



# **Traitement de Substitution dans les Prisons d'Europe**

## **Un Guide Pratique**

***La rédaction et la traduction de ce guide ont été faites avec le soutien de la Commission Européenne, DG SANCO, Projet Nr. 2003308, European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP).***

## **Auteurs**

Andrej Kastelic<sup>1</sup>, Jörg Pont<sup>2</sup>, Heino Stöver<sup>3</sup>

## **Comité de rédaction**

Fabienne Hariga (UNODC HQ Vienne/Autriche)

Karlheinz Keppler (Prison de femmes, Vechta/Allemagne)

Rick Lines (IHRA, Londres/Royaume Uni)

Morag MacDonald (UCE, Birmingham/Royaume Uni)

David Marteau (Offender Health, Londres/Royaume Uni)

Lars Møller (OMS Office Régional pour l'Europe, Copenhagen/Danemark)

Jan Palmer (Clinical Substance Misuse Lead, Offender Health Londres/Royaume Uni)

Ambros Uchtenhagen (Zürich/Suisse)

Caren Weilandt (WIAD, Bonn/Allemagne)

Nat Wright, (HMP Leeds/Royaume Uni)

Ce guide a été rédigé par les auteurs et par les membres du Comité de rédaction entre juin et septembre 2007. Certaines parties du texte (par Andrej Kastelic) sont basées sur un chapitre de l'ouvrage suivant : Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health (Møller et al. 2007).

<sup>1</sup> Dr. Andrej Kastelic, Center for Treatment of Drug Addiction Ljubljana, Zaloska 29, SI-1000 Ljubljana/Slovenia; andrej.kastelic@psih-klinika.si

<sup>2</sup> Prof. Dr. med. Jörg Pont, Brachtlgasse 20A, A-1230 Vienna/Austria, joerg.pont@univie.ac.at

<sup>3</sup> Prof. Dr. Heino Stöver, Universität Bremen, FB 06, Postbox 330 440, D-28334 Bremen/Germany

<b>Table des Matières</b>	<b>Page</b>
Liste des abréviations	3
<b>Introduction</b>	<b>4</b>
A qui s'adresse ce guide	5
Les premiers pas à faire	6
L'engagement de chaque membre du personnel	7
Partenariat pour la santé	8
Aspects principaux	9
<b>1. Historique</b>	<b>12</b>
<b>2. Qu'est-ce qu'un traitement de substitution?</b>	<b>14</b>
2.1 Les objectifs principaux du traitement de substitution	16
2.2 La preuve de l'efficacité du traitement de substitution	17
2.3 Traitement efficace	24
2.4 Le traitement de substitution est plus efficace que d'autres formes de traitements	26
2.5 Critères et plan de traitement	27
2.6 Risques et limites	29
2.7 Toxicomanie multiple	30
2.8 Normes nationales de traitements en milieu carcéral	30
2.9 Les médicaments de substitution	31
2.9.1 Méthadone	32
2.9.2 Buprénorphine	35
2.9.3 Morphine à libération modifiée	36
2.9.4 Traitement par antagoniste: Naltrexone	37
<b>3. Traitement de substitution en milieu carcéral</b>	<b>39</b>
3.1 Initiation du traitement de substitution en prison	39

3.2	Initiation du traitement	39
3.2.1	Détoxification	40
3.2.2	Posologie et surveillance de la prise	41
3.2.3	Contrôles urinaires	43
3.3	L'exclusion d'un programme de substitution	43
3.4	Le rôle de l'accompagnement psychosocial	44
3.5	L'usage d'autres drogues	44
<b>4.</b>	<b>Quelques informations de base sur le traitement</b>	<b>46</b>
4.1	Informations nécessaires à l'usager	46
4.2	Anonymat et confidentialité des soins	46
4.3	Privilèges	47
4.4	Continuité d'une substitution par opiacés entre milieu carcéral et extérieur	48
4.5	Participation des toxicomanes	49
4.6	Relais pour traitement d'une infection VIH	50
4.7	Accès à un traitement de substitution à tous les stades du système de justice pénale	51
4.8	Considérations spécifiques aux femmes	52
<b>5.</b>	<b>Mise en perspective</b>	<b>53</b>
<b>6.</b>	<b>Aspects d'éthique médicale concernant les traitements de substitution par opiacés en milieu carcéral</b>	<b>54</b>
	<b>Littérature</b>	<b>64</b>
	<b>Lectures conseillées</b>	<b>67</b>

<b>Liste des abréviations</b>	
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment ( <i>Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants</i> )
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ( <i>Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux</i> )
EMCDDA	European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction ( <i>OEDT: Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies</i> )
ICD	International Classification of Diseases ( <i>Classification internationale des maladies</i> )
ONG	Organisation Non Gouvernementale
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UDI	Usagers de drogues injectables
UE	Union Européenne
UNAIDS/ONUSIDA	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS ( <i>Programme commun des Nations Unies pour la lutte contre le sida</i> )
UNODC/ONUDC	United Nations Office on Drugs and Crime ( <i>Office des Nations Unies contre la drogue et le crime</i> )
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO/OMS	World Health Organization ( <i>Organisation Mondiale pour la Santé</i> )
WMA	World Medical Association ( <i>Association Médicale Mondiale</i> )

## Introduction

Dans plusieurs régions du monde (Europe, Asie et Amérique du Nord), les personnes dépendantes des opiacés sont surreprésentées dans les prisons. Dans ces régions, elles représentent près d'un tiers de la population carcérale et jusqu'à 80% dans certains pays d'Asie centrale, par exemple. En Afrique Subsaharienne, le problème est en émergence, alors qu'en Amérique Latine, l'usage de cocaïne est plus fréquent.

La prison n'est pas le bon milieu pour le traitement des toxicomanes et les pays devraient développer des politiques d'alternatives à la détention. Mais tant que celles-ci n'auront pas été développées et mises en place, les autorités pénitentiaires devront faire face à cette population spécifique, nécessitant des soins, des traitements et du soutien. La recherche a montré que la thérapie de substitution est le moyen le plus efficace pour traiter la dépendance aux opiacés, pour réduire les risques de transmission du VIH et de l'hépatite C et pour réduire le risque de surdose.

Comme tout individu, les détenus ont droit d'accéder au plus haut niveau possible de santé. Ce droit est garanti par le droit international dans l'Article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et l'Article 12 du Pacte International sur les droits économiques, sociaux et culturels. La communauté internationale a accepté en général que les détenus préservent tout droit qui n'est pas enlevé par le fait de l'incarcération, y compris le droit au plus haut niveau possible de santé physique et mentale. La perte de liberté est la seule punition, mais pas la privation de droits de l'homme fondamentaux. Les Etats ont ainsi l'obligation de mettre en place des lois, réglementations et programmes en accord avec les droits de l'homme internationaux et d'assurer que les détenus obtiennent des soins d'un niveau équivalent à ceux disponibles en milieu libre.<sup>4</sup>

Le besoin d'accéder en milieu carcéral à des traitement pour dépendance aux opiacés a été reconnu sur le plan international il y a plus de dix ans. En 1993, l'OMS publia un guide sur le VIH et le SIDA en milieu carcéral, affirmant que « Les détenus toxicomanes devrait être encouragés à participer à des programmes de traitement en prison, avec une protection suffisante de leur confidentialité.

---

<sup>4</sup> UNODC-UNAIDS-WHO Framework for HIV AIDS prevention, treatment, and care in prison (2006).

De tels programmes devraient inclure des informations sur le traitement de la toxicomanie et sur les risques associés aux différentes méthodes de consommation de drogues. Les détenus suivant un traitement avec la méthadone avant leur incarcération devraient pouvoir continuer ce traitement pendant leur détention. Dans les pays où le traitement avec la méthadone existe pour les toxicomanes aux opiacés en milieu libre, ce traitement devrait aussi être disponible en milieu carcéral ».

Ce guide est basé sur l'expertise de chercheurs scientifiques et de médecins/psychiatres/professionnels des soins travaillant dans le domaine des traitements de substitution en milieu carcéral. Une analyse des documents internationaux pertinents et des banques de données a permis de développer des recommandations solidement fondées. Cette publication s'aligne sur les conseils et recommandations de plusieurs publications internationales comme par exemple celle du Bureau Régional pour l'Europe de l'OMS: *Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, ou le programme cadre pour la prévention, les soins, le traitement du VIH et l'aide aux malades du VIH en milieu carcéral de l'UNODC/UNAIDS/WHO, ainsi que le document publié par WHO/UNAIDS/UNODC: *Evidence for actions - technical paper: Interventions to address HIV in prisons – Drug dependence treatment*.

## **A qui s'adresse ce guide**

Ce guide sur le traitement de substitution par opiacés en milieu carcéral s'adresse aux médecins et autres personnels soignants des centres de détention, aux médecins intervenant en milieu carcéral, aux administrations pénitentiaires, aux ONG et autres services soutenant les traitements de substitution aux détenus toxicomanes aux opiacés.

La toxicomanie doit être traitée comme une maladie grave et chacun a son rôle à jouer pour assurer le meilleur traitement pour les détenus et aussi pour minimiser les risques liés aux drogues. L'application des recommandations de ce guide contribuera à la santé des détenus toxicomanes avec des rôles gratifiants pour les membres du personnel et à une nette réduction des risques provenant de l'usage de drogues en milieu carcéral.

## Les premiers pas à faire

Bien que des individus engagés dans des tâches particulières en milieu carcéral peuvent faire beaucoup, nous sommes convaincus qu'une prison saine pour les détenus toxicomanes ne peut être créée qu'en alliant les efforts de tous, y compris ceux des membres du personnel plus anciens, qui déterminent l'ambiance générale de la prison.

Des changements devraient être introduits tout en assurant une certaine continuité. Bien que des interventions ponctuelles et des initiatives souvent financées de façon externe, ainsi que des projets pilotes, peuvent accomplir beaucoup, les projets seront plus efficaces à long terme si le système de soins de la prison est basé sur des principes de durabilité. Si des règles solidement fondées sont en place, basées sur des principes clairs, cela permettra une pratique efficace par un personnel bien formé.

L'objectif de durabilité peut être atteint en créant des liens solides entre les services de soins en milieu carcéral et les services de soins à l'extérieur, et en coopérant étroitement. Une telle collaboration aidera les services de soins en milieu carcéral à ne pas être de moindre qualité.

La réalisation d'une prison saine pour les détenus toxicomanes exige de nombreux composants essentiels, comme la direction politique, administrative et par chaque membre du personnel. Les membres du personnel soignant ont un rôle spécifique à jouer, mais les détenus aussi ont un rôle, et le soutien de l'extérieur est très important.

L'expérience dans plusieurs pays européens a attiré l'attention sur les problèmes qui émergent souvent si les services de soins en milieu carcéral n'ont aucun lien avec les services publics de soins du pays : difficultés de recrutement de personnel qualifié et formation de base et continue non adaptées. Nous conseillons vivement aux services de soins en milieu carcéral de travailler en étroite collaboration avec les services de soins nationaux et les ministères de la santé, afin que les prisons puissent offrir la même qualité de soins que les hôpitaux locaux et les services en milieu libre.

