Ces espoirs n'ont pas été comblés. La mise à disposition à large échelle des médicaments de substitution était supposée avoir de nombreux effets. En plus de la stabilisation médico-sociale, elle était censée permettre l'élimination de sous-cultures et de comportements rattachés à la drogue, à l'intérieur comme à l'extérieur des prisons. Les résultats n'ont pas été à la hauteur de ceux espérés.
- Les traitements de substitution nécessitent beaucoup de temps et de travail, particulièrement en phase d'initiation, quand les patients et le personnel soignant doivent se conformer aux « bonnes pratiques ». Cette phase peut parfois être très ardue. De plus, la distribution de méthadone est coûteuse tout le long du programme, notamment quand le nombre de patients augmente.
- Le traitement par la méthadone est perçu de façon différente d'une nation à l'autre. Il y a des variations d'un état à l'autre et même d'une prison à l'autre.
- Les tests destinés à dépister la consommation associée de substances psychotropes sont obligatoires pour tous les patients traités à la méthadone. Ceci est vrai aussi en prison. En raison d'un nombre varié de techniques pour les analyses d'urine, il convient d'être très prudent dans les interprétations.

Il existe un consensus à l'intérieur comme à l'extérieur des prisons selon lequel, en dehors de la distribution du médicament de substitution, la mise en œuvre de mesures psychologiques peut contribuer à améliorer les objectifs thérapeutiques. Cependant, l'avis des experts diverge quant à savoir si le **soutien psychologique** est un élément indispensable du traitement médical ou si le choix doit être laissé à la discrétion du patient. Le système pénitentiaire dispose déjà souvent du personnel nécessaire, aussi bien que des structures matérielles et logistiques, pour la mise en œuvre d'un soutien psychologique.

Même si la méthadone en prison est fréquemment perçue comme un pis-aller, c'est-à-dire comme un outil de réduction des risques et non comme une mesure adaptée pour résoudre le dilemme d'une politique prohibitionniste, elle reste utile et nécessaire sur un plan strictement pratique. Depuis que la méthadone est connue et acceptée dans leur communauté, les héroïnomanes peuvent avoir un intérêt pour un traitement de substitution pendant les périodes d'emprisonnement. La médecine carcérale pourrait être responsable de cela. De façon générale, la distribution de méthadone est une forme de traitement qui s'accommode très bien avec le système carcéral. Tout d'abord, la plupart des ressources nécessaires pour les traitements et pour le soutien psychologique sont déjà disponibles. Ensuite, les prisons sont précisément peuplées du type de clientèle susceptible de correspondre au traitement par méthadone c'est-à-dire des personnes dépendantes depuis longtemps aux opiacés sous forme injectable, et ayant essayé plusieurs fois de s'arrêter sans succès. Les traitements de substitution peuvent être considérés comme une étape vers d'autres traitements, et sont extrêmement importants si l'on prend en considération les nouvelles options thérapeutiques pour le SIDA et les hépatites. Il est fréquent que la période d'emprisonnement soit l'occasion de faire un nouveau bilan de santé dans lequel le traitement de substitution va aider à améliorer l'adaptation au nouveau traitement.

Les programmes à seuil bas, comme ceux mis en place à l'extérieur avec le critère de Verster/Buning (2000) tel qu'il a été formulé, ne peuvent pas se trouver à l'intérieur des prisons. Les programmes à seuil bas :

- sont faciles d'accès,
- sont orientés sur la réduction de la douleur,
- ont pour but principal de soulager les symptômes de manque ou d'envie, et d'améliorer la qualité de vie des patients,
- offrent une variété d'options thérapeutiques.

Dans quelques pays où la méthadone ou d'autres substituts sont prescrits en prison, il y a une continuité de traitement pour ceux qui ont commencé avant l'entrée en prison. Cette continuité de traitement se poursuit pendant la période qui suit la libération dans les services civils (par exemple au Portugal, cf. Celso Manata, 10/7/2000 ; en Autriche, Bundesministerium für Justiz 1997, dans certains pays c'est une condition sine qua non par exemple au Danemark ; Reventlow 2000) ou définis suivant la formule : « Avant la libération, il faut reprendre contact avec le prescripteur de l'institution pour confirmer les conditions du suivi et la poursuite de la prescription de méthadone » (Réglementation au Royaume Uni pour les Soins des Prisonniers). Cependant, il existe souvent des obstacles majeurs en ce qui concerne le problème financier ou simplement le fait de trouver des médecins prescripteurs à l'extérieur (pour l'Allemagne voir Keppler 1997).

Il est important de noter que le nombre de patients traités à la méthadone diminue dramatiquement quand ceux-ci entrent en prison. Aux Pays Bas, par exemple, environ 28% des consommateurs de drogue recensés reçoivent de la méthadone, alors que, dans le même temps, ils ne sont que 4% à en recevoir en prison (Zorg Achter Tralies 1999, cité dans Van Alem 1999, 8). Cela se confirme en France : alors qu'à l'extérieur des prisons environ 37% (60 000 sur 160 000) des consommateurs d'opiacés sont traités avec des médicaments de substitution, seulement 2% de toute la population carcérale est suivie grâce à des traitements de substitution, alors que 14,4% des personnes nouvellement incarcérées sont des consommateurs courants d'opiacés (voir Trabut 2000, 29f). Cet écart peut aussi être observé en Allemagne, où sur 150 000 patients dépendants, environ 50 000 (33%) reçoivent de la méthadone ou de la codéine. En prison, approximativement 800 prisonniers reçoivent de la méthadone dans le cadre du programme. Seulement environ 12,5% de ceux qui continuent à se droguer, sous une forme ou une autre, obtiennent ce traitement dans les prisons. Il semble qu'il y ait de grosses différences régionales dans la poursuite des traitements de substitution

(le French Focal Point 2000 rapporte qu'alors que quelques services pénitentiaires isolés en France comptabilisent environ un tiers de toutes les prescriptions, les autres -plus du quart- n'avaient pas de patients du tout suivant un traitement de substitution).

Ceci signifie que la méthadone est utilisée principalement comme moyen de désintoxication, alors que les prescriptions de long terme ne sont utilisées que dans quelques pays (et pas forcément dans toutes les prisons) et sur des groupes ciblés, comme par exemple aux Pays Bas pour :

- les consommateurs récents de drogue ;
- les consommateurs de drogue ayant un long passé de dépendance ;
- les consommateurs de drogue ayant des troubles de santé mentale sévères.

La solution de la « prescription à long terme », de la méthadone pour les condamnés à de longues peines reste controversée. Dans certains pays, on refuse cela et des protocoles clairs en faveur de la désintoxication ont été mis en place (en Grande Bretagne¹⁸), alors que dans d'autres états, cette opportunité est offerte –couramment dans la plupart des prisons (Autriche) ou occasionnellement dans certaines prisons (Allemagne), ou encore dans certaines régions à l'intérieur d'un pays (par exemple à Hambourg et à Brème en Allemagne).

Il y a, cependant, des différences dans le mode spécifique de prescription : soit il y a une continuation dans les traitements qui ont commencé à l'extérieur (comme en Autriche, au Danemark, et dans certaines régions en Allemagne), soit le traitement commence à l'intérieur comme traitement médical ou comme mesure préventive contre la rechute dans le processus de préparation pour la libération (Allemagne). Commencer un traitement de substitution en prison peut être explicitement prévu par la réglementation en vigueur comme en France (circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire), ou bien exclu dans d'autres pays.

En comparaison avec la situation en France, le National Focal Point (1999, 63) rapporte : « les conditions qui déterminent que le patient ait besoin ou non d'un traitement de substitution, varient considérablement : aucune information n'est disponible en ce qui concerne les évaluations cliniques, le temps écoulé avant le début du traitement, les méthodes de récolte des informations par les médecins traitants, la prise en compte de l'avis du patient etc. ».

