

INITIALISATION DE TRAITEMENTS PAR MÉTHADONE EN MILIEU HOSPITALIER ET EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

ANALYSE DES PRATIQUES MÉDICALES DEPUIS LA MISE EN PLACE DE LA CIRCULAIRE DU 30 JANVIER 2002 RELATIVE À LA PRIMO-PRESCRIPTION DE MÉTHADONE PAR LES MÉDECINS EXERÇANT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Ivana Obradovic
Tiphaine Canarelli

INITIALISATION DE TRAITEMENTS PAR MÉTHADONE EN MILIEU HOSPITALIER ET EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

ANALYSE DES PRATIQUES MÉDICALES DEPUIS LA MISE EN PLACE
DE LA CIRCULAIRE DU 30 JANVIER 2002 RELATIVE À LA PRIMO-
PRESCRIPTION DE MÉTHADONE PAR LES MÉDECINS EXERÇANT
EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Ivana Obradovic
Tiphaine Canarelli

Février 2008

Sommaire

REMERCIEMENTS	4
INTRODUCTION	5
PREMIERE PARTIE	
ENQUETE SUR LA PRIMO-PRESCRIPTION DE METHADONE EN ETABLISSEMENTS DE SANTE EN 2006 VOLET HOSPITALIER	7
<i>STRUCTURE DE L'ÉCHANTILLON</i>	9
Caractéristiques des médecins interrogés	9
Volume d'activité des services en 2006	11
<i>PRIMO PRESCRIPTION DE MÉTHADONE</i>	13
Données générales	13
Profil du public bénéficiaire d'une primo-prescription de méthadone	15
Principale raison du recours à la primo-prescription de méthadone en service hospitalier plutôt qu'en centre de soins spécialisés aux toxicomanes	17
Relais vers l'extérieur	17
<i>CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE</i>	19
SECONDE PARTIE	
ENQUETE SUR LA PRIMO-PRESCRIPTION DE METHADONE EN ETABLISSEMENTS DE SANTE AU SECOND SEMESTRE 2006 VOLET PENITENTIAIRE	21
<hr/>	
2	
<i>STRUCTURE DE L'ÉCHANTILLON</i>	23
Caractéristiques des établissements et des détenus décrits dans l'enquête	23
Caractéristiques des professionnels de santé interrogés	26

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

<i>VOLUME D'ACTIVITÉ DES SERVICES AU SECOND SEMESTRE 2006</i>	28
<i>Caractéristiques des établissements déclarant des patients sous méthadone</i>	29
<i>Caractéristiques des établissements primo-prescripteurs de méthadone</i>	30
<i>Motifs de non primo-prescription de méthadone</i>	35
<i>ÉTAT DES LIEUX DES DIFFICULTÉS LIÉES À LA PRIMO-PRESCRIPTION DE MÉTHADONE</i>	38
<i>MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DE LA MÉTHADONE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE</i>	40
<i>PROFIL DU PUBLIC BÉNÉFICIAIRE D'UNE PRIMO-PRESCRIPTION DE MÉTHADONE</i>	44
<i>RELAIS DE PRISE EN CHARGE À LA SORTIE DE PRISON</i>	46
<i>CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE</i>	48
<i>CONCLUSION GÉNÉRALE</i>	52
ANNEXES	53
<i>Annexe 1 : Tableau récapitulatif des structures interrogées par département</i>	54
<i>Annexe 2 : Tableau récapitulatif des structures de soins interrogées, par établissement pénitentiaire</i>	57
<i>Annexe 3 : Questionnaire « volet hospitalier »</i>	62
<i>Annexe 4 : Questionnaire « volet pénitentiaire »</i>	66
<i>Annexe 5 : Circulaire du 30 janvier 2002</i>	70
<i>Annexe 6 : Liste des tableaux et figures</i>	77

REMERCIEMENTS

Aux membres du comité de pilotage restreint : Maguy Jeanfrançois (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), Chantal Gatignol (MILDT), Nicolas Prisse (Direction générale de la santé), Chantal Vuldy (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins).

Aux membres du comité de pilotage élargi qui ont participé à la réflexion pré-paratoire avant le lancement de l'enquête : Abdelghani Boussairi (Centre hospitalier de Saint-Denis), Betty Brahmy (SMPR de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis), Martine Clément (Direction générale de la santé), Marie-Anne Courne (AFSSAPS), Anne-Marie de Belleville (ARH Aquitaine), Michel Guizard (Centre hospitalier de Meaux), Jean Lamarche (Conseil de l'Ordre des médecins), Bertrand Lebeau (Hôpital Saint-Antoine), Laurent Michel (Hôpital Emile Roux de Limeil-Brévannes), Colette Moysse (DDASS de Paris), Agnès Robin (Direction de l'administration pénitentiaire), Thierry Sainte-Marie (Hôpital du Kremlin-Bicêtre).

À Thierry Kin, de Bouchara-Recordati, qui a fourni à l'OFDT la liste des services hospitaliers concernés par la prescription de méthadone et aux attachés de recherche clinique de Bouchara qui ont présenté, distribué, et parfois administré le questionnaire « volet hospitalier » auprès des services hospitaliers : Anne Appert-Cecillon, Valérie Duclos, Stéphanie Maillot, Patrick Mann, Olivier Schmitt, Anne Van Hyfte et Olivier Verstraete.

À tous les professionnels des services hospitaliers qui ont accepté de répondre au questionnaire « volet hospitalier ».

À tous les professionnels des UCSA et des SMPR qui ont participé à l'enquête « volet pénitentiaire ».

À Hélène Morfini (Direction générale de la santé) pour la mise à disposition de la base 2004 de l'enquête sur les traitements de substitution en milieu carcéral.

À Julien Morel d'Arleux, chef de cabinet du directeur de l'administration pénitentiaire pour la mise à disposition des chiffres de l'occupation carcérale par type d'établissement au 1er juillet 2006.

À Sylvain Dally, Président du Collège scientifique de l'OFDT, et à Odile Timbart du Ministère de la Justice pour leurs relectures précieuses.

INTRODUCTION

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a été missionné en novembre 2006 par la Direction générale de la santé, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la MILDT pour réaliser une enquête permettant d'évaluer l'impact de la 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.

Le développement de la primo-prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé était d'ailleurs repris parmi les objectifs affichés en matière de substitution dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008): l'augmentation des traitements par la méthadone parmi les personnes sous traitement de substitution afin d'améliorer l'efficacité globale des traitements était en effet l'une de ses orientations, l'objectif quantifié du Plan se traduisant par une amélioration de l'accessibilité de la méthadone à l'hôpital et dans les établissements pénitentiaires.

L'objet de la circulaire du 30 janvier 2002 était 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, pouvait être étendue aux médecins exerçant en établissement de santé. Cette option était jusqu'alors réservée aux médecins des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

L'évolution réglementaire induite par la circulaire de 2002 avait vocation à 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'agissait, dans l'esprit de la circulaire, 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.

Cet assouplissement du cadre de prescription s'intégrait alors dans une démarche globale visant à mieux équilibrer le nombre de patients en traitement de substitution, entre ceux traités par la méthadone (environ 12 000 patients) et ceux traités par la buprénorphine haut dosage (environ 80 000).

***Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire***

La réalisation de l'enquête, confiée à l'OFDT, a été divisée en deux volets distincts, le premier volet d'enquête s'adressant aux soignants exerçant dans les services hospitaliers prescripteurs de méthadone identifiés et connus comme tels, le second aux médecins des unités de soins intervenant en milieu pénitentiaire : unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et Services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

L'enquête a été menée en étroite collaboration avec les autorités concernées (DGS, DHOS, MILDT). Le suivi du résultat des travaux a été assuré par un comité de pilotage réunissant les principaux acteurs institutionnels concernés.

PREMIÈRE PARTIE

ENQUÊTE SUR LA PRIMO- PRESCRIPTION DE MÉTHADONE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2006

« VOLET HOSPITALIER »

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

L'objectif premier de cette enquête est de mesurer le niveau d'application de la circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002 relative à l'initialisation d'un traitement de substitution pour toxicomanes majeurs aux opiacés par des médecins exerçant en établissement de santé non auparavant habilités à prescrire de la méthadone¹. Cette primoprescription hospitalière s'intègre dans une démarche globale visant à créer les conditions permettant de rendre la méthadone (MTD) plus accessible aux toxicomanes. Diverses situations permettent ainsi d'envisager une primoprescription d'un traitement à base de méthadone en établissement de santé, qu'il s'agisse d'un séjour en établissement de santé dans le cadre d'un suivi obstétrical, psychiatrique ou somatique (infection, traumatisme, soins de suite) ou encore d'une consultation en milieu ambulatoire.

Il a été entendu comme définition de la primo prescription de méthadone 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 encore pour un sujet qui avait déjà été sous méthadone mais dont la rupture de suivi remontait à au moins 3 mois. Etaient exclues de l'enquête les prescriptions de méthadone effectuées dans le cadre d'un traitement de la douleur en première intention.

Quatre conditions doivent être requises avant d'instaurer un traitement par méthadone, notamment en milieu hospitalier² : s'assurer que le patient est volontaire pour suivre ce traitement et âgé de plus de 15 ans, que le diagnostic clinique de dépendance majeure aux opiacés est posé, que l'absence de méthadone dans les urines est bien vérifiée après prélèvement urinaire et enfin qu'aucune contre indication au traitement n'existe.

1. Ministère de l'emploi et de la solidarité -Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des soins, 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 : BOMES 2002/8 : 191-199

2. Ibid.

Structure de l'échantillon

L'enquête a été menée par questionnaire auprès des services hospitaliers prescripteurs de méthadone définis comme tels à partir d'un listing quasiment exhaustif fourni par le laboratoire Bouchara-Recordati de services connus comme prescripteurs en 2006. Afin de faciliter la passation de ces questionnaires auprès des médecins désignés dans les services en question – et surtout d'optimiser le taux de retour pour ce volet de l'enquête –, ces formulaires d'enquête ont été administrés et collectés sur place par des attachés de recherche du laboratoire puis envoyés à l'OFDT pour analyse.

Quatre vingt six services hospitaliers prescripteurs de méthadone sur les 107 répertoriés en France par le laboratoire ont ainsi répondu à cette enquête soit un taux de participation de 80 %.

Caractéristiques des médecins interrogés

Quatre vingt six médecins exerçant à travers la France dans des services hospitaliers prescripteurs de méthadone ont donc répondu à cette enquête.

Ils exercent pour près de la moitié d'entre eux (n=41) dans des services médicaux, le plus souvent en service de psychiatrie (n=20), de médecine polyvalente (n=9) ou de médecine interne (n=8). Deux d'entre eux sont rattachés à un service d'hépatogastroentérologie et deux autres à un service d'infectiologie. Vingt sept pourcent d'entre eux (n=23) sont rattachés à une unité d'addictologie ou à un service d'addictologie et 19% (n=16) sont directement rattachés à une équipe de liaison en addictologie (type ELSA ou ECIMUD) (se référer au tableau récapitulatif).

42 % de l'ensemble de ces médecins (n=36) disent d'ailleurs intervenir dans le cadre des missions incombant à ces équipes de liaison en addictologie, qu'ils exercent directement dans ces structures ou qu'ils soient rattachés à des services cliniques.

Si les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ont été 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, la création des Equipes de Coordination, d'Intervention pour les Malades Usagers de Drogues (ECIMUD) au sein de l'APHP avait été plus précoce.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

D'après le rapport d'activité de ces équipes de liaison sur l'année 2005³, il est indiqué qu'une équipe sur deux intervenait dans un hôpital possédant des lits dédiés à l'addictologie. Les services hébergeant de tels lits étaient là aussi ceux d'addictologie – ou d'alcoologie –, de gastro entérologie, de médecine ou médecine interne et de psychiatrie. Dans ce même rapport, 60 % des équipes déclaraient prendre en charge l'ensemble des addictions alors que 55 % mentionnaient spécifiquement l'alcool, 29 % les drogues illicites et 28 % le tabac.

La grande majorité des médecins enquêtés ici sont des praticiens hospitaliers (80 %), parfois chefs de service (9 % d'entre eux (n=8)).

Six pourcent sont des praticiens attachés et 5 % des praticiens contractuels (Tableau 2)

Tableau 1- Fonctions médicales des médecins interrogés

Fonction médicale	Effectif	%
PH	68	79,1
PATT	5	5,8
PAC	4	4,6
autre	5	5,8
non renseigné	4	4,6
Total	86	100,0

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Deux médecins en moyenne sont amenés à prescrire de la méthadone par service (sur 83 services ayant répondu) avec des valeurs allant de 1 à 6 (Tableau 2):

Tableau 2 - Nombre de médecins prescripteurs par service

Nombre de médecins prescripteurs	nombre de services	%
1	39	47
2	22	26,5
3	12	14,5
4	8	9,6
5	1	1,2
6	1	1,2
Total	83	100,0

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

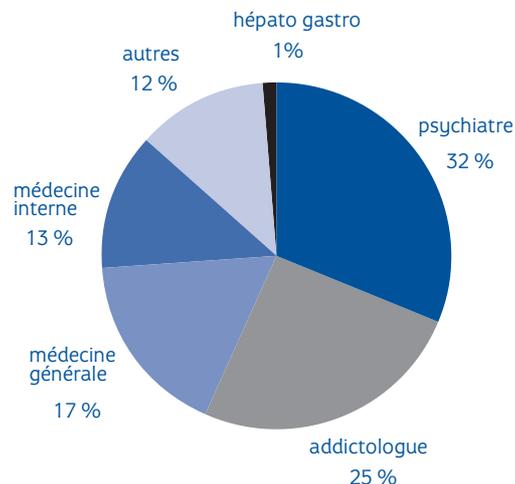
3. Palle (C.), Jean-François (M.), Les équipes de liaison en addictologie en 2005, OFDT, Octobre 2007, 33p.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

Le nombre de médecins prescripteurs de méthadone par service n'est absolument pas « proportionnel » à l'importance du centre hospitalier mais correspond plutôt aux habitudes de prescription. Certains services de CHU parisiens auront ainsi à leur disposition 1 ou 2 médecins prescripteurs de méthadone alors que davantage de prescripteurs seront présents dans des services ayant à priori une moindre capacité.

Les médecins cliniciens les plus souvent impliqués dans la prescription de méthadone au sein des services sont le plus souvent des psychiatres (32 %) puis des addictologues (25 %) et des médecins généralistes (17 %) :

Figure 1 - Spécialités des médecins prescripteurs



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Volume d'activité des services en 2006

Au total 6 700 patients recevant un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) ont été pris en charge en 2006 dans les 84 services qui ont répondu à cette question, soit une moyenne de 80 patients par service [3 – 500].

Quarante cinq pourcent d'entre eux soit 3005 patients reçoivent sur la même période de la méthadone ; soit 36 patients en moyenne par établissement, [2 – 180]

En moyenne, la part de la prescription de méthadone au sein des TSO pour l'ensemble des services représente 50 % ; ces valeurs s'échelonnant de 6 % à 100 %.

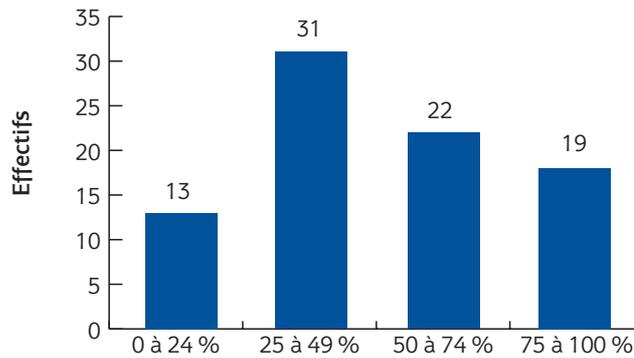
Le graphique suivant présente les niveaux de prescription de MTD parmi l'ensemble des services ayant répondu (n=85).

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

Trente neuf pourcent de ces patients recevant de la méthadone sont vus dans le cadre d'une primo prescription (soit 1 174 patients au total) ; avec une distribution de 1 à 66 patients par structure.

Parmi les 22 services qui totalisent au moins 3 prescripteurs (de 3 à 6), il faut noter qu'aucun profil particulier de praticien ne ressort, qu'il s'agisse de leur spécialité (même répartition en terme de spécialités médicales) que des volumes de prescription effectués (pas de volume de prescription ni de primo prescription particulier et pas de durées de prise en charge hospitalières ou ambulatoires distinctives).

Figure 2 - Part de prescription de méthadone parmi les TSO



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Primo-prescription de méthadone

Données générales

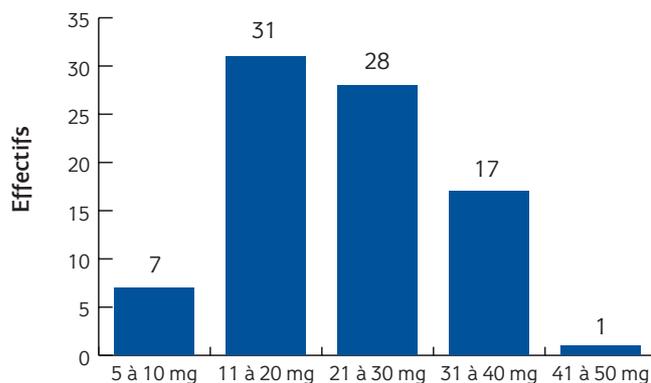
Cette primo prescription s'effectue le plus souvent dans le cadre de consultations externes (63 % d'entre elles) que dans un contexte d'hospitalisation (37 %).

La durée moyenne de suivi d'un patient par le médecin primo prescripteur est de 279 jours en milieu ambulatoire [0 - 1500 j] vs 19 jours en hospitalisation [0 - 365 j]. Ce chiffre peut être interprété comme un indicateur indirect de gravité, c'est-à-dire comme le signe d'une comorbidité associée : en effet, la durée moyenne des hospitalisations est de 15 jours pour les cas sévères avec des comorbidités associées, vs 7 jours pour les séjours pour un problème aigu dit « simple ».