En effet, comme l'affirme l'OMS dans le document suivant: *WHO Moscow Declaration on Prison Health as Part of Public Health*, la santé pénitentiaire doit faire partie intégrale du système de santé publique de tout pays; c'est pourquoi les gouvernements

devraient développer des liens étroits de travail entre le Ministère de la santé et le ministère responsable pour le système pénitentiaire, afin d'assurer une haute qualité des soins pour les détenus, la protection du personnel, une formation à la pointe du personnel soignant dans le domaine de surveillance des maladies, un haut niveau professionnel parmi le personnel soignant en milieu carcéral, la continuité de traitement entre le milieu carcéral et le milieu libre, et l'harmonisation des données statistiques.

### **L'engagement de chaque membre du personnel**

Une prison saine pour détenus toxicomanes ne peut être créée sans la contribution de chaque membre du personnel de la prison. Etant donné les problèmes de santé actuels en milieu carcéral, le personnel a besoin de savoir et de comprendre quelles sortes de problèmes de santé sont liées à la toxicomanie, comment les infections sont transmises, comment elles peuvent être mieux contrôlées afin de réduire les risques, et comment l'on peut promouvoir la santé et le bien-être.

Les médecins, infirmières et autres professionnels travaillant en milieu carcéral ont un rôle directeur unique pour créer un environnement favorable à la santé des détenus toxicomanes. Leur solide base de départ devrait être une formation professionnelle lors de laquelle les aspects suivants seront traités et discutés en profondeur: la confidentialité des soins, les droits du patient et les droits de l'homme. Ils devraient avoir des connaissances en épidémiologie, sur la transmission des maladies et sur l'influence que le style de vie et des facteurs socioéconomiques peuvent avoir sur l'état de santé. Des notions d'équilibre nutritionnel et de mesures pour la promotion de la santé (faire de l'exercice, prendre l'air) sont également utiles. De plus, ils devraient être attentifs à des menaces potentielles pour la santé et capables de détecter des signes précurseurs de problèmes de santé mentale puisque la toxicomanie est souvent accompagnée de co-morbidité.

## Partenariat pour la santé

Un des piliers centraux de la promotion de la santé est le concept de responsabilisation (« *empowerment* »): l'individu doit être capable de faire des choix sains et doit en avoir la possibilité. Cette approche n'est cependant pas possible pour promouvoir la santé en milieu carcéral, mais un maximum de responsabilisation devrait être introduit dans le régime carcéral.

Informar les détenus dans le domaine de la santé s'est avéré être important. Des brochures devraient être mises à disposition des détenus toxicomanes, expliquant ce que le service de soins de la prison leur propose et donnant des conseils pour faire face à une telle maladie en milieu carcéral. Si de telles brochures ne sont pas efficaces dû à des barrières linguistiques ou à l'analphabétisme, d'autres moyens d'information devraient être utilisés, tels des vidéos et autre support visuel ou des discussions en groupe avec un soignant ayant suivi une formation adéquate.

En plus du traitement de substitution, d'autres mesures de réduction des risques devraient être disponibles, telles des seringues et aiguilles propres et de l'équipement pour désinfecter, surtout pour éviter la transmission par voie sanguine de maladies durant le perçage ou le tatouage. Il faudrait considérer faire appel à un tatoueur professionnel.

Des contacts réguliers avec des services de soins locaux et l'engagement d'organisations bénévoles peuvent beaucoup aider à promouvoir la santé et le bien-être en milieu carcéral. Si possible, les détenus devraient être mis en contact avec des services locaux adéquats avant leur sortie de prison, tels des services sociaux auprès des tribunaux, en cas de mise en liberté surveillée ou conditionnelle. Pour des ex-détenus toxicomanes, cela peut réduire le risque de mortalité liée à une surdose après la sortie de prison.

**Lars Möller, OMS Bureau Regional pour l'Europe, Copenhagen/Danemark**  
**Fabienne Hariga, UNODC, Siège à Vienne/Autriche**

## Aspects principaux

- On estime que près d'un tiers des détenus sont dépendants des opiacés, et bien plus ont déjà consommé de la drogue. Dans certaines prisons, cela équivaut à trois-quarts de la population.
- Les prisons sont des environnements à très hauts risques en ce qui concerne la transmission de virus par voie sanguine, dû à la surpopulation, la mauvaise alimentation, l'accès limité au service de soins, l'usage illicite de drogues (« *hygienic relapse* ») et aux relations sexuelles à risques.
- Toutes formes de traitements peuvent potentiellement influencer le risque de transmission du VIH et de l'hépatite C, mais les programmes de traitement de substitution ont le plus grand potentiel pour réduire l'utilisation de drogues injectables et le risque de transmission de l'infection qui en découle.
- La prise de position publiée récemment par l'OMS, l'ONUDC et ONUSIDA sur le traitement de substitution concluent que l'accès à un tel traitement des dépendances aux opiacés est une stratégie efficace pour la prévention du VIH/SIDA et devrait être mise en place dès que possible dans des environnements à risques en ce qui concerne l'infection VIH.
- Le traitement de substitution par opiacés a connu une expansion importante dans l'Union Européenne durant les 5 à 10 dernières années.
- La prescription d'un traitement de substitution et d'agonistes à des personnes dépendantes aux opiacés – dans le cadre d'une pratique médicale reconnue et approuvée par les autorités compétentes – est en ligne avec les Conventions de 1961 et 1971 sur les substances narcotiques et psychotropes. Etant donné la preuve réelle des problèmes croissants liés à l'injection de drogues par voie in-

traveineuse, au VIH/SIDA et à l'hépatite C dans les prisons d'Europe de l'Est et des pays de l'ex Union soviétique, c'est clairement maintenant qu'il faut agir. Si la mise en place de traitements efficaces de la toxicomanie et de mesures de prévention du VIH et de l'hépatite C venait à échouer, les infections au VIH et à l'hépatite C pourraient continuer à se propager parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse, puis parmi une population incarcérée plus large, et pourraient potentiellement aboutir à une épidémie généralisée dans la population locale.

- Les usagers de drogues injectables (UDI) qui ne commencent pas un traitement ont jusqu'à six fois plus de chances de s'infecter avec le VIH que les UDI qui commencent et adhèrent à un traitement.
- Le taux de mortalité des personnes avec dépendance aux opiacés mais poursuivant un traitement de substitution par la méthadone représente un tiers à un quart du taux de ceux qui n'adhèrent pas à un traitement.
- Comme observé en milieu libre, l'accès des détenus à des traitements de substitution a le potentiel de réduire l'injection de drogues et le partage de seringues également en milieu carcéral. En outre, les détenus adhérant à un traitement de substitution par la méthadone ont des taux de réadmission plus bas que ceux n'y participant pas.
- Taux de récidive parmi les détenus toxicomanes: Entre 70 et 98% de ceux qui ont été incarcérés pour criminalité dans le domaine des stupéfiants et n'ont pas suivi de traitement durant leur détention ont récidivé dans l'année suivant leur libération.
- La forme la plus courante de traitement de substitution est le traitement par la méthadone. La méthadone a été utilisée pour traiter des dépendances à l'héroïne et à d'autres opiacés depuis des décennies. La buprénorphine, qui a

été développée plus récemment, est aussi courante dans certains pays. Les deux ont permis de réduire considérablement le risque d'infection au VIH en réduisant l'usage des opiacés, l'injection de drogues, le partage de seringues et en améliorant la qualité de vie des personnes dépendantes des opiacés.

- L'accès au traitement de substitution par la méthadone est ainsi une stratégie efficace pour prévenir la transmission du VIH et de l'hépatite C et devrait être mis en place dès que possible dans les environnements (y compris les prisons) à hauts risques en ce qui concerne l'infection au VIH.
- La recherche a montré que le traitement de substitution par la méthadone est plus efficace que des programmes de détoxification pour promouvoir l'adhérence aux traitements et l'abstinence de l'usage illicite de drogues.
- Les services de soins pour détenus, quelque soit le mode de détention, devraient être équivalents à ceux existant en dehors du système correctionnel.
- La continuité des soins est requise afin de maintenir les effets bénéfiques du traitement de substitution par la méthadone.
- Avant de commencer un traitement de substitution par la méthadone, les participants doivent être informés au sujet des risques de surdose et des risques potentiels d'usage de plusieurs drogues et d'interactions médicamenteuses.
- Avant de commencer un traitement, le toxicomane doit être informé des obligations du médecin envers l'Etat, la prison et le détenu.

## 1. Historique

On estime à 13,2 millions le nombre d'usagers de drogues injectables dans le monde, et au moins 10% de tous les cas d'infection au VIH dans le monde sont le résultat d'un comportement d'injection à risques – dans des pays d'Europe de l'Est et d'Asie Centrale, jusqu'à 90%.

De nombreux toxicomanes passent des années de leur vie en alternant entre milieu carcéral et milieu libre. En général, les détenus proviennent des couches les pauvres de la population et ont déjà par conséquent une santé moins bonne que celle d'autres groupes sociaux. La détention accentue en général les problèmes de santé existants, surtout dans un groupe vulnérable comme celui des toxicomanes.

Le milieu carcéral est un environnement à très hauts risques pour la transmission du VIH dû à la surpopulation, la mauvaise alimentation, l'accès limité aux mesures de prévention, l'usage continu de drogues illicites et les relations sexuelles à risques.

- Les usagers de drogues injectables (UDI) sont vulnérables envers l'infection au VIH et d'autres virus transmis par voie sanguine puisqu'ils partagent et réutilisent du matériel d'injection et des solutions de drogue, parce qu'ils ont des relations sexuelles avec d'autres UDI et un comportement sexuel souvent très risqué. Bien que la plupart des UDI soit des hommes, les femmes toxicomanes ont plus tendance à utiliser le matériel d'injection de leur partenaire et ont souvent du mal à négocier des pratiques sexuelles à risques limités et l'utilisation de préservatifs. Les UDI sont généralement plus facilement entraînés dans l'industrie du sexe.
- L'usage de drogues injectables est à présent le mode dominant de transmission du virus de l'hépatite C. Une infection par le virus de l'hépatite C devient chronique dans au moins 50 à 85 % des cas. Environ 7 à 15 % de ces malades chroniques développent une cirrhose du foie en 20 ans, et parmi ceux-là, une partie développera ensuite un cancer du foie.
- Les coûts de l'application des lois, du jugement et de la détention représentent une part importante des coûts sociaux liés à la toxicomanie aux opiacés.

- A leur sortie de prison, les détenus toxicomanes courent le risque d'une rechute et d'une surdose.

Entre 70 et 98% des personnes incarcérées pour délit dans le domaine des stupéfiants et qui ne suivent pas un traitement pendant leur détention font une rechute dans l'année suivant leur sortie de prison.

Afin de réduire l'usage de drogues en milieu carcéral, le système pénitentiaire devrait encourager les toxicomanes à s'abstenir; et s'ils continuent l'usage de drogues, ils ne devraient plus l'injecter; et s'ils injectent, ils ne devraient plus partager le matériel d'injection. Il est donc essentiel de proposer des traitements des dépendances aux drogues et des programmes de réduction des risques en milieu carcéral (Stöver et al. 2007).

