

Primoprescription de méthadone en établissement de santé

Analyse des pratiques médicales en milieu hospitalier et pénitentiaire depuis la mise en place de la circulaire du 30 janvier 2002

Ivana
Obradovic

Tiphaine
Canarelli

L'autorisation de prescrire de la méthadone instaurée en 1993 au titre de la prise en charge des toxicomanes dépendants aux opiacés¹ a permis à la France de rejoindre les pratiques médicales en vigueur dans la plupart des États européens (Royaume-Uni, Suisse, Pays-Bas, etc.). Avec la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (BHD) en février 1996 (commercialisée sous le nom de Subutex®), disponible en médecine de ville et donc plus accessible que la méthadone, le nombre des bénéficiaires de traitements de substitution aux opiacés (TSO) par BHD a connu une croissance rapide, entraînant une disproportion avec l'offre de méthadone : en 2001, on estimait entre 150 000 et 180 000 le nombre de personnes ayant une consommation problématique d'opiacés (ou de cocaïne) [1], dont 100 000 bénéficiaires d'un traitement de substitution, le plus souvent à base de BHD (88 %) [2]. Cette prédominance de la BHD a placé la France dans une situation originale dans le paysage européen où la part moyenne de la méthadone parmi les TSO avoisine 90 % (*vs* 12% en France) [3].

Devant l'accroissement des cas de détournement de Subutex®, des mésusages par injection du produit et du développement du trafic de rue, les pouvoirs publics ont souhaité élargir le cadre de prescription et de délivrance de la méthadone, pour revaloriser sa part dans l'ensemble des TSO et pour toucher un public de dépendants aux opiacés ne fréquentant pas les centres spécialisés de soins : depuis la circulaire du 30 janvier 2002², tout médecin exerçant en établissement de santé est habilité à proposer un traitement de substitution à base de méthadone aux toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. Cette possibilité était jusque là réservée aux médecins des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), de statut associatif ou hospitalier, intervenant en milieu libre ou fermé³.

Intégré dans une démarche globale visant à mieux équilibrer le nombre de patients traités par méthadone (environ 12 000 patients),

par rapport à ceux traités par BHD (environ 80 000), le développement de la primo-prescription de méthadone (PPM), à l'hôpital d'une part, et dans les établissements pénitentiaires d'autre part, a été repris parmi les objectifs du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008).

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a été missionné en novembre 2006 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la Direction générale de la santé (DGS) et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) pour réaliser une évaluation d'impact de la circulaire de 2002. Son objectif était d'examiner, six ans plus tard, les évolutions observables, du double point de vue de l'accessibilité de la méthadone et de celui des pratiques médicales en vigueur dans les services de soins nouvellement compétents pour en primoprescrire : services hospitaliers et, en milieu pénitentiaire, unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)⁴ et services médico-psychiatriques régionaux (SMPR).

Le premier volet d'enquête s'est attaché à mesurer l'application de la circulaire dans les 107 services hospitaliers identifiés comme prescripteurs de méthadone (sur quelque mille services hospitaliers en France)⁵ ; le second a ciblé les 152 unités de soins intervenant en

1. Circulaire DGS/SP3 n° 72 du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue, puis circulaire DGS n°14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes.

2. Circulaire 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.

3. Seize établissements pénitentiaires bénéficient encore aujourd'hui de l'implantation d'un CSST (ex-« antennes toxicomanie ») : maisons d'arrêt de Bois d'Arcy, Bordeaux-Gradignan, Dijon, Fleury-Mérogis, Grenoble-Varces, Loos, Lyon-Perrache, Nice, Paris/La Santé, Poitiers, Rouen, Strasbourg et Toulouse, centres pénitentiaires de Fresnes, Marseille/les Baumettes et Nantes.

4. Créées en 1994 par la loi relative à la prise en charge des détenus qui transfère la responsabilité des soins aux détenus de l'administration pénitentiaire vers les services hospitaliers, les UCSA sont des antennes de l'hôpital de proximité représentées dans chaque établissement pénitentiaire.