Dans certaines régions en Allemagne, il est possible de continuer un traitement à la méthadone commencé avant l'incarcération et qui sera continué après la détention. Cependant, ceci est limité la plupart du temps à de courtes peines dans le but de faire « le pont » pendant la période d'incarcération. Les traitements à long terme dans le cadre de la méthadone sont rejetés par la plupart des médecins des services pénitenciers en Allemagne, et c'est seulement dans les villes-régions de Hambourg et de Brème que la prescription à long terme est utilisée. Certaines institutions pénales proposent un sevrage progressif. Quelquefois les détenus dépendants dont on est certain qu'ils redeviendront consommateurs d'héroïne après leur emprisonnement –et pour lesquels un traitement est prévu à l'extérieur- sont autorisés à commencer un traitement à la méthadone peu de temps avant la fin de leur condamnation, dans le but de les préparer à la période qui suit la détention et pour augmenter leurs chances.

Chorzelski (2000) met l'accent sur la nécessité d'une coopération étroite entre les traitements à la méthadone en prison et à l'extérieur, aux trois niveaux de la prescription de méthadone en prison (sevrage, mise en place du traitement et prescription à long terme). A Hambourg, une coopération étroite entre le Ministère de la Justice et les Cliniques du Programme méthadone a été établie. Le contrôle médical est passé du Ministère de la Justice aux Cliniques du Programme dans le but d'accroître la confiance des détenus traités. « Continuer le programme

méthadone et le traitement des patients arrêtés, qui avaient donc été traités avec de la méthadone avant leur arrivée en prison est une chance très importante pour ce groupe de patients à haut risque. En effet, 90% de ce groupe a utilisé de nombreuses autres substances nocives en dehors de la méthadone. Une réglementation très rigide du programme méthadone leur a permis d'expérimenter une vie avec la méthadone et rien d'autre ».

Après la détention, les traitements à la méthadone doivent être continués sans interruption. Dans cette perspective il conviendrait que les détenus et leurs thérapeutes aient l'opportunité de mettre en place les modalités nécessaires avant que la peine de prison soit terminée.

A l'intérieur comme à l'extérieur des prisons, une aide psychologique parallèlement au projet peut être utile et cruciale pour ouvrir de nouvelles perspectives. De plus, les prisonniers devraient pouvoir accéder à des programmes éducatifs et professionnels ainsi qu'à des groupes de discussions pour les stabiliser socialement et les préparer à leur vie après la prison. Il serait souhaitable que le soutien psychologique fourni soit en adéquation avec la situation et les problèmes propres à chaque prisonnier.

Quelles sont les raisons pour l'interruption du traitement à la méthadone –même dans les pays où la méthadone est largement utilisée à l'extérieur des prisons ? Les experts ont donné quelques explications :

- l'orientation vers l'abstinence est toujours dominante dans l'approche médicale, on utilise alors le temps de détention pour désintoxiquer et faire l'expérience de la vie sans drogue.
- certains détenus ne déclarent pas qu'ils suivent un traitement à la méthadone quand ils arrivent en prison pour cacher leur dépendance à cause des désavantages liés à ce statut.
- le Ministère de la Santé français soutient que les traitements substitutifs dans le civil facilitent la réhabilitation sociale, et qu'ainsi il y a moins de consommateurs de drogue utilisant des traitements de substitution en prison (Trabut, 2000, 30). Il en résulte que ces consommateurs de drogue en prison sont ceux pour qui les programmes de réhabilitation n'ont pas été mis en œuvre ou ont échoué. Les consommateurs de drogue en prison représentent désormais un groupe marginal et socialement défavorisé.

Si les explications précédentes étaient vraies, la prison offrirait alors une bonne opportunité pour commencer une substitution et pour utiliser les services médicaux à l'intérieur de la prison. Le fait est souligné par l'expérience écossaise qui montre qu'un fort pourcentage de consommateurs de drogue en prison entrent en contact avec le service médical pour la première fois en prison (Shewan 2000).

En dehors de ces arguments, il y a des réserves en ce qui concerne les traitements de substitution en prison qui résultent des spécificités nationales. En France, où la prescription de SUBUTEX® (comprimé) est fréquente à l'extérieur, le National Focal Point (1999, 63) déclare : « les principales réserves du personnel médical travaillant en milieu carcéral sont relatives à des pratiques thérapeutiques abusives, qui sont plus graves si l'on a à l'esprit les formes galéniques respectives de SUBUTEX® (comprimé) et de la méthadone (sirop dont l'administration est surveillée). La pratique de la « fiole », la préparation de comprimés écrasés et de produits dilués, est maintenant beaucoup moins courante ; la préparation de comprimés écrasés, supposée être dominante, est rare. La surveillance de la prise des formes actuellement utilisées n'est pas très efficace en ce qui concerne des comprimés par voie sublinguale. Certaines équipes essayent alors de pratiquer de la même façon qu'à l'extérieur, en distribuant le SUBUTEX® deux fois par semaine après une semaine de délivrance quotidienne. Il existe aussi des craintes à propos d'inhalation de comprimés écrasés.

Globalement, c'est le principe du traitement de substitution lui-même et de son adaptation au milieu carcéral qui présente des problèmes aux équipes médicales. En conclusion, les distributions par une équipe de soins peuvent être synonymes d'une charge de travail importante.

2. Normes et lignes directrices pour la prescription de méthadone

Les prisons sont souvent en dehors des normes habituelles ou des recommandations en ce qui concerne la méthadone, ou les thérapies psychosociales. Un pas vers une pratique consensuelle a été fait lors de la « Conférence Européenne sur les Services pour le Traitement de la Toxicomanie et du SIDA dans les Prisons », qui s'est tenue du 12 au 14 mars 1998 à Oldenbourg, intitulée « Prisons et Drogues : vers un Modèle Européen ». En dehors des programmes « sans drogue », des programmes de soutien psychologique et d'échange de seringues, le traitement de substitution fut un sujet majeur de cette conférence.

Le nombre croissant de patients traités par la méthadone et les problèmes précédemment évoqués quant à la mise en œuvre pratique de sa prescription dans les prisons sont les principales raisons pour poser des principes directeurs et évoquer des solutions concrètes pour la gestion de la méthadone en prison. Cependant, la formulation de règles générales ou de lignes directrices plus concrètes n'a été entreprise que dans certains pays. Dans beaucoup d'autres prisons, la tâche est laissée aux médecins responsables. Bien que le médecin soit libre dans chaque prison de prescrire de la méthadone ou non suivant les objectifs thérapeutiques, des normes ou lignes directrices à portée régionale, nationale ou même internationale sont perçues comme essentielles et fondamentales pour toute politique de prescription.

Dans certains pays, des principes pour les traitements de substitution en prison ont été élaborés en fonction des principes en vigueur à l'extérieur. L'Autriche, par exemple a clairement fixé comment, pour qui, et avec quelles substances, un traitement de substitution doit être mené en prison. Il a été établi dans les principes qu'un traitement de substitution de base devrait être possible dans toutes les prisons. Les lignes directrices énumèrent les groupes cible de prisonniers en mesure de recevoir des traitements à base de méthadone :

- les patients atteints du SIDA,
- les patients avec un long passé de consommateurs de drogue, et déclarant ne pas être capables de vivre sans drogue,
- les patients en attente d'un traitement sans drogue en externe,
- les patients dans de longues situations de crises persistantes, pouvant se produire pendant l'emprisonnement (Bundesministerium für Justiz 1997, 4).

Il est clairement précisé dans ces principes que la méthadone ne peut être prescrite que par un médecin ayant une expérience dans le traitement des dépendances. Les trois formes de prescription de méthadone prévues sont décrites :

- pour le sevrage (en réduisant les doses progressivement),
- comme soutien pour une période indéfinie,
- dans le cadre d'une initiation de traitement avec surveillance.

Dans le dernier cas, les guidelines autrichiens recommandent de ne prescrire qu'à des détenus ayant un long passé de consommateur de drogue, ayant suivi plusieurs cures de sevrage infructueuses. Des troubles organiques, une infection VIH et un mauvais état de santé en général sont des raisons supplémentaires en faveur de l'indication thérapeutique. L'accent est mis sur le fait qu'une prescription de méthadone au stade préparatoire à la libération peut être utile pour éviter une rechute.