Il y a un consensus croissant sur le fait que le traitement de la toxicomanie peut être efficace en milieu carcéral à condition qu'il soit adapté aux besoins spécifiques des détenus, d'une durée et qualité suffisantes et que les soins soient continués après la sortie de prison.

Il existe de nombreux types de traitement de la toxicomanie, mais on distingue deux grandes catégories: les traitements de substitution et les programmes basés sur l'abstinence. Toute forme de traitement de la toxicomanie influence le risque de transmission du VIH mais les programmes de traitement de substitution détiennent le plus grand potentiel pour réduire l'usage de drogues injectables et, par conséquent, le risque de transmission de l'infection.

## 2. Qu'est-ce qu'un traitement de substitution?

Le traitement de substitution (pharmacothérapie par agoniste, thérapie de remplacement par agoniste ou thérapie assistée par agoniste) est défini comme étant l'administration sous contrôle médical d'une substance psycho active de la même famille pharmaceutique que celle générant la dépendance, prescrite à une personne toxicomane pour atteindre des objectifs de traitement définis.

Le traitement de substitution par opiacés est une option de traitement des dépendances à l'héroïne et autres opiacés utilisant des agonistes ayant des propriétés semblables ou identiques à celles de l'héroïne et de la morphine sur le cerveau et qui soulagent les symptômes de sevrage et diminuent l'état de besoin d'opiacés illicites. Voici des exemples d'agonistes opiacés: méthadone, levo-alpha-acétylméthadol, morphine à libération modifiée, codéine, buprénorphine (un agoniste antagoniste partiel) et, dans certains pays, diamorphine.

Les antagonistes, qui inversent les effets des autres opiacés, sont aussi utilisés pour traiter une dépendance aux opiacés. Ils occupent les mêmes sites récepteurs du cerveau que les autres opiacés et en bloquent ainsi les effets. Toutefois, ils ne soulagent pas l'état de manque. Si l'on prend un opiacé après avoir pris un antagoniste, les effets euphoriques de l'opiacé sont annulés puisqu'ils ne peuvent pas agir sur le cerveau. Par contre, si l'antagoniste est pris après l'opiacé, une personne dépendante aux opiacés se retrouvera immédiatement en situation de sevrage (les antagonistes sont donc contre-indiqués aux toxicomanes n'ayant pas suivis une cure de désintoxication des opiacés). Naltrexone est l'antagoniste opiacé le plus couramment utilisé dans le traitement des dépendances aux opiacés. Naloxone est seulement utilisé en cas d'urgence pour inverser l'effet d'une surdose d'opiacé. Buprénorphine est un agoniste antagoniste partiel et est utilisé de plus en plus pour traiter une dépendance aux opiacés. Suboxone® est un mélange de buprénorphine et de naloxone (rapport 4:1) afin d'empêcher l'abus du médicament par injection.

**Tableau 1: Différences entre agonistes et antagonistes**

<b>Agonistes (méthadone, lévo-alpha-acétylméthadol, morphine et héroïne)</b>	<b>Antagonistes (naltrexone et naloxone)</b>
<p>Traitement de substitution</p> <p>Agissent de façon semblable aux opiacés</p> <p>Stimulent la réception des opiacés</p> <p>Soulagent ou stoppent l'état de manque d'opiacés</p> <p>Ne provoquent pas d'ivresse (sauf la morphine et l'héroïne)</p> <p>Peuvent établir ou maintenir une dépendance physique</p>	<p>Traitement de blocage ou de déconditionnement</p> <p>Bloquent l'action des opiacés</p> <p>Bloquent la réception des opiacés</p> <p>Ne provoquent pas d'ivresse</p> <p>Ne causent pas de dépendance physique</p>

Le traitement de substitution est utile puisqu'il permet au toxicomane d'être moins exposé à des comportements à hauts risques et de stabiliser son état de santé et dans le domaine social avant d'aborder le côté physique de sa dépendance. Le traitement de substitution est considéré en général pour des toxicomanes qui ont du mal à cesser leur usage de drogue et à se sevrer complètement. Les substances de substitution devraient avoir une durée d'action ou de demi-vie plus longue que la drogue qu'ils remplacent afin de repousser l'urgence d'un sevrage et de réduire la fréquence des prises. Ceci permet au patient de se concentrer sur des activités de la vie quotidienne sans ressentir le besoin d'obtenir ou de consommer de la drogue. De plus, le fait de remplacer une drogue illicite par une substance prescrite aide à briser les liens avec les activités criminelles et à changer de style de vie.

Un traitement de qualité devrait être:

- continu (sans ruptures), en accord avec les traitements d'autres maladies chroniques (comme un traitement antiviral ou antirétroviral);
- capable d'aborder les nombreux problèmes représentant des risques de rechute, comme certains symptômes médicaux et psychiques, ainsi que l'instabilité sociale;

- bien intégré dans la société pour permettre un bon suivi et pour prévenir les rechutes.

Les bonnes pratiques de traitement de substitution possèdent également les caractéristiques suivantes:

- disposer d'une durée de traitement adéquate;
- disposer de liens étroits avec les services locaux de soins et d'aide aux toxicomanes;
- proposer des formations professionnelles continues aux médecins et soignants impliqués;
- prendre en compte les opinions personnelles des détenus.

Comme signalé par la prise de position commune de l'OMS/ONUDD/ONUSIDA (2004) sur les traitements de substitution, «il n'existe pas de traitement unique efficace pour tout individu, c'est pourquoi les services devraient être suffisamment variés et flexibles pour répondre aux besoins des patients, à la gravité de leur dépendance, aux circonstances personnelles, à leur motivation et façon de réagir au traitement. Afin de gérer de façon rationnelle la dépendance aux opiacés, il faut combiner de façon équilibrée thérapie médicamenteuse, psychothérapie, réhabilitation sociale et psychologique et interventions de réduction de risques. »

Pour permettre l'équivalence des soins entre milieu carcéral et milieu libre, il faudrait transférer cette diversité d'approches de traitements susmentionnée en milieu carcéral.

## **2.1 Les objectifs principaux du traitement de substitution**

Même si le but final du traitement est d'amener le patient à arrêter l'usage de drogues, les objectifs principaux du traitement de substitution sont fondés sur des notions de santé publique et de réduction des dommages. Ces objectifs sont les suivants:

- Aider des personnes à rester en bonne santé jusqu'à ce qu'elles puissent, avec le soutien et les soins nécessaires, vivre sans drogue, ou, si elles ne peuvent ou

ne veulent arrêter le traitement, leur permettre de le continuer pour des années ou leur vie entière;

- Réduire l'usage de drogues illicites ou pas prescrites;
- Faire face à des problèmes liés au mésusage de drogues;
- Réduire les dangers associés au mésusage de drogues, en particulier le risque de transmettre le VIH, les hépatites B et C et d'autres infections transmises par le sang en injectant des drogues et en partageant le matériel d'injection;
- Réduire la durée des périodes de mésusage;
- Réduire les risques de rechutes;
- Réduire la nécessité de financer le mésusage de drogues par des actes criminels;
- Stabiliser de façon adéquate l'état du patient avec une substance de substitution afin de soulager les symptômes de sevrage;
- Améliorer en général le fonctionnement personnel, social et familial du patient;
- Réduire le risque de mortalité liée à l'usage de drogues, en particulier lors de la sortie de prison.

## 2.2 La preuve de l'efficacité du traitement de substitution<sup>5</sup>

La forme la plus courante de traitement de substitution est celui par la méthadone. La méthadone est utilisée pour traiter des dépendances à l'héroïne et à d'autres opiacés depuis des dizaines d'années. La buprénorphine, développée plus récemment, est également d'usage courant dans certains pays (pour plus de détails concernant les médicaments de substitution, voir chapitre 2.9). Il a été prouvé que les deux substances permettent de diminuer considérablement le risque d'infection par le VIH en réduisant l'injection de drogues et en améliorant la santé et la qualité de vie des personnes dépendantes des opiacés.

Depuis le milieu des années 1990, les traitements de substitution se sont rapidement multipliés en milieu libre. De nos jours, plus d'un demi million de toxicomanes reçoivent un traitement de substitution dans le monde entier. Les traitements de substitution se sont multipliés dans l'Union Européenne surtout dans les derniers 5 à 10 ans. Aujourd'hui, tous les pays de l'UE proposent des traitements de substitution, bien que le

---

<sup>5</sup> Stallwitz & Stöver 2007

nombre, la pratique, l'accès et la qualité des traitements varient fortement d'un pays à l'autre. Le traitement de substitution sous ces différentes formes est devenu une mesure largement reconnue de réduction des dommages et de traitement des personnes dépendantes aux opiacés en milieu libre (Conseil de l'Europe, 2001).

Dans une prise de position jointe, l'OMS, l'ONU DC et l'ONUSODA (2004) affirment que:

"Substitution maintenance therapy is one of the most effective treatment options for opioid dependence. It can decrease the high cost of opioid dependence to individuals, their families and society at large by reducing heroin use, associated deaths, HIV risk behaviours and criminal activity. Substitution maintenance therapy is a critical component of community-based approaches in the management of opioid dependence and the prevention of HIV infection among injecting drug users."

La prescription d'un traitement de substitution et l'administration d'agonistes opiacés à des personnes dépendantes aux opiacés, dans le cadre de pratiques médicales reconnues et approuvées par les autorités compétentes, est en accord avec la Convention Unique sur les Drogues Narcotiques de 1961 et la Convention sur les Substances Psychotropes de 1971.

De nombreuses études montrent l'efficacité des traitements de substitution pour réduire le comportement très risqué que représente l'usage de drogues injectables et pour diminuer le risque de contracter le VIH. Le traitement de substitution est le traitement le plus efficace disponible actuellement pour les usagers de drogues injectables dépendants de l'héroïne quant à la réduction du taux de mortalité (le taux de mortalité des personnes dépendantes à l'héroïne suivant un traitement de substitution étant trois à quatre fois plus bas que le taux de ceux n'en suivant pas), de la consommation d'héroïne et des actes criminels. Les toxicomanes, qui sont fortement impliqués dans des actes criminels avant de commencer un traitement, voient ceux-ci diminuer de moitié après un an de substitution par la méthadone. Les bienfaits sont les plus grands pendant et directement après le traitement, mais des améliorations importantes s'installent à plus long terme, surtout en ce qui concerne le comportement criminel lié à l'usage de drogues.