5. Ces services hospitaliers ont été identifiés grâce à une liste transmise par le laboratoire Bouchara-Recordati.

milieu pénitentiaire qui n'étaient pas auparavant habilités à prescrire de la méthadone, en métropole et dans les départements d'outre-mer – en excluant donc les 16 structures pourvues de CSST primo-prescriptrices dès avant 2002, représentant le quart de la capacité d'accueil du parc pénitentiaire⁶.

Primo-prescription de méthadone dans les services hospitaliers

L'enquête menée au sein des services prescripteurs de méthadone dresse un état des lieux des pratiques de distribution de la méthadone et des déterminants de sa prescription en milieu hospitalier tout en caractérisant le profil des patients reçus.

Primo-prescription de méthadone : données d'activité

Sur les 6 700 patients pris en charge en 2006 dans le cadre d'un traitement de substitution, 45 % (soit 3005 sujets) ont reçu de la méthadone (soit 36 patients en moyenne par établissement). La part de la prescription de méthadone parmi les TSO s'échelonne entre 6 et 100 % pour les 85 services répondants.

Près de 40 % des patients pris en charge dans le cadre de TSO à base de méthadone le sont dans le cadre d'une PPM, effectuée plus souvent en consultation externe (63 %) que dans un contexte d'hospitalisation (37 %).

Les posologies initiales minimales primo-prescrites sont généralement comprises entre 10 et 30 mg selon les services (26 mg en moyenne par jour). Il arrive que certains médecins primo-prescrivent des doses minimales inférieures à celles préconisées par la circulaire de 2002⁷ : deux déclarent une posologie de départ de 15 mg, cinq commencent à 10 mg et deux à 5 mg.

Les posologies initiales maximales primo-prescrites sont quant à elles comprises selon les services entre 10 et 160 mg (49 mg en moyenne par jour) et restent inférieures à 40 mg/j dans 65 % des cas.

Les médecins cliniciens impliqués dans la prescription de méthadone sont le plus souvent des psychiatres (32 %), des addictologues (25 %) ou des médecins généralistes (17 %). On compte en moyenne deux prescripteurs par service (parmi les 83 services répondants), même s'ils peuvent aller jusqu'à 6 médecins : cet effectif n'est pas « proportionnel » à l'importance du centre hospitalier mais reflète plutôt des habitudes de prescription.

La moitié des médecins prescripteurs (n=41) exercent dans des services médicaux, le plus souvent en psychiatrie (n=20), en médecine polyvalente (n=9) ou en médecine interne (n=8). Deux sont rattachés à un service d'hépatogastroentérologie et deux autres à un service d'infectiologie.

Plus de deux médecins interrogés sur cinq (n=36) déclarent d'autre part intervenir dans le cadre des missions relevant des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)⁸.

Primo-prescription en service hospitalier plutôt qu'en CSST

L'inaccessibilité au(x) CSST dans le département, leur absence ou encore leur éloignement géographique sont les raisons principales évoquées pour justifier le recours à un service hospitalier (42 % des cas). Les complications somatiques éventuelles ou les comorbidités psychiatriques des patients nécessitant une prise en charge hospitalière sont également citées (respectivement 12 % et 4 %), comme les réticences propres des usagers à être suivis en CSST (12 %) ou le fait que le service hospitalier en question soit considéré comme service « référent » dans le département (11 %).

Le haut niveau d'exigence des CSST est aussi une des raisons du suivi préférentiel en milieu hospitalier (9 %), tout comme l'« errance » de certains patients (9 %) rendant complexe la prise en charge en CSST.

Public bénéficiaire

Si un tiers des patients sont adressés vers l'hôpital par un médecin généraliste, environ un quart (28 %) viennent par le « bouche-à-oreille ». Ils peuvent aussi être adressés par un confrère hospitalier (20 %) dans le cadre de soins psychiatriques, somatiques (de type infectieux ou autre) voire d'un suivi obstétrical. Enfin, 12 % sont adressés par un CSST, 3 % par un établissement pénitentiaire et autant par d'autres professionnels de santé (équipes de liaison) ou structures spécialisées (Drogues Info Service).