En ce qui concerne les niveaux de posologies initiales habituellement prescrites, la posologie minimale moyenne retrouvée est de 26 mg [5 à 50 mg] ; la posologie maximum moyenne étant de 49 mg [10 à 160 mg].

Elles sont présentées par classe dans les graphiques suivants. Les posologies minimales initiales sont essentiellement comprises entre 10 et 30 mg.

Figure 3 - Posologies initiales minimales prescrites de méthadone par classe (en mg de méthadone par jour)



Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

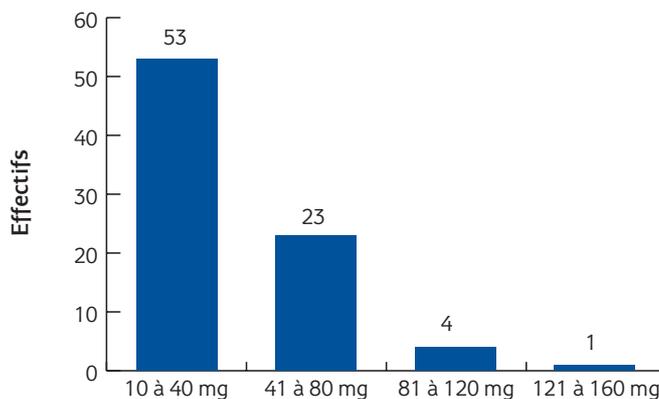
Selon la circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002 la première dose quotidienne doit être comprise entre 20 et 30 mg selon le niveau de dépendance physique. Neuf médecins interrogés ont primoprescrit parfois des doses inférieures à ces recommandations puisque 2 d'entre eux ont prescrit 15 mg, 5 en ont prescrit 10 mg et deux autres médecins 5 mg.

Les posologies initiales maximales prescrites sont assez « basses » puisque 65 % d'entre elles sont inférieures à 40 mg.

Selon les recommandations émises lors de la Conférence de Consensus de juin 2004⁴ sur les traitements de substitution, la dose initiale de méthadone doit être établie en fonction de l'évaluation quantitative de la consommation d'opiacés, de la fréquence et du mode d'administration de l'héroïne et de l'éventuelle prescription concomitante de psychotropes.

La dose initiale recommandée ici est plus large que celle préconisée deux ans plus tôt dans la circulaire puisqu'elle est comprise entre 10 et 40 mg/j. Un délai de 24 heures après la dernière prise d'opiacés doit être respecté avant la première prise de méthadone et des paliers d'augmentation de 5 à 10 mg sur des durées de 1 à 3 jours doivent être réalisés, sans jamais excéder par semaine 50 % de la dose initiale.

Figure 4 - Posologies initiales maximales prescrites de méthadone (par classe)



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

4. Conférence de Consensus : Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, Texte des experts de la conférence de consensus, Lyon, 23 et 24 juin 2004

Profil du public bénéficiaire d'une primo-prescription de méthadone

Qui sont-ils ?

Sur les 1 174 patients ayant bénéficié d'une primo prescription de méthadone en 2006, près de la moitié (530 patients) sont des utilisateurs de BHD, dans le cadre d'une prescription ou non (y compris les injecteurs de ce produit). Près d'un tiers d'entre eux (365) sont atteints de comorbidités psychiatriques sans précision, un peu moins d'un quart (238) disent avoir été auparavant consommateurs de méthadone de rue et quasiment autant (249) être des héroïnomanes non traités ; enfin 53 patients ont déjà reçu des sulfates de morphine. L'enquête ne permet pas de savoir si la primo-prescription de méthadone est concomitante de la consommation de sulfates – ce qui est déconseillé – ; on peut toutefois faire l'hypothèse que dans un certain nombre de cas la proposition d'un traitement à base de méthadone est précisément faite pour intégrer les patients sous sulfates de morphine dans un programme de maintenance.

Parmi les autres profils mis en évidence, cinq patients pris en charge sont séropositifs au VHC et 2 au VIH. Enfin, 67 femmes enceintes ont bénéficié d'un primo-prescription de méthadone pendant cette durée soit 5 % de l'ensemble des sujets primo prescrits.

Plusieurs réponses par patient étaient possibles pour cette question. L'hétérogénéité des profils retrouvés traduit la diversification des situations dans lesquelles peut être entrepris un traitement de substitution, et ce conformément aux orientations offertes par la circulaire.

Tableau 3 - Caractéristiques des patients faisant l'objet d'une primo-prescription
(plusieurs réponses possibles)

	Effectif	%	Etablissements répondants
Usagers auparavant consommateurs de méthadone de rue	238	20	73
Femmes enceintes	67	5,6	75
Utilisateurs de BHD (y compris injecteurs)	530	48	76
Patients atteints de comorbidités psychiatriques	365	31	73
Héroïnomanes non traités	249	21	72
Patients sous sulfates de morphine	53	4,5	72
Autres profils de patients	109	9,2	72

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

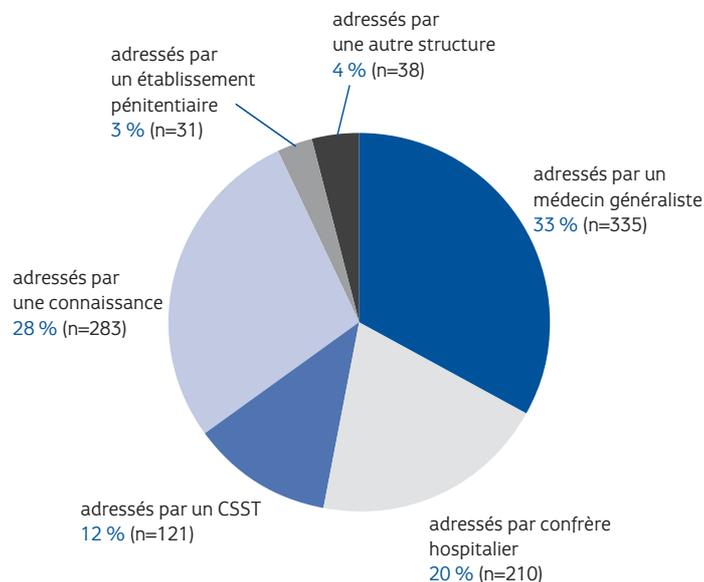
Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

D'où viennent-ils ?

La majorité des patients (33 %) est adressée dans le service hospitalier par un médecin généraliste. Le conseil d'une personne (« bouche à oreille ») est leur deuxième mode d'arrivée au sein du service puisqu'il concerne 28 % d'entre eux. Un confrère hospitalier peut également en envoyer (20 % d'entre eux) ; le plus souvent dans le cadre de soins psychiatriques (17 citations), d'un suivi obstétrical (15 citations) ou somatique - type infectieux (15 citations), ou autre (urgences, service de chirurgie, 10 citations). Enfin, 12 % des patients sont adressés par un CSST, 3 % par un établissement pénitentiaire et autant par une autre structure ou des professionnels de santé (équipe de liaison, Drogue Info Service).

Le rapport d'activité des équipes de liaison de 2005⁵ renseigne également la question de l'origine des patients. Les équipes interviendraient ainsi pour 2/3 des patients sur demande de confrères hospitaliers (services des urgences -20 %-, service de psychiatrie -7 %- ou autre service -40 %-). Un tiers des patients serait adressé par un médecin généraliste (10 % des cas), des structures spécialisées en addictologie (4 %) ou des services judiciaires ou administratifs (3 % des cas).

Figure 5 - Origine des patients



Principale raison du recours à la primo prescription de méthadone en service hospitalier plutôt qu'en centre de soins spécialisés aux toxicomanes

L'inaccessibilité au(x) CSST dans le département, leur absence ou encore leur éloignement géographique en sont les raisons principales et totalisent de ce fait près de la moitié des motifs évoqués (42 % de l'ensemble). Les services hospitaliers notifiant ce difficile accès aux CSST sont majoritairement localisés dans la moitié nord de la France (Ouest : Normandie, Bretagne, Pays de la Loire et Est : Alsace Lorraine, Champagne-Ardenne et Bourgogne essentiellement).

Viennent ensuite les réticences propres des usagers à être suivis en CSST (12 %, n=10), mais aussi les complications somatiques éventuelles rencontrées chez eux (12 %, n=10) ou le fait que le service hospitalier en question soit considéré comme un service référent au sein du département (11 %, n=9). Le haut niveau d'exigence des CSST peut être aussi une des raisons du suivi en service hospitalier (9 %, n=7) tout comme l'« errance » de certains patients (9 %, n=7) rendant souvent compliquée une prise en charge en CSST. L'existence de comorbidités psychiatriques (4 %, n=3) peut enfin être une raison à la prise en charge en milieu hospitalier du fait de l'offre de soins qui peut y être prodiguée.

Tableau 4 - Principale raison du recours à la primo prescription de méthadone en service hospitalier plutôt qu'en CSST

	Effectif	%
Inaccessibilité du/des CSST dans le département	22	27,5
Eloignement géographique du/des CSST	10	12,5
Absence de CSST dans le département	2	2,5
Réticences de l'utilisateur	10	12,5
Complications somatiques	10	12,5
Service hospitalier référent	9	11,2
Haut niveau d'exigence du CSST	7	8,7
Errance thérapeutique	7	8,7
Comorbidités psychiatriques	3	3,7

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Relais vers l'extérieur

Un seul relais est cité dans 39 cas, plusieurs relais sont toutefois cités dans le même nombre de cas.

Il est le plus souvent effectué par un médecin généraliste (43 % des cas, n=56), par un CSST (22 % des cas, n=29), un réseau de santé (14 %, n=18) ou un CMP (9 %, n=11).

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

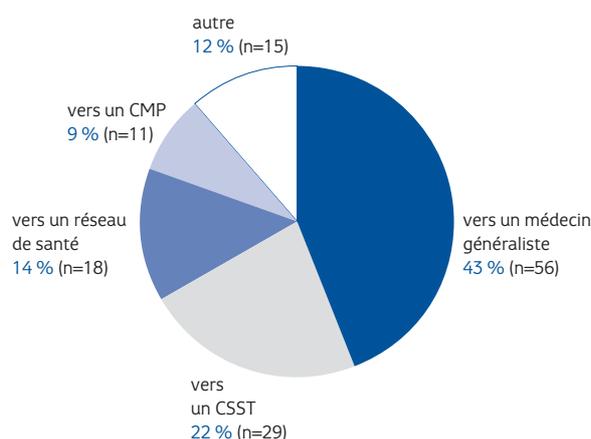
n=11). D'autres relais sont également cités : service hospitalier dans 6 cas, UCSA, CCAA ou pharmacie dans un cas. L'absence de relais est signifiée dans 4 cas.

La perspective du relais doit être évoquée et sa faisabilité évaluée dès que l'indication au traitement est posée. Le relais en CSST sera privilégié pour des sujets nécessitant un suivi et une dispensation quotidienne du traitement. Deux autres relais peuvent être également envisagés : la médecine de ville voire l'officine de ville (dans le cadre d'une dispensation en ville mais d'une prescription par le médecin hospitalier initialiseur)⁶. Ce dernier cas n'est toutefois rencontré qu'une fois ici.

La décision d'une orientation en médecine de ville comme rappelé dans la circulaire est quant à elle conditionnée par la stabilisation des posologies de méthadone utilisées, par l'absence de dépistage d'opiacés dans les urines, mais aussi par la capacité du malade à gérer de façon autonome son traitement. Il est également recommandé, afin d'éviter l'isolement des médecins prescripteurs, que ceux-ci fassent appel aux autres intervenants utiles (pharmacien, psychiatre, travailleur social, CSST), et tentent de s'intégrer à des réseaux quand ils existent, pour favoriser ainsi le relais en ville⁷.

Cette enquête montre ainsi la place importante occupée par les médecins généralistes, aussi bien en amont lorsqu'ils adressent les patients en milieu hospitalier pour la mise en place du traitement, qu'en aval au moment du relais de la prise en charge vers l'extérieur. L'importance de l'articulation entre les différents partenaires du dispositif de prise en charge permettant d'éviter la rupture du traitement de substitution à la sortie de l'hôpital ressort également de cette enquête.

Figure 6 - Relais de la prise en charge



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

6. Op.Cit.

7. « Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés », Recommandations pour la pratique clinique, Afssaps, ANAES, Service des recommandations professionnelles, Juin 2004

Conclusion de la première partie

Cet état des lieux en milieu hospitalier permet de dresser plusieurs constats suite à l'introduction de la circulaire DGS/DHOS du 30 janvier 2002 relative à la primo-prescription de méthadone par des médecins exerçant en établissement de santé.

■ 107 services hospitaliers sont connus du laboratoire Bouchara-Recordati pour avoir prescrit de la méthadone en 2006

■ 80% des services hospitaliers identifiés et reconnus comme prescripteurs de méthadone ont répondu à l'enquête. La grande majorité des médecins ayant répondu sont des praticiens hospitaliers (80 %), parfois chefs de service (8 % d'entre eux), 6 % sont des praticiens attachés et 5 % des praticiens contractuels. Il s'agit le plus souvent de médecins psychiatres (32 % d'entre eux), d'addictologues (25 %) ou de médecins généralistes (17 %). Deux médecins en moyenne sont amenés à prescrire de la méthadone par service, ce chiffre pouvant aller de 1 à 6 suivant les établissements

■ La moitié des services hospitaliers interrogés évaluent à au moins 50 % la part de méthadone parmi les traitements de substitution aux opiacés prescrits aux patients vus en 2006.

■ La part de la primo-prescription au sein de ces prescriptions de méthadone concerne près de 40 % des patients, soit près de la moitié d'entre eux. Elle s'effectue le plus souvent dans le cadre de consultations externes (63 %) plutôt qu'en hospitalisation proprement dite (37 %).

■ la durée moyenne de suivi d'un patient est de 279 jours en milieu ambulatoire [0 - 1500] vs 19 jours en hospitalisation [0 -365 j].

■ Les posologies initiales minimales primo-prescrites sont essentiellement comprises entre 10 et 30 mg (26 mg en moyenne/jour). Les posologies initiales maximales primoprescrites sont quant à elles comprises entre 10 et 160 mg (49 mg en moyenne/jour) tout en restant inférieures à 40 mg/j dans 65 % des cas.

■ Sur l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une primo prescription de méthadone en 2006, nombre d'entre eux sont concernés par d'autres consommations puisque près de la moitié sont des utilisateurs de BHD (y compris des injecteurs), un quart disent avoir été auparavant consommateurs de méthadone de rue, quasiment autant être des héroïnomanes non traités, et que 5 % d'entre eux disent avoir déjà reçu des sulfates de morphine. Un tiers d'entre eux serait atteints de comorbidités psychiatriques et 5 % de la population ayant bénéficié d'une primo-prescription sont des femmes enceintes.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

■ Un tiers des patients primo prescrits (33 %) est adressée dans le service hospitalier par un médecin généraliste. Le conseil d'une personne est leur deuxième mode d'arrivée au sein du service et concerne 28 % d'entre eux. Un confrère hospitalier du médecin primo prescripteur peut également les envoyer (20 % des cas) alors que 12 % sont adressés par un CSST.

■ La principale raison du recours à la primo prescription de méthadone en service hospitalier plutôt qu'en CSST s'explique majoritairement (42 %) par l'inaccessibilité à ces derniers (absence dans le département, éloignement géographique). Les réticences propres des usagers à être suivis en CSST sont en cause dans 12 % des cas, comme la présence de complications somatiques nécessitant d'avoir recours à une prise en charge globale au sein d'un établissement hospitalier dans le même pourcentage de cas. Le fait qu'un service hospitalier soit considéré comme un service référent au sein du département peut également être une des causes de ce suivi préférentiel en structure hospitalière (11 % des cas).

■ Le relais vers l'extérieur se fait le plus souvent par un médecin généraliste (43 % des cas), suivi par un CSST (22 %), un réseau de santé (14 %) ou un CMP (9 %). D'autres relais beaucoup moins utilisés sont également cités (service hospitalier, UCSA, pharmacie dans un cas). L'absence de relais est toutefois signifiée dans 3 % des cas.

SECONDE PARTIE

ENQUÊTE SUR LA PRIMO- PRESCRIPTION DE MÉTHADONE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AU SECOND SEMESTRE 2006

« VOLET PÉNITENTIAIRE »

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

Le second objectif de l'enquête était de mesurer l'application de la circulaire du 30 janvier 2002 dans les unités de soins en milieu pénitentiaire qui n'étaient pas auparavant habilitées à prescrire de la méthadone. Étaient exclus de l'échantillon les établissements primo-prescripteurs dès avant la circulaire 2002, autrement dit, les 16 établissements pourvus de CSST⁸, parmi lesquels figurent certaines des plus importantes structures pénitentiaires : ces 16 établissements totalisent à eux seuls 12 331 places opérationnelles de détention, c'est-à-dire le quart de la capacité d'accueil de tout le parc pénitentiaire qui comprend 49 487 places opérationnelles (métropole et départements d'outre-mer, hors centres de semi-liberté et CPA).

Dans le cas des établissements dotés d'un service médico-psychologique régional (SMPR) mais dépourvus de CSST (26 – 16 = 10 établissements), c'est le SMPR qui a été interrogé⁹. Dans tous les autres établissements, c'est l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), antenne de l'hôpital de proximité représentée dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, qui a été sollicitée pour l'enquête. Au total, les services de soins interrogés comprennent donc 10 SMPR et 142 UCSA.

L'enquête a eu lieu au printemps 2007 : le questionnaire, rétrospectif, portait sur l'activité de primo-prescription des UCSA et SMPR au cours des 6 derniers mois de l'année précédente, c'est-à-dire du 1er juillet au 31 décembre 2006. Comme dans l'enquête en milieu hospitalier, il était entendu comme définition de la primo-prescription de méthadone une première prescription de ce produit effectuée pour un sujet « naïf » de méthadone (incluant le cas des patients passés de la buprénorphine haut dosage 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 remonte à au moins trois mois. Les prescriptions de méthadone effectuées dans le cadre d'un traitement de la douleur en première intention étaient donc exclues du champ de l'enquête.