La plupart des réserves émises au sujet des traitements de substitution ont été montrées sans fondement. En particulier, les traitements de substitution ne se sont pas révélés être des obstacles pour cesser l'usage de drogues, mais, au contraire, ils ont été prouvés être plus efficaces que les mesures de détoxification pour favoriser

l'adhérence aux traitements de la toxicomanie et l'abstinence de l'usage illégal de drogues. En ce qui concerne les coûts, le traitement de substitution est une méthode plus efficace que d'autres mesures de soins, telles que le traitement d'une hypertension grave ou d'une infection par le VIH et SIDA. Selon plusieurs estimations prudentes, chaque euro investi dans un traitement de substitution peut rapporter entre quatre et sept euros en retour en diminuant les actes criminels liés à l'usage de drogues, les coûts de justice pénale et dus aux vols. Si l'on ajoute les économies faites dans le domaine des soins, les économies totales peuvent dépasser les coûts de traitements avec un rapport 12 :1. Les usagers de drogues injectables (UDI) qui ne suivent pas un traitement de substitution ont un risque jusqu'à six fois plus élevé de contracter le VIH que les UDI adhérant à un tel traitement (National Institute on Drug Abuse, 2000).

Enfin, les personnes suivant un traitement de substitution et qui sont forcées de sevrer de la méthadone lors d'une incarcération, reprennent souvent l'usage de narcotiques, et cela souvent en milieu carcéral et souvent par injection. C'est pourquoi il est vivement recommandé de permettre aux détenus qui suivaient un traitement de substitution avant leur incarcération de le continuer en milieu carcéral (ONU DC, ONUSIDA et OMS, 2006).

En milieu carcéral comme à l'extérieur, le traitement de substitution, si disponible, permet de réduire l'usage de drogues injectables et le partage du matériel d'injection. Un document de l'OMS publié en 1993 (Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons, WHO, 1993) fait la recommandation suivante: "Les détenus suivant un traitement de substitution par la méthadone avant leur incarcération devraient avoir la possibilité de continuer ce traitement en milieu carcéral. Les pays dans lesquels une substitution par la méthadone existe en milieu libre pour les personnes dépendantes aux opiacés devraient aussi proposer un tel traitement en détention. » De la même façon, la Déclaration de Dublin sur le VIH/SIDA dans les Prisons en Europe et en Asie Centrale (Lines et al., 2004) affirme:

**Article 1: Prisoners have a right to protect themselves against HIV infection**

Prisoners living with HIV/AIDS have a right to protect themselves from re-infection and/or coinfection with hepatitis C and/or TB. Therefore, States have a responsibility to provide free access to methadone and other substitution treatments to prisoners in those countries where these treatments are provided in the community. This must include both the ability of people who are already on such a treatment to continue it when incarcerated and the ability to initiate substitution treatment during incarceration. Countries that have not legalised or implemented substitution treatments should do so.

Dans le monde entier, un nombre croissant de systèmes pénitentiaires dispensent des traitements de substitution aux détenus, comme c'est le cas en Australie et au Canada, partiellement aux Etats-Unis d'Amérique, dans la plupart des pays de l'Union Européenne et dans d'autres pays comme l'Indonésie et la République Islamique d'Iran. En Espagne, 18% de tous les prisonniers, ou 82% des détenus toxicomanes, suivent ce traitement.

Les traitements de substitution existent également dans des prisons des nouveaux Etats Membres de l'UE, bien qu'ils ne soient souvent limités et ne permettent seulement de survenir aux besoins d'une minorité de détenus concernés. Enfin, un nombre croissant de systèmes pénitentiaires dans la partie orientale de la Région Européenne de l'OMS a commencé des traitements de substitution, comme c'est le cas en République de Moldavie ou au Kirghizistan, mais un tel traitement n'est pas disponible dans les prisons des autres pays de cette région. Dans un premier temps, l'accès au traitement de substitution en milieu carcéral était souvent limité aux détenus ayant le VIH ou d'autres maladies infectieuses ou aux femmes enceintes. L'accès au traitement de substitution reste en général insuffisant et la qualité de ces traitements n'atteint pas le niveau des soins disponibles en milieu libre. Dans de nombreux pays, il est encore probable que le traitement de substitution soit arrêté lorsque le patient rentre en prison. Un écart persiste entre ceux qui ont besoin d'un traitement de substitution et ceux qui en reçoivent.

Certains systèmes pénitentiaires hésitent encore à proposer des traitements de substitution ou à en étendre l'accès aux détenus qui ne recevaient pas un tel traitement avant leur incarcération. Certains considèrent la méthadone ou la buprénorphine comme étant simplement des drogues psychotropes parmi d'autres, dont la consommation ne fait que retarder le développement personnel nécessaire pour rompre avec une existence centrée sur la drogue. D'autres sont opposés au traitement de substitution pour des raisons morales, argumentant qu'il ne fait que remplacer la drogue de dépendance. Les opposants au traitement de substitution argumentent encore ainsi:

- Le milieu carcéral est supposé être sans drogue;
- La drogue de substitution pourrait être détournée ou vendue;
- Ils ne considèrent pas la toxicomanie comme étant une maladie chronique;

- Le manque de locaux, de ressources et de personnel dans de nombreuses prisons;
- Les coûts d'un traitement de substitution et l'organisation supplémentaire nécessaire à sa mise en place;
- La peur que le traitement de substitution pourrait déstabiliser la prison.

Le meilleur moyen de surmonter cette réticence est de répéter patiemment et de façon persistante les avantages solidement fondés que le traitement de substitution peut apporter tant aux détenus qu'à l'institution pénitentiaire dans son ensemble. Le personnel soignant spécialisé doit se rendre compte que le reste du personnel pénitentiaire (médical et administratif) n'est souvent pas informé de la nature récurrente et persistante d'une toxicomanie. De plus, une personne non informée pense souvent qu'un traitement de substitution a plutôt tendance à empirer les problèmes de santé et sociaux liés à la toxicomanie. C'est pourquoi le spécialiste devrait écouter et comprendre les inquiétudes de ses collègues, tout en continuant d'éduquer et de défendre les toxicomanes, qui méritent un tel traitement tant efficace qu'efficient et permettant d'améliorer et d'allonger leur vie.

Certains détenus hésitent également à suivre un traitement de substitution en milieu carcéral, soit parce qu'ils ne sont pas informés des avantages que peut leur apporter un tel traitement, soit parce qu'ils veulent cacher leur toxicomanie (ils ont par exemple peur d'être victimes de préjugés et de traitements injustes en tant que toxicomane), ce qui serait impossible s'ils participaient à un traitement de substitution.

S'il existait d'autres méthodes permettant de parvenir à une abstinence durable d'une manière aussi certaine et efficace que le traitement de substitution, elles seraient en effet préférables. Néanmoins, de telles alternatives n'existent pas (Dolan & Wodak, 1996).

"The majority of heroin-dependent patients relapse to heroin use after detoxification; and few are attracted into, and retained in drug-free treatment long enough to achieve abstinence. Any treatment (such as substitution treatment) which retains half of those who enrol in treatment, substantially reduces their illicit opioid use and involvement in criminal activity and improves their health and well-being is accomplishing more than "merely" substituting one drug of dependence for another."

Ces dernières années, des évaluations de traitements de substitution en milieu carcéral ont fourni des preuves solides de leurs effets bénéfiques. Des études ont montré que, si la posologie était adéquate (au moins 60 mg de méthadone) et la durée du traitement couvrant celle de la détention, de tels traitements réduisent l'usage de drogues injectables et le partage du matériel d'injection et, par conséquent, la transmission du VIH et d'autres infections transmises par le sang. De plus, le traitement de substitution a des avantages supplémentaires, qui sont valables tant pour la santé du détenu participant que pour la population carcérale dans son ensemble et la population générale:

- Un traitement de substitution a une influence positive sur le comportement institutionnel en réduisant le comportement en quête de drogues et en améliorant ainsi la sécurité pénitentiaire. Les systèmes pénitentiaires proposant des traitements de substitution bénéficient, entre autres, d'une diminution des symptômes de sevrage à l'admission (qui sont souvent accompagnés de tentatives de blessures volontaires et même de suicides), d'une diminution des sentiments d'anxiété lors de l'admission, d'une réduction du trafic de drogues et d'une meilleure productivité des détenus concernés.
- Le taux de récidivisme est bien plus bas parmi les détenus suivant un traitement de substitution.
- Un toxicomane ayant suivi un traitement de substitution pendant sa détention aura beaucoup plus de facilités d'intégrer et d'adhérer à un traitement après sa sortie comparé à un toxicomane ayant suivi une détoxification en détention.
- Bien que les administrations pénitentiaires invoquent souvent dans un premier temps des soucis de sécurité, de comportements violents et de détournement de drogues prescrites, tous ces problèmes apparaissent en fait moins souvent dans le cas de mise en place de traitements de substitution.
- Tant les détenus que le personnel pénitentiaire parlent des effets positifs du traitement de substitution pour la vie en prison.
- Le traitement de substitution permet un contact journalier entre les services de soins et les patients en détention, une relation qui peut servir de base pour aborder d'autres problèmes de santé et être un lien avec d'autres stratégies pour prévenir la transmission du VIH.
- Il est prouvé qu'une rupture abrupte d'un traitement de substitution lors de l'incarcération augmente le risque de blessures volontaires et de suicide.

Au Canada, le système pénitentiaire fédéral a élargi l'accès aux traitements de substitution par la méthadone après qu'une évaluation ait démontré qu'un tel traitement avait une influence positive sur le taux de récidivisme suivant la libération (moins de réincarcérations). Les détenus suivant un tel traitement auraient moins tendance à commettre des crimes et à retourner en prison. C'est un aspect très important puisque le coût d'un traitement de substitution en milieu carcéral peut être compensé par les économies faites si un ancien détenu arrive à rester à long terme en milieu libre grâce à un tel traitement.

En outre, un traitement de substitution durant la détention permet de réduire le risque de surdose immédiatement après la sortie de prison (Dolan et al, 2005, *follow-up randomised controlled trial: no deaths post-release in methadone maintenance treatment group, 17 deaths in control group*). De nombreux détenus reprennent l'usage de drogues injectables après leur sortie de prison, avec un risque accru de surdose fatale dû à une tolérance aux opiacés réduite. De nombreuses études ont relevé un nombre élevé de morts durant les premières semaines suivant la sortie de prison, qui sont attribuées à des surdoses de drogues. A la suite d'une étude britannique portant sur 51.590 détenus sortant de prison (Farrell & Marsden 2005), on a estimé que près de 35% des décès liés à l'usage de la drogue chez les hommes et 12% de tous les décès liés à l'usage de la drogue chez les femmes sont ceux de détenus récemment sortis de prison. Ceci souligne l'utilité et la nécessité de la continuité des soins aux toxicomanes en milieu carcéral, afin d'éviter de telles situations à risques, et souligne également l'importance des traitements de substitution, non seulement en tant que stratégie pour prévenir la transmission du VIH, mais aussi pour réduire les morts liées à une surdose peu après la sortie de prison.

En résumé, cette preuve et l'importance de l'équivalence des soins et traitements dispensés en milieu carcéral et à l'extérieur, sont des arguments de force en faveur de la mise en place de traitements de substitution par les systèmes pénitentiaires.

L'encadré suivant donne un exemple d'instructions pour le traitement de toxicomanes et Slovénie (Kastelic et al., 2001).

### **Instructions générales pour le traitement de toxicomanes en prison en Slovénie**

Les services de soins pour personnes en prison ou maison correctionnelle devraient être équivalents à ceux dispensés à l'extérieur du système de justice pénale.