Les 1 174 patients relevant d'une PPM présentent des parcours de consommation semblables. Près de la moitié (530) sont des utilisateurs de BHD (injecteurs compris) et un peu moins d'un quart (249) des héroïnomanes non traités. Un nombre important (238) déclare avoir connu une consommation de méthadone de rue. Cinquante trois patients ont déjà reçu des sulfates de morphine mais on ignore cependant si la PPM est concomitante – ce qui est déconseillé – ou postérieure. L'hypothèse selon laquelle le traitement à base de méthadone est proposé pour inclure les patients sous sulfates de morphine dans un programme de maintenance semble la plus probable.

Quant aux pathologies rencontrées, un tiers des patients présentent des comorbidités psychiatriques – sans précision –, cinq patients sont signalés comme étant séropositifs au VHC et deux au VIH. Enfin, 67 femmes enceintes ont bénéficié d'une PPM (5 % de l'ensemble).

L'hétérogénéité des profils⁹ traduit la diversité des situations dans lesquelles peut être entrepris un traitement de substitution, conformément aux orientations préconisées dans la circulaire.

Relais à la sortie

Le relais à la sortie est le plus souvent effectué par un médecin généraliste (43 %), un CSST (22 %), un réseau de santé (14 %) ou un CMP (9 %). D'autres relais, tels qu'un autre service hospitalier (6 cas), une UCSA,

un CCAA ou une pharmacie (une occurrence dans chaque cas), sont cités. L'absence de relais est signalée dans 4 cas.

La circulaire préconisait d'évoquer la perspective du relais et sa faisabilité dès l'indication du traitement posée. Le relais en CSST devait être privilégié pour des sujets nécessitant un suivi et une dispensation quotidienne. Deux autres relais pouvaient également être envisagés [4] : la médecine de ville, dont l'orientation est conditionnée par la stabilisation des posologies de méthadone, l'absence de dépistage d'opiacés dans les urines et la capacité du malade à gérer de façon autonome son traitement ; voire l'officine de ville (dispensation en ville au décours d'une prescription initiale par un médecin hospitalier, dans un seul cas ici).

Il était également recommandé aux médecins prescripteurs de faire appel à d'autres intervenants utiles (pharmacien, psychiatre, travailleur social, CSST), de façon à intégrer des réseaux professionnels et favoriser, in fine, le relais en ville [5].

La circulaire a donc effectivement été suivie d'effets dans l'échantillon des services enquêtés puisqu'en pratique, le milieu hospitalier remédie à l'inaccessibilité des structures de soins spécialisées. L'enquête met également en relief le rôle prédominant des médecins généralistes, premier relais d'orientation des usagers vers les services hospitaliers.

Primo-prescription de méthadone en milieu carcéral

En milieu carcéral, les constats saillants concernent les modalités d'extension (ou de frein) de la prescription initiale de méthadone, les pratiques professionnelles des soignants et le profil des patients dépendants aux opiacés bénéficiant de traitements à base de méthadone.

Une remarquable progression

Plus d'un tiers des patients dépendants aux opiacés pris en charge par les UCSA ou les SMPR interrogés dans le cadre d'un TSO bénéficient d'un traitement à base de méthadone (35 %). La part de la méthadone a donc

6. En 2006, le parc pénitentiaire totalisait 49 487 places opérationnelles (métropole et départements d'outre-mer), hors centres de semi-liberté et centres pour peines aménagées. Les 16 établissements pourvus de CSST figurent parmi les plus importantes structures pénitentiaires : ils regroupent 12 331 places de détention, soit 24,9 % de la capacité d'accueil nationale.

7. Selon la circulaire les posologies minimales initiales doivent être comprises entre 20 et 30 mg en fonction du niveau de dépendance physique du sujet

8. Structures mises en place par la circulaire DHOS/O2-DGS/SD6B 2000/ 460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives, Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n°2000/38, p.167-19

9. Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question et le taux de doubles coches a été relativement important.

nettement progressé : elle était évaluée à 22 % en 2004 (*vs* 78 % pour la BHD), dans le même échantillon¹⁰. Malgré de fortes disparités, près d'un tiers des établissements (32 %) déclarent que plus de la moitié des patients sous TSO bénéficient de traitements à base de méthadone (26 établissements sur 82).

Au cours du second semestre 2006, 943 patients dépendants aux opiacés, détenus dans 84 des 152 établissements de l'échantillon, ont reçu un traitement de substitution à base de méthadone (soit une moyenne de 11 patients par établissement). Une estimation pondérée permet d'établir que les patients sous méthadone représentent environ 40 % de la population pénale dépendante aux opiacés incarcérée.