Les résultats présentés ici relèvent davantage d'une évaluation des pratiques professionnelles développées dans les structures nouvellement compétentes pour initialiser des TSO à base de méthadone que d'une évaluation d'impact de la circulaire de 2002 relative à la primo-prescription de méthadone en milieu carcéral.

8. Il s'agit des 13 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, et des 3 centres pénitentiaires de Fresnes, Marseille/les Baumettes et Nantes.

9. 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.

Structure de l'échantillon

Parmi les 152 structures sollicitées (142 UCSA et 10 SMPR), 98 ont répondu correctement à l'enquête¹⁰, soit 64,5 % des unités consultées.

La méthode d'enquête retenue, requérant une analyse rétrospective des profils de patients, a vraisemblablement contribué à infléchir le taux de réponse à la baisse. En effet, un certain nombre de médecins sollicités ont fait valoir qu'il leur était impossible de faire de longues recherches dans les dossiers des patients pour remplir le questionnaire, compte tenu de leur temps de présence limité dans l'établissement et de l'absence d'informatisation de leur service.

Le taux de réponse apparaît plus élevé parmi les UCSA (66 %) que parmi les SMPR (40 %), qui sont par ailleurs beaucoup moins nombreux.

Tableau 5 : Etablissements de santé répondants en milieu pénitentiaire

	Nombre de répondants	% de l'échantillon	Nombre de structures sollicitées	Taux de réponse par type de structures (en %)
UCSA	94	95,9	142	66,2
SMPR	4	4,1	10	40,0
Total	98	100,0	152	64,5

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Caractéristiques des établissements et des détenus décrits dans l'enquête

Les maisons d'arrêt sont légèrement surreprésentées dans l'enquête, par rapport à leur place relative dans le parc pénitentiaire : 70,4 % des structures de soins répondantes sont rattachées à une maison d'arrêt (vs 61,2 % des établissements au plan national).

Un peu plus d'une structure de soins répondante sur cinq dépend d'un centre pénitentiaire (18,4 %) ou d'un centre de détention (9,2 %). À l'image de leur nombre dans l'ensemble du parc pénitentiaire, les maisons centrales sont peu nombreuses et représentent 2,0 % de l'échantillon étudié.

10. Les questionnaires « correctement » remplis sont ceux où les champs principaux ont été dûment complétés. Ainsi par exemple, on ne compte pas parmi les structures répondantes l'établissement, dans l'échantillon sollicité, qui a renvoyé un questionnaire vide.

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

Tableau 6 : Type d'établissement de rattachement des structures répondantes

	Nombre	% de l'échantillon	Nombre de détenus	Part des détenus dans l'échantillon
Maison d'arrêt	69	70,4	12873	50,0
Centre pénitentiaire	18	18,4	8945	34,7
Centre de détention	9	9,2	3249	12,7
Maison centrale	2	2,0	681	2,6
Total	98	100,0	25748	100,0

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Cet échantillon d'établissements correspond à 25 748 détenus effectivement incarcérés, pour 22 048 places opérationnelles, soit 43,8 % de la capacité de détention nationale au 1er juillet 2006 (métropole + DOM). Le taux d'occupation carcérale dans l'échantillon étudié est de 117 % en moyenne, ce qui équivaut au chiffre national général publié par la Direction de l'administration pénitentiaire au 1er juillet 2006 (118 %).

Les établissements décrits dans l'enquête sont le plus souvent des maisons d'arrêt (70,4 %) : elles hébergent la moitié des détenus de l'échantillon étudié. On peut noter que les maisons d'arrêt répondantes se distinguent par un taux d'occupation carcérale moyen plus important que l'ensemble des maisons d'arrêt au plan national, en métropole et dans les DOM (137,9 % dans l'échantillon vs 130,4 %, hors quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires¹¹). Ce taux d'occupation carcérale est même plus élevé parmi les maisons d'arrêt répondantes que parmi celles qui, sollicitées pour l'enquête, n'ont pas retourné le questionnaire (137,8 %, vs 135,7 %). On peut interpréter la bonne participation des maisons d'arrêt à l'enquête comme inspirée par le souci de « faire remonter » un certain nombre de constats et de préoccupations.

Les établissements de petite taille sont également sur-représentés dans l'enquête : la moitié de l'échantillon comprend des établissements de 200 détenus maximum (50 établissements, soit 54,4 % de l'échantillon). À l'inverse, un établissement sur cinq dans l'échantillon (19,6 %) est de taille importante (plus de 500 détenus). Autrement dit, les établissements de taille moyenne forment un quart de l'échantillon.

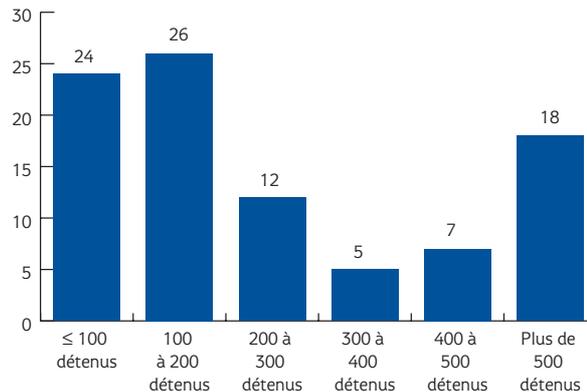
Moins d'un quart des établissements de l'échantillon (22 sur 98 répondants) sont dotés d'un quartier femmes (22,4 %). La plupart sont implantés dans une maison d'arrêt (18 répondants sur 22), sauf 3 qui sont installés dans un centre pénitentiaire.

Presque un tiers des unités répondantes fonctionnent dans des établissements dotés d'un quartier mineurs ou d'un centre de jeunes détenus (31 établissements sur 98, soit 31,6 %).

11. Source : Direction de l'administration pénitentiaire, PMJ1.

*Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire*

Figure 7 - Taille de l'établissement pénitentiaire de rattachement des unités répondantes (n=92)



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Les UCSA rattachées à un centre pénitentiaire sont celles qui ont le plus largement participé à l'enquête (taux de retour de 80,0 %), devant celles rattachées à une maison d'arrêt (69,8 %). Les taux de retour des UCSA rattachées à un centre de détention ou à une maison centrale s'avèrent bien en deçà (respectivement 42,9 % et 40,0 %).

Tableau 7 - Taux de réponse des UCSA par type d'établissement de rattachement

	UCSA répondantes	UCSA sollicitées	Taux de retour
Maison d'arrêt	67	96	69,8%
Centre pénitentiaire	16	20	80,0%
Centre de détention	9	21	42,9%
Maison centrale	2	5	40,0%
Total	94	142	66,2%

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

La moitié des détenus décrits dans l'enquête (c'est-à-dire dépendants aux opiacés, qu'ils fassent l'objet ou non d'un traitement à base de méthadone) sont incarcérés dans une maison d'arrêt, c'est-à-dire qu'il s'agit de personnes prévenues en attente de jugement ou de personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an. Un tiers relève d'un centre pénitentiaire (34,7 %), établissement péni-

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

tentiaire mixte qui comprend deux quartiers à régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale). Près de 13 % purgent une peine dans un centre de détention, c'est-à-dire dans un établissement dont le régime d'incarcération est en principe axé vers la resocialisation. Les détenus relevant d'une maison centrale sont minoritaires dans l'échantillon (moins de 3 %) : il s'agit de personnes condamnées à une peine supérieure à 5 ans, de multirécidivistes, de personnes réputées dangereuses ou pour lesquelles le pronostic de réinsertion sociale est jugé peu favorable. Le régime de détention auquel est soumise cette dernière catégorie de détenus est axé essentiellement sur la sécurité.

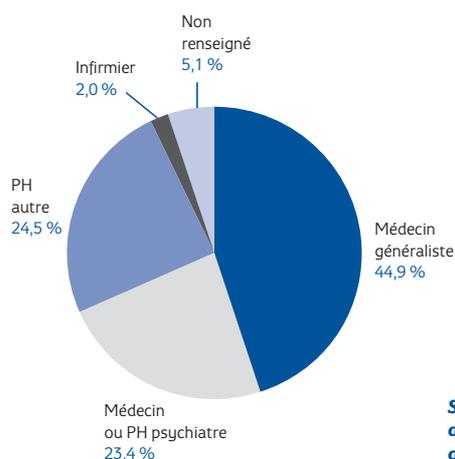
Caractéristiques des professionnels de santé interrogés

Quatre vingt dix huit professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire ont répondu à cette enquête : 45 % d'entre eux sont des médecins généralistes, 25 % des praticiens hospitaliers (autres qu'en psychiatrie) et près de 25 % des médecins psychiatres ou des praticiens hospitaliers en psychiatrie. Ces trois spécialités arrivent donc en tête, loin devant les infirmiers (2 %).

Environ 5 % des questionnaires ne mentionnent pas la spécialité du médecin répondant.

Le professionnel répondant est dans un tiers des cas rattaché à l'UCSA (35 %). Un second tiers environ regroupe des médecins répondants rattachés à un service clinique de médecine interne ou de secteur (30 %). Les autres médecins répondants relèvent d'un service d'urgence (13 %), d'un CSST (5 %), d'un service d'addictologie ou d'une équipe de liaison (4 %), ou encore d'un SMPR (4 %).

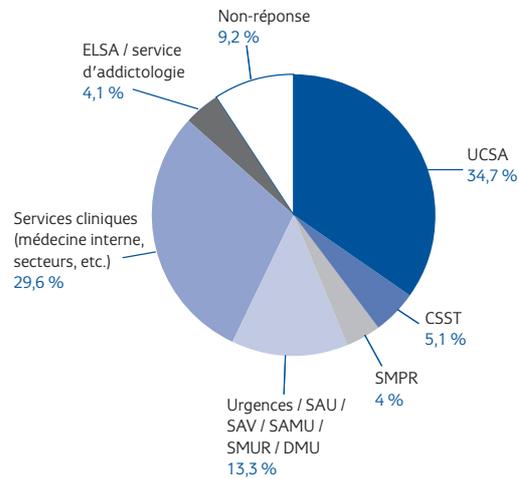
Figure 8 - Spécialité du professionnel de santé répondant (n=98)



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

*Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire*

Figure 9 - Service de rattachement du professionnel répondant (en %)



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

On observe donc un éclatement des appartenances médico-administratives des professionnels prescripteurs ayant répondu à l'enquête, ce qui semble traduire une certaine disparité dans les pratiques d'organisation de la prescription. Il semble en effet que la primo-prescription de méthadone soit parfois partagée ou déléguée à un autre service par l'UCSA : 5 UCSA ont ainsi transmis le questionnaire à un CSST (dans les établissements d'Angoulême, Nancy, Niort, Saint Etienne et Saint Mihiel) et une UCSA (qui n'a pas répondu à l'enquête) nous a fait part de la réorganisation intervenue en juin 2006, qui a consisté à « délocaliser » le temps médical (prenant en compte l'ensemble des soins médicaux) vers un CSST.

Volume d'activité des services au second semestre 2006

Au cours du second semestre 2006, 2 833 patients détenus dans 88 établissements ont reçu un traitement de substitution aux opiacés, à base de méthadone ou de buprénorphine haut dosage, soit en moyenne 32 patients par établissement [1 – 170].

Un tiers environ, soit 943 patients, ont reçu un traitement de substitution à base de méthadone dans 84 établissements interrogés, soit une moyenne de 11 patients par établissement [1 – 58]. Ce chiffre est supérieur à celui qui ressort de la dernière édition de l'enquête du Ministère de la Santé sur les traitements de substitution en milieu carcéral (février 2004)¹², qui recensait, dans le même échantillon d'établissements interrogés¹³, 506 détenus bénéficiant d'un traitement à base de méthadone (contre 101 en 2001, un an avant la publication de la circulaire de 2002). Toutefois, l'étude de 2004 du Ministère de la Santé diffère de la présente enquête par deux aspects : par sa méthode d'une part, puisque les données étaient collectées un jour donné dans une semaine définie ; par sa représentativité d'autre part, puisque l'étude de 2004 analysait les données transmises par 165 unités médicales répondantes sur 168 interrogées (échantillon réduit à 150 structures si l'on exclut les établissements autorisés à primo-prescrire de la méthadone avant 2002, soit 39 629 personnes détenues), contre 98 structures répondantes sur 152 sollicitées dans la présente enquête. Autrement dit, si l'échantillon d'établissements interrogés est identique, le taux de réponse était plus élevé dans l'enquête institutionnelle de 2004, qui jouit donc d'une meilleure représentativité. Il semblerait néanmoins, malgré les limites de ce rapprochement de chiffres, que la prescription de méthadone en milieu pénitentiaire ait progressé.

Une estimation pondérée¹⁴ permet de conclure qu'au second semestre 2006, 35 % environ des patients dépendants aux opiacés pris en charge par les UCSA ou

12. Morfini (H.), Feuillerat (Y.), *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, Ministère de la Santé, février 2004.

13. Extraction de la base de données du Ministère de la Santé, en ôtant les 16 établissements intégrés dans l'enquête de 2004 qui étaient déjà habilités avant 2002 à primo-prescrire de la méthadone (ibid.). Rappelons toutefois que si l'échantillon d'établissement interrogés est le même, le taux de réponse varie entre l'enquête présente et celle de 2004 menée par le Ministère de la Santé. En outre, les méthodes de collecte des données sont différentes (méthode rétrospective pour le dernier semestre vs méthode de comptage un jour donné).

14. L'estimation a été pondérée dans le sens où elle ne prend en compte que les 84 établissements qui ont répondu à toutes les questions numériques relatives aux traitements de substitution prescrits au cours du second semestre 2006, notamment les questions cherchant à évaluer la part relative des traitements à base de méthadone et de BHD.

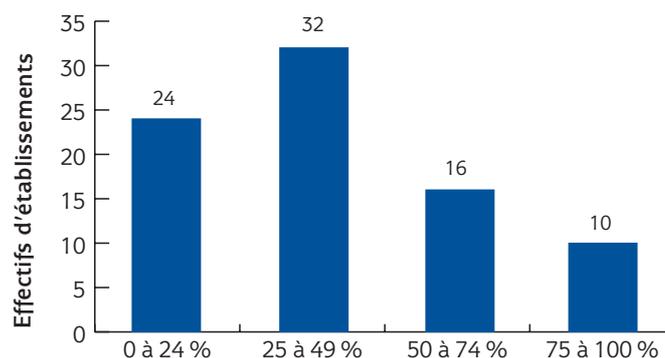
les SMPR dans le cadre d'un traitement de substitution bénéficiaient d'un traitement à base de méthadone. L'enquête 2004 du Ministère de la Santé évaluait la part globale de la méthadone, dans le même échantillon d'établissements, à 22 % seulement, vs 78 % pour la BHD [0 – 100] : il semble donc qu'en l'espace de 3 ans, la prescription de méthadone ait progressé notablement.

Caractéristiques des établissements déclarant des patients sous méthadone

Parallèlement, la part des établissements qui ne déclarent aucun patient sous méthadone semble avoir sensiblement baissé : 9 établissements au cours du second semestre 2006 (soit près de 10 % des établissements de l'échantillon, sachant que 5 n'ont pas répondu), vs 43 établissements un jour donné en 2004 (soit 28 % de l'échantillon d'établissements à nouveau interrogés en 2006). Bien que l'unité d'observation des deux enquêtes ne soit pas la même (un jour donné au cours d'une semaine définie vs un semestre entier), ce qui fait que ces données ne sont pas rigoureusement comparables, on peut faire l'hypothèse d'une extension de la prescription de méthadone entre février 2004 et décembre 2006¹⁵.

Parmi les 9 établissements n'ayant aucun patient sous méthadone au second semestre 2006, la majorité sont des établissements moyens (hébergeant 100 à 300 détenus), deux sont de petits établissements (100 détenus au maximum) et un seul est un établissement de taille importante, abritant 300 à 600 détenus.

Figure 10 - Part de patients sous méthadone parmi les patients sous TSO (n=82)



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

15. Op.cit.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

Cinq sont des maisons d'arrêt, deux des centres pénitentiaires et deux des centres de détention.

En outre, 15 établissements représentant une population pénale de 7 338 détenus (soit 28 % de la population incarcérée décrite dans l'enquête) regroupent à eux seuls la moitié des patients sous méthadone.

La part de patients sous méthadone parmi les patients sous TSO dans l'ensemble des services interrogés représente 40 % en moyenne, ces valeurs s'échelonnant de 0 % (dans les 9 établissements sus-mentionnés) à 100 % dans certains établissements. Le graphique suivant présente les niveaux de prescription de méthadone parmi l'ensemble des services ayant répondu (n=82).

Sur 82 unités répondantes, près de 30 % des établissements comptent moins d'un quart de détenus sous méthadone parmi les patients sous traitement de substitution ; près de 40 % des établissements déclarent une part de patients sous méthadone représentant entre un quart et la moitié de l'ensemble des patients sous TSO ; les 30% d'établissements restants déclarent que plus de la moitié de leurs patients bénéficiaires de traitements de substitution sont sous méthadone. On retrouve des proportions similaires dans le volet hospitalier de l'enquête.

Caractéristiques des établissements primo-prescripteurs de méthadone

Parmi les 95 établissements répondants, 40 % n'ont effectué aucune primo-prescription de méthadone au cours du second semestre 2006 (soit 38 établissements) et 60 % en déclarent au moins une (soit 57 établissements). On peut toutefois redresser ce chiffre en prenant en compte l'absence de détenus dépendants aux opiacés signalée dans 12 établissements : le pourcentage « réel » d'établissements non primo-prescripteurs de méthadone s'abaisse alors à 27 % des établissements interrogés (soit 26 établissements au total).