L'indépendance professionnelle du personnel soignant et du personnel de sécurité est primordiale.

Il faut établir une collaboration étroite entre les services de soins en milieu carcéral et en milieu libre.

Les toxicomanes doivent avoir accès à plusieurs options de traitement lors de leur entrée en prison (programme de réduction des dommages, traitement de substitution, détoxification ou traitement non médicamenteux).

Ils doivent avoir la possibilité de suivre un traitement dispensé par des services extérieurs.

## **2.3 Traitement efficace**

Pour être efficace, un traitement de substitution, comme tout autre traitement, doit être:

- basé sur les besoins des détenus;
- dispensé pendant une durée adéquate et avec une posologie adaptée à l'individu concerné;
- dispensé de façon continue, durant la détention et suivant la libération.

Comme mentionné ci-dessus, un traitement efficace est très bénéfique et permet aux patients de vivre mieux et plus longtemps: en réduisant le risque d'infection, en particulier du VIH et des hépatites; en permettant l'abstinence ou de stabiliser l'usage de drogues; en stabilisant leur vie sociale; en améliorant leur état de santé et en réduisant les actes criminels. Le traitement de substitution est également bénéfique à la société, en améliorant la santé publique, réduisant le nombre d'urgences et d'hospitalisations, diminuant le risque de transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses, baissant les coûts de services sociaux et enfin, en réduisant les coûts du système de justice pénale.

Les traitements de substitution ont des durées, posologies et plans variables. Bien qu'il soit prouvé (Zickler, 1999) que le traitement de substitution, en particulier par la méthadone, soit plus efficace lorsque la posologie du substituant prescrit est élevée, de nombreux traitements visent une détoxification à court terme avec une posologie décroissante.

L'application du traitement de substitution sous la forme d'une détoxification limite ses possibilités thérapeutiques. Un traitement de substitution a pour but une stabilisation de la santé et une réhabilitation sociale. Comme évoqué dans la prise de position commune déjà mentionnée (OMS, ONUDC et ONUSIDA, 2004), pour la plupart des personnes dépendantes aux opiacés,

“...the threshold of significant improvement is reached after about three months in treatment, with further gains as treatment is continued. Because people often leave treatment prematurely, and premature departure is associated with high rates of relapse into drug use, programmes should include strategies to engage and keep patients in treatment. Many patients need several years in treatment.”

En 1990, le Bureau Régional pour l'Europe de l'OMS suggéra des termes standardisés pour le traitement de substitution par la méthadone, divisés en quatre catégories:

- détoxification à court terme: posologie dégressive d'une durée égale ou inférieure à un mois;
- détoxification à long terme: posologie dégressive d'une durée supérieure à un mois;
- traitement de substitution à court terme: posologie stable de durée égale ou inférieure à six mois;
- traitement de substitution à long terme: posologie stable de durée supérieure à six mois.

De plus, il est important de faire la distinction entre les traitements à bas seuil d'exigence (accès facile) et ceux à haut seuil d'exigence (accès limité). La distinction entre ces deux types de traitements peut être résumée comme suit.

Traitements à bas seuil d'exigence	Traitements à haut seuil d'exigence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils sont d'accès facile;</li> <li>• Ils suivent un objectif de réduction des dommages;</li> <li>• Leur but principal est de soulager les symptômes de sevrage et l'état de manque, ainsi que d'améliorer la qualité de vie des toxicomanes;</li> <li>• Ils proposent toute une gamme d'options thérapeutiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils sont plus difficile d'accès et peuvent avoir des critères de sélection à l'entrée;</li> <li>• Ils visent l'abstinence (par exemple l'abstinence de méthadone);</li> <li>• Ils n'ont pas d'options thérapeutiques flexibles;</li> <li>• Ils pratiquent des contrôles urinaires réguliers;</li> <li>• Ils ont une pratique d'exclusion stricte (l'usage illégal d'opiacés n'est pas toléré);</li> <li>• Ils imposent une assistance psychologique et une psychothérapie (obligatoires).</li> </ul>

La notion de "à bas seuil d'exigence" ne doit être considérée comme étant synonyme de « basse qualité ». En général, les traitements à bas seuil d'exigence réussissent mieux à réduire les dommages, tant pour le toxicomane que pour la société, en facilitant l'accès et l'adhérence des patients au traitement. Pour ceux ayant un mode de vie chaotique, de tels traitements entraînent de meilleurs résultats, et correspondent ainsi aux objectifs du traitement de substitution.

#### **2.4 Le traitement de substitution est plus efficace que d'autres formes de traitement**

La mise en place de traitement de substitution par la méthadone en milieu carcéral a été contestée par certains. Ceux-ci considèrent la méthadone comme étant une drogue psycho active parmi d'autres, dont la consommation ne fait que retarder le développement personnel nécessaire pour rompre avec une existence centrée sur la drogue. D'autres sont opposés au traitement de substitution pour des raisons morales, arguant qu'il ne fait que remplacer la drogue de dépendance. Cependant, des études ont montré qu'un traitement de substitution par la méthadone est plus efficace qu'une détoxification pour favoriser l'adhérence au traitement, une réduction de décès liés à l'usage de drogues et l'abstinence de drogues illicites. Certains ont émis des doutes quant à la faisabilité de la réalisation de tels traitements en milieu carcéral, mais l'expérience a montré que ces difficultés peuvent être surmontées.

L'application du traitement de substitution sous forme de détoxification limite son potentiel thérapeutique. Un traitement de substitution ayant pour but de stabiliser l'état de santé et de faciliter la réintégration sociale demande plus de temps.

Etant donné la nature chronique d'une dépendance aux opiacés, le traitement de substitution peut être comparé à d'autres traitements soignant efficacement des maladies chroniques avec rechutes graves telles l'hypertension et le diabète. En effet, ces maladies, comme la dépendance aux opiacés, sont chroniques, exigent des soins quotidiens, et ont un risque élevé d'effets indésirables en cas de rupture du traitement.

C'est un fait reconnu que la toxicomanie est une perturbation chronique, qui risque de réapparaître même après une longue période de convalescence, et qu'un traitement efficace doit être de nature continue. Malgré cela, le traitement d'une toxicomanie consiste trop souvent en de multiples épisodes de soins de courte durée, plutôt qu'un plan de traitement continu et à long terme, sur lequel le médecin et le patient se sont mis d'accord.

## **2.5 Critères et plan de traitement**

Deux critères diagnostiques acceptés sur le plan international définissent la toxicomanie: la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (ICD-10, WHO, 1992) et la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV, American Psychiatric Association, 1994).

Le traitement de substitution par opiacés ne devrait être prescrit qu'à des personnes dont les critères cliniques correspondent à ceux d'une dépendance aux opiacés. Cependant, des règlements restrictifs concernant l'admission et les critères de participation à un traitement de substitution sont inefficaces quant à l'accès au traitement et la prévention de la transmission du VIH et des hépatites. Des décisions concernant la posologie ou la durée maximale du traitement sont à prendre par le médecin, basées sur son jugement clinique et sur l'évaluation du patient.

En principe, toute personne dépendante des opiacés, qui a d'un traitement et exprime le désir de suivre un traitement de substitution, peut parvenir à stabiliser son état à l'aide d'un tel traitement, après une évaluation adéquate et la mise en route du traitement. Cependant, il est recommandé de prendre en compte le nombre de places de traitement disponibles lorsqu'on établit des critères d'admission. L'âge du toxicomane, la durée de la toxicomanie, la santé physique et psychique et la motivation individuelle du toxicomane devraient être pris en compte. Il faut donner la priorité à certains groupes, tels les femmes enceintes ou les personnes atteintes du VIH ou d'autres maladies. Néanmoins, il ne devrait pas y avoir l'obligation de faire un test d'anticorps au VIH. De plus, étant donné l'augmentation de décès liés à l'usage de drogues peu après la sortie de prison, due à la reprise de la consommation de drogues après une période d'abstinence ou d'usage réduits (durant lesquelles la tolérance aux opiacés a diminué), un traitement de substitution devrait être prescrit en priorité aux détenus sur le point d'être libérés.

Le plan individuel de traitement dépend des objectifs du traitement, qui sont fixés sur la base des ressources disponibles, des besoins et vœux du patient et des opinions professionnelles du médecin. En établissant un plan de traitement, il faut considérer les points suivants:

- les buts du patient;
- les circonstances actuelles;
- les ressources disponibles;
- les résultats de traitements précédents;
- des points de repères concernant la sécurité, l'efficacité et l'efficience.

La dépendance aux opiacés est liée à une série de problèmes médicaux, légaux et psychosociaux. Un traitement de substitution est indiqué lorsqu'il est probable qu'il permette de réduire les dommages individuels et sociaux liés à l'usage d'opiacés. Des problèmes supplémentaires devraient être abordés dès le début, soit dans le cadre du traitement, soit par l'envoi à un service compétent.

## 2.6 Risques et limites du traitement

Le plus grand risque de la méthadone et d'autres agonistes opiacés est la surdose, qui peut être fatale. Une étude a montré (Verster & Buning, 2003) que le plus haut risque de surdose se situe au moment où le traitement est commencé. C'est pourquoi, il est recommandé de commencer par des doses faibles. Cependant, une fois qu'on a atteint une posologie stable (après environ deux semaines), le risque de décès lié à une surdose est fortement réduit comparé au risque avant le traitement.

Il y a d'autres aspects négatifs du traitement de substitution. Le plus important est le fait que, dans la plupart des cas, une personne doit suivre le traitement pendant une longue période. Cet aspect de long terme a une influence négative sur les dépenses publiques et sur la personne en tant qu'individu. Le toxicomane devient un patient à long terme qui dépend des médicaments et souvent aussi de la personne qui les prescrits. Dans certains cas, cette dépendance peut mener à une attitude passive, avec laquelle le patient atteint un état « d'impuissance acquise » et joue le « rôle du malade ».

De plus, la dépendance des médicaments et les stigmates lui étant associés peuvent entraîner des difficultés lorsque le patient veut déménager d'un endroit à l'autre ou simplement voyager et lorsqu'il prend son médicament avec lui après avoir quitté la prison.

Le patient doit être informé avant de commencer le traitement des effets négatifs qui peuvent être graves et peuvent apparaître au cours du traitement, afin qu'il puisse donner son accord en toute connaissance de cause (*give informed consent to treatment*). Malgré tout, les avantages du traitement de substitution priment clairement sur ces effets négatifs possibles, tant pour l'individu que pour la société.

## 2.7 Toxicomanie multiple

Des protocoles et des recommandations clairs et transparents doivent être utilisés au cas où le détenu consomme plusieurs autres drogues lors de son incarcération.

En particulier, les benzodiazépines, les barbituriques et l'alcool présentent des risques graves pour la santé lors d'un traitement de substitution. Dans de tels cas, il faudrait discuter de façon approfondie la continuation du traitement de substitution au cas par cas. Les options diverses devraient être considérées idéalement au sein d'une équipe multidisciplinaire et (si disponible) avec le service d'assistance aux toxicomanes de la prison, et des plans et des objectifs devraient être déterminés et consentis pour le futur.