La part de la primo-prescription au sein des prescriptions de méthadone avoisine 28 %, contre 72 % de poursuites de traitements lors de l'incarcération. Les deux tiers des unités de soins nouvellement compétentes pour instaurer des TSO à base de méthadone en milieu pénitentiaire affichent des taux de PPM inférieurs à 25 % (52 établissements sur 78 répondants) ; quatre établissements exclusivement des maisons d'arrêt de moins de 300 détenus poursuivent autant de traitements à base de méthadone qu'ils en initient et quatre établissements, caractérisés par leur taille importante (plus de 100 détenus), déclarent des taux de PPM supérieurs aux taux de suivi. Dans un nombre de cas croissant donc, la prise en charge de la dépendance aux opiacés à l'aide de la méthadone est initiée en prison.

L'option ouverte par la circulaire de 2002 semble avoir été exploitée dans la majorité des établissements : 60 % des établissements interrogés déclarent au moins une PPM au cours du second semestre 2006 (73 % après redressement, c'est-à-dire en ôtant les établissements ne signalant aucun détenu dépendant aux opiacés). Signalons toutefois que parmi les 36 % d'établissements qui n'ont pas répondu à l'enquête, on compte probablement ceux, qui, précisément, sont en difficulté avec la substitution en général ou la PPM en particulier. Néanmoins, en rapprochant ces données de celles du Ministère de la Santé (2004), on observe que 36 établissements qui ne déclaraient aucune primo-prescription en 2004 en déclarent au moins une en 2006, ce qui accredit l'hypothèse d'une progression des prescriptions initiales de méthadone en milieu fermé.

Les établissements pratiquant effectivement la PPM se distinguent par leur taille, plus importante que la moyenne (302 détenus)¹¹. Ce sont en général des établissements où un seul service est prescripteur (sauf dans un cas où plusieurs services prescrivent en pratique) – ce qui suggère l'existence d'un effet contre-productif de la dispersion des compétences (du point de vue de l'accessibilité de la méthadone). Il s'agit plus souvent de maisons d'arrêt, et moins souvent d'établissements pour peine. Enfin, ils pratiquent tous également les poursuites de traitement.

L'hétérogénéité des pratiques d'organisation de la prescription se traduit par un éclatement des appartenances médico-administratives des professionnels prescripteurs : le service prescripteur indiqué est, dans 35 %

des cas, l'UCSA et, dans 4 % des cas, un SMPR. Autrement dit, dans près de deux tiers des cas (61 %), la prescription de méthadone est partagée, voire déléguée à un autre service que le service désigné comme compétent : service clinique de médecine interne ou de secteur (30 %), service d'urgence (13 %), CSST externe (5 %), service d'addictologie ou équipe de liaison (4 %).

La problématique rémanente des résistances de certains professionnels à pratiquer la substitution en milieu carcéral se retrouve ici, comme dans d'autres enquêtes : elle est en général justifiée par la contradiction entre la mission de l'institution pénitentiaire et la prescription d'un traitement susceptible de faire l'objet de mésusages et de trafics. Parmi les 38 établissements de l'échantillon qui ont mentionné des freins à la PPM, l'obstacle le plus fréquemment cité est le refus de prescrire (11 établissements), lié à des difficultés d'organisation au sein de l'établissement ou à des considérations « éthiques » personnelles : cet effectif d'établissements « réfractaires » semble incompressible dès lors qu'il apparaît aussi dans d'autres sources [7]).

Les difficultés les plus fréquemment rencontrées lors de la prescription sont la difficulté à connaître la date de sortie du patient compte tenu notamment des aménagements de peine (40 %) ; la brièveté des séjours en détention, particulièrement en maison d'arrêt, qui ne permet pas un suivi des patients à long terme ; la préférence des prescripteurs pour la BHD (24 %) ; la difficulté de trouver une structure-relais à la sortie (22 %) et le manque de personnel (20 %) qui pèse sur l'organisation de la délivrance du traitement. Enfin, 9 % des professionnels envisagent le risque d'overdose comme un obstacle à la prescription de méthadone (le risque léthal connu étant établi à environ 1 mg/kg/j pour un sujet non tolérant aux opiacés¹²) et près de 8 % déclarent privilégier une stratégie de sevrage (6 établissements).