Le Protocole de Prise en Charge de la Santé des Détenus en Ecosse mentionne clairement et de façon transparente des principes visant la substitution, le sevrage et leur prescription pour des groupes cible spécifiques purgeant des peines plus ou moins longues :

- les détenus acceptés pour un programme de substitution par les autorités sanitaires et dont le séjour en prison ne devrait pas dépasser trois mois,
- ceux qui séjourneront pour plus de trois mois,
- les détenus stabilisés dans le cadre d'un programme de substitution qui font usage occasionnellement de drogues illicites sans se les injecter,
- les consommateurs de drogues 'chaotiques',
- les femmes enceintes dépendantes non stabilisées.

Dans certains pays où les médicaments de substitution sont prescrits en prison, il se peut qu'il n'y ait pas de norme établie en matière de prescription ou de principes directeurs, ou alors, il peut y avoir des particularités locales ou même d'une prison à l'autre à l'intérieur d'un même pays (par exemple en Allemagne où il y a un écart considérable entre le nord et le sud, voir Stöver/Keppler 1998). Lors d'une audition au Ministère de la Santé et de la Justice en août 1994, le traitement à la méthadone dans les prisons a démontré une fois de plus qu'il était controversé. Les exemples suivants concernent différentes politiques de prescription de méthadone qui peuvent être mises en place dans un pays à constitution fédérale (16 Länder) comme l'Allemagne. Certains des participants étaient en faveur d'un développement des programmes de substitution dans le but de réduire sensiblement la demande de drogues, de faire baisser la criminalité en prison, de parvenir à une stabilisation de la situation physique, psychologique et sociale, et de renforcer la volonté d'abstinence. Les représentants de la Bavière et de Bade-Wurtemberg sont tombés d'accord sur le fait que dans des cas particuliers, le traitement de substitution pouvait être poursuivi s'il avait été mis en place avant l'incarcération de la personne. De façon générale, les deux Etats ont insisté sur l'aptitude des médecins des services pénitenciers à agir suivant les pouvoirs qu'ils ont, mais ont aussitôt posé une limite à cette liberté médicale en fixant des principes de base. Pour la Bavière, un grand nombre de patients sont exclus des programmes de substitution en vertu de ces principes de base. La Bavière est même favorable à ce qu'on appelle le « cold turkey » en tant que cure de désintoxication plutôt qu'à un sevrage à base de méthadone. Dans le principe, la Sarre et le Schleswig-Holstein sont favorables à la mise en place de traitements de substitution dans le but de préparer les détenus à leur mise en liberté, alors que le Rheinland-Pfalz avance que les personnes dépendantes de la drogue sont généralement déjà sevrées quand elles sont en prison et que de ce fait la prescription est sans fondement. Dans le Schleswig-Holstein, un décret organisant le traitement de substitution a été publié par le Ministère de la Justice ; par conséquent, le traitement par la méthadone a une base légale. Cependant, le représentant de Schleswig-Holstein a précisé que les traitements de substitution ne sont pas souvent employés. Le programme de substitution par la méthadone a été adopté par les villes Etat de Hambourg, Brème et Berlin, ainsi que par les Etats de Basse Saxe, de Hesse et de Rhin du Nord-Westphalie. En terme de nombre de personnes dépendantes, le problème de la drogue dans les cinq nouveaux Etats allemands est peu important, et par conséquent l'usage de drogues illégales en prison reste faible autant que le recours au traitement de substitution.

Sur le fondement d'un cadre légal des médicaments de substitution, la liberté des médecins dans les choix thérapeutiques est le principe qui guide la décision de prescrire ou non. Ils sont essentiellement libres de choisir la politique de prescription qu'ils adoptent. Même s'il existe des protocoles pour le traitement des détenus dépendants de la drogue, ils ne sont pas obligés de suivre ces recommandations. Dans d'autres pays, des protocoles précis organisant la prescription des médicaments de substitution ont été mis en place, comme en Autriche. Aux Pays Bas, des principes d'assistance ont été développés par le conseiller médical de l'Agence Nationale pour les établissements pénitentiaires. Un exemple de la tentative de normalisation

de la politique de substitution par la méthadone au niveau national, avec le schéma suivant (Doorninck 2000) :

- programme méthadone pour les détentions préventives et pour les courtes peines, ayant bénéficié du programme à l'extérieur et qui ont prouvé leur assiduité à celui-ci, qui ne peuvent pas être suspectés de faire usage d'autres drogues supplémentaires,
- femmes enceintes,
- également pour les détenus séropositifs et ceux en phase terminale qui étaient en programme méthadone.

Une prescription médicale est nécessaire à la mise en place du traitement de substitution dans les prisons en Angleterre et au Pays de Galles et seulement dans des circonstances exceptionnelles ; soit en cas de grossesse, soit de diagnostic initial d'infection par le HIV.

En comparant deux systèmes, des différences apparaissent dans la durée du traitement par la méthadone : aux Pays Bas, pas plus de 4 semaines. En Angleterre et au Pays de Galles, le traitement est réservé aux détenus dont la peine n'est pas supérieure à douze semaines (une exception peut être faite si le détenu voit sa peine prolongée légèrement alors qu'il est en cours de traitement, on prévoit alors que le traitement ne pourra pas durer plus de 6 mois après le jour de l'incarcération). Le médicament prescrit doit être pris sous surveillance dans un lieu sain et sûr, à une posologie individuelle.

Les guidelines européens de la méthadone pourraient aussi servir de cadre aux projets pénitentiaires. Les services de traitement à la méthadone sont organisés de différentes façons à travers l'Europe. Quelquefois, la législation locale n'autorise que des centres spécialisés à prescrire de la méthadone alors qu'ailleurs les généralistes et les pharmaciens sont habilités à le faire. Tout dépend si l'on considère la méthadone comme relevant d'un service spécial ou comme faisant partie des soins de base. Cela dépend de la législation locale et de la façon dont les soins sont organisés dans un secteur donné. Un autre argument oppose ceux qui fondent ce traitement sur la 'prescription médicale' à ceux qui le fondent sur la distribution.

Dans quelque pays que ce soit quand un système thérapeutique est mis en place, il doit s'intégrer dans l'ensemble du système sanitaire et social. Il doit être le même pour toute la population (OMS Commission des Experts sur la Dépendance aux Drogues, 1998).

Ce chapitre est organisé autour des éléments indispensables à l'organisation optimale du traitement par la méthadone. Les points soulevés englobent les besoins en personnel, le rôle des autres services, et la mise en œuvre des programmes.

Besoins en Personnels

Ils varient considérablement à travers les pays en fonction de ceux qui peuvent prescrire la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opiacés. Mais, il y a toujours un médecin qui est impliqué, que ce soit un spécialiste, un praticien généraliste ou un psychiatre.

Formation

Il va sans dire que le médecin doit être au courant des conséquences propres à la dépendance aux opiacés de façon à être un clinicien efficace. Des programmes de formation sont essentiels pour que le médecin soit prêt à mener sa pratique clinique dans de bonnes conditions. Que ces séminaires soient menés dans le cadre de la formation des généralistes, ou qu'ils soient réservés à ceux qui se consacrent plus spécialement au champ de la toxicomanie,

n'est pas déterminant et cela dépend de la situation locale. Il est évident que le mieux serait une combinaison des deux systèmes. Les facultés de médecine devraient inclure dans leur enseignement la dépendance aux drogues et les différentes formes de traitement. Un enseignement spécifique devrait aussi être accessible aux médecins qui veulent s'engager vers le traitement de la dépendance et au traitement par la méthadone.

Les possibilités de formation sont tout aussi importantes pour toutes les autres catégories de personnels impliquées dans le traitement de la dépendance aux opiacés. Le contenu de ces cours doit être orienté sur les aspects pharmacologiques, toxicologiques, cliniques et psychosociaux de la dépendance aux opiacés. Des séminaires réguliers, des travaux de recherche, et la collaboration entre collègues étrangers sont essentiels pour se tenir informé des développements récents dans tous les secteurs de la médecine.