Tableau 8 - Pratiques de substitution aux opiacés déclarées par les services de soins

30

	Au moins une primo-prescription au 2nd semestre 2006		Au moins une poursuite de traitement au 2nd semestre 2006	
	<i>Nombre</i>	<i>% des répondants</i>	<i>Nombre</i>	<i>% des répondants</i>
Méthadone	57	60,0 (n=95)	64	68,8 (n=93)
Buprénorphine haut dosage	87	89,7 (n=97)	88	92,6 (n=95)

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

Le premier constat concerne la part importante d'établissements déclarant avoir effectué au moins une primo-prescription de méthadone au cours du second semestre 2006 (six établissements sur dix). La possibilité ouverte par la circulaire du 30 janvier 2002 semble donc avoir été exploitée dans la majorité des établissements. Elle semble également avoir progressé largement par rapport aux chiffres connus : l'enquête du Ministère de la Santé relevait déjà, il y a 3 ans, la nette augmentation de la part des prescriptions initiales de méthadone au sein des équipes médicales (21,7 % en février 2004, contre 13,1 % en décembre 2001), qu'elle imputait à la mise en œuvre par les UCSA et les SMPR de la circulaire de 2002¹⁶. En effet, ce taux était particulièrement élevé dans l'échantillon d'établissements nouvellement habilités, en 2002, à primo-prescrire de la méthadone (25,7 %).

Ce résultat va dans le sens des orientations préconisées dans le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) qui posait, parmi ses critères d'évaluation à cinq ans, celui d'une meilleure accessibilité de la méthadone en prison. Le niveau de réussite escompté était de rendre les TSO par méthadone accessibles dans l'ensemble des établissements pénitentiaires.

Le deuxième constat qui s'impose, c'est celui de la place relativement moins importante de la pratique de primo-prescription de méthadone par rapport à la primo-prescription de BHD : le nombre d'établissements rapportant au moins une primo-prescription de l'un ou l'autre de ces traitements présente 30 points d'écart (89,7 % vs 60,0 %). Bien que la part de la buprénorphine haut dosage soit en recul, dans l'ensemble des traitements prescrits, comme le constatait l'enquête 2004 du Ministère de la Santé, et la part des prescriptions de méthadone en milieu pénitentiaire en constante progression, la BHD reste plus facilement primo-prescrite en milieu pénitentiaire.

Ainsi, alors que pour la BHD, le chiffre des poursuites de traitement et des primo-prescriptions est similaire (avoisinant 90 % des établissements), pour la méthadone, les poursuites de traitement apparaissent plus courantes que les primo-prescriptions (69 % des établissements en signalent au moins une dans la période d'enquête). Les prescriptions de méthadone se font donc le plus souvent dans le cadre de la poursuite d'un traitement antérieur : parmi les patients sous méthadone recensés dans les 77 établissements répondants, 72 % bénéficient d'une poursuite de traitement et 28 % d'une initialisation. La part des traitements à base de méthadone initiés est relativement élevée en maison d'arrêt (26 %, parmi les maisons d'arrêt qui déclarent au moins une primo-prescription au cours d'un semestre), contre 21 % en 2004 (sur un échantillon d'établissements comprenant toutefois les structures déjà habilitées à primo-prescrire de la méthadone avant 2002)¹⁷.

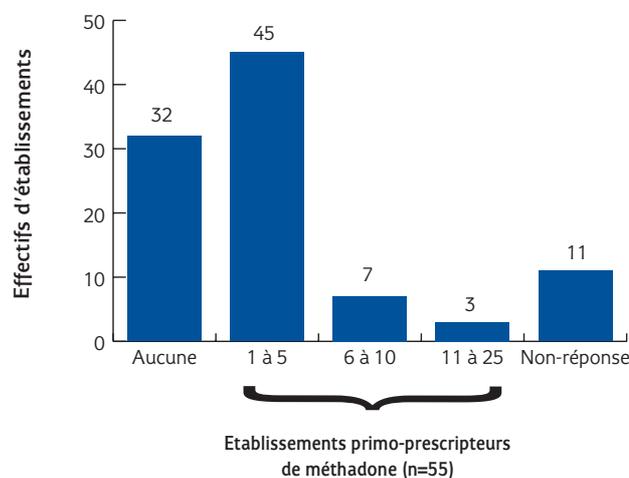
16. *Ibid.*

17. *Ibid.*

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

Parmi les 55 établissements primo-prescripteurs de méthadone ayant précisé le nombre d'initialisations effectuées au cours d'un semestre (sur 57 primo-prescripteurs au total), la majorité (45 structures) déclare avoir effectué une à cinq primo-prescriptions, 7 en déclarent six à dix et 3 rapportent une activité de primo-prescription excédant 10 cas par semestre. On peut noter que ces établissements enregistrant l'activité de primo-prescription la plus importante sont des établissements pour peine, c'est-à-dire réservés aux personnes condamnées définitivement, par ailleurs d'une taille importante (300 à 600 détenus). Ce point, qui confirme une fois encore les résultats des précédentes enquêtes du Ministère de la santé¹⁸, mérite d'être souligné dans la mesure où, comme le souligne Laurent Michel, en établissement pour peine et en particulier en maison centrale, la question de l'initiation d'un traitement de substitution peut faire débat : « la perspective d'une longue peine et la mise à distance des médicaments « de rue » peuvent plaider pour une prudence compréhensible »¹⁹.

Figure 11 - Nombre de primo-prescriptions de méthadone au second semestre 2006 (n=98)



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

18. Ibid. L'enquête de février 2004 relève en effet que la part des traitements initiés est plus importante dans les établissements pour peine (42 %) que dans les maisons d'arrêt (21 %), bien que les détenus de maisons d'arrêt soient proportionnellement plus nombreux à bénéficier de tels traitements.

19. Michel (L.), « Addictions aux substances psychoactives illicites - polytoxicomanies », *Annales medico-psychologiques*, 164 (2006), 247-254.

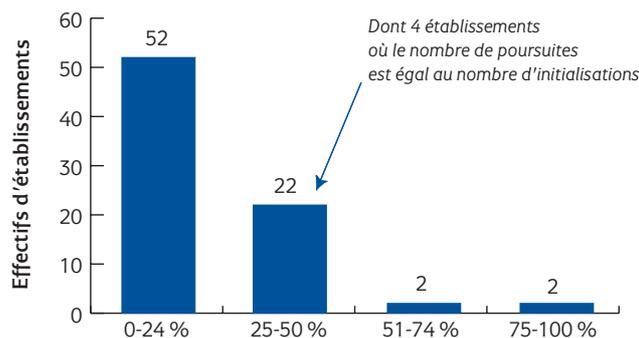
Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

Ainsi, les deux tiers des unités de soins implantées en établissement pénitentiaire (52 sur 78, soit 67 %) affichent des taux de primo-prescription, parmi les prescriptions de méthadone, inférieurs à 25 % (ce qui signifie que plus de 75 % des traitements à base de méthadone sont des poursuites de traitements initiés avant l'incarcération).

Quatre établissements poursuivent autant de traitements à base de méthadone qu'ils en initient : ce sont toutes des maisons d'arrêt, de moins de 300 détenus.

Quatre établissements déclarent même des taux de primo-prescription supérieurs aux taux de poursuite : il s'agit exclusivement d'établissements de plus de 100 détenus.

Figure 12 - Taux de primo-prescription parmi les prescriptions de méthadone (n=78)



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

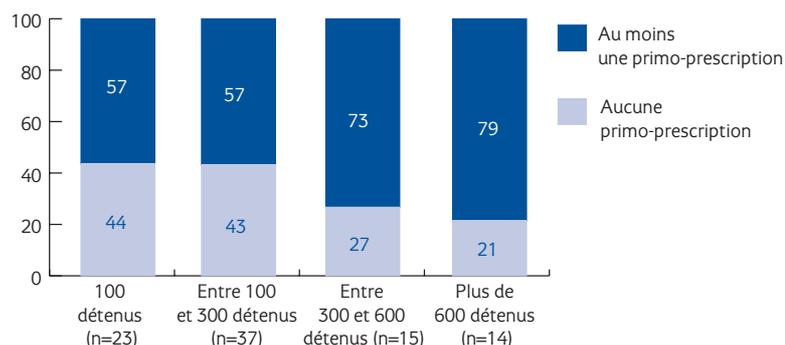
Si l'on cherche à caractériser plus finement les établissements ayant effectué au moins une primo-prescription de méthadone au cours d'un semestre, on note plusieurs traits caractéristiques :

1 - Ce sont des établissements d'une taille plus importante en moyenne que les établissements qui n'ont initialisé aucun traitement au second semestre 2006 (302 détenus en moyenne vs 248). Près de 4 établissements primo-prescripteurs de méthadone sur 10 comptent plus de 300 détenus dans leurs murs, ce qui n'est le cas que d'un établissement non-prescripteur sur quatre (38,2 % vs 24,2 %).

2 - Ainsi, si l'on rapporte les déclarations de primo-prescription de méthadone à la taille des établissements pénitentiaires, on distingue deux groupes d'établissements (plus ou moins 300 détenus). On observe une corrélation positive entre la taille de l'établissement et la part de ceux qui ont effectué au moins une primo-prescription de méthadone au second semestre 2006.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

Figure 13 - Déclarations de primo-prescription en fonction de la taille de l'établissement pénitentiaire



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Toutefois, il faut nuancer le constat d'un effet-taille car la durée relativement courte de la période d'enquête (6 mois) peut expliquer que des établissements dotés d'une faible capacité d'accueil n'aient pas eu de détenus dépendants aux opiacés parmi leurs effectifs dans cet intervalle de temps, et donc pas d'occasion de primo-prescription.

3 - Ce sont des établissements où il existe un seul service prescripteur : parmi les 55 unités médicales déclarant au moins une primo-prescription de méthadone au cours du second semestre 2006 dans l'établissement, une seule déclare l'existence d'un autre service prescripteur dans l'établissement. Parmi les établissements non primo-prescripteurs en revanche, le nombre moyen de services prescripteurs est plus élevé : dans 6 établissements sur 31 déclarés non primo-prescripteurs, il existe au moins un autre service habilité à délivrer de la méthadone en première intention. On peut faire l'hypothèse que la dispersion des compétences peut, dans certains cas, nuire à l'accessibilité de la méthadone prescrite dans le cadre d'une initialisation. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la circulaire recommandait que dans chaque établissement pénitentiaire, un accord soit 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.

4 - Ce sont plus souvent des maisons d'arrêt et moins souvent des établissements pour peine (centre de détention ou maison centrale) : 74 % parmi les établissements où existe la primo-prescription sont des maisons d'arrêt, contre 66 % de ceux où aucune initialisation n'a été pratiquée au cours d'un semestre, alors que 7 % des « établissements primo-prescripteurs » sont des établissements pour peine, contre 18 % des non primo-prescripteurs.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

On peut en partie interpréter ce différentiel en posant la question du besoin exprimé par les détenus. En effet, comme le soulignait l'étude sur l'assistance aux usagers de drogues dans les prisons européennes menée en 2001, la question de savoir dans quelle mesure les traitements sont demandés par les détenus dépendants aux opiacés n'est pas tranchée dans la littérature scientifique ou professionnelle²⁰. Il est donc difficile de savoir si le faible taux d'initialisation résulte d'une offre déficitaire ou d'une faible demande de la part des détenus. Les personnes détenues en établissement pour peine, par définition, exécutent la peine d'enfermement qui a été prononcée à leur encontre par un juge, qui n'a pas jugé bon de recourir à une alternative à l'incarcération (notamment à contenu sanitaire). On peut donc penser, compte tenu des connaissances existantes, que les détenus toxicomanes, condamnés à de longues peines de surcroît, ont plus de chances d'avoir une prévalence élevée de troubles psychiatriques comorbides dans les addictions (dit double diagnostic) nécessitant une prise en charge thérapeutique spécifique²¹. Ces détenus cumulant les handicaps médicaux, psychiatriques ou sociaux (troubles des conduites et antécédents d'abus et de précarité dans l'enfance, désinsertion scolaire, antécédents de prise en charge psychiatrique, personnalité antisociale, etc.²²) et les chances d'avoir un second trouble associé (clivage addiction/psychiatrie), ont plus souvent également fait l'objet de tentatives de prise en charge qui n'ont pas fonctionné : ils ne formulent donc pas nécessairement, dans ce contexte, une demande de soins.

Par ailleurs, si l'on rapproche les bases de données 2004 (du Ministère de la Santé) et 2007 (constituée dans le cadre de la présente enquête), on note que parmi les 72 établissements qui n'étaient pas primo-prescripteurs de méthadone en 2004, 27 n'ont toujours aucun patient sous méthadone dans le cadre d'une initialisation de traitement en 2007, 37 recensent entre 1 et 24 patients faisant l'objet d'une primo-prescription de méthadone et 8 établissements n'ont pas répondu.

Motifs de non primo-prescription de méthadone

La raison la plus fréquemment invoquée pour justifier l'absence de primo-prescription de méthadone est l'absence de détenus dépendants aux opiacés pendant la période de l'enquête : un tiers des 38 établissements qui n'ont effectué aucune primo-prescription de méthadone au cours du second semestre 2006 invoque l'absence de détenus demandeurs de ce type de soins.

20. Stöver (H.); Von Ossietzky (C.); Merino (P.), *An overview study : assistance to drug users in European Union prisons*, Lisbonne, OEDT, EMCDDA, 2001, 283 p.

21. Peters (RH), LeVasseur (ME), Chandler (RK), « Correctional treatment for co-occurring disorders : results of a national survey » ; *Behav. Sci. Law*, 2004, 22: 563-584.

22. Brooke (D.), Taylor (C.), Gunn (J.) et al., « Substance misuse as a marker of vulnerability among male prisoners on remand », *Br J Psychiatry*, 2000, 177: 248-251; Fishbein (DH), Reuland (M.), « Psychological correlates of frequency and type of drug use among jail inmates », *Addict. Behav.*, 1994, 19: 583-598.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

Toutefois, onze établissements citent le refus de prescrire, qu'il soit lié à des difficultés d'organisation au sein de l'établissement (8 établissements) ou à des considérations « éthiques » personnelles (3 établissements sur 38, c'est-à-dire le même nombre que celui rapporté dans le rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution de 2003²³). On retrouve ici la problématique récurrente des résistances de certains professionnels à pratiquer la substitution (ou la primo-prescription de méthadone ?) en milieu carcéral, où se pose la question de la contradiction entre la mission de l'institution pénitentiaire et la prescription de méthadone, qui reste synonyme de distribution de produits susceptibles de faire l'objet de mésusages et de trafics²⁴.

Tableau 9 : Motifs de non-primoprescription de méthadone

N=38	Nombre d'établissements
Refus de prescrire par éthique personnelle	3
Refus de prescrire lié à des difficultés	8
Pas de détenus dépendants aux opiacés au cours de la période d'enquête	12
Autre	20

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Près de la moitié des établissements non primo-prescripteurs ont fait valoir une explication autre que celles proposées dans le questionnaire. Plus d'un établissement sur trois ayant complété la rubrique « préciser » a indiqué que les traitements étaient systématiquement reconduits mais que les primo-prescriptions n'étaient pas envisagées pour la méthadone (7 établissements).

23. Le rapport notait que parmi les 22 établissements visités, 6 n'avaient aucun patient sous méthadone. Parmi ces 6 établissements, 3 avaient pris l'option de ne pas initialiser la méthadone : une maison centrale, un centre de détention, une maison d'arrêt (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).

24. Cette question se pose avec la même rémanence dans les autres pays européens où l'offre de traitements de substitution à base de méthadone est accessible en prison : Suisse, Espagne, Autriche (Stöver (H.); Von Ossietzky (C.); Merino (P.), An overview study : assistance to drug users in European Union prisons, Lisbonne, OEDT, EMCDDA, 2001, 283 p.).

*Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire*

Tableau 10 - Motifs de non primo-prescription de méthadone autres que les items proposés dans le questionnaire (n=20)

	Effectif
Détenus sous BHD	2
Continuation des traitements; pas de primoprescription	7
Sous-traitance au CSST	1
Pas d'indication	4
Refus des patients	1
Détenus déjà sous traitement transférés dans d'autres centres	1
Total des réponses (rubrique « préciser »)	20

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Logiquement, parmi les établissements déclarant au moins une primo-prescription de méthadone, presque tous reconduisent les traitements en cours à l'entrée en détention : plus de 9 répondants sur 10 déclarent également au moins une poursuite de traitement (soit 48 établissements sur 53 primo-prescripteurs).

Le chiffre intéressant concerne les 24 établissements qui ne déclarent ni primo-prescription ni poursuite de TSO à base de méthadone. Les deux tiers d'entre eux sont de petits établissements (16 comptent moins de 300 détenus).

Tableau 11 - Pratiques de substitution à base de méthadone (déclarations au second semestre 2006) (sur 91 répondants)

	Aucune poursuite	Au moins une poursuite	Total
Aucune primo-prescription	24	14	38
Au moins une primo-prescription	5	48	53
Total	29	62	91

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

État des lieux des difficultés liées à la primo-prescription de méthadone

Les unités de soins ont également été interrogées sur les difficultés qu'elles rencontrent lors de la prescription de méthadone : 76 UCSA ou SMPR ont répondu, la plupart ayant coché plusieurs items (33 % des unités de soins ont coché deux réponses, 21 % trois réponses, 13 % quatre réponses et 1 % cinq réponses, parmi les 9 proposées (plus une rubrique « autres, préciser »).

La première difficulté, citée par 40 % des unités répondantes, est liée à la difficulté à connaître la date de sortie du patient détenu compte tenu notamment des aménagements de peine. La deuxième contrainte de gestion signalée tient à la brièveté des séjours en détention, particulièrement en maison d'arrêt.

Par ailleurs, près d'un quart des professionnels répondants indiquent leur préférence pour la BHD pour traiter les détenus dépendants aux opiacés.

Plus d'un sur cinq signale la difficulté de trouver une structure-relais pour la prise en charge à la sortie et une part équivalente de professionnels invoquent le manque de personnel, parmi les difficultés rencontrées lors de la prescription de méthadone, qui a partie liée avec les difficultés d'organisation interne pour rendre possible la délivrance de méthadone.