Des pratiques médicales homogènes

Les modalités de délivrance des traitements à base de méthadone font apparaître une remarquable homogénéité des pratiques. Le traitement est délivré quotidiennement (sauf dans un établissement, de petite taille de surcroît), sous contrôle médical ou infirmier sauf dans trois établissements où il est remis au détenu en mains propres, sans contrôle de la prise. Le lieu de délivrance est le plus souvent un local de soins (91 %) : seuls 9 % des établissements privilégient une délivrance en cellule.

Parmi les 73 établissements (sur 98 répondants) qui ont renseigné la question des pratiques de dosage, les niveaux de posologie initiale moyens¹³ s'établissent à 23 mg/jour (minimum) et à 76 mg/jour (maximum). Autrement dit, la posologie initiale minimale moyenne est de 3 points inférieure à celle retrouvée en milieu hos-

Pratiques de substitution aux opiacés déclarées par les services de soins

	Au moins une primo-prescription second semestre 2006		Au moins une poursuite au second semestre 2006	
	Nombre d'établissements	% des répondants	Nombre d'établissements	% des répondants
Méthadone	57	60,0 (n=95)	64	68,8 (n=93)
Buprénorphine haut dosage	87	89,7 (n=97)	88	92,6 (n=95)

pitalier. Cette prudence manifeste s'incarne dans un chiffre : 60 % des unités de soins déclarent des niveaux de posologie minimale d'initiation en deçà des doses initiales quotidiennes indiquées dans la circulaire de 2002 (« 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique »). A l'inverse, un quart des services (en général des UCSA) déclarent des posologies d'initiation maximales fortes, d'au moins 100 mg par jour. Ce constat fait écho aux résultats enregistrés dans la littérature internationale, qui font état de hauts, voire de très hauts dosages de méthadone (de plus de 100 mg à plus de 1 000 mg par jour), justifiés par une nécessité pharmacologique pour certains patients sélectionnés [8, 9]. Les pratiques professionnelles semblent donc avoir évolué dans le sens d'une prise en compte effective des connaissances actualisées et des recommandations cliniques, la plupart des études soulignant en effet l'enjeu stratégique, pour la réduction des risques, d'une délivrance continue et suffisante pendant la période d'incarcération [10].

Des comorbidités associées fréquentes

Les données relatives au profil des patients, plus difficiles à interpréter du fait du faible taux de réponse qui biaise l'exploitation statistique (seulement 30 établissements répondants), montrent que la PPM intervient, pour 14 % des patients, en réponse à un usage de méthadone de rue (62 usagers). En outre, 24 % des patients ayant eu en prison un traitement initial à base de méthadone sont (ou ont été) également utilisateurs de BHD (y compris par injection). De surcroît, on estime que pour plus d'un tiers des patients bénéficiaires d'un traitement à base de méthadone (35 %), la primo-prescription répond à un problème de comorbidités psychiatriques (près de 6 détenus par établissement en moyenne, dans 25 établissements). Enfin, sur les 22 établissements de l'échantillon comprenant un quartier femmes, aucun

10. Rappelons que si l'échantillon d'établissements interrogés est le même, le taux de réponse varie entre l'enquête présente et celle de 2004 menée par le Ministère de la Santé [6]. En outre, les méthodes de collecte des données sont différentes (méthode rétrospective pour le dernier semestre *vs* méthode de comptage un jour donné).

11. Il faut ici nuancer le constat d'un effet-taille : la durée relativement courte de la période d'enquête (6 mois) peut en effet expliquer que des établissements dotés d'une faible capacité d'accueil n'aient pas eu de détenus dépendants aux opiacés parmi leurs effectifs (et donc pas d'occasion de primo-prescription).

12. Michel (L.), Addictions aux substances psychoactives illicites-polytoxicomanies, Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 164, 3, Avril 2006, p.247-254.

13. Soulignons ici que cette question était marquée par un taux de non-réponse d'environ 25 %.

ne déclare de femme enceinte parmi les bénéficiaires d'une PPM.