Travail d'équipe

Il n'est pas conseillé aux praticiens travaillant en milieu pénitentiaire (ni plus ni moins qu'à l'extérieur) de prescrire de la méthadone isolément. Une approche multi-disciplinaire du traitement est essentielle et devrait inclure le personnel des programmes (travailleurs sociaux, psychologues et probablement psychothérapeute), les infirmier(e)s et personnels administratifs. Une approche globale du cas du patient devrait toujours être entreprise avec les autres professionnels impliqués, et alors, les objectifs thérapeutiques seront définis.

Une bonne approche met en jeu des facteurs relevant de toutes sortes d'organismes où les gens travaillent en équipe et où les patients sont impliqués. Une présentation claire de chaque point de vue, ainsi qu'une liste détaillée des tâches est primordiale, de même que des contrôles réguliers. Des réunions fréquentes d'équipe faciliteront la collaboration et la gestion des cas des patients qui ont besoin de voir plus d'une personne dans l'équipe. Des procédures claires dans le programme sont non seulement importantes pour le personnel, mais aussi pour l'efficacité du traitement et les bénéfices attendus par les patients.

Le Rôle du praticien

Pour le faire de façon responsable, un médecin qui prescrit de la méthadone pour le traitement de la dépendance devrait avoir une connaissance étendue des bases pharmacologiques et toxicologiques, des indications cliniques pour l'utilisation du médicament, ainsi que de l'adaptation de la posologie et du suivi thérapeutique. En dehors de tout autre membre de l'équipe du programme, le médecin endosse seul la responsabilité de la prescription et ne peut pas la déléguer. C'est le devoir de tout médecin de fournir les soins nécessaires à tous les problèmes de santé et à ceux liés à l'usage de drogue, sans chercher à savoir si le patient est prêt à se sevrer. C'est la responsabilité du praticien de s'assurer que le patient reçoit la dose appropriée et que le nécessaire est fait pour s'assurer que le médicament est utilisé à de bonnes fins et non pas pour être écoulé sur le marché illégal. Des précautions particulières doivent être prises dans le cas de l'induction du traitement, et tout particulièrement quand le patient fixe lui-même le dosage ; cela peut être éclairci avec le prescripteur à l'extérieur. Des examens fréquents des patients doivent être pratiqués, au moins tous les trois mois, spécialement avec les patients dont le comportement par rapport à l'usage de la drogue est instable.

Rôle de l'infirmier(e)

Les infirmier(e)s travaillent dans les services de soins des prisons avec des usagers de drogue. Leurs compétences et leurs techniques s'étendent de l'évaluation, en passant par le conseil ou l'éducation et la façon de mener correctement le traitement, jusqu'à la délivrance même des

médicaments. Certain(e)s s'occupent aussi des coups et des blessures. Les infirmier(e)s sont souvent à l'écoute de la tolérance du traitement et coordonnent le suivi. Dans certains programmes, les infirmières sont responsables de l'exécution du traitement.

Rôle des travailleurs sociaux

Les travailleurs sociaux peuvent venir de différents secteurs professionnels. Ce sont soit des infirmiers, soit des éducateurs spécialisés ou issus du secteur judiciaire. Leurs fonctions couvrent l'essentiel des services psychosociaux requis pour un traitement global. Les travailleurs sociaux aussi bien dans les équipes pénitentiaires que dans les organismes extérieurs comme les ONG, sont en mesure de donner un soutien et des conseils jusqu'à un rôle psychologique de base ; ils peuvent gérer le cas du patient en tant que coordinateur. La fonction principale d'un travailleur social est d'apporter un soutien psychologique aux toxicomanes, d'assurer le lien avec la famille et les relations personnelles, de s'occuper des enfants, du logement après l'incarcération, du soutien financier et des autres conséquences judiciaires. La compétence professionnelle et l'efficacité clinique sont étroitement liées à la formation, à un suivi efficace, à la capacité à se faire accepter et aux techniques personnelles.

La Distribution de Substances d'Origine dans les Prisons en Suisse : depuis la fin de 1995 une autre modalité de traitement -parallèlement au traitement par la méthadone- a été proposée aux toxicomanes injecteurs dans la prison pour hommes d'Oberschongrun/Solothurn en Suisse : la distribution d'opiacé (héroïne) sous contrôle. Les conditions requises pour participer au programme sont similaires à celles du programme à seuil élevé d'admission du premier programme de substitution par la méthadone en Allemagne il y a 10 ans : âge minimum 20 ans, prouver que l'on consomme des opiacés depuis 2 ans, échecs thérapeutiques, déficiences psycho-médicales et/ou sociales, peine minimum de 9 mois. En raison de ces « obstacles », les facilités thérapeutiques ne sont pas utilisées à fond (seulement 7 sur 8). Le programme est défini comme une étude de faisabilité de distribution médicalement contrôlée d'opiacés en prison – les avantages et les inconvénients de la prescription d'héroïne doivent être confirmés.

La distribution d'héroïne trois fois par jour (dose maximum : 250 mg, en moyenne 125 à 200 mg pour 100 Francs suisses, payables chaque mois par le détenu), qui doit être réalisée sous contrôle, prend sa place dans le 'quotidien'. Kaufman/Dobler-Mikola/Uchtenhagen (2001) ont montré que le personnel était très favorable à cette solution dans le but de réduire les risques. L'impact des prescriptions contrôlées d'héroïne sur la santé des détenus et leur capacité à travailler a été jugée positive. Abstraction faite des limites de cette expérience (faible nombre de participants, conditions particulières pour une institution pénitentiaire, etc.), le projet va donner un nouvel élan en Suisse aux discussions entre experts sur le fait de savoir si la 'pourvoyance' de la substance d'origine est un moyen efficace d'éviter la propagation des infections et si c'est une mesure effective en ce qui concerne la réduction des risques chez les détenus toxicomanes injecteurs.

Traitement d'entretien à la méthadone
Chapitre extrait de « VIH/sida et prisons : rapport final »
Préparé par Ralf Jürgens, Réseau juridique canadien VIH/sida

Historique

Le traitement d'entretien à la méthadone en substitution à l'usage d'opiacés a été adopté par un certain nombre de systèmes correctionnels à travers le monde ; en tant que mesure de prévention de la transmission du VIH, le traitement offre aux personnes dépendantes d'opiacés une option supplémentaire pour éviter l'usage d'aiguilles et leur partage. Une quantité considérable de données d'études démontre l'efficacité des traitements d'entretien à la méthadone (TEM) dans la réduction des comportements d'injection à risque de transmission du VIH.²¹⁰ Les preuves sont aussi convaincantes du fait que le TEM est le traitement le plus efficace pour les UDI dépendants de l'héroïne dans la communauté, en termes de réduction de la mortalité,²¹¹ de consommation proprement dite,²¹² et de criminalité.²¹³ De plus, dans la majorité des pays où il a été adopté, le TEM attire et retient davantage d'utilisateurs d'héroïne que n'importe quelle autre forme de traitement.²¹⁴ En outre, on trouve 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 dans le système carcéral et souvent par voie d'injection.²¹⁵

Les programmes de méthadone dans la communauté ont pris une ampleur rapide dans plusieurs pays au cours des récentes années, incluant le Canada (en particulier la Colombie-Britannique),²¹⁶ et de nombreux organismes nationaux et internationaux prônent leur expansion ou leur application en prison.²¹⁷ Plusieurs sont d'avis que la méthadone est la meilleure option disponible pour prévenir le partage de seringues en prison,²¹⁸ et que l'augmentation du nombre de places allouées dans le cadre de ces programmes en prison devrait être considérée comme une mesure urgente à l'intention des détenus UDI séropositifs.²¹⁹