Moins de 10 % des professionnels interrogés citent la crainte du risque d'overdose parmi les obstacles à la prescription de méthadone²⁵ et près de 8 % déclarent privilégier une stratégie de sevrage, par rapport à la prescription de méthadone (ce qui représente 6 établissements de l'échantillon). Parmi les six établissements faisant état d'une préférence pour le sevrage, cinq sont des maisons d'arrêt, de petite ou moyenne taille (moins de 300 détenus) et quatre d'entre eux primo-prescrivent tout de même de la méthadone, tout en poursuivant systématiquement les traitements initiés avant l'incarcération.

38

Notons ici qu'une part non négligeable des établissements répondants (13 %, soit 10 établissements de l'échantillon car 12 établissements sur les 22 cités dans le tableau ci-dessous ont souligné dans leur réponse « l'absence de difficultés ») ont évoqué des difficultés « autres » que celles mentionnées dans le questionnaire qui rendraient la prescription de méthadone délicate. Il s'agit pour près de la moitié

25. Rappelons ici que la posologie létale de méthadone est d'environ 1 mg/kg/j (Michel (L.), "Addictions et milieu carcéral : clinique et prise en charge", in Reynaud (M.) dir., *Traité d'addictologie*, Paris, Flammarion Médecine-Science éd., 2004, 792 p..

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

des établissements d'une absence de difficultés (10 établissements), dans 3 cas de refus exprimé par les patients, dans 3 cas de situations d'interaction médicamenteuse, dans 2 cas d'une impossibilité de prescrire compte tenu de la surcharge de travail de la pharmacie et dans 2 établissements de cas avérés de détournement du produit.

Tableau 12 - État des lieux des difficultés rencontrées lors de la prescription de méthadone

	Effectif	%
Brièveté des séjours en détention	25	32,9
Traitement par la méthadone jugé stigmatisant par les détenus	15	19,7
Crainte du risque d'overdose	7	9,2
Préférence pour le sevrage	6	7,9
Préférence pour la BHD	18	23,7
Difficulté de trouver une structure-relais pour la prise en charge à la sortie	17	22,4
Difficulté à connaître la date de sortie du patient	31	40,8
Insuffisance des moyens en personnel	15	19,7
Difficulté d'organisation interne pour la délivrance de méthadone	11	14,5
Autres (dont absence de difficultés)	22	28,9
Total	76	100,0

N.B. : La somme des pourcentages est supérieure à 100 car la plupart des structures ont fourni plusieurs réponses à la fois.

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Tous les établissements pénitentiaires où il existe plus d'un service prescripteur de méthadone sont, sauf un, des établissements hébergeant plus de 100 détenus.

Tableau 13 - Nombre de services prescripteurs autres que le service répondant

	Le service	1 autre	2 autres	3 autres	Non	Total
UCSA	84	5 <i>(CSST ou SMPR)</i>	1 <i>(CSST ou SMPR)</i>	1 <i>(CSST ou SMPR)</i>	3	94
SMPR	3	1 <i>(CSST ou UCSA)</i>	0	0	0	4
Total	87	6	1	1	3	98

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Dans la plupart des établissements (97 sur 98, soit près de 9 sur 10), un seul service prescrit la méthadone. Seulement 8 établissements déclarent l'existence de 2, 3 ou même 4 services prescripteurs. Trois établissements n'ont pas répondu à cette question. Il n'y a pas de différence significative selon le type d'établissement de rattachement (maison d'arrêt, centre pénitentiaire, centre de détention ou maison centrale).

Modalités de délivrance de la méthadone en milieu pénitentiaire

La totalité des services prescripteurs déclarent que la délivrance de méthadone est quotidienne dans leur établissement, 9 services n'ayant toutefois pas répondu à cette question. Un seul établissement (n'ayant pas renseigné la question précédente) a répondu que la délivrance était faite pour 7 jours : il s'agit d'une petite maison d'arrêt de 56 détenus, c'est-à-dire en légère sous-occupation, qui ne comptait, au cours du semestre de l'enquête, que 2 patients sous méthadone. On peut donc conclure que le risque d'overdose lié à la méthadone (pour un sujet non tolérant aux opiacés) est contrôlé dans les établissements, qui imposent une délivrance quotidienne devant un soignant.

Le lieu de délivrance est, dans neuf établissements sur dix, un local de soins. Moins de 10 % des établissements prévoient une délivrance en cellule : parmi eux, certains pratiquent à la fois la délivrance dans un local de soins et la délivrance en cellule (3 établissements sur 7).

Tableau 14 - Lieu de délivrance de la méthadone

	Délivrance dans un local de soins	Délivrance en cellule	Autre	Total
<i>Maison d'arrêt</i>	63	6	2	71
<i>Centre pénitentiaire</i>	15	1	0	16
<i>Centre de détention</i>	7	0	0	7
<i>Maison centrale</i>	1	0	0	1
<i>Total</i>	86	7	2	95
	90,5 %	7,4 %	2,1 %	100%

40

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Les modalités de délivrance habituelles sont uniformes : 84 services (sur les 87 qui ont répondu à cette question) recourent à la délivrance supervisée, en créant les conditions d'une prise devant le soignant. Trois établissements seulement (3 % des répondants) procèdent à une délivrance simple, avec une remise du traitement en mains propres.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

Concernant les niveaux de posologie initiale, la posologie minimale moyenne retrouvée est de 23 mg par jour [5 - 60 mg] ; la posologie maximale moyenne étant de 76 mg [20 - 180 mg]. Précisons tout de même qu'un quart des unités de soins consultées (soit 25 établissements) n'ont pas renseigné la question des posologies minimales et maximales pratiquées.

Autrement dit, la posologie d'initiation minimale moyenne est de 3 points inférieure à celle retrouvée en milieu hospitalier, tandis que la posologie d'initiation maximale moyenne majeure de 30 points celle rapportée par les services hospitaliers. Ce constat important confirme les résultats des évaluations existantes qui montrent que les posologies d'initiation efficaces de méthadone sont globalement plus importantes en milieu carcéral qu'à l'extérieur. Ces évaluations montrent par ailleurs qu'elles ne font pas l'objet d'une réduction progressive dans le temps comme c'est parfois le cas dans les centres spécialisés.

Pour prolonger cette réflexion sur les pratiques de dosages en milieu carcéral, rappelons que pour certains auteurs comme S.Gore, le problème des doses de méthadone délivrée en prison ne se pose pas dans les mêmes termes qu'à l'extérieur puisque l'objectif principal est de réduire les pratiques d'injection plus que d'aboutir à un sevrage complet²⁶ : bien que l'enquête ne fournisse pas d'information sur les doses d'entretien, ses résultats méritent d'être resitués dans la perspective des préconisations avancées dans les études internationales existantes. À ce titre, on peut ajouter que la plupart des études soulignent l'enjeu stratégique que constitue, du point de vue de la réduction des risques, une délivrance continue et suffisante pendant la période d'incarcération : Dolan a en effet montré que les usagers de drogues par voie intraveineuse qui avaient reçu un traitement à la méthadone en prison s'injectaient moins et partageaient moins leur matériel que les usagers de drogues par voie intraveineuse non traités, sous réserve que la méthadone ait été délivrée continûment pendant toute la période d'incarcération à des doses supérieures à 60 mg²⁷.

Quarante quatre unités de soins (soit 60 % des établissements répondants) déclarent des niveaux de posologie minimale d'initiation particulièrement faibles, en deçà même des doses initiales quotidiennes indiquées dans la circulaire de 2002 (« 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique »).

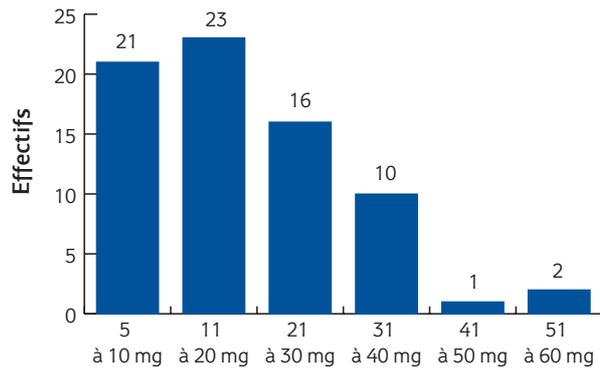
La moitié des unités de soins (57 établissements) déclarent des posologies minimales de moins de 40 mg par jour : elles se trouvent pour la majorité (41 %) situées dans des établissements pénitentiaires de taille moyenne (entre 100 et 300 détenus),

26. Gore (S.M.), « Prison rites : starting to inject inside », *BMJ* 311 (7013), 1135-1136 (1995); *Int.J STD AIDS* 6 (6) : 387-391 (nov 1995).

27. Dolan (K.) and al., « Methadone maintenance reduces injecting in prison », *BMJ* 312, 1996 (1162).

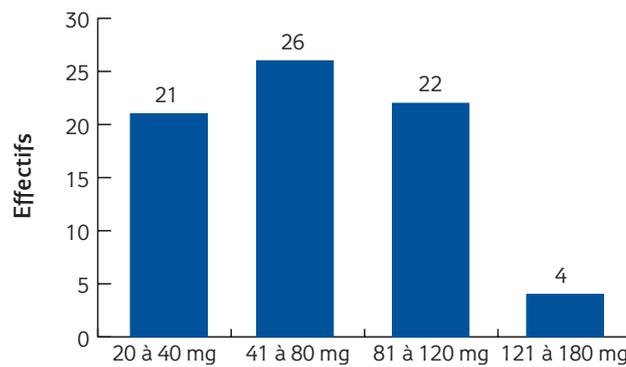
*Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire*

**Figure 14 - Posologies initiales minimales prescrites de méthadone, par classe
(en mg de méthadone par jour)**



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

**Figure 15 : Posologies initiales maximales prescrites de méthadone, par classe
(en mg de méthadone par jour)**



Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

alors que 21 % sont rattachées à des établissements de plus de 500 détenus, 19 % à des structures hébergeant 300 à 500 détenus et 19 % à des petits établissements regroupant moins de 100 détenus.

À l'inverse, un quart des services de soins de l'échantillon (soit 25 établissements) déclarent des posologies d'initiation maximales fortes, d'au moins 100 mg par jour. Tous, sauf un, sont des UCSA et il s'agit, pour près de 75 % d'entre eux, d'établissements hébergeant plus de 100 détenus. 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 1000 mg par jour). La relation entre la dose de méthadone et la rétention en traitement a été confirmée par plusieurs études²⁸. Cette modalité pharmacologique n'est donc pas fantaisiste si elle s'applique à quelques patients sélectionnés.

28. Maremmani (I) 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; 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.

Profil du public bénéficiaire d'une primo-prescription de méthadone

Globalement, les questions relatives au profil des patients bénéficiaires d'une primo-prescription de méthadone ont souffert de taux de réponse inférieurs à la moitié des établissements interrogés. Il faut donc les interpréter avec précaution. Gage de cohérence des réponses, tous les établissements ayant renseigné ces questions déclaraient un effectif de patients sous méthadone au second semestre 2006.

Trente établissements, sur quarante six ayant répondu, ont déclaré qu'au moins un des patients bénéficiaires d'une primo-prescription de méthadone était auparavant consommateur de méthadone de rue. À eux seuls ces trente établissements ont comptabilisé 62 usagers qui consommaient de la méthadone de rue avant l'incarcération, soit une moyenne de 2 patients initialisés à la méthadone par établissement [1-40]. Le chiffre maximum de 40 usagers consommant de la méthadone de rue est observable dans trois UCSA. Dans l'échantillon, 14 % de l'ensemble des patients bénéficiaires d'un traitement à base de méthadone (poursuivi ou initialisé en prison) sont d'anciens usagers de méthadone de rue.

Autre constat intéressant, parmi les patients bénéficiaires d'un traitement à base de méthadone, un quart environ (24 %), qui ont été initialisés en prison, consomment ou ont consommé de la BHD (y compris par injection).

En outre, la proportion de patients atteints de comorbidités psychiatriques s'avère élevée puisqu'elle représente plus d'un tiers (35 %) de l'ensemble des patients bénéficiaires d'un traitement à base de méthadone (poursuivi ou initialisé en milieu fermé) [0-39]. D'après les estimations fournies, ces patients seraient au nombre de 145, répartis dans 25 établissements, soit une moyenne de près de 6 détenus sous méthadone atteints de comorbidités psychiatriques.

De plus, les professionnels répondants observent que près d'un détenu sur cinq qui fait l'objet d'une primo-prescription de méthadone en prison est un héroïno-mane non traité (19,9 %) [1-18]. Ce constat doit être nuancé au vu du taux de réponse relativement faible à cette question (38,8 %).

Par ailleurs, les effectifs de patients consommant ou ayant consommé des sulfates de morphine représentent environ 16 % de l'ensemble des patients bénéficiaires d'un traitement à base de méthadone (poursuivi ou initialisé). Une fois encore, ce constat doit être nuancé compte tenu du taux de réponse à cette question, renseignée par un tiers environ des établissements (33,7 %).

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

Un établissement déclare 6 patients (sur 42 bénéficiaires de TSO à base de méthadone) sous sulfates de morphine, dont on ignore s'ils sont « passés » à la méthadone ou s'ils consomment concomitamment sulfates de morphine et méthadone (ce qui est vivement déconseillé).

Enfin, sur les 22 établissements de l'échantillon comprenant un quartier femmes, aucun ne déclare de femme enceinte parmi les bénéficiaires d'une primo-prescription de méthadone.

Tableau 15 - Profil du public bénéficiaire d'une primo-prescription de méthadone (PPM)

	Taux de réponse	Effectif de patients	Etablissements déclarant au moins un patient de ce profil	Patients bénéficiaires d'une PPM dans les établissements concernés	Part de patients bénéficiaires d'une primo-prescription et correspondant à ce profil
<i>Usagers auparavant consommateurs de méthadone de rue</i>	46,9%	62	30	455	13,6%
<i>Femmes enceintes</i>	19,4%	0	0	-	-
<i>Utilisateurs de BHD (y compris injecteurs)</i>	45,0%	129	33	532	24,2%
<i>Patients atteints de comorbidités psychiatriques</i>	41,8%	145	25	416	34,9%
<i>Héroïnomanes non traités</i>	38,8%	70	23	352	19,9%
<i>Patients sous sulfates de morphine</i>	33,7%	8	3	50	16,0%
<i>Autres profils de patients</i>	29,6%	8	2	48	16,7%

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

Relais de prise en charge à la sortie de prison

L'orientation postpénale majoritairement proposée aux patients sous méthadone à la sortie de prison est un relais vers un CSST extérieur (278 patients), loin devant les orientations vers un médecin généraliste (86 cas) et les relais vers un service hospitalier (42 cas). La plupart des établissements ayant indiqué un flux de sortants déclarent une part majoritaire d'orientations vers un CSST (51 établissements sur 58).

Tableau 16 - Orientations des patients sous méthadone au cours du second semestre 2006 à la sortie de prison

	Taux de réponse à la question	Etablissements déclarant au moins un patient de ce profil	Effectif de patients
Vers un CSST	62,2%	51	278
Vers un MG	49,0%	28	86
Vers un service hospitalier	34,7%	5	42
Vers un CMP	32,7%	3	9
Vers un réseau de santé	35,7%	10	21
Nombre total de sortants	65,3%	58	4874

Source : OFDT 2008, Rapport d'évaluation de la circulaire du 30 janvier 2002

46

Parmi les 51 établissements qui ont correctement renseigné la partie finale du questionnaire relative à l'orientation des sortants vers un CSST²⁹, c'est-à-dire la moitié des établissements interrogés, on distingue plusieurs catégories de structures :

■ Dans une première catégorie majoritaire, regroupant 21 établissements, moins d'un sortant sur cinq est orienté vers un CSST, parmi l'ensemble des bénéficiaires

29. Il s'agit des établissements qui ont renvoyé un questionnaire indiquant à la fois l'effectif des sortants pour le second semestre 2006 et le nombre de ceux orientés vers un CSST, sans que le chiffre global des sortants soit supérieur à celui des patients orientés vers un CSST (contrôle de cohérence).

*Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire*

d'un traitement à base de méthadone. Cette catégorie est la plus hétérogène : elle compte 12 établissements de moins de 300 détenus et 7 de plus de 300 détenus [52-750]. Par conséquent, elle comporte à la fois des établissements déclarant un seul sortant au second semestre 2006 et d'autres déclarant des flux de sortie importants (jusqu'à 900 sortants au cours d'un semestre).

■ Dans un second groupe de petite taille rassemblant 10 établissements de 100 à 600 détenus, les orientations vers un CSST concernent 20 à 50 % des sortants sous méthadone.

■ Dans un troisième groupe de taille sensiblement équivalente (8 établissements), on trouve des structures de petite, moyenne ou grande taille qui orientent plus de la moitié (mais pas la totalité) des patients sous méthadone sortant de prison vers un CSST. Hétérogène, le flux semestriel des sortants oscille entre 5 et 56 personnes.

■ Enfin, un dernier groupe rassemble 12 établissements déclarant orienter la totalité des patients sous méthadone sortant de prison vers un CSST. Le flux semestriel des sortants, dans ce groupe, est inférieur à 20 personnes et il s'agit exclusivement d'établissements de petite ou de moyenne taille (moins de 300 détenus).

On observe en outre que dans les établissements de moyenne ou de petite taille, les orientations vers un médecin généraliste sont prédominantes et le nombre de sortants relativement faible (une dizaine de personnes par semestre au maximum).

Conclusion de la seconde partie

Cet état des lieux en milieu pénitentiaire permet de dresser plusieurs constats, six ans après l'introduction de la circulaire DGS/DHOS 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.

Une première série de constats a trait aux modalités d'extension (et aux difficultés) de la prescription initiale de méthadone dans les unités de soins implantées en milieu pénitentiaire.