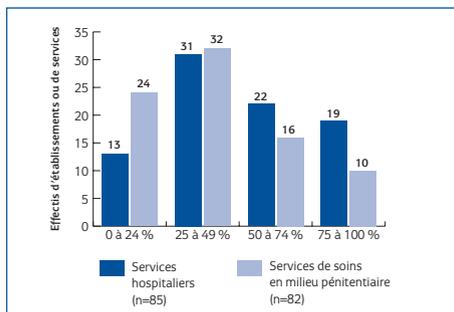
Un relais de prise en charge à la sortie plutôt bien assuré

Le relais de prise en charge offert à la sortie de prison, désigné comme une question « fondamentale » dans la circulaire, et devant être « envisagée, avec le patient, dès l'indication de la prescription »¹⁴, est correctement assuré. L'orientation postpénale majoritairement proposée aux patients sous méthadone est un relais vers un CSST extérieur (278 patients, sur 4 874 reçus au cours d'un semestre), conformément aux directives de la circulaire. Les orientations vers un médecin généraliste arrivent loin derrière (86 patients) : en particulier dans les établissements de moyenne ou de petite taille, devant les relais vers un service hospitalier (42).

Conclusion

Six ans après la circulaire du 30 janvier 2002, la moitié des services hospitaliers prescripteurs et un tiers des services médicaux

Part de patients sous méthadone parmi les patients sous TSO en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire



intervenant en milieu pénitentiaire (hors CSST) déclarent une part de patients sous méthadone supérieure à 50 %.

L'accessibilité de ce traitement à l'hôpital et dans les établissements pénitentiaires a donc notablement progressé, même s'il ne s'est pas encore généralisé. La part moyenne de la primo-prescription (au sein des prescriptions de méthadone) atteint 40 % dans les services hospitaliers et 28 % dans les établissements pénitentiaires nouvellement habilités à primo-prescrire.

En outre, les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé se rapprochent de ceux observés en milieu libre, ce qui semble traduire une certaine homogénéité dans la compréhension et l'application des indications thérapeutiques. Si le relais à la sortie se fait de manière différente en milieu pénitentiaire (vers un CSST extérieur dans la grande majorité des cas) et en milieu hospitalier (vers un médecin généraliste pour près de la moitié des patients), il est globalement bien assuré. Le volet hospitalier de l'enquête montre ainsi la place importante occupée par les médecins généralistes, aussi bien en amont (lorsqu'ils adressent les patients vers le milieu hospitalier pour la mise en place du traitement) qu'en aval, lors du relais de prise en charge.

14. On sait en effet que les ruptures de soins à la sortie de prison hypothéquent les chances d'insertion du patient [11] : depuis la loi de 1994 prônant l'équivalence des soins entre le milieu fermé et le milieu libre, la continuité de la prise en charge, (durant la détention et à la sortie) est réaffirmée par les pouvoirs publics dans chaque circulaire ministérielle ou interministérielle relative aux soins en détention (cf. par exemple, la circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH).

15. C'est le cas des maisons d'arrêt d'Amiens, de Châlons-en-Champagne et Rennes, et des centres pénitentiaires de Caen, Châteauroux, Metz, Perpignan, la Plaine des Galets à la Réunion, Pointe-à-Pitre/Baie-Mahault en Guadeloupe et Ducos en Martinique.

La « primo-prescription de méthadone » était définie comme une première prescription effectuée pour un sujet « naïf » de ce produit (incluant le cas des patients passés de la BHD à la méthadone), ou pour un sujet consommant déjà de la méthadone hors cadre de soins, ou pour un sujet qui avait déjà été sous méthadone mais dont la rupture de suivi remontait à au moins trois mois. Les prescriptions de méthadone effectuées dans le cadre d'un traitement de la douleur en première intention étaient exclues du champ de l'enquête.

L'enquête hospitalière a interrogé par questionnaire les services repérés comme prescripteurs de méthadone à partir d'une liste récente (2006) du laboratoire Bouchara-Recordati. Afin d'optimiser le taux de retour, les questionnaires ont été collectés sur place par des attachés de recherche du laboratoire, avant d'être envoyés à l'OFDT pour analyse. Rétrospectif, le questionnaire portait sur l'activité de primo-prescription au cours de l'année 2006 : 86 services hospitaliers prescripteurs de méthadone, sur les 107 répertoriés en France par le laboratoire, ont répondu à cette enquête (80 %). La majorité des médecins interrogés étaient des praticiens hospitaliers (80 %), vs 6 % de praticiens attachés et 5 % de praticiens contractuels.