## **2.8 Normes nationales de traitements en milieu carcéral**

Afin d'harmoniser les traitements de substitution en milieu carcéral dans l'ensemble d'un pays, il est primordial d'avoir des normes comparables de traitements en milieu carcéral. C'est particulièrement important d'avoir de tels règlements comparables lorsqu'un détenu est transféré d'une prison à une autre.

## 2.9 Médicaments de substitution

**Tableau 2: Description des médicaments de substitution**

Médicament	Fréquence	Posologie optimale recommandée	Voie d'administration	Risque de surdose	Sevrage	Remarques
Méthadone	toutes les 24 heures	60-120 mg/jour	orale (sirop, comprimés); injectable	+++	+++	posologie optimale selon le patient: elle peut être <60 mg or >120 mg selon des variations individuelles.
Buprénorphine Buprénorphine + Naloxone (rapport 4:1)	toutes les 24 ou 48 ou 72 heures	8-24 mg/jour	sublinguale	+ (avec des drogues supplémentaires)	+	début 6–8 heures après la dernière prise d'héroïne ou lors de l'apparition de symptômes de sevrage. Si la personne utilisait auparavant de la méthadone, celle-ci doit être réduite progressivement jusqu'à 30 mg/jour et la buprénorphine peut être administrée 48 heures après la dernière prise de méthadone ou lors de l'apparition des symptômes de sevrage.
Morphine à libération modifiée	toutes les 24 heures	300-1200 mg/jour	orale (capsules)	+++	++(+)	disponible dans certaines prisons dans lesquelles l'utilisation de méthadone ou de buprénorphine est contre-indiquée
Diamorphine	2-3 fois toutes les 24 heures	400-700 mg/jour	injectable fumable	+++	+++	seulement disponible pour des essais cliniques
Levo-alpha-acétylméthadol (LAAM)	toutes les 48-72 heures	70-120 mg 3 fois par semaine	orale	+++	+++	pas disponible en UE et doutes concernant la sécurité
Levo-méthadone	toutes les 24 heures	40-60 mg/jour	orale (sirop)	+++	+++	seulement disponible en Allemagne
Codéine			orale (sirop, comprimés)	++	+++	seulement en Allemagne pour traitement de substitution

Source: adaptation des *Lignes directrices pour le traitement à la méthadone* (Verster & Buning, 2000).

En milieu carcéral, les protocoles et pratiques du traitement de substitution sont souvent plutôt orientés vers les besoins et exigences de l'institution que selon les besoins et les vœux du patient en tant qu'individu. Par exemple, l'administration surveillée de la buprénorphine (sublinguale), durant à peu près cinq minutes, est considérée comme prenant bien trop de temps. Par conséquent, on prescrira plutôt de la méthadone.

Les toxicomanes pourraient se plaindre des changements de leurs médicaments de substitution et perçoivent une pratique de deux mesures entre milieu carcéral et milieu libre. Lors du remplacement d'une substance de substitution par une autre, il est primordial de clairement communiquer avec le détenu concerné.

### **2.9.1 La méthadone**

La méthadone (chlorhydrate de méthadone) est la drogue de substitution la plus utilisée en milieu libre et en milieu carcéral. C'est un agoniste opiacés synthétique qui a effet semblable à celui de la morphine chez les humains. La méthadone est bien absorbée par le tractus gastro-intestinal, quelque soit le type de préparation (sirop ou comprimés). Il a une très bonne biodisponibilité de 80-95%. La demi-vie d'élimination estimée de la méthadone est de 24-36 heures, avec une variation considérable entre individus (10 to 80 heures). Ce profil pharmaceutique fait de la méthadone un médicament opiacé de substitution utile, puisqu'elle permet une administration orale, une posologie journalière unique et d'atteindre des niveaux équilibrés de plasma après administration répétée, sans l'apparition de symptômes de sevrage aux opiacés durant un intervalle de prise d'un jour habituellement.

Certains patients ont des effets secondaires. Les effets secondaires les plus courants sont une transpiration accrue, une constipation et des troubles de sommeil, une libido diminuée, une capacité de concentration réduite, ainsi qu'une tendance de prendre du poids. De tels effets secondaires indésirables apparaissent au début du traitement et s'atténuent à la longue. Chez certains patients, ces effets secondaires persistent durant de longues périodes de traitement, mais restent pour la plupart sans conséquences médicales. En tout, ces effets secondaires affectent moins de 20% des patients suivant un traitement de substitution par la méthadone.

La méthadone est un médicament sûr, sans effets physiques ou physiologiques délétères durables. Contrairement à ce que l'on pense, la méthadone n'a pas d'effets nuisibles directs sur les os, les dents ou les organes (les opiacés limitent la production de salive, ce qui à son tour peut favoriser les caries dentaires). Cependant, pour certains patients, la détoxification de la méthadone peut s'avérer difficile et prolongée.

La méthadone est un médicament bon marché; elle est facile à délivrer au détenu et la prise peut être facilement surveillée. Dans la plupart des cas, les patients sont peu informés au sujet de la drogue de substitution. Ceci peut être dû au fait suivant: le personnel soignant suppose que les usagers de drogues expérimentés savent déjà tout sur ces substances. Ce n'est cependant pas toujours le cas.

## Méthadone: ce que le personnel soignant doit savoir

### Remarques générales

La méthadone, qui est permise dans la plupart des cas par les lois et règlements locaux, devrait être prescrite dans le même cadre de normes professionnelles et éthiques appliquées à tous les autres services de soins. Les soignants devraient favoriser l'utilisation d'une gamme variée d'approches et de sources de traitements et favoriser l'envoi et le transfert de toxicomanes vers d'autres services à leur demande.

Le vaste ensemble d'expériences acquises lors de l'utilisation de la méthadone dans le traitement des dépendances aux opiacés doit être consulté le plus possible. Il est accessible au travers de la littérature professionnelle, de l'Internet et de consultations directes auprès de collègues. Le traitement de substitution par la méthadone – même si suivi pendant des dizaines d'années – ne cause d'effets adverses sur aucun organe du corps.

La vie du patient peut être chaotique au début du traitement, ce qui justifie un degré relativement plus élevé de contrôle et de structure. Toute restriction (concernant par exemple la délivrance du médicament à emporter lors d'une permission) devrait cependant être révisée continuellement et relâchée ou supprimée lorsque le patient s'est stabilisé.

### Posologie

*En général: commencer bas, y aller lentement – mais viser haut*

- Important: ne pas faire de mal au patient! Les estimations du degré de dépendance et de tolérance ne sont pas fiables et ne devraient jamais servir de base pour la posologie de départ de la méthadone, au risque de provoquer une surdose au cas où l'estimation était erronée.
- Il n'y a pas de valeur morale liée avec des doses « élevées » ou « basses »,
- La méthadone ne devrait pas être donnée comme « récompense », ni refusée en tant que « punition »

*En particulier*

- Les posologies initiales ne devraient pas dépasser 30 mg. Certaines recommandations nationales (par ex.: au Royaume Uni) se situent en dessous de cette dose (posologie de départ: 10-20 mg) si la tolérance aux opiacés est basse ou incertaine. Pour les détenus qui sont peut-être naïf aux opiacés, une dose de 10 mg toutes les 6 heures est préférable et recommandée lors de l'ajustage de la posologie (tant lors de l'admission en prison que lors de la prescription d'un traitement de substitution à des usagers d'opiacés abstinents avant leur sortie de prison).
- La posologie devrait être augmentée et réduite de façon progressive. Tant pour des raisons de sécurité que de confort, des changements minimes (tels que 5 mg à la fois) à de larges intervalles (tels que tous les cinq jours) devraient être utilisés lorsque le patient reçoit une posologie relativement basse (moins de 60 mg par jour), alors que des changements plus importants et plus fréquents (tels que 10 mg tous les trois jours) sont en général plus sûrs à des niveaux plus élevés.
- En général, une posologie de substitution plus élevée mène à de meilleurs résultats thérapeutiques; la posologie d'efficacité optimale pour la plupart des patients se situe entre 60 et 120 mg par jour.
- Dans le cas de plaintes subjectives, que « l'effet de la méthadone de dure pas », on peut répartir la dose journalière en plusieurs prises, ainsi qu'augmenter la posologie journalière. Ceci peut être particulièrement important pour des femmes enceintes ou des personnes suivant un traitement antirétroviral.

### Services auxiliaires

- Tant mieux si l'on peut proposer le plus possible de services auxiliaires, mais ils ne devraient pas être obligatoires.

- Un des obstacles majeurs à l'efficacité du traitement de substitution par la méthadone est le stigmate répandu lié à l'état de dépendance, à la personne suivant le traitement et au traitement lui-même. Les toxicomanes ont besoin d'aide pour faire face à ce stigmate et les soignants devraient chercher toutes les occasions possibles pour informer objectivement l'opinion publique et surtout leurs collègues des services de soins.

#### **Veiller à la continuité des soins**

- Dans la mesure du possible, il faut veiller à la continuité d'un traitement de substitution par la méthadone en faisant les arrangements nécessaires pour les patients entrant ou quittant une institution (telle la prison ou l'hôpital).
- A défaut de preuves détaillées de posologie élevée de méthadone prescrites par les services précédents, il faut suivre les recommandations de posologie pour les nouveaux toxicomanes.

#### **Toxicologie urinaire et sanguine (*serum methadone levels*)**

- Il faut décider si les coûts pour ces analyses ou d'autres tests en laboratoire sont justifiés ou ne devraient pas plutôt être investis dans l'amélioration des services de traitements, ce qui serait bénéfique à terme.
- La surveillance de l'acte d'urination est humiliante et nuit normalement à une bonne relation entre patient et médecin.
- Quelque soit le mode de prélèvement, on ne devrait pas se fier à des résultats d'analyses en laboratoire, si les observations cliniques les contredisent.

#### **Objectifs thérapeutiques**

- Les objectifs de traitement peuvent porter sur l'usage d'héroïne ou d'autres drogues, sur les comportements à risque quant au VIH, sur les relations, l'emploi, le logement, etc. En tout cas, ils doivent être déterminés en collaboration entre le médecin et le toxicomane et ne devraient normalement pas être imposés par le dispensateur du traitement.

#### **Accord donné par le patient informé (*Informed consent*) – Aspects spécifiques à un traitement de toxicomanie**

- Le toxicomane doit être informé au début du traitement des obligations que le médecin a envers l'état ou un autre tiers, tel que le tribunal, l'employeur, un membre de la famille, etc. Même s'il n'en est rien, dans de nombreux pays, les toxicomanes ne se fieront pas à la protection de leur confidentialité et, que cela soit justifié ou non, ceci peut influencer la relation thérapeutique.
- Il faut informer les toxicomanes des causes spécifiques de l'arrêt involontaire du traitement et des possibilités de contester une telle mesure. Les toxicomanes considérant d'arrêter volontairement le traitement doivent être informés des risques de rechute. Les patients ayant choisi d'arrêter volontairement le traitement devraient être encouragés à diminuer leur posologie à leur propre rythme plutôt que d'accepter une réduction imposée des intervalles d'administration.