■ Plus d'un tiers des patients dépendants aux opiacés pris en charge par les UCSA ou les SMPR dans le cadre d'un traitement de substitution bénéficient d'un traitement de substitution à base de méthadone (35 %). La part de la méthadone dans l'ensemble des traitements de substitution a donc nettement progressé puisqu'elle était évaluée à 22 % en 2004, dans le même échantillon d'établissements interrogés³⁰ (vs 78 % pour la buprénorphine haut dosage). Ainsi, au cours du second semestre 2006, 943 patients dépendants aux opiacés détenus dans 84 établissements, 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 traitements à base de méthadone prescrits dans le cadre de la poursuite d'un traitement antérieur à l'incarcération. Les deux tiers des unités de soins implantées en établissement pénitentiaire affichent des taux de primo-prescription inférieurs à 25 % ; 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, qui se distinguent par leur taille importante (plus de 100 détenus) déclarent des taux de primo-prescription supérieurs aux taux de poursuite. 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.

■ La possibilité ouverte par la circulaire du 30 janvier 2002 semble avoir été exploitée dans la majorité des établissements puisque 60% des établissements pénitentiaires interrogés déclarent au moins une primo-prescription à base de méthadone

30. Rappelons que si l'échantillon d'établissements interrogés est le même, le taux de réponse varie entre les deux enquêtes.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

au cours du second semestre 2006 (73 % après redressement, c'est-à-dire en ôtant les établissements signalant l'absence de détenus dépendants aux opiacés). Il faut signaler toutefois que 36 % des établissements sollicités pour l'enquête n'ont pas répondu : il est vraisemblable que dans cet échantillon figurent un certain nombre d'établissements en difficulté avec la substitution en général, ou la primo-prescription de méthadone en particulier.

Néanmoins, en rapprochant les bases de données du Ministère de la Santé (2004) et de la présente enquête (2006), on observe que 36 établissements qui ne déclaraient aucune primo-prescription en 2004 en déclarent au moins une en 2006³¹.

■ Les établissements pratiquant effectivement la primo-prescription de méthadone présentent plusieurs traits caractéristiques. Il s'agit d'établissements d'une taille plus importante en moyenne (302 détenus), même s'il faut nuancer le constat d'un effet-taille : en effet, la durée relativement courte de la période d'enquête (6 mois) peut 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. Ce sont en général des établissements où il existe un seul service prescripteur (sauf un), ce qui suggère en creux que la dispersion des compétences peut éventuellement nuire à l'accessibilité de la méthadone prescrite dans le cadre d'une initialisation. Il s'agit également plus souvent de maisons d'arrêt (et moins souvent d'établissements pour peine). Enfin, ils pratiquent tous également les poursuites de traitement.

■ Les professionnels référents « toxicomanie » dans l'établissement, donc responsables de la primo-prescription (qu'on imagine être ceux qui ont rempli le questionnaire) sont en premier lieu des médecins généralistes (45 %). Un quart sont des médecins psychiatres ou des praticiens hospitaliers en psychiatrie et un second quart des praticiens hospitaliers autres. Loin derrière, autour de 2 % des professionnels répondants sont des infirmiers.

■ Parmi les motifs cités pour expliquer l'absence de primo-prescription de méthadone, 11% des établissements invoquent le refus de prescrire, qu'il soit lié à des difficultés d'organisation au sein de l'établissement (8 établissements) ou à des considérations « éthiques » personnelles (3 établissements sur 38, c'est-à-dire le même nombre que celui rapporté dans le rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution de 2003). On retrouve ici la problématique rémanente des résistances de certains professionnels à pratiquer la substitution en milieu carcéral, où se pose la question de la contradiction entre la mission de l'institution pénitentiaire et la prescription de méthadone, qui reste synonyme, à leurs yeux, de distribution de produits susceptibles de faire l'objet de mésusages et de trafics.

31. Sous les réserves de comparabilité énoncées dans le corps du rapport. Cf. Morfini (H.), Feuillerat (Y.), Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire, Ministère de la santé, décembre 2001 et février 2004.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

■ Parmi les difficultés les plus couramment rencontrées lors de la prescription de méthadone, la plus fréquente est la difficulté à connaître la date de sortie du patient compte tenu notamment des aménagements de peine (40 %). La deuxième contrainte de gestion de la primo-prescription tient à la brièveté des séjours en détention, particulièrement en maison d'arrêt, qui ne permet pas un suivi à long terme des patients en détention. Par ailleurs, près d'un quart des professionnels répondants (24 %) indiquent leur préférence pour la BHD pour traiter les détenus dépendants aux opiacés. De surcroît, 22 % des établissements font valoir la difficulté de trouver une structure-relais pour la prise en charge à la sortie et une part équivalente de professionnels invoque le manque de personnel (20 %) qui pèse sur l'organisation de la délivrance de méthadone. Enfin, 9 % des professionnels citent la crainte du risque d'overdose parmi les obstacles à la prescription de méthadone (le risque léthal connu étant établi à environ 1 mg/kg/j) et près de 8 % déclarent privilégier une stratégie de sevrage (6 établissements).

Une deuxième série de constats porte sur les pratiques professionnelles des soignants.

■ Les modalités de délivrance des traitements à base de méthadone font apparaître une remarquable homogénéité des pratiques professionnelles. Le traitement est délivré quotidiennement (sauf dans un établissement, de petite taille de surcroît), sous contrôle médical ou infirmier, sauf dans trois établissements où le traitement 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 % des établissements : moins de 10 % des établissements privilégient une délivrance en cellule.

S'agissant des niveaux de posologie initiale moyens (question marquée par un taux de non-réponse d'environ 25 %), le minimum s'établit à 23 mg/jour et le maximum à 76 mg/jour. Autrement dit, la posologie initiale minimale moyenne en milieu pénitentiaire est de 3 points inférieure à celle retrouvée en milieu hospitalier. Cette prudence manifeste peut s'illustrer par 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 »). À l'inverse, un quart des services de soins de l'échantillon (soit 25 établissements, 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 1000 mg par jour). La relation entre dose efficace de méthadone et rétention en traitement a été confirmée par plusieurs études qui justifient cette modalité pharmacologique dès lors qu'elle s'applique à quelques patients sélectionnés. Il semble donc que les pratiques professionnelles aient évolué dans le sens d'une prise en compte effective, à la fois, des connaissances actualisées et des recommandations cliniques : la plupart des

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

études soulignent en effet l'enjeu stratégique que constitue, du point de vue de la réduction des risques, une délivrance continue et suffisante pendant la période d'incarcération.

Une troisième série de résultats concerne les données relatives au profil des patients qui sont plus difficiles à interpréter, en raison d'un faible taux de réponse qui biaise l'exploitation statistique.

- À partir d'un échantillon de 30 établissements répondants, on estime que pour 14 % des patients, la primo-prescription de méthadone intervient en réponse à un usage de méthadone de rue, ce qui représente un effectif de 62 usagers qui consommaient de la méthadone de rue avant l'incarcération.
- Autre constat intéressant, parmi les patients bénéficiaires d'un traitement à base de méthadone, un quart environ (24 %), qui ont été initialisés en prison, sont (ou ont été) également utilisateurs de BHD (y compris par injection).
- En outre, on estime que pour plus d'un tiers des patients dépendants aux opiacés bénéficiaires d'un traitement à base de méthadone (35 %), la primo-prescription répond à un problème de comorbidités psychiatriques. D'après les estimations fournies, ces patients seraient au nombre de 145, répartis dans 25 établissements, soit une moyenne de près de 6 détenus sous méthadone atteints de comorbidités psychiatriques par établissement.
- Enfin, sur les 22 établissements de l'échantillon comprenant un quartier femmes, aucun ne déclare de femme enceinte parmi les bénéficiaires d'une primo-prescription de méthadone.

Une dernière série d'observations, enfin, s'attache à caractériser le relais de prise en charge offert à la sortie de prison.

- L'orientation postpénale majoritairement proposée aux patients sous méthadone à la sortie de prison est un relais vers un CSST extérieur, conformément aux directives énoncées dans la circulaire de 2002. Les orientations vers un médecin généraliste arrivent loin derrière, ainsi que les relais vers un service hospitalier.
- On observe en outre que dans les établissements de moyenne ou de petite taille, les orientations vers un médecin généraliste sont prédominantes et le nombre de sortants relativement faible (une dizaine de personnes par semestre au maximum).

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ainsi, il semble que la qualité des soins proposée en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire (tout au moins dans les établissements qui ont répondu à l'enquête) ait progressé depuis l'introduction de la circulaire de 2002. En 2006, la part de la méthadone parmi les traitements de substitution apparaît relativement peu éloignée de celle observée dans les services hospitaliers prescripteurs, quoiqu'en deçà (35 % vs 50 %). Quant à la part de la primo-prescription en tant que telle (parmi l'ensemble des prescriptions de méthadone), elle est relativement voisine des niveaux trouvés en milieu libre (28 % vs 40 %). En outre, les posologies minimales d'initiation moyennes apparaissent similaires en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier (23 mg vs 26 mg par jour, soit trois points d'écart seulement).

Ce bilan globalement satisfaisant doit être nuancé en rappelant que le taux de réponse à l'enquête (80 % des services hospitaliers connus pour être prescripteurs et 65 % pour le volet pénitentiaire), bien qu'il soit satisfaisant, ne permet pas de rendre compte de l'ensemble des comportements professionnels à l'égard de la substitution en général, et de la méthadone en particulier.

Par ailleurs, les professionnels de santé répondants rapportent des difficultés liées à la prescription. Même s'ils sont peu nombreux, certains établissements pénitentiaires invoquent encore des réticences médicales quant à la prescription de TSO en milieu fermé et plus d'un sur quatre n'a effectué aucune primo-prescription de méthadone au cours du semestre 2006. Parmi les freins persistants à la généralisation des possibilités ouvertes par la circulaire de 2002, près d'un établissement pénitentiaire sur quatre souligne la difficulté de trouver un relais de prise en charge du patient à la sortie de prison. Le volet hospitalier de l'enquête montre quant à lui que le relais du patient est relativement bien assuré à sa sortie, en particulier par les médecins généralistes, également impliqués en amont de la prise en charge lorsqu'ils adressent leur patient vers le milieu hospitalier.

ANNEXES

<i>Annexe 1 : Tableau récapitulatif des structures interrogées par département</i>	54
<i>Annexe 2 : Tableau récapitulatif des structures de soins interrogées, par établissement pénitentiaire</i>	57
<i>Annexe 3 : Questionnaire « volet hospitalier »</i>	62
<i>Annexe 4 : Questionnaire « volet pénitentiaire »</i>	66
<i>Annexe 5 : Circulaire du 30 janvier 2002</i>	70
<i>Annexe 6 : Liste des tableaux et figures</i>	79

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire

Annexe I - Tableau récapitulatif des structures interrogées
par département

Département	Ville	Établissement / Service répondant	Nb médecins prescripteurs	Patients sous TSO	MTD parmi TSO	Primo prescription de MTD parmi MTD
Aisne (02)	Hirson	CH Brisset / ELSA*	1	80	60 (75%)	20 (33%)
	Laon	CH Laon / ELSA*	2	116	61 (52%)	11 (18%)
	Soissons	CH Soissons / Médecine*	2	200	175 (87,5%)	30 (17%)
Ardennes (08)	Charleville Mézières	CH Belair / ELSA*	2	41	14 (34%)	8 (57%)
Aude (11)	Narbonne	CH Narbonne / Médecine*	1	30	5 (17%)	2 (40%)
Aveyron (12)	Millau	CH de Millau / Psychiatrie	1	50	20 (40%)	13 (65%)
Bouches du Rhône (13)	Arles	CH J Imbert / Psychiatrie	nr	40	15 (37,5%)	0
Calvados (14)	Bayeux	CH du Bessin / Unité d'addictologie	1	47	3 (6%)	2 (66%)
Charente Maritime (17)	Jonzac	CH Jonzac / Psychiatrie	1	7	5 (71%)	3 (60%)
Côtes d'Armor (22)	La Rochelle	CH G St Louis / Médecine polyvalente	1	4	4 (100%)	4 (100%)
	Dinan	Hôpital St Jean de Dieu / Unité d'addictologie	3	50	40 (80%)	20 (50%)
Dordogne (24)	Bégnard	CH du Bon Sauveur / Psychiatrie	1	8	4 (50%)	4 (100%)
	Plougarnével	CH de Plougarnével / Unité d'addictologie	2	30	27 (90%)	9 (33%)
Doubs (25)	Montpon	Centre Escalès / Unité d'addictologie	2	50	35 (70%)	25 (71%)
	Sarlat	CH de Sarlat / Psychiatrie	1	16	10 (62%)	2 (20%)
Drôme (26)	Besançon	CHU St Jacques / ELSA*	1	18	5 (28%)	3 (60%)
Eure (27)	Valence	CH de Valence / Unité d'addictologie	3	22	11 (50%)	4 (36%)
	Pont Audemer	Ch de la Risle / CCAA	1	11	2 (18%)	1 (50%)
Eure et Loire (28)	Dreux	CHG V Jousselein / Psychiatrie	2	69	65 (94%)	28 (43%)
Finistère (29)	Morlaix	CH des Pays de Morlaix / Psychiatrie	2	40	31 (77%)	19 (61%)
Gard (30)	Nîmes	Hôpital Caremeau / Médecine (Maladies inf)	2	50	20 (40%)	10 (50%)
	Nîmes	Hôpital Caremeau / Psychiatrie	6	100	70 (70%)	26 (37%)
Gers (32)	Alès	CHG d'Alès / ELSA*	1	3	2 (67%)	2 (100%)
	Auch	CHG d'Auch / Psychiatrie	1	29	16 (55%)	13 (81%)
Isère (38)	Vienne	Hôpital Lucien Husel / Médecine* (hépatogastro)	1	20	4 (20%)	3 (75%)
Jura (39)	Bourgoin Jallieu	SITONI	1	183	52 (28%)	25 (48%)
	Lons le Saunier	CH Lons le Saunier / Médecine*	1	88	25 (28%)	20 (80%)
Loire et Cher (41)	Vendôme	CH de Vendôme / Médecine (médec interne)	2	10	6 (60%)	6 (100%)
Loire (42)	Roanne	CH de Roanne / ELSA*	1	65	50 (77%)	45 (70%)
Loiret (45)	Orléans	CH d'Orléans / Médecine (médec interne)	3	20	10 (50%)	5 (50%)
	Montargis	CH agglomération montargoise	1	128	128 (100%)	39 (30%)

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

Département	Ville	Établissement / Service répondant	Nb médecins prescripteurs	Patients sous TSO	MTD parmi TSO	Primo prescription de MTD parmi MTD
Lot (46)	Leyme	Institut Camille Mifret /	3	60	10 (16%)	2 (20%)
Lot et Garonne (47)	Marmande	CHIC Marmande/ Médecine	1	34	11 (32%)	3 (27%)
	Villeneuve sur Lot	CHG St Cyr / CISD ²	2	40	10 (25%)	10 (100%)
Haute Marne (52)	St Dizier	CH St Dizier /	2	334	42 (12%)	32 (76%)
Morbihan (56)	Lorient	CH Bretagne Sud / ELSA*	2	21	18 (86%)	8 (44%)
	Pontivy	CH Centre Bretagne / Médecine (méd interne)	3	190	180 (95%)	40 (22%)
	St Avé	EPSM St Avé / Service d'addictologie	3	17	8 (47%)	2 (25%)
	Vannes	CH Bretagne Atlantique / ELSA*	1	25	6 (24%)	1 (17%)
Nord (59)	Le Careau	CH le Careau / Service d'addictologie	2	45	43 (95%)	20 (46%)
	Lille	Clinique le sablier / Service d'addictologie*	4		4 (100%)	0
	Maubeuge	CH de Sambre Avesnois / ELSA*	1	88	25 (28%)	9 (36%)
Orne (61)	Fiers	CH Jacques Momod / Psychiatrie*	3	29	16 (55%)	9 (56%)
	L'Aigle	CH de L'Aigle / Psychiatrie	3	12	10 (83%)	3 (30%)
Puy de Dôme (63)	Clermont Ferrand	CHG de Montpiel / CSST	3	261	95 (36%)	28 (29%)
Pyrénées Atlantiques (64)	Bayonne	CH Côte basque / Service d'addictologie*	1	104	41 (39%)	14 (34%)
Hautes Pyrénées (65)	Lourdes	CH de Lourdes / Médecine	1	54	24 (44%)	8 (33%)
	Tarbes	CH de Bigorre / Médecine (hépatogastro)*	3	93	66 (71%)	7 (10%)
Pyrénées Orientales (66)	Font Romeu	Clinique du Val Pyrene / SSR addictologie	2	70	70 (100%)	25 (36%)
Bas Rhin (67)	Strasbourg	CMP Pinel / Psychiatrie	2	22	21 (95%)	6 (28%)
	Erstein	CH Erstein / Psychiatrie	4	126	60 (47,6%)	35 (58%)
Haut Rhin (68)	Hoerdt	EPS Alsace Nord / Psychiatrie	1	72	32 (44%)	4 (12,5%)
	Mulhouse	CH de Mulhouse / Psychiatrie *	nr	58	26 (45%)	0
	Pfaffstatt	Ch de Pfaffstatt / Service d'addictologie	1	23	13 (56%)	4 (31%)
	Thann	CH St Jacques / Médecine polyvalente*	1	39	9 (23%)	9 (100%)
Rhône (69)	L'Arbresle	CH de L'Arbresle / Médecine*	4	48	40 (83%)	32 (80%)
Haute Saône (70)	Gray	Ch du val de Saône / Médecine polyvalente	1	12	11 (91%)	10 (90%)
Saône et Loire (71)	Chalon sur Saône	CH W Morey / Médecine (méd interne)	2	12	8 (67%)	8 (100%)
	Macon	CH de Macon / Service d'addictologie*	1	65	13 (20%)	5 (38%)
	St Vallier	SDIT ³	1	285	171 (60%)	66 (39%)
Sarthe (72)	Le Mans	CH du Mans / Service d'addictologie*	1	35	6 (17%)	2 (33%)
	Sablé sur Sarthe	Pole santé Sarthe et Loir / Médecine (méd interne)	1	39	25 (64%)	14 (56%)