Dans cet ordre d'idée, le CESP¹ recommandait que pour réduire les risques d'infection posés par l'injection de drogues...le traitement des utilisateurs de drogues et les soins à leur prodiguer comprennent l'accès à la méthadone. Il faudrait effectuer des études en vue de déterminer les moyens les plus efficaces de mettre en oeuvre des programmes d'entretien à la méthadone dans les pénitenciers. Une fois mis en oeuvre, ces programmes devraient être évalués, avec la participation des détenus et de spécialistes de l'extérieur du SCC.^{2, 220}

Cette recommandation a été rejetée, tel que mentionné ci-dessus, parce que le SCC considère qu'il n'y a pas «d'indication médicale» d'offrir de TEM aux détenus dépendants d'opiacés, et «qu'il existe relativement peu de programmes d'entretien, à l'extérieur des établissements du SCC, accessibles après leur libération aux détenus ayant une dépendance à l'égard de la drogue.»²²¹

Tandis que le SCC a rejeté la recommandation du CESP, un nombre léger mais croissant de systèmes correctionnels à travers le monde offrent des TEM aux détenus, et une étude menée en Nouvelle-Galles du Sud suggère que les réductions de l'injection et du partage de seringues attribuables au TEM dans le contexte de la communauté sont aussi vérifiables en prison.²²²

¹ CESP : Comité d'Experts sur le Sida et les Prisons

² SCC : Service Correctionnel du Canada

En outre, dans le cadre d'une expérience nationale sur la prescription d'héroïne et d'autres drogues aux usagers — afin de déterminer si de telles mesures réduiront l'activité criminelle des usagers et leur risque de contracter et de transmettre le VIH et d'autres agents infectieux — huit détenus d'un établissement en Suisse suivent un programme d'entretien à l'héroïne, avec de bons résultats jusqu'à maintenant.

Nous procédons ici à un sommaire de la provision de méthadone à l'échelle internationale.

Provision de méthadone dans les prisons du monde²²³

Tel que souligné par Dolan et Wodak, peu de documents ont été publiés qui documentent la question de la provision de méthadone dans les systèmes correctionnels.²²⁴ La revue qu'ils ont effectuée par le biais de correspondance avec les autorités correctionnelles d'un certain nombre de pays indique que des TEM sont disponibles dans des prisons d'au moins quatre pays et que la désintoxication à la méthadone est disponible dans au moins huit pays.

Australie — Nouvelle-Galles du Sud

Dans environ la moitié des prisons de la N.-G.S. — un mélange d'établissements à sécurité maximum, moyenne et minimum — le TEM est offert aux détenus, qui doivent obtenir une évaluation effectuée par le personnel de santé afin d'y être éligibles. Ce programme a débuté par un projet pilote qui visait principalement à réduire la récidive mais qui, en s'élargissant, a embrassé des objectifs de continuité des programmes offerts dans la communauté, et de prévention de la propagation du VIH et des hépatites en prison. Plus récemment, ce dernier objectif en est devenu le but principal, tout comme dans la communauté.²²⁵

En vertu des *HIV/AIDS Policies, Procedures and Management Guidelines* à l'intention des établissements correctionnels de la N.-G.S, le programme d'entretien à la méthadone en prison a deux grands objectifs :

1. la réduction des méfaits, afin de réduire la propagation de maladies infectieuses/transmissibles conséquentes à l'utilisation de drogue par injection. Ceci est spécialement important dans le contexte correctionnel lorsqu'il n'y a pas de programmes d'échange de seringues;
2. l'adaptation aux besoins de chaque détenu en matière de traitement.²²⁶

Un manuel de politiques et procédures relatives à la méthadone a été développé pour l'administration efficace du programme. Au moment de la préparation du présent document, on s'attendait à une expansion des programmes de TEM en prison car la demande a largement dépassé l'offre, l'opposition du personnel correctionnel a diminué, et on se préoccupe de plus en plus de la transmission du VIH et de l'hépatite entre détenus.

Autres pays

États-Unis — Rikers Island (N.Y.)

Le seul programme de TEM en prison aux États-Unis se trouve à l'établissement de Rikers Island, dans la ville de New York.

Espagne

La moitié des détenus de la prison «Modelo» de Catalogne (Espagne), sont traités à l'entretien à la méthadone.²²⁷ À l'origine, les détenus n'étaient admissibles au TEM que s'ils avaient le sida, s'ils étaient déjà entretenus à la méthadone ou s'ils étaient diagnostiqués comme psychotiques, mais dans un effort pour réduire la transmission du VIH en prison, les critères d'admissibilité ont été assouplis pour inclure les détenus qui ne sont pas séropositifs.

Suisse

Selon un sondage effectué par un groupe de travail suisse sur la méthadone,²²⁸ la majorité des prisons de la Suisse offre le traitement d'entretien à la méthadone. Dans la plupart d'entre elles, les personnes qui suivent déjà un TEM au moment de leur incarcération peuvent le poursuivre en prison — la plupart du temps pour une durée indéterminée, mais dans quelques prisons pour une durée limitée seulement. Par ailleurs, un peu moins de la moitié des prisons suisses permettent qu'un détenu commence un TEM en prison même.

Le groupe de travail a recommandé que les détenus opiomanes de toutes les prisons puissent poursuivre un TEM amorcé dans la communauté ou en amorcer un en prison avec les mêmes conditions et critères d'éligibilité que dans la communauté. Il a souligné que la vaste majorité des établissements où le TEM est disponible ont rapporté qu'ils n'avaient jamais éprouvé de difficultés avec ce programme.²²⁹

Un projet amorcé en janvier 1996 dans les deux prisons du canton de Bâle vise à accroître encore l'accès aux programmes de méthadone et autres traitements ou thérapies concernant l'usage de drogue. Le projet comprend un programme souple de méthadone et la possibilité de s'injecter de la méthadone avec des aiguilles stériles fournies par l'établissement. On attend les résultats de ce programme vers la fin de 1996.²³⁰

Allemagne

Dans certaines prisons de Hambourg, les détenus qui étaient en TEM avant leur admission en prison peuvent poursuivre ce traitement durant leur détention. De plus, un nombre limité de détenus a reçu la permission de l'amorcer en prison.²³¹

La commission mandatée par le sénateur à la Justice de Hambourg pour développer une politique carcérale en matière de drogue, a recommandé que les programmes de TEM soient rendus disponibles dans toutes les prisons. Selon la commission, les résultats probants de ces programmes dans la communauté seront obtenus aussi en prison. La commission recommandait particulièrement :

- que les détenus en TEM avant leur admission puissent toujours poursuivre le traitement pendant leur détention ;
- que l'on permette aux détenus opiomanes de commencer un TEM en prison ;
- que le support psychosocial offert aux détenus en TEM soit adéquat ;
- que des mesures soient prises pour assurer que les détenus en TEM puissent continuer ce traitement après leur libération.²³²

Le traitement d'entretien à la méthadone est disponible ou le deviendra aussi dans des prisons d'autres Länder de l'Allemagne. Par exemple, un représentant de la province de Schleswig-Holstein annonçait au symposium de Berne que le TEM sera offert dans ses prisons.

Danemark

Le traitement à la méthadone est offert régulièrement aux détenus opiomanes qui recevaient ce traitement au moment l'incarcération. Selon une lettre reçue du ministre danois de la Justice, un tel traitement est offert principalement aux détenus dont on s'attend à ce qu'ils passeront moins d'un an en prison. Il est essentiel que la décision sur la prescription de méthadone soit prise en collaboration avec le centre de traitement de la communauté qui traitera le détenu après sa libération.²³³

Canada

La méthadone est rarement prescrite à qui que ce soit dans les prisons du Canada, mais cette situation est appelée à changer, à l'issue d'une affaire juridique récente. Tel que mentionné ci-dessus, en avril 1996, une femme séropositive a été condamnée à une peine d'emprisonnement de 21 jours au Burnaby Correctional Centre for Women (BCCW), en Colombie-Britannique. À l'époque où sa peine fut prononcée, elle suivait un traitement d'entretien à la méthadone sous la surveillance de son médecin de premier recours. Conformément à une politique de longue date du service correctionnel de la Colombie-Britannique, le BCCW a refusé de lui fournir de la méthadone. À la suite de ce refus, elle a déposé une requête auprès de la Cour suprême de la Colombie-Britannique pour obtenir la délivrance d'un bref d'*habeas corpus*.²³⁴ La plaignante soutenait, entre autres, que le fait de ne pas lui permettre de continuer son programme de traitement contrevenait à l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés* :

En général, le BC Corrections Branch offre aux détenus un traitement médical approprié à leurs maladies ou blessures. En raison de son double statut de personne séropositive et dépendante de la méthadone, l'entretien à la méthadone constituait le traitement médical approprié pour la plaignante. Par conséquent, la politique de ne pas lui donner de méthadone est une distinction fondée sur sa condition physique, puisque si elle présentait une quelconque autre condition on lui aurait prodigué les soins médicaux appropriés.