**Source:** Newman (2003), légèrement modifié et adapté par les auteurs et les membres du comité de rédaction.

Comme déjà mentionné, les résultats de recherche ont prouvé unanimement les avantages considérables apportés par les traitements de substitution, soit par la méthadone, soit, plus récemment, par la buprénorphine.

Etant donné la valeur relativement élevée des drogues en prison, il est conseillé de surveiller l'administration de tout médicament de substitution à des patients en milieu carcéral. La présence d'un deuxième soignant ou autre personne responsable lors de l'administration peut servir à garantir la prise complète du médicament, qui ne pourra ainsi pas être détourné.

### **2.9.2 La buprénorphine**

La buprénorphine est un médicament prescrit ayant une activité d'agoniste opiacé plus faible que la méthadone. La buprénorphine n'est pas bien absorbée dans le cas d'une administration par voie orale. Par conséquent, le mode usuel d'administration en cas de traitement d'une dépendance aux opiacés est la voie sublinguale. En augmentant la posologie de buprénorphine, l'effet opiacé atteint un plateau. Ainsi, l'administration de buprénorphine provoque moins souvent une surdose que l'héroïne ou la méthadone, même si d'autres opiacés sont consommés parallèlement. L'efficacité de la buprénorphine est semblable à celle de la méthadone à des posologies adéquates, en termes de réduction de l'usage illicite d'opiacés et d'améliorations dans le domaine psycho social. Néanmoins, la buprénorphine entraîne des taux plus élevés d'interruption du traitement. C'est un médicament actuellement plus cher que la méthadone.

La buprénorphine est acceptable pour les usagers d'héroïne, a moins d'effets secondaires et entraîne des symptômes de sevrages relativement légers. Lorsqu'elle est utilisée pour le traitement de substitution de femmes enceintes ayant une dépendance aux opiacés, il semble y avoir une incidence moins élevée du syndrome de sevrage néonatal.

Le désavantage principal d'un traitement de substitution par la buprénorphine en milieu carcéral est que l'absorption sublinguale du comprimé peut prendre cinq à dix minutes et cela entraîne un risque de détournement et de vente du médicament. L'expérience

montre qu'une telle pratique peut placer le patient suivant un tel traitement à la merci d'actes de harcèlement et d'intimidation pour qu'il détourne son médicament. Dans certaines prisons, le médicament est écrasé avant d'être administré, en l'absence de preuve que cela nuit à la biodisponibilité de la drogue. Dans de nombreuses prisons, on surveille directement la prise sublinguale de la buprénorphine. Cependant, une telle pratique demande un temps considérable, celui de l'absorption sublinguale du médicament. Par conséquent, la prescription de Suboxone® comme alternative devient plus courante en milieu carcéral.

Suboxone® est un produit combinant de la buprénorphine avec une petite quantité de Naloxone (rapport 4:1), qui a été développé pour réduire le détournement et le mésusage potentiels. Le Naloxone est mal absorbé par voie sublinguale, ce qui limite son effet pharmacologique. Néanmoins, si le comprimé est écrasé et injecté par une personne dépendante aux opiacés, le Naloxone est biodisponible et peut provoquer de graves symptômes de sevrage des opiacés.

### **2.9.3 Morphine à libération modifiée**

La morphine à libération modifiée est considérée dans certains pays comme étant une précieuse contribution au traitement de substitution (Australie, Autriche, Bulgarie, Pays-Bas, Slovénie, Suisse et Royaume Uni). Certaines études indiquent que l'usage oral de morphine à libération lente, qui a moins d'effets secondaires, entraîne une amélioration du bien-être des personnes suivant un tel traitement comparé à celles suivant un traitement de substitution par la méthadone. En particulier, la morphine à libération modifiée est d'usage facile (une fois par jour), les patients peuvent mieux se concentrer, n'ont pas de troubles affectifs majeurs, ni de gain de poids, et rapportent une plus grande excitation.

Dispenser des soins individualisés en milieu carcéral représente un défi important. Le nombre élevé de toxicomanes ayant besoin d'un traitement dans un milieu dans lequel l'offre de drogues illicites est fortement réduite peut aboutir à la situation suivante: les protocoles et pratiques du traitement de substitution sont plus orientés vers les exigences de la direction de l'institution que vers les besoins et vœux de chaque patient. Par exemple, la surveillance de l'administration sublinguale de la buprénorphine prend en-

viron cinq minutes. Cette pratique prend beaucoup de temps et permet un détournement possible du médicament. C'est pourquoi, la méthadone est souvent prescrite en premier lieu en milieu carcéral. Certains patients peuvent percevoir une telle pratique comme n'étant pas équivalente aux soins dispensés en milieu libre. Ainsi, avant de remplacer un médicament de substitution par un autre, il faudrait en parler clairement avec le détenu.

#### **2.9.4 Traitement par antagoniste: Naltrexone**

Si une personne s'abstient de consommer des opiacés, un traitement par le Naltrexone peut être commencé en milieu carcéral, par exemple avant la sortie de prison. Naltrexone est un antagoniste opiacé pur et, en tant que tel, n'est pas considéré comme un agoniste de substitution. Cependant, on a beaucoup parlé de lui récemment, lors de son utilisation pour une détoxification ultra rapide sous anesthésie générale, pratique qui n'est pas sans risques pour le patient. En plus de cette utilisation, Naltrexone a aussi été utilisé pendant des décennies comme médicament de blocage des récepteurs à long terme dans les traitements de substitution.

L'antagoniste opiacé Naltrexone peut être utilisé comme une partie des programmes de prévention de rechutes. Une dose unique de Naltrexone se fixe aux sites récepteurs des opiacés dans le cerveau et bloque les effets de tout opiacé consommé dans les 24 heures ou peut être pris en double ou triple dose, trois fois par semaine. Cette substance ne provoque pas d'euphorie, de tolérance ou de dépendance. Les patients doivent en général s'être abstenus pendant 5-10 jours avant de commencer l'administration de Naltrexone (la durée de cette abstinence dépend de la demi-vie de l'opiacé consommé régulièrement avant de commencer Naltrexone).

Un numéro de la *Cochrane Review* sur l'efficacité du traitement de substitution par le Naltrexone (Kirchmayer et al., 2002; Minozzi et al., 2006) rapporte que cette efficacité n'est pas prouvée. Néanmoins, on a observé des bons résultats parmi certains groupes cibles, en particulier chez les personnes très motivées. L'efficacité du traitement par Naltrexone dépend clairement de l'observance du traitement (*Compliance*), de l'accompagnement psychologique et du soutien social, et de la motivation de prendre le médicament chaque jour ou tous les deux jours.

En résumé, les études ont montré que ce type de traitement est adéquat pour les toxicomanes très motivés, s'il est accompagné de thérapies psycho sociales.

## **3. Le traitement de substitution en milieu carcéral**

### **3.1 Initiation du traitement de substitution en milieu carcéral**

L'accès à un traitement de substitution par opiacés a toujours été limité en milieu carcéral. Cependant, le principe de l'équivalence aux soins proposés en milieu libre implique que le traitement de substitution devrait exister et être accessible à tout détenu selon ses besoins en soins. Etant donné que de nombreux détenus font une rechute immédiatement après leur libération, ils devraient pouvoir choisir en connaissances de causes entre la détoxification et la substitution.

Etant donné le grand risque de rechute dans le cas d'une dépendance aux opiacés, la détoxification n'est efficace que pour une minorité de toxicomanes et seulement à long terme. Les avantages des programmes de traitement de substitution peuvent être maximisés ainsi:

- Il faut favoriser l'adhésion des patients au traitement.
- Il vaut mieux prescrire des doses de méthadone plus élevées que plus faibles.
- Il est conseillé d'orienter les programmes vers la substitution plutôt que vers l'abstinence.
- Le patient doit pouvoir accéder à des services d'assistance ("counseling"), d'évaluation et de traitement des co-morbidités psychiatriques et des problèmes sociaux.
- Il faut renforcer l'alliance entre le médecin et le patient, afin de réduire l'usage de drogues supplémentaires.

### **3.2 Initiation du traitement**

Le traitement de substitution peut être commencé de préférence durant l'une des trois phases suivantes de la détention:

- directement après l'admission en prison
- durant la peine

- un certain temps avant la sortie.

Plusieurs études ont montré que le risque de rechute et de surdose peu après la sortie de prison est très élevé chez les détenus toxicomanes. Les surdoses à la sortie et les suicides en prison ont été des arguments de poids pour introduire les traitements de substitution en détention dans certains pays. Afin d'éviter une rechute et surdose après la libération, il est recommandé de substituer le détenu avec une faible dose, de façon stable, jusqu'à la sortie.

### **3.2.1 La détoxification**

Certains toxicomanes arrivent à atteindre un état permanent d'abstinence durant leur détention. Cependant, la détoxification est rarement capable d'entraîner des changements à long terme chez une majorité de toxicomanes. Les bienfaits des traitements par la méthadone peuvent être maximisés en favorisant l'adhérence des patients au traitement, en prescrivant des doses de méthadone plutôt plus élevées que plus faibles, en orientant les programmes vers la substitution plutôt que vers l'abstinence, en proposant au patient des services d'assistance ("counseling"), d'évaluation et de traitement des co-morbidités psychiatriques et des problèmes sociaux, et en renforçant l'alliance entre le médecin et le patient, afin de réduire l'usage de drogues supplémentaires. La mise en place, soit de programmes de détoxification, soit de traitements de substitution à long terme, dépend de plusieurs facteurs:

**Les facteurs institutionnels** sont par exemple le manque de ressources et/ou de personnel, qui ont pour conséquence de limiter le nombre de places de traitement disponibles, des connaissances lacunaires, un manque de règlements et directives soutenant de tels traitements, une situation de dépendance quant au développement du traitement de substitution dans le milieu libre, avec une approche opposée à la substitution en milieu carcéral ou une politique restrictive en milieu libre.

**Les facteurs individuels:** Certains détenus souhaitent une détoxification rapide et deviennent complètement libres de la drogue, ne veulent plus avoir aucun contact avec la drogue ou avec des toxicomanes, ou entendre ou parler de dépendance ou d'autres problèmes liés à la drogue.

Ils comptent commencer une nouvelle vie et être prêts et « propres » pour leur sortie de prison. Cependant, les personnels soignants estiment parfois qu'un tel but est trop ambitieux, quand ils jugent la période de détoxification trop courte et pas réaliste. Une détoxification trop rapide entraîne un risque de rechute et de surdose.

Un aspect important est de choisir une approche individuelle; le médecin expliquera de façon claire et détaillée au patient les avantages et désavantages d'une détoxification rapide ou plus longue.

Les rechutes sont très courantes après une détoxification rapide, qui constitue rarement le traitement adéquat d'une toxicomanie. Les différentes options de traitement sont les suivantes: une détoxification progressive dès l'admission pour minimiser les symptômes du sevrage, suivi d'un traitement visant l'abstinence ou d'un traitement de substitution à long terme. Pour réussir, le traitement doit être le plus possible adapté au patient –« sur mesure »- et doit être appliqué en utilisant une approche au cas par cas.