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

Département	Ville	Etablissement / Service répondant	Nb médecins prescripteurs	Patients sous TSO	MTD parmi TSO	Primo prescription de MTD parmi MTD
Haute Savoie (74)	Thonon	Ch de Thonon / Unité d'addictologie*	1	400	50 (12,5%)	30 (60%)
Paris (75)	Paris	GH Pitié Salpêtrière / Unité d'addictologie*	2	212	71 (33%)	30 (42%)
		ECIMUD Bichat*	4	500	150 (30%)	50 (33%)
		Hal Tenon / Psychiatrie ECIMUD*	1	28	25 (90%)	1 (4%)
Seine Maritime (76)	Sotteville les Rouen	Centre du Moulin Joly /	1	110	24 (22%)	2 (8,3%)
		CH du Rouvray / Psychiatrie	2	80	20 (25%)	3 (15%)
Yvelines (78)	Rambouillet	CH de Rambouillet / Service d'addictologie	1	6	2 (33%)	1 (50%)
		CH de Poissy / Médecine (médecine interne)*	1	105	60 (57%)	20 (33%)
Somme (80)	Abbeville	CH d'Abbeville / Psychiatrie*	1	80	50 (62%)	45 (90%)
Var (83)	Toulon	CHITS La Seme sur mer / Psychiatrie*	2	<i>nr</i>	<i>nr</i>	6 (100%)
Vauchuse (84)	Avignon	CH d'Avignon / ELSA*	2	75	23 (31%)	10 (43%)
Haute Vienne (87)	Limoges	CH d'Orange / Service d'addictologie	3	30	15 (50%)	8 (53%)
		CH Esquirol / Unité d'addictologie *	4	150	45 (30%)	18 (40%)
Vosges (88)	Neufchâteau	CH Neufchâteau / Unité d'addictologie *	1	78	36 (46%)	14 (39%)
		CH St Dié /	1	40	19 (47,5%)	19 (100%)
Essonne (91)	Corbeil	CHSF Site de Corbeil Essonne / ELSA*	1	91	47 (52%)	5 (11%)
Hauts de Seine (92)	Clamart	Hal Antoine Bédère / ECIMUD*	4	67	26 (39%)	12 (46%)
		Clinique Montevideo	5	210	81 (38%)	15 (7%)
Seine St Denis (93)	Montfermeil	Hal Louis Mourier / Médecine interne ECIMUD*	2	106	24 (22%)	8 (33%)
		Hal Montfermeil / réseau Valjean 93	3	38	15 (39%)	7 (47%)
Val de Marne (94)	Villejuif	Hal Bicêtre / Médecine interne ECIMUD*	<i>nr</i>	136	58 (42%)	15 (26%)
		Hal P Brousse / Psychiatrie	4	50	20 (40%)	15 (75%)
Corse du Sud (2A)	Ajaccio	Hal E. Roux / centre de traitements des addictions	2	150	45 (30%)	15 (33%)
		Hal Eugénie / Médecine (infectiologie)	4	20	10 (50%)	7 (70%)

* : Service intervenant dans le cadre d'une équipe de liaison en addictologie

1 : Soins Insertion Toxicomanie Nord Isère

2 : Centre D'Informations et de Soins des Dépendances

3 : Service Départemental d'Intervention en Toxicomanie

*Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire*

Annexe 2 - Tableau récapitulatif des structures de soins interrogées, par établissement pénitentiaire

Ville	Type d'établissement pénitentiaire	Services de soins dans l'établissement	Service sollicité pour l'enquête	Capacité d'accueil	Nombre de détenus	Nb services prescripteurs	Patients sous TSO	MTD parmi TSO	Part de la primo prescription de MTD parmi MTD
AGEN	MA	UCSA	UCSA	144	nr	36	nr	nr	nr
AITON	CP	UCSA	UCSA	400	500	1	50	20	30,0
AIX-LYONNES	MA	UCSA	UCSA	596	nr	nr	nr	nr	nr
ALACCO	MA	UCSA	UCSA	53	nr	nr	nr	nr	nr
ALBI	MA	UCSA	UCSA	105	125	2	15	20	0,0
ALENGON	MA	UCSA	UCSA	47	nr	nr	nr	nr	nr
ALERIA CASABLANDA	CD	UCSA	UCSA	188	nr	nr	nr	nr	nr
AMIENS	MA	UCSA + SMPR	SMPR	312	550	1	51	75	5,3
ANGERS	MA	UCSA	UCSA	242	nr	nr	nr	nr	nr
ANGOULEME	MA	UCSA	UCSA	217	250	1	75	36	nr
ARGENTAN	CD	UCSA	UCSA	640	631	1	13	31	0,0
ARLES	MC	UCSA	UCSA	209	nr	nr	nr	nr	nr
ARRAS	MA	UCSA	UCSA	158	nr	nr	nr	nr	nr
AURILLAC	MA	UCSA	UCSA	73	50	1	13	15	0,0
AUXERRE	MA	UCSA	UCSA	90	120	1	22	36	25,0
AVIGNON LE PONTET	CP	UCSA	UCSA	605	759	1	115	15	35,3
B-IP/UME	CD	UCSA	UCSA	600	nr	nr	nr	nr	nr
BAR LE DUC	MA	UCSA	UCSA	73	108	1	28	43	58,3
BASSE TERRE	MA	UCSA	UCSA	123	211	2	0	0	nr
BAYONNE	MA	UCSA	UCSA	75	120	1	25	24	16,7
BE-AU/HS	MA	UCSA	UCSA	100	nr	nr	nr	nr	nr
BEDENAC	CD	UCSA	UCSA	139	nr	nr	nr	nr	nr
BELFORT	MA	UCSA	UCSA	39	52	1	22	32	28,6
BESANCON	MA	UCSA	UCSA	293	nr	nr	nr	nr	nr
BETHUNE	MA	UCSA	UCSA	180	nr	nr	nr	nr	nr
BEZIERS	MA	UCSA	UCSA	86	120	1	28	11	33,3
BLOIS	MA	UCSA	UCSA	117	125	1	20	30	16,7
BONNEVILLE	MA	UCSA	UCSA	90	240	4	20	45	0,0
BORGIO	MA	UCSA	UCSA	246	130	1	5	60	0,0
BOURG EN BREISE	MA	UCSA	UCSA	63	nr	nr	nr	nr	nr

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire

Ville	Type d'établissement pénitentiaire	Services de soins dans l'établissement	Service sollicité pour l'enquête	Capacité d'accueil	Nombre de détenus	Nb services prescripteurs	Patients sous TSO	MTD parmi TSO	Part de la primo prescription de MTD parmi MTD
BOURGES	MA	UCSA	UCSA	118	125	1	9	11	nr
BREST	MA	UCSA	UCSA	255	376	1	61	43	15,4
CHEN	CP	UCSA + SMPR	SMPR	426	nr	nr	nr	nr	nr
CAEN	MA	UCSA	UCSA	316	422	2	24	4	0,0
CAHORS	MA	UCSA	UCSA	61	50	1	11	55	16,7
CARCASSONNE	MA	UCSA	UCSA	66	130	1	15	20	33,3
CHALONS EN CHAMPAGNE	M/A	UCSA + SMPR	SMPR	301	nr	nr	nr	nr	nr
CHAMBERY	MA	UCSA	UCSA	80	160	1	21	24	0,0
CHARLEVILLE MEZIERES	MA	UCSA	UCSA	23	30	1	12	42	20,0
CHARTRES	MA	UCSA	UCSA	103	116	1	7	29	50,0
CHÂTEAU THIERRY	CP	UCSA	UCSA	134	90	1	12	42	20,0
CHATEAUDUN	CD	UCSA	UCSA	601	384	1	35	29	20,0
CLATEUROLX	CP	UCSA + SMPR	SMPR	366	nr	nr	nr	nr	nr
CHAUMONT	MA	UCSA	UCSA	111	138	1	22	41	11,1
CHERBOURG	MA	UCSA	UCSA	46	83	1	5	40	50,0
CLAIRIEUX / BAYEL	CP	UCSA	UCSA	350	nr	nr	nr	nr	nr
CLERMONT FERRAND	MA	UCSA	UCSA	86	100	1	40	45	16,7
COLMAR	MA	UCSA	UCSA	119	165	1	25	60	20,0
COMPIEGNE	MA	UCSA	UCSA	82	134	1	12	67	25,0
COUTANCES	MA	UCSA	UCSA	55	71	1	0	0	nr
DIGNE	MA	UCSA	UCSA	38	45	1	4	25	0,0
DOUAI	MA	UCSA	UCSA	389	680	1	170	34	3,4
DRAGUIGNAN	CP	UCSA	UCSA	357	494	2	0	nr	nr
DUCOS	CP	UCSA + SMPR	SMPR	490	nr	nr	nr	nr	nr
DUNKERQUE	MA	UCSA	UCSA	95	103	1	10	20	0,0
EGROUVES	CD	UCSA	UCSA	271	nr	nr	nr	nr	nr
ENSHSHEIM	MC	UCSA	UCSA	230	nr	nr	nr	nr	nr
EPINAL	MA	UCSA	UCSA	306	283	1	61	28	47,1
ETREUX	M/A	UCSA	UCSA	746	nr	nr	nr	nr	nr
EYSSES / VILLENEUVE SUR LOT	CD	UCSA	UCSA	316	nr	nr	nr	nr	nr
FOIX	MA	UCSA	UCSA	65	90	1	25	44	9,1
FONTENAY LE COMTE	M/A	UCSA	UCSA	44	nr	nr	nr	nr	nr

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

Ville	Type d'établissement pénitentiaire	Services de soins dans l'établissement	Service sollicité pour l'enquête	Capacité d'accueil	Nombre de détenus	Nb services prescripteurs	Patients sous TSO	MTD parmi TSO	Part de la primo prescription de MTD parmi MTD
GAP	MA	UCSA	UCSA	38	24	1	1	100	0,0
GRAISE	MA	UCSA	UCSA	574	nr	nr	nr	nr	nr
GUERET	MA	UCSA	UCSA	38	nr	nr	nr	nr	nr
JOUX LA VILLE	CP	UCSA	UCSA	600	680	1	45	40	33,3
LA ROCHE SUR YON	MA	UCSA	UCSA	40	100	1	8	50	25,0
LANNEMEZAN	CP	UCSA	UCSA	220	137	1	6	0	nr
LAON	CP	UCSA	UCSA	401	480	1	70	50	28,6
L'AUVAL	MA	UCSA	UCSA	73	nr	nr	nr	nr	nr
LE HAÏRE	MA	UCSA	UCSA	189	nr	nr	nr	nr	nr
LE MANS	MA	UCSA	UCSA	62	126	1	10	50	60,0
LE PORT (REUNION)	CP	UCSA + SMPR	SMPR	538	687	1	3	67	0,0
LE PUY EN VELAY	MA	UCSA	UCSA	35	65	1	53	75	25,0
LLANGOURT	CP	UCSA	UCSA	650	nr	nr	nr	nr	nr
LILLE SEQUEDIN	MA	UCSA + UHST	UCSA	638	nr	nr	nr	nr	nr
LIMOGES	MA	UCSA	UCSA	81	142	1	15	20	0,0
LONGUENESSE	CP	UCSA	UCSA	598	761	1	nr	nr	nr
LONS LE SAUNIER	MA	UCSA	UCSA	40	55	1	5	20	0,0
LOOS	CD	UCSA	UCSA	370	nr	nr	nr	nr	nr
LORIENT PLOEMEUR	CP	UCSA	UCSA	180	291	1	26	38	40,0
LURE	MA	UCSA	UCSA	73	nr	nr	nr	nr	nr
LYON MONTLUC	MA	UCSA	UCSA	24	54	1	3	67	nr
MAUBERGE	CP	UCSA	UCSA	400	460	1	100	42	4,8
MAUZAC	CD	UCSA	UCSA	332	nr	1	1	100	0,0
MEAUX CHAUCONIN	CP	UCSA	UCSA	578	710	1	55	76	38,1
MELUN (MA)	MA	UCSA	UCSA	52	nr	nr	nr	nr	nr
MELUN (CD)	CD	UCSA	UCSA	311	297	1	10	0	nr
MENDE	MA	UCSA	UCSA	54	65	2	12	8	0,0
METZ	CP	UCSA + SMPR	SMPR	434	nr	nr	nr	nr	nr
MONT DE MARSAN	MA	UCSA	UCSA	85	90	1	30	20	33,3
MONTAUBAN	MA	UCSA	UCSA	64	100	1	24	63	26,7
MONTBELLARD	MA	UCSA	UCSA	41	60	1	4	25	0,0
MONTLUÇON	MA	UCSA	UCSA	20	38	1	6	67	0,0

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire

Ville	Type d'établissement pénitentiaire	Services de soins dans l'établissement	Service sollicité pour l'enquête	Capacité d'accueil	Nombre de détenus	Nb services prescripteurs	Patients sous TSO	MTD parmi TSO	Part de la primo prescription de MTD parmi MTD
MONTMEDIY	CD	UCSA	UCSA	328	nr	nr	nr	nr	nr
MOULINS YZEURE	CP	UCSA	UCSA	280	nr	1	84	17	nr
MULHOUSE	MA	UCSA	UCSA	302	325	1	50	20	20,0
NANCY	MA	UCSA	UCSA	259	380	1	48	17	12,5
NANTERRE	MA	UCSA	UCSA	600	800	3	15	100	20,0
NEUVIC SUR LAYE	CD	UCSA	UCSA	400	nr	nr	nr	nr	nr
NEVERS	MA	UCSA	UCSA	118	133	1	nr	nr	20,0
NIMES	MA	UCSA	UCSA	198	nr	nr	nr	nr	nr
NIORT	MA	UCSA	UCSA	66	nr	1	26	15	25,0
OERMINGEN	CD	UCSA	UCSA	185	185	1	0	nr	20,0
ORLEANS	MA	UCSA	UCSA	105	205	1	37	38	35,7
OSNY PONTOISE	MA	UCSA	UCSA	580	750	1	44	36	0,0
PAU	MA	UCSA	UCSA	256	249	1	nr	nr	nr
PERIGUEUX	MA	UCSA	UCSA	73	nr	1	4	100	0,0
PERPIGNAN	CP	UCSA + SMPR	SMPR	542	694	1	88	20	22,2
POINTE A PITRE / BAIE MAHAULT	CP	UCSA + SMPR	SMPR	510	550	2	2	0	nr
POISSY	MC	UCSA	UCSA	230	230	1	6	nr	nr
PRIVAS	MA	UCSA	UCSA	63	104	1	12	0	nr
REIMS	MA	UCSA	UCSA	734	nr	nr	nr	nr	nr
REMBRE MONTJOLY (GUYANE)	CP	UCSA	UCSA	469	nr	nr	nr	nr	nr
RENNES	CP	UCSA	UCSA	296	nr	nr	nr	nr	nr
RENNES	MA	UCSA + SMPR	SMPR	306	nr	nr	nr	nr	nr
RIOM (CD)	CD	UCSA	UCSA	164	152	1	0	0	nr
RIOM (MA)	MA	UCSA	UCSA	114	117	1	14	50	14,3
ROCHEFORT	MA	UCSA	UCSA	51	81	1	26	8	nr
RODEZ	MA	UCSA	UCSA	55	56	1	10	20	50,0
SAINTE BRIGIDE	MA	UCSA	UCSA	86	158	1	13	31	50,0
SAINTE DENIS DE LA REUNION	MA	UCSA	UCSA	111	242	1	0	0	nr
SAINTE ETIENNE LA TALAUDIERE	MA	UCSA	UCSA	285	300	1	47	66	16,1
SAINTE MARIE	MA	UCSA	UCSA	94	120	1	14	36	0,0
SAINTE MARTINE DE RE	MC	UCSA	UCSA	500	451	1	26	42	100,0
SAINTE MARIE	MC	UCSA	UCSA	260	400	nr	nr	nr	nr

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

Ville	Type d'établissement pénitentiaire	Services de soins dans l'établissement	Service sollicité pour l'enquête	Capacité d'accueil	Nombre de détenus	Nb services prescripteurs	Patients sous TSO	MTD parmi TSO	Part de la primo prescription de MTD parmi MTD
SAINT MIHIEL	CD	UCSA	UCSA	401	nr	1	77	18	14,3
SAINTE PIERRE DE LA REUNION	MA	UCSA	UCSA	113	201	1	1	100	0,0
SAINTE QUENTIN F/ALLAUIER	CP	UCSA	UCSA	390	nr	nr	nr	nr	nr
SAINTE VULPICE LA POINTE	CD	UCSA	UCSA	102	nr	nr	nr	nr	nr
SAINTE VICTOIRE	MA	UCSA	UCSA	81	nr	nr	nr	nr	nr
SALON DE PROVENCE	CD	UCSA	UCSA	595	nr	nr	nr	nr	nr
SARREGUEMINES	MA	UCSA	UCSA	71	110	1	22	73	18,8
TARASCON	CD	UCSA	UCSA	612	600	1	63	19	0,0
TARBES	MA	UCSA	UCSA	65	nr	nr	nr	nr	nr
TOUL	CD	UCSA	UCSA	381	nr	nr	nr	nr	nr
TOULON LA FARLEDE	CP	UCSA	UCSA	598	750	1	73	21	0,0
TOURS	MA	UCSA	UCSA	142	nr	nr	nr	nr	nr
TROYES	MA	UCSA	UCSA	116	nr	1	8	75	16,7
TULLE	MA	UCSA	UCSA	52	92	1	8	0	nr
UZERCHE	CD	UCSA	UCSA	600	600	1	35	11	0,0
VAIL DE REUIL	CD	UCSA	UCSA	839	nr	nr	nr	nr	nr
VALENCE	MA	UCSA	UCSA	134	nr	nr	nr	nr	nr
VALENCIENNES	MA	UCSA	UCSA	389	nr	nr	nr	nr	nr
VANNES	MA	UCSA	UCSA	88	nr	nr	7	86	0,0
VARENNES LE GRAND	CP	UCSA	UCSA	393	480	1	78	32	96,0
VERGUILLES	MA	UCSA	UCSA	146	nr	nr	nr	nr	nr
VESOUL	MA	UCSA	UCSA	57	62	nr	nr	nr	nr
VILLEFRANCHE SUR SAONE	MA	UCSA	UCSA	598	763	nr	119	25	24,0
VILLENEUVE LA GRANDE	CP	UCSA	UCSA	408	nr	nr	nr	nr	nr
VILLENEUVE LES MAGUELONE	MA	UCSA	UCSA	593	750	1	160	13	20,0
VILLEPINTE	MA	UCSA	UCSA	588	876	1	46	35	nr
TOTAL				37666	25748		2833	36	19

N.B. : Les établissements non répondants figurent en italique.