En réponse à la requête, le BCCW a déposé un affidavit par lequel il contestait l'opinion du médecin de la requérante comme quoi le sevrage de la méthadone était contre-indiqué pour les patients méthadomanes séropositifs et l'intégrité physique de la requérante était compromise par son sevrage. Le BCCW a tout de même vu à ce qu'un médecin examine la plaignante ; ce médecin lui a prescrit de la méthadone. Dans un affidavit déposé en l'espèce, la directrice des services de santé du service correctionnel de la Colombie-Britannique a indiqué que la politique du service serait modifiée pour reconnaître la validité du modèle de la réduction des méfaits pour les détenus et pour permettre le traitement à la méthadone des détenus dans certaines situations.

Dans une autre affaire récente,^{234a} un homme présentant depuis longtemps un «problème sérieux d'héroïne», qui avait commis un certain nombre de crimes en s'en procurant et qui avait déjà reçu des traitements à plusieurs reprises, mais sans succès, a été condamné à une peine d'emprisonnement de 2 ans moins 1 jour — donc à l'incarcération dans un établissement provincial au Québec — parce que cet établissement a accepté de lui offrir un traitement à la méthadone. Son avocat a fait valoir dans la défense qu'il était nécessaire de s'occuper des causes qui sont à la base des crimes du prévenu, précisément sa dépendance à l'héroïne, et que le traitement à la méthadone était essentiel pour surmonter cette dépendance. Selon la connaissance de l'auteur, ceci est la première fois qu'un prévenu dans une affaire criminelle recevait une sentence d'emprisonnement axée spécifiquement sur l'objectif qu'il puisse suivre un traitement à la méthadone.

Fondements du traitement d'entretien à la méthadone en prison (TEMP)

Des cycles d'usage de drogue, de crime, d'arrestation, d'emprisonnement, de libération et de retour à l'usage de drogue suivi de nouvelle criminalité constituent des séquences récurrentes dans la vie de nombreux UDI. Ce cycle de criminalité, le potentiel d'infections transmissibles par le sang en prison, et les preuves maintenant convaincantes de l'efficacité des TEM dans la communauté sont des assises solides pour considérer l'application de TEM en prison [référence omise].²³⁵

L'objectif principal de l'entretien à la méthadone, tel que cité par Gore 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 — avec pour but ultime d'aider le client à cesser l'usage de drogue — est un objectif à plus long terme.²³⁶

Avec l'avènement du VIH/sida, les arguments en faveur du TEMP s'imposent : en prison, bon nombre d'UDI continuent de s'injecter de la drogue, et partagent souvent du matériel d'injection, engendrant un risque élevé de transmission du VIH entre détenus et au public.

On trouve d'abondantes preuves sur le fait que les UDI sont généralement surreprésentés en prison. Leur concentration parmi les détenus suggère qu'il serait probablement efficace et rentable de cibler cette population pour le traitement. À moins d'être traités, les détenus UDI ne changeront pas leurs habitudes en prison, ou les reprendront à leur libération et retourneront en prison. En outre, l'incarcération constitue un facteur de stress qui ne peut qu'être exacerbé par le sevrage. Le traitement à la méthadone s'est révélé efficace dans la réduction des symptômes de sevrage.

La méthadone peut aussi être prescrite dans le contexte carcéral à des fins de désintoxication ou de pré-libération, dont les motifs diffèrent : la désintoxication vise à ce que le détenu cesse l'usage de drogue, alors que les programmes pré-libération visent à favoriser les liens vers des programmes qui permettent la continuité du traitement dans la communauté. D'autres objectifs sont de réduire les décès par surdose, et de réduire le taux de récidive dans le crime.

Obstacles

Face aux préoccupations quant à l'usage de drogue en prison, les autorités correctionnelles réagissent généralement en recommandant des mesures de détection accrues et des sanctions plus sévères pour la possession de drogue illicite en prison. Ces mesures entrent souvent en conflit avec les aspects liés à la réhabilitation par le système carcéral. Les drogues injectables semblent continuer de pénétrer malgré des contrôles accrues et risquent d'exacerber les risques, même si ces risques peuvent être moins nombreux. L'un des principaux obstacles à l'implantation de TEMP réside dans le fait que ceci équivaut à un aveu des autorités carcérales à l'effet que les drogues injectables ne peuvent être enrayées des établissements.²³⁷

Abstinence forcée

Dolan et Wodak mentionnent que les autorités correctionnelles considèrent généralement que l'incarcération devrait être une période où les UDI sont forcés de s'abstenir de consommer de la drogue, pour leur bien et celui de la communauté :

Plusieurs employés correctionnels considèrent la méthadone simplement comme un autre stupéfiant, dont la provision retarde encore la croissance personnelle requise pour se sortir d'une existence axée sur la drogue.²³⁸

Manque d'éducation sur les fondements du TEM

Plusieurs employés correctionnels et certains systèmes, dont le SCC, comprennent mal les fondements du TEM. Tel que souligné par Hall et coll.,²³⁹ en l'absence d'éducation sur ses fondements, certains employés correctionnels considèrent que de prodiguer un TEM équivaut à se plier aux caprices des détenus toxicomanes en leur donnant un accès gratuit à un opioïde. Ils ont l'impression que son fondement principal est de réduire la récidive plutôt que de réduire la transmission du VIH dans les prisons. Ainsi, le SCC affirmait dans sa réponse aux recommandations du CESP qu'il n'y avait «pas d'indication médicale» d'offrir l'entretien à la méthadone, tout en négligeant de considérer l'effet potentiellement salutaire de tels

programmes et en adoptant une position fort conservatrice qui donne l'impression d'avoir été adoptée avant l'avènement du VIH/sida. Par contraste, les tenants du TEM soulignent qu'il est nécessaire de le rendre disponible pour sauver des vies : il réduirait l'usage de drogue par injection et son risque de transmission du VIH. En d'autres mots, l'entretien à la méthadone n'est peut-être pas inoffensif, mais ses méfaits possibles sont négligeables lorsque comparés à ceux beaucoup plus importants de l'injection de drogue, notamment en ce qui concerne le VIH et l'hépatite.