Il est important d'accepter que les toxicomanes forment une population très hétérogène. Leurs besoins peuvent varier selon le stade où ils se trouvent dans leur carrière toxicomane, selon leur niveau de confiance en soi et de soutien social qu'ils reçoivent. De tels facteurs peuvent influencer le choix d'un type de détoxification, plus ou moins rapide. Les besoins thérapeutiques peuvent aussi varier selon le genre du toxicomane.

### **3.2.2 Posologie et surveillance de la prise**

Puisqu'il n'existe pas de posologie moyenne « passe partout », les choix de dosage sont à faire par le médecin en collaboration avec son patient et devraient être ajustés selon les besoins individuels. Le patient devrait donc avoir la possibilité et suffisamment de temps pour négocier une réduction ou une augmentation de la posologie, selon ses besoins.

Chaque patient représente un défi clinique unique, et ce n'est pas possible de recommander une dose optimale de méthadone convenant à tous les patients. Des signes cliniques et des symptômes du syndrome d'abstinence rapportés par le patient et la

continuation d'un usage illicite d'opiacés sont autant d'indicateurs d'une posologie non adaptée. Il ne semble pas y avoir de dose journalière maximale lorsque l'on détermine la posologie adéquate de méthadone pour le traitement de substitution. La posologie doit être ajustée à un niveau qui permet de diminuer l'état de besoin et d'empêcher l'usage d'héroïne comme euphorisant.

Pour des suggestions de posologies et de régimes plus détaillées (détoxification à court ou long terme ou traitement de substitution), veuillez vous référer aux Euro-Methwork Methadone Guidelines (Lignes directrices pour le traitement par la méthadone). <http://www.quest4quality.nl/euromethwork/index.php?page=32>

Contrairement aux traitements en milieu libre, des dosages relativement faibles sont suffisants en milieu carcéral pour deux raisons:

1. La surveillance totale de la prise de drogue en milieu carcéral permet de garantir une consommation de près de 100% de la drogue de substitution et
2. les quantités d'autres drogues consommées sont fortement réduites comparé à la situation en milieu libre.

Des études ont montré que la posologie moyenne du substituant variait fortement d'une prison à l'autre (de 30 à 70 mg). Contrairement à la pratique en milieu libre, certains médecins considéraient que des dosages faibles étaient suffisants, étant donné que la prise à 100% était garantie et que l'usage de drogues supplémentaires était bien plus limité en milieu carcéral. Les détenus doivent être informés des posologies qu'on leur prescrit, à moins qu'ils ne refusent de le savoir.

La surveillance de la prise (du méthadone, soit en solution soit en comprimés) est organisée de façons différentes, faite soit par le personnel soignant, soit par le personnel de sécurité, selon le lieu de la prise: soit dans les locaux de soins, soit dans les cellules ou les couloirs. Il s'agit de s'assurer que la substance a bien été avalée complètement. Dans la plupart des cas, on fait parler les patients après la prise, en guise de surveillance. Dans certaines prisons, le personnel de sécurité prend en charge la prise quand le personnel soignant n'est pas de service.

Tout le monde est d'accord sur le fait que la prise de drogues de substitution (ainsi que la prise d'autres substances psycho actives, anti-dépressifs, etc.) doit être surveillée afin d'assurer la déglutition complète du substituant et d'empêcher d'autres détenus de forcer les patients substitués à vendre ou partager leur dose de méthadone, et enfin, pour éviter les surdoses chez des détenus sans tolérance aux opiacés.

### **3.2.3 Contrôles urinaires**

L'évaluation et les conséquences des contrôles urinaires prescrits par un médecin varient considérablement. Les analyses urinaires sont un sujet très discuté entre professionnels. Bien que les contrôles urinaires fassent partie intégrante de l'évaluation médicale initiale du patient (pour confirmer l'usage d'opiacés), ils sont souvent utilisés par après pour contrôler que les patients ne continuent pas l'usage de drogues illégales en plus de leur substituant. De nombreux professionnels mettent en doute son efficacité en tant que facteur contribuant positivement au succès du traitement. Certains argumentent que la même information peut être obtenue en communiquant avec le patient, ce qui économiserait bien du temps et de l'argent. Il va sans dire que ceci exige une bonne relation entre le patient et son médecin, basée sur le respect et la confiance mutuels.

Cependant, certains considèrent également qu'un échantillon d'urine testé positif ne devrait jamais entraîner la rupture d'un traitement, puisque c'est justement la preuve d'une toxicomanie, qui est à l'origine du traitement.

## **3.3 L'exclusion d'un traitement de substitution**

Un patient abusant ou manipulant la drogue de substitution risque l'exclusion du traitement dans certains programmes. Cependant, c'est important de permettre au patient de participer assez longtemps au traitement et de s'assurer que sa dose est assez élevée. En cas d'exclusion, le dosage devrait être réduit progressivement.

D'autres programmes excluent des patients pour comportement violent physique ou verbal envers des co-patients ou le personnel de soins. Dans ce cas, le dosage devrait être réduit progressivement. Le traitement de substitution ne devrait jamais être une récompense pour un bon comportement ou être refusé comme punition, mais faire partie intégrante d'une gamme de soins médicaux et psychosociaux.

### **3.4 Le rôle de l'accompagnement psychosocial**

L'interaction de facteurs physiques, psychologiques et sociaux contribue à la complexité de la toxicomanie. Afin de traiter la maladie avec succès et de vaincre la toxicomanie, il faut prendre en compte tant les dimensions physiques que psychosociales de la maladie. Pour de nombreux toxicomanes, cela pourrait entraîner des ajustements physiques, psychologiques et de style de vie très importants – un processus exigeant souvent beaucoup de temps. Le traitement de substitution ne doit donc pas seulement viser la toxicomanie, mais aussi les problèmes psychiatriques, médicaux et sociaux, qui lui sont liés.

L'accompagnement psychosocial est ainsi considéré comme aspect supplémentaire et nécessaire au traitement, afin de soutenir les aspects médicaux de la substitution en milieu carcéral.

### **3.5 L'usage d'autres drogues**

L'usage parallèle d'autres drogues en plus du substituant est pratique commune chez les toxicomanes, avant tout pour combler le manque dû au fait que le type d'opiacés préféré (surtout l'héroïne) n'est plus en usage. De telles pratiques constituent souvent une dépendance supplémentaire entraînant de graves syndromes et une détoxification difficile.

Les personnes ayant une dépendance aux opiacés et les usagers de drogues injectables consomment souvent toute une gamme de substances psycho actives (inclus l'alcool) en plus des opiacés. Des études ont montré que l'usage de cocaïne en combinaison avec des opiacés est un facteur particulier associé à un échec du traitement.

De plus, en cas d'usage de drogues injectables comme la cocaïne, le traitement de substitution par opiacés peut moins influencer les comportements à risques. En même temps, des études ont montré que les taux de consommation de cocaïne baissent, tout comme ceux d'opiacés, lorsque ces toxicomanes peuvent suivre un traitement à long terme.

## **4. Quelques informations de base sur le traitement**

### **4.1 Informations nécessaires à l'utilisateur**

La condition nécessaire pour une initiation réussie du traitement de substitution est d'informer adéquatement le patient, en particulier sur les risques de surdose, mais aussi sur les aspects suivant:

- le temps que met le substituant pour atteindre son effet de pointe (2 à 4 heures pour la méthadone);
- l'accumulation progressive du substituant entraîne un effet amplifié (au bout de 3 à 5 jours ou plus pour la méthadone), même avec dose fixe;
- les risques encourus par l'usage d'autres drogues durant un traitement de substitution, en particulier d'autres opiacés, de la cocaïne et de l'alcool, et
- les interactions médicamenteuses possibles.

En outre, les patients ont besoin d'informations générales sur les drogues et le traitement de substitution, ainsi que sur des règles et des exigences particulières. Les toxicomanes ne comprennent souvent pas les objectifs poursuivis par le traitement de substitution, ne sont pas assez informés sur la substance utilisée ou sur les règles à suivre. Les détenus devraient être priés de signer un formulaire d'accord consenti (« informed consent form »), une fois qu'ils ont clairement compris tous les aspects primordiaux.

### **4.2 Anonymat et confidentialité des soins**

Avant d'entamer un traitement, chaque détenu devrait être informé sur les obligations du médecin envers l'Etat, la prison et le détenu.

Bien qu'assurer l'anonymat et la confidentialité soit difficile au sein d'une prison, on tente de protéger les patients, soit en logeant tous les toxicomanes dans une même aile de la prison, soit en délivrant discrètement les médicaments de substitution avec d'autres médicaments.

D'autres détenus et le personnel pénitentiaire ne devraient pas remarquer qu'un prisonnier est toxicomane ou en traitement de substitution. Si la toxicomanie est dévoilée, cela risque d'entraîner des désavantages pour le détenu concerné (comme des restrictions pour l'accès à un travail ou à une qualification), des préjugés, la perte de certains privilèges ou simplement l'attitude négative du personnel et d'autres détenus. En outre, les toxicomanes craignent de subir le chantage d'autres détenus voulant détourner les drogues de substitution.

Cependant, il peut être utile d'informer de façon adéquate du personnel de sécurité qualifié en la matière, ainsi que d'autres membres du personnel pénitentiaire, afin de pouvoir mieux observer les patients particulièrement vulnérables et de détecter des comorbidités psychiques. L'exclusion complète du personnel de sécurité des soins médicaux et du soutien psychosocial semble également entraver les relations entre les différents professionnels en milieu carcéral et ne fait parfois qu'accentuer les préjugés et le manque de compréhension envers le détenu et sa toxicomanie. C'est pourquoi, il est nécessaire d'informer, de former et de coopérer avec le personnel pénitentiaire, y compris le personnel de sécurité, afin d'encourager des attitudes positives - ou du moins meilleures - envers les toxicomanes.

### **4.3 Privilèges**

Les patients en traitement de substitution, qui respectent les engagements de leur accord consenti, devraient jouir des mêmes privilèges que tout autre détenu. Le passage à un régime de semi-liberté devrait être décidé en se basant sur le jugement individuel du médecin traitant. Le passage à un régime de semi-liberté doit être bien préparé et mis en place progressivement.

En tant que privilège, des doses de la substance de substitution peuvent être données à emporter lors de visites ou de séjours à l'extérieur de plus de 24 heures. Le détenu en traitement de substitution devrait avoir la possibilité de continuer un tel traitement soit en détention, soit après sa sortie de prison. C'est le médecin traitant qui peut décider si un patient en traitement de substitution est apte au travail.

#### **4.4 Continuité d'une substitution aux opiacés entre milieu carcéral et extérieur**

Les patients suivant un traitement de substitution aux opiacés avant leur incarcération doivent pouvoir continuer ce traitement en détention. Mais une telle continuité de soins rencontre de nombreux obstacles. L'obstacle le plus important est l'interruption du traitement de substitution pour les nombreux patients détenus par la police en garde à