Annexe 3 - Questionnaire « volet hospitalier »



QUESTIONNAIRE NATIONAL SUR LA PRIMO-PRESCRIPTION DE METHADONE EN 2006 [volet hospitalier]

(en référence à la circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002)

Objectif

Mesurer l'application de la circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à l'initialisation d'un traitement de substitution pour toxicomanes majeurs aux opiacés par des médecins exerçant en établissement de santé qui n'étaient pas auparavant habilités à prescrire de la méthadone.

La primo-prescription de méthadone dans le cadre des CSST à gestion hospitalière est donc exclue du champ de l'enquête.

Nota bene : sont exclues de cette enquête les prescriptions de méthadone dans le cadre d'un traitement de la douleur (en première intention).

Méthodologie

L'enquête est menée par questionnaire auprès des services hospitaliers prescripteurs de méthadone identifiés et connus comme tels. Pour optimiser le taux de retour, ces questionnaires seront administrés et collectés sur place par Bouchara-Recordati, qui les enverra à l'OFDT avant le 15 mai 2007.

Chaque service désigne parmi les prescripteurs un médecin chargé de remplir le questionnaire. Dans le cas où plusieurs services, au sein de l'établissement de santé, pratiquent la primo-prescription, un médecin doit être désigné dans chaque service pour remplir le questionnaire.

L'enquête compte deux volets : un volet hospitalier pour les patients hospitalisés ou vus en consultation externe et un volet pénitentiaire pour les personnes détenues vues par les UCSA et les SMPR.

La primo-prescription de méthadone est définie comme une première prescription de ce produit effectuée pour un sujet « naïf » de méthadone (incluant le cas des patients passés de la buprénorphine haut dosage 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 remonte à au moins **3 mois**.

Champ de l'enquête

L'enquête s'appuie sur 2 questionnaires distincts.

Le premier - celui que vous êtes ici invité à remplir - cible les services hospitaliers, y compris les services de psychiatrie. Le second s'adresse aux UCSA et aux SMPR.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

10. Posologie initiale habituelle :

- a) Minimum /_____/ mg de méthadone par jour
b) Maximum /_____/ mg de méthadone par jour

11. Durée moyenne de suivi du patient par le médecin primo-prescripteur en milieu hospitalier :

- a) En ambulatoire /_____/ jours
b) En hospitalisation /_____/ jours

12. Nombre de médecins prescripteurs de méthadone dans le service : /_____/

13. Quelle est leur spécialité ? (en toutes lettres)

- Médecin 1 :
Médecin 2 :
Médecin 3 :
Médecin 4 :

C - PROFIL DU PUBLIC BÉNÉFICIAIRE D'UNE PRIMO-PRESCRIPTION DE MÉTHADONE

14. Sur l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une primo-prescription de méthadone en 2006, à combien estimez-vous les effectifs de chacune des populations suivantes :

- a) /_____/ usagers qui étaient auparavant consommateurs de méthadone de rue
b) /_____/ femmes enceintes
c) /_____/ utilisateurs de buprénorphine haut dosage (y compris les injecteurs)
d) /_____/ patients atteints de comorbidités psychiatriques
e) /_____/ héroïnomanes non traités
f) /_____/ patients sous sulfate de morphine
g) /_____/ autres profils de patients (préciser)

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

QUESTIONNAIRE

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR DU SERVICE.
MERCİ DE VOTRE COLLABORATION.**

A - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DU RÉPONDANT

1 - Nom de l'établissement de santé :

2 - Adresse :

3 - Service :

3 bis - Intervenant dans le cadre
d'une équipe de liaison en addictologie (type ECİMUD) ? Non Oui

4 - Nom du médecin qui a rempli le questionnaire :

5 - Fonction : PUPH PH Praticien attaché Praticien contractuel
 CCA Assistant Interne Autre, précisez : _____

6 - Téléphone :

7 - E-mail :

B - VOLUME D'ACTIVITÉ EN 2006

8. Nombre de patients reçus en 2006 :

a) sous traitement de substitution aux opiacés / _____ / patients

b) sous méthadone / _____ / patients

9. Parmi les patients sous méthadone, **combien** ont bénéficié d'une primo-prescription en 2006 ?

a) / _____ / patients Dont (en %) : b) / _____ / % hospitalisés

c) / _____ / % consultants externes

(Total = 100%)

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

D - ORIGINE DU RECOURS AU SERVICE PRESCRIPTEUR

15. Combien de patients qui ont bénéficié d'une primoprescription de méthadone dans votre service sont :

- / ____ / adressés par un médecin généraliste
- / ____ / adressés par un confrère hospitalier
- Si oui, dans quel cadre (plusieurs réponses possibles) ?
 - a) Suivi obstétrical
 - b) Soins psychiatriques
 - c) Pathologies somatiques graves de type infectieux
 - d) Soins de suite
 - e) Autre (précisez) :
- / ____ / adressés par un CSST
- / ____ / adressés par une connaissance (bouche-à-oreille), une association, etc.
- / ____ / adressés par un établissement pénitentiaire
- / ____ / adressés par une autre structure / un autre professionnel
- Précisez :

16. Quelle est, selon vous, la principale raison du recours à la primo-prescription de méthadone en service hospitalier plutôt qu'en structure de soins spécialisée aux toxicomanes ?

- 1 Inaccessibilité du / des CSST dans le département
- 2 Absence de CSST dans le département
- 3 Haut niveau d'exigence des CSST
- 4 Réticences de l'utilisateur
- 5 Autre (préciser) :

E - RELAIS VERS L'EXTÉRIEUR

17. Le relais de la prise en charge est assuré :

(plusieurs réponses possibles)

- a) par un CSST
- b) par un médecin généraliste
- c) par un CMP
- d) par un réseau de santé
- e) Autre (préciser) :

Annexe 4 - Questionnaire « volet pénitentiaire »



QUESTIONNAIRE NATIONAL SUR LA PRIMO-PRESCRIPTION DE METHADONE AU SECOND SEMESTRE 2006

[volet pénitentiaire]

(en référence à la circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002)

À retourner avant le 30 avril 2007 à :
OFDT
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex

Objectif

Mesurer l'application de la circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à l'initialisation d'un traitement de substitution pour toxicomanes majeurs aux opiacés par des médecins exerçant en établissement de santé qui n'étaient pas auparavant habilités à prescrire de la méthadone.

Nota bene : sont exclues de cette enquête les prescriptions de méthadone dans le cadre d'un traitement de la douleur (en première intention).

Méthodologie

Chaque service désigne parmi les prescripteurs un médecin chargé de remplir le questionnaire et de le retourner à l'OFDT. Dans le cas où plusieurs services, au sein de l'établissement de santé, pratiquent la primo-prescription, un médecin doit être désigné dans chaque service pour remplir le questionnaire.

L'enquête compte deux volets : un volet hospitalier pour les patients hospitalisés ou vus en consultation externe et un volet pénitentiaire pour les personnes détenues vues par les UCSA et les SMPR.

Le questionnaire relatif au milieu pénitentiaire que vous êtes invité à remplir porte sur l'activité des 6 derniers mois de l'année dernière, c'est-à-dire **du 1er juillet au 31 décembre 2006**.

La primo-prescription de méthadone est définie comme une première prescription de ce produit effectuée pour un sujet « naïf » de méthadone (incluant le cas des patients passés de la buprénorphine haut dosage 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 remonte à au moins **3 mois**.

Champ de l'enquête

L'enquête s'appuie sur 2 questionnaires distincts.

Le premier cible les services hospitaliers, y compris les services de psychiatrie. Le second, que vous êtes invité à remplir, s'adresse aux UCSA et aux SMPR.

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

**QUESTIONNAIRE
UCSA / SMPR**

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR DU SERVICE.
MERCİ DE VOTRE COLLABORATION.

A - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DU RÉPONDANT

1 - Établissement de santé :	<input type="checkbox"/> UCSA	<input type="checkbox"/> SMPR
2 - Nom de l'établissement pénitentiaire où il intervient :		
3 - Type d'établissement :	<input type="checkbox"/> Maison d'arrêt	<input type="checkbox"/> Centre pénitentiaire
	<input type="checkbox"/> Centre de détention	<input type="checkbox"/> Maison centrale
4 - Présence d'un quartier femmes dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
4 bis - Présence d'un centre des jeunes détenus (CJD) / quartier mineurs :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
5 - Nom de l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA ou du SMPR :		
6 - Adresse :		
7 - Nom du médecin qui a rempli le questionnaire :		
8 - Fonction :		
9 - Service :		
10 - Téléphone :		
11 - E-mail :		

**B - PRATIQUES DE SUBSTITUTION
ET DIFFICULTÉS IDENTIFIÉES DANS L'ÉTABLISSEMENT**

12. Nombre de détenus présents à la date de l'enquête : _____ / _____ détenus

13. Pour chacun de ces traitements, avez-vous pratiqué, au second semestre 2006 (du 1er juillet au 31 décembre):

	Au moins une primo-prescription au second semestre 2006	Au moins une poursuite de traitement au second semestre 2006
Méthadone	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Buprénorphine haut dosage	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

14. Si aucune primo-prescription de méthadone n'a été effectuée au cours des 6 derniers mois de l'année 2006, pour quelles raisons est-ce le cas ?

(plusieurs réponses possibles)

- a Refus de prescrire par éthique personnelle
- b Refus de prescrire lié à des difficultés évoquées à la question suivante (15)
- c Pas de détenus dépendants aux opiacés pendant la période de l'enquête
- d Autre (préciser) :

15. État des lieux des difficultés rencontrées lors de la prescription de méthadone :

(plusieurs réponses possibles)

- a brièveté des séjours en détention
- b traitement par méthadone jugé stigmatisant par les détenus
- c crainte du risque d'overdose
- d préférence pour le sevrage
- e préférence pour la buprénorphine haut dosage
- f difficulté de trouver une structure-relais pour la prise en charge à la sortie
- g difficulté à connaître la date de sortie du patient (aménagement de peine)
- h insuffisance des moyens en personnel
- i difficulté d'organisation interne pour la délivrance de méthadone
- j autres (préciser) :

16. Nombre de patients sous traitement de substitution aux opiacés au second semestre 2006 (du 1er juillet au 31 décembre) :

/_____/ patients
(0 si aucun ou non concerné)

17. Nombre de services prescripteurs autres que le vôtre dans l'établissement (CSST, UCSA, SMPR) :

/_____/ patients
(0 si votre service est le seul qui prescrit)

C - DESCRIPTION DES PATIENTS BÉNÉFICIAIRES D'UN TRAITEMENT À BASE DE MÉTHADONE AU 2ND SEMESTRE 2006 ET SUIVI PROPOSÉ

18. Nombre de patients sous méthadone au 2nd semestre 2006 :

/_____/ patients
(0 si aucun ou non concerné)

19. Parmi eux, combien sont suivis dans le cadre d'une :

- a) Poursuite de traitement /_____/ patients
- b) Initiation de traitement dans l'établissement pénitentiaire /_____/ patients

20. Nombre de traitements à base de méthadone :

- a) Proposés /_____/
- b) Refusés /_____/

21. La délivrance de méthadone est-elle quotidienne ?

- 1 Non
- 2 Oui

21bis. Si non, pour combien de jours est-elle délivrée ? /_____/ jours par semaine

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

22. Dans quel lieu est délivrée la méthadone ?

(plusieurs réponses possibles)

- a) Dans un local de soins
- b) En cellule
- c) Autre (préciser) :

23. Quelles sont les modalités de délivrance habituelles ?

- 1) Remise en mains propres (délivrance simple)
- 2) Prise devant le soignant (délivrance supervisée)
- 3) Autre (préciser) :

24. Posologie initiale :

- a) Minimum /_____/ mg de méthadone par jour
- b) Maximum /_____/ mg de méthadone par jour

25. Sur l'ensemble des détenus ayant bénéficié d'une primoprescription de méthadone dans les 6 derniers mois de l'année 2006, à combien estimez-vous les effectifs de chacune des populations suivantes :

- a) /_____/ usagers qui étaient auparavant consommateurs de méthadone de rue
- b) /_____/ femmes enceintes (999 si non concerné)
- c) /_____/ utilisateurs de buprénorphine haut dosage (y compris injecteurs)
- d) /_____/ patients atteints de comorbidités psychiatriques
- e) /_____/ héroïnomanes non traités
- f) /_____/ patients sous sulfate de morphine
- g) /_____/ autres profils de patients (préciser) :

26. Parmi les sortants (patients sous méthadone exclusivement), combien ont été orientés, au cours du 2nd semestre 2006 (du 1er juillet au 31 décembre) :

- a) Vers un CSST : /_____/
- b) Vers un médecin généraliste : /_____/
- c) Vers un service hospitalier : /_____/
- d) Vers un CMP : /_____/
- e) Vers un réseau de santé : /_____/

- f) **Nombre total de sortants
au cours du second semestre 2006** /_____/

Annexe 5 - Circulaire du 30 janvier 2002



**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.

70

Date d'application : immédiate

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

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire**

2

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.

71

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

3

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.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

4

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.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

6

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.

75

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.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

7

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.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

8

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.

Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire

9

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.

78

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.

Annexe 6 - Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1 : fonctions médicales des médecins interrogés	10
Tableau 2 : nombre de médecins prescripteurs par service	10
Tableau 3 : caractéristiques des patients primo prescrits	15
Tableau 4 : principale raison du recours à la primo prescription de méthadone en service hospitalier plutôt qu'en CSST	17
Tableau 5 : Etablissements de santé répondants en milieu pénitentiaire	23
Tableau 6 : Type d'établissement de rattachement des structures répondantes	24
Tableau 7 : Taux de réponse des UCSA par type d'établissement de rattachement	25
Tableau 8 : Pratiques de substitution aux opiacés déclarées par les services de soins	30
Tableau 9 : Motifs de non-primoprescription de méthadone	36
Tableau 10 : Motifs de non primo-prescription de méthadone autres que les items proposés dans le questionnaire (n=20)	37
Tableau 11 : Pratiques de substitution à base de méthadone (déclarations au second semestre 2006) (sur 91 répondants)	37
Tableau 12 : Etat des lieux des difficultés rencontrées lors de la prescription de méthadone	39
Tableau 13 : Nombre de services prescripteurs autres que le service répondant	39
Tableau 14 : Lieu de délivrance de la méthadone	40
Tableau 15 : Profil du public bénéficiaire d'une primo-prescription de méthadone	45
Tableau 16 : Orientations des patients sous méthadone au cours du second semestre 2006 à la sortie de prison	46

Figures

Figure 1 : Spécialités des médecins prescripteurs	11
Figure 2 : Part de prescription de méthadone parmi les TSO	12
Figure 3 : Posologies initiales minimales prescrites de méthadone par classe(en mg de méthadone par jour)	13
Figure 4 : Posologies initiales maximales prescrites de méthadone (par classe)	14
Figure 5 : Origine des patients	16
Figure 6 : relais de la prise en charge	18
Figure 7 : Taille de l'établissement pénitentiaire de rattachement des unités répondantes (n=92)	25
Figure 8 : Spécialité du professionnel de santé répondant (n=98)	26
Figure 9 : Service de rattachement du professionnel répondant (en %)	27
Figure 10 : Part de patients sous méthadone parmi les patients sous TSO (n=82)	29
Figure 11 : Nombre de primo-prescriptions de méthadone au second semestre 2006 (n=98)	32
Figure 12 : Taux de primo-prescription parmi les prescriptions de méthadone (n=78)	33
Figure 13 : Déclarations de primo-prescription en fonction de la taille de l'établissement pénitentiaire	34
Figure 14 : Posologies initiales minimales prescrites de méthadone, par classe (en mg de méthadone par jour)	42
Figure 15 : Posologies initiales maximales prescrites de méthadone, par classe (en mg de méthadone par jour)	42

***Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier
et en milieu pénitentiaire***

Citation recommandée

OBRADOVIC (I.), CANARELLI (T.), *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*, Saint-Denis, OFDT, 2008, 80 p.

Missionné par la DHOS, la DGS et la MILDT, l'OFDT a mené en 2007 une évaluation d'impact de la circulaire du 30 janvier 2002 qui habilite l'ensemble des médecins exerçant en établissement de santé à proposer un traitement de substitution à base de méthadone aux toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. Le rapport pointe les évolutions observables du point de vue de l'accessibilité de la méthadone et des pratiques médicales en vigueur dans les services nouvellement compétents pour primo-prescrire ce traitement : 107 services hospitaliers identifiés comme prescripteurs et 152 unités de soins intervenant en milieu pénitentiaire (UCSA ou SMPR) en métropole et dans les DOM ont ainsi été interrogés sur leurs pratiques de distribution de la méthadone et sur les conditions de sa prescription, ainsi que sur le profil des patients bénéficiaires de ce mode de prise en charge.

L'enquête montre que l'accessibilité des traitements à base de méthadone a notablement progressé, même si elle ne s'est pas encore généralisée : six ans après la circulaire, la moitié des services hospitaliers prescripteurs et un tiers des services médicaux intervenant en milieu pénitentiaire (hors CSST) déclarent une part de patients sous méthadone supérieure à 50 %. 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 l'application des indications thérapeutiques. Les progrès qui restent à faire portent donc sur l'objectif d'une généralisation effective de l'accès à la méthadone dans l'ensemble des établissements de santé et sur celui d'un relais de prise en charge plus efficace (en particulier à la sortie de prison).