Objections d'ordre moral

Certains s'opposent au TEM pour des raisons d'ordre moral, prétendant qu'il ne fait que remplacer une drogue par une autre. Par exemple, une minorité de participants à l'Atelier VIH/sida et prisons à Kingston, a exprimé avec véhémence son opposition à l'accessibilité de la méthadone en prison et à l'extérieur en soutenant que «la méthadone n'aide pas réellement les gens à se défaire de leur dépendance aux drogues» et que «les personnes qui suivent des programmes d'entretien à la méthadone ne font qu'échanger une dépendance, celle à une drogue narcotique, pour une nouvelle dépendance, celle à la méthadone». Si l'on disposait d'autres méthodes permettant de parvenir à une abstinence durable, on pourrait considérer que les bienfaits de la méthadone sont minces ; cependant, il n'existe pas de telles alternatives et la 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 en fait beaucoup plus que de «seulement» substituer une drogue à une autre.²⁴⁰

Évaluation

La plupart des bienfaits attribués dans la communauté à la désintoxication à la méthadone et à l'entretien à la méthadone peuvent probablement être étendus aux prisons. Ces bienfaits ne devraient toutefois pas être pris pour acquis, car l'environnement institutionnel et les conditions de sécurité sévères des établissements correctionnels rendent incertaine la question d'étendre aux prisons les résultats d'études menées sur le TEM dans la communauté. Par conséquent, il convient de procéder à des recherches sur l'usage de la méthadone à des fins de désintoxication, d'entretien et de pré-libération.²⁴¹

Réduction de l'injection et du partage de matériel

Dolan et coll. ont évalué l'efficacité du TEM dans la réduction des comportements à risque de transmission du VIH chez les détenus. Leur étude suggère que : la réduction de l'injection et du partage de seringues par le TEM dans la communauté s'observent aussi en prison. Toutefois, les détenus ont besoin d'une dose quotidienne d'au moins 60 mg de méthadone et le traitement doit durer jusqu'à la fin de l'incarcération pour que ces bienfaits se concrétisent.²⁴²

En 1993, Dolan et coll. interrogeaient 185 ex-détenus de la Nouvelle-Galles du Sud présentant un dossier d'usage de drogue par injection, dont 64 ont indiqué avoir suivi un TEM avant, pendant et après leur incarcération, et 80 ont indiqué n'en avoir jamais suivi à aucune de ces trois périodes :

- dans une proportion considérable, les UDI ayant suivi un TEM dans les 3 mois précédant l'incarcération étaient moins susceptibles de rapporter des pratiques d'injection quotidienne (42% contre 60%) et de partage de seringues (13% contre 26%) que les UDI qui n'en avaient pas suivi ;

- les UDI qui avaient suivi un TEM au cours de leur détention rapportaient une fréquence d'injection par semaine inférieure à celle de ceux sans TEM, mais seulement lorsque la dose maximale était supérieure à 60 mg par jour et que le TEM avait été prodigué pour toute la durée de la détention.

Dolan et coll. ont conclu que «le TEM peut jouer un rôle important de réduction de la propagation du VIH et de l'hépatite en prison.»

En Espagne, d'importantes réductions dans le partage du matériel d'injection ont été observées chez les détenus UDI en TEMP, comparativement à un groupe témoin.²⁴³ En N.-G.S, les détenus en TEMP rapportaient des diminutions dans leur usage de drogue, dans la violence rattachée à la drogue en prison, dans le crime après la libération, et ils considéraient que le TEM était plus efficace dans la prévention du VIH en prison que dans la communauté.²⁴⁴

Bienfaits pour le personnel et le public

On a démontré que les TEMP sont bénéfiques aux systèmes correctionnels : ils réduisent l'anxiété du personnel correctionnel,²⁴⁵ qui constate que les détenus en TEM sont moins irritables et plus faciles à «gérer»; par ailleurs, ils ne remarquent pas de conflit entre les détenus en traitement et les autres. On a observé que la désintoxication à la méthadone, pour les détenus dépendants de l'héroïne à leur admission dans les prisons suisses, réduit la tension et facilite la gestion de la détention.²⁴⁶ Tel que souligné par Dolan et Wodak, moins de transmission d'infections virales par le sang et plus de facilité à gérer les prisons, ce sont là des gains importants pour l'ensemble de la société. La diminution de la prévalence d'infections transmissibles par le sang parmi les détenus augmente la sécurité du milieu de travail pour le personnel correctionnel.²⁴⁷

Pas de marché noir de la méthadone

En N.-G.S., trois études n'ont noté aucune tactique d'accumuler ou de receler la méthadone.²⁴⁸ En Suisse, l'analyse d'urine a montré que seulement 7% des détenus sous TEMP avaient fait usage d'héroïne, alors qu'en Écosse, on a remarqué que les détenus participant à un programme de réduction de l'usage de drogue avaient effectivement consommé moins de drogue qu'un groupe de contrôle.²⁴⁹

*Ce chapitre extrait de VIH/sida et prisons : rapport final
est reproduit ici avec l'aimable autorisation de :
Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996*

*Le rapport final dans sa totalité ainsi que d'autres textes sur la problématique du VIH/sida
et prisons sont disponibles sur le site
www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm*

Bibliographie de cet extrait

- ²¹⁰ D. Riley, «La méthadone et le VIH/sida», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 1, 14-16. Voir aussi O. Blix, L. Grondbladh, «AIDS and the IV Heroin Addicts: The Preventive Effects of Methadone Maintenance in Sweden», *Drug and Alcohol Dependence*, 7: 249-256; D.M. Novick et coll., «Absence of Antibody to Human Immunodeficiency Virus in Long Term, Socially Rehabilitated Methadone Maintenance Patients», *Archives of Internal Medicine*, 1990: 150 (janvier).
- ²¹¹ K. Dolan, A. Wodak, «An International Review of Methadone Provision in Prisons», *Addiction Research*, 1996, 4(1): 85-97, à la p. 85, avec référence à J.R.M. Caplehorn, «Retention in Methadone Maintenance and Heroin Addicts' Risk of Death», *Addiction*, 1994, 89: 203-207.
- ²¹² *Ibid.*, avec référence à E. Gottheil et coll., «Diminished Illicit Drug Use as a Consequence of Long-Term Methadone Maintenance», *Journal of Addictive Diseases*, 1993, 12(4): 45.
- ²¹³ *Ibid.*, avec référence à R.G. Newman et coll., «Arrest Histories before and after Admission to a Methadone Maintenance Program», *Contemporary Drug Problems*, 1973 (automne): 417-430.
- ²¹⁴ *Ibid.*, avec référence à J. Ward et coll., *Key Issues in Methadone Maintenance Treatment*, Sydney, University of New South Wales Press, 1992.
- ²¹⁵ Rapport final du CESP, *supra*, note 15, à la p. 88, avec référence. Voir aussi D. Shewan et coll., *Evaluation of the Saughton Drug Reduction Programme: Main Report*, Édimbourg, Central Research Unit, 1994.
- ²¹⁶ Voir J. Anderson, «Sida et morts par surdose en Colombie-Britannique», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3): 1, 28-29; D. Riley, «La réduction des méfaits à travers le monde», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4): 17-20, à la p. 19.
- ²¹⁷ Voir par exemple les Lignes directrices de l'OMS, *supra*, note 13; Advisory Committee on the Misuse of Drugs, *AIDS and Drug Misuse Update*, Londres, HMSO, 1993; Scottish Affairs Committee, *supra*, note 130.
- ²¹⁸ F. McLeod, Methadone, Prisons and AIDS, dans J. Norberry et coll. (éds), *HIV/AIDS and Prisons*, Canberra, Australian Institute of Criminology, 1991, aux p. 245, 248.
- ²¹⁹ H. Heilpern, S. Egger, *AIDS in Australian Prisons — Issues and Policy Options*, Canberra, Department of Community Services and Health, 1989, à la p. 94.
- ²²⁰ Rapport final du CESP, *supra*, note 15, à la p. 94.
- ²²¹ Réponse du SCC au Rapport final du CESP, *supra*, note 21.
- ²²² Voir K. Dolan et coll., «Methadone Maintenance Reduces Injecting in Prison», *British Medical Journal*, 1996, 312: 1162.
- ²²³ La majeure partie du texte qui suit provient du texte de Dolan et Wodak, *supra*, note 211.
- ²²⁴ *Ibid.*, à la p. 89, avec référence à W. Hall et coll., «Methadone Maintenance Treatment in Prisons: The New South Wales Experience», *Drug and Alcohol Review*, 1993, 12: 193-203; S. Magura et coll., «The Effectiveness of In-Jail Methadone Maintenance», *Journal of Drug Issues*, 1993, 23(1): 75-99; R. Jeanmonod et coll., «Treatment of Opiate Withdrawal on Entry to Prison», *British Journal of Addiction*, 1991, 86(4): 457-463; V.P. Dole, «Methadone Treatment of Randomly Selected Criminal Addicts», *The New England Journal of Medicine*, 1969, 280(25): 1372-1375.
- ²²⁵ Methadone Maintenance Treatment in Prisons, note 224, à la p. 197.
- ²²⁶ New South Wales Department of Corrective Services Prison AIDS Project, *HIV/AIDS Policies, Procedures and Management Guidelines*, Sydney, le ministère, 1994.
- ²²⁷ Dolan et Wodak, *supra*, note 211, aux p. 89-90, avec référence à Ministerio de Justicia e Interior, *Memoria, Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas*, Madrid, le ministère, 1993.