L'enquête pénitentiaire a interrogé les UCSA et SMPR de l'ensemble des établissements dépourvus de CSST (hors centres de semi-liberté et centres pour peines aménagées), en métropole et dans les DOM. Dans les 10 établissements dépourvus de CSST mais dotés d'un SMPR, c'est ce dernier qui a été interrogé en priorité¹⁵ ; sinon, c'est l'UCSA qui a répondu à l'enquête (142). Près de 100 structures (65 %) ont renvoyé une réponse exploitable. Rétrospectif, le questionnaire portait sur l'activité de primo-prescription des 6 derniers mois de l'année 2006.

La moitié des détenus dépendants aux opiacés décrits dans l'enquête sont incarcérés en maison d'arrêt (prévenus en attente de jugement ou condamnés avec un reliquat de peine inférieur à un an), un tiers en centre pénitentiaire (établissement mixte avec deux quartiers à régime de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale), près de 13 % en centre de détention (où le régime d'incarcération est axé vers la resocialisation) et moins de 3 % en maison centrale (condamnés à une peine supérieure à 5 ans, multirécidivistes, délinquants « dangereux »).

L'enquête a été menée en collaboration avec les autorités commanditaires (DGS, DHOS, MILDT), réunies au sein d'un comité de pilotage assurant le suivi des travaux.

Références

- Rapport complet
Obradovic (I.), Canarelli (T.), *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*, Saint-Denis, OFDT, 2008, 79 p.
- [1] OFDT, *Drogues et dépendances : indicateurs et tendances*, OFDT, Paris, 2002, p.368.
- [2] OFDT, *Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usages et stratégies de traitement*, OFDT/CNAMTS, Paris, 2002, p.85.
- [3] Farrell (M.), *Drug prevention : a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Commission européenne, 1995, Luxembourg.
- [4] Pons (D.) *et al.*, « Initiation hospitalière d'un traitement substitutif par méthadone, recommandations de prescription », *Presse Med* 2004 ; 33 : 858-861.
- [5] « Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés », Recommandations pour la pratique clinique, Afssaps, ANAES, Service des recommandations professionnelles, Juin 2004.
- [6] Morfini (H.), Feuillerat (Y.), *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, Ministère de la Santé, décembre 2001 et février 2004.
- [7] Michel (L.), Maguet (O.), *L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral*, Rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution, avril 2003.
- [8] Maremmi (L.) *et al.*, « Methadone Dose and Retention During Treatment of Heroin Addicts with Axis I Psychiatric Comorbidity », *Journal of Addictive Diseases*, vol.19 (2), 2000, 29-41.
- [9] Leavitt (SB), Shinderman (M.), Maxwell (S.), Eap (C.), *et al.*, « When "enough" is not enough : new perspectives on Optimal Methadone Maintenance Dose », *The Mount Sinai Journal of Medicine*, vol.67, n°5&6, oct./nov.2000, 404-411.
- [10] Dolan (K.) *and al.*, « Methadone maintenance reduces injecting in prison », *BMJ* 312, 1996 (1162).
- [11] Keen (J.), Rowse (G.), Mathers (N.), Campbell (M.), Seivewright (N.), « Can methadone maintenance for heroin-dependent patients retained in general practice reduce criminal conviction rates and time spent in prison ? », *Br. J. Gen. Pract.* 2000, 50 (450) : 48-9.

Tendances

Directeur de la publication
Jean-Michel Costes

Comité de rédaction
Marie-Danièle Barré, Sylvain Dally,
Alain Epelboin, Jean-Dominique Favre,
Serge Karsenty, Annette Leclerc, Thomas Rouault

Secrétariat de rédaction
Julie-Émilie Ades

Maquettiste
Frédérique Million

Impression
Imprimerie Masson / 69, rue de Chabrol
75010 Paris

ISSN 1295-6910
Dépôt légal à parution

Observatoire français des drogues
et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex
Tél : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
e-mail : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