- ²²⁸ Commission fédérale des stupéfiants — Groupe de travail Méthadone de la sous-commission «Drogue», *Rapport sur la méthadone: Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse*, 3e édition, Berne, Office fédéral de la Santé publique, 1995.
- ²²⁹ *Ibid.*, aux p. 64-68.
- ²³⁰ Réponse de D. Zeegers Paget au *Document de travail* en date du 24 janvier 1996.
- ²³¹ Abschlußbericht, *supra*, note 70, à la p. 72.
- ²³² *Ibid.*, à la p. 75.
- ²³³ Réponse de A. Reventlow au *Document de travail* en date du 7 mars 1996.
- ²³⁴ Voir C. McLeod, *supra*, note 162. Le texte qui suit est une version légèrement modifiée de son article.
- ^{234a} R. v M. Povilaitis, jugement non publié du 27 juin 1996 (Cour supérieure, section criminelle, province de Québec, no 450-01-004040-965, juge G. Desmarais).
- ²³⁵ Dolan et Wodak, *supra*, note 211, à la p. 86.
- ²³⁶ Réponse de S. Gore au *Document de travail* en date d'avril 1996.
- ²³⁷ Dolan et Wodak, *supra*, note 211, aux p. 88-89.
- ²³⁸ *Ibid.*
- ²³⁹ Methadone Maintenance Treatment, *supra*, note 224, à la p. 197.
- ²⁴⁰ *Ibid.*
- ²⁴¹ Dolan et Wodak, *supra*, note 211, à la p. 93.
- ²⁴² Methadone Maintenance Reduces Injecting, *supra*, note 222.
- ²⁴³ Dolan et Wodak, *supra*, note 211, à la p. 91, avec références.
- ²⁴⁴ *Ibid.*, avec référence à S. Bertram, A. Gorta, Inmates' Perceptions of the Role of the NSW Prison Methadone Program in Preventing the Spread of Human Immunodeficiency Virus, Sydney Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program, Study no 7, Research and Statistics Division, 1990.
- ²⁴⁵ *Ibid.*, avec référence à Magura et coll., *supra*, note 224; A. Gorta, Monitoring the NSW Prison Methadone Program, A Review of the Research 1986-1991, Sydney, Research Publication Department of Corrective Services Publication no 25, 1992; C. Herzog et coll., Methadone Substitution as an AIDS-Preventive Measure in Prison Environment, texte présenté au Symposium européen sur la toxicomanie et le sida, Siena, Italie, 4-6 octobre 1993.
- ²⁴⁶ *Ibid.*, avec référence à Shewan et coll., *supra*, note 215, et à Herzog, *supra* note 245.
- ²⁴⁷ *Ibid.*, à la p. 93.
- ²⁴⁸ *Ibid.*, à la p. 91, avec référence à S. Wale, A. Gorta, Views of Inmates Participating in the Pilot Pre-Release Methadone Program, Sydney, Process Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-Release Methadone Program, Study no 2, Research and Statistics Division, 1987; S. Bertram, Results of Gaol Urinalyses Update - July-December 1989, Sydney, Process Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-Release Methadone Program, Study no 10, Research and Statistics Division, 1991.

Annexe :

*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.*



**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)¹.

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.

¹ 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 contrôle² 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.

² 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^{er} 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 :

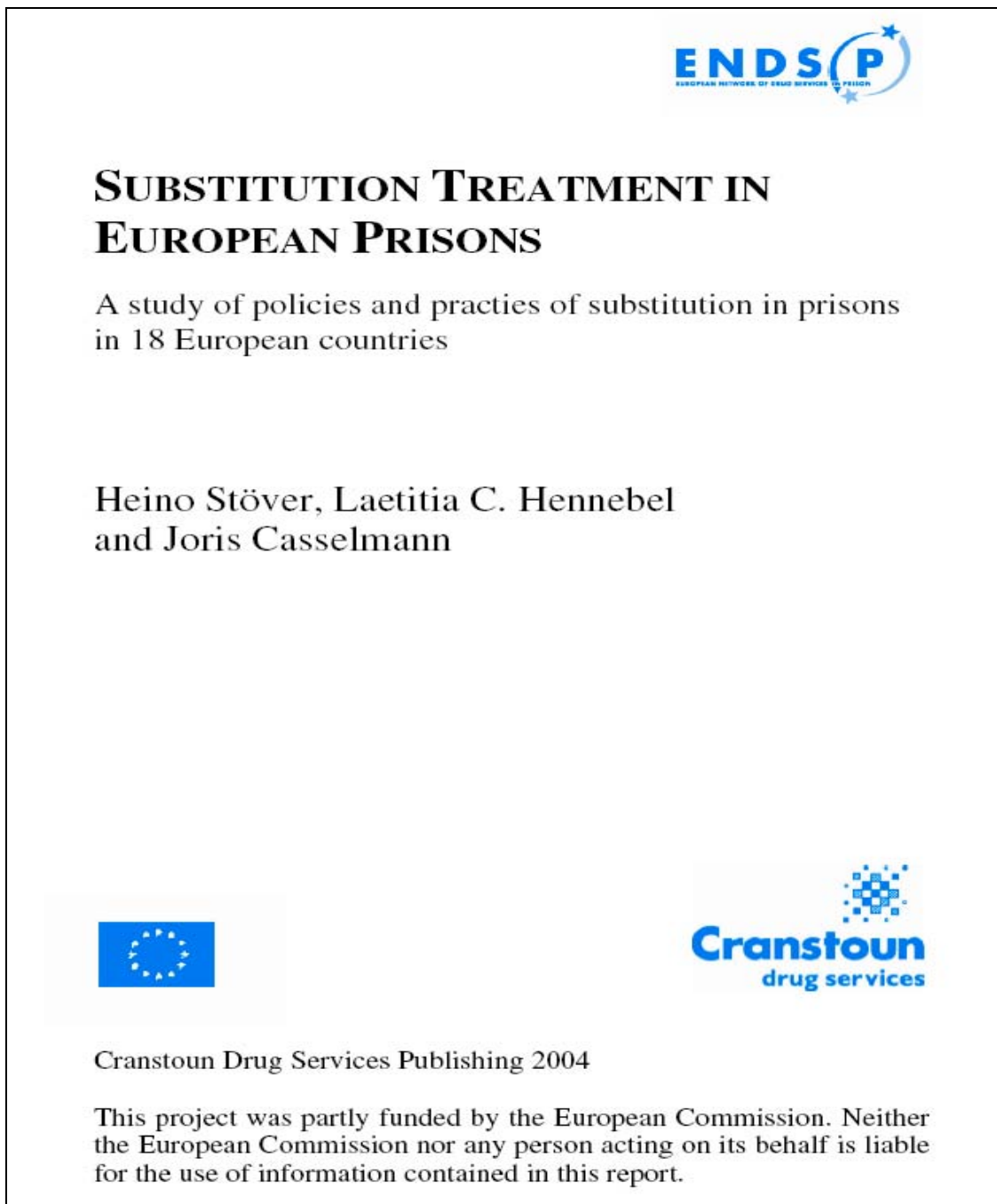
- chaque centre devra disposer d'un moyen sûr de stockage du médicament (coffre-fort) afin de prévenir le vol,
- une attention particulière doit être portée aux conditions de transport du produit et de livraison du centre par la pharmacie de l'hôpital, le grossiste répartiteur, ou le fabricant,
- chaque 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.

Vient de paraître :



518 pages disponible en fichier pdf, sur www.endipp.net/?pid=8

ou en version papier au prix de 25 € auprès de ybullock@cranstoun.org.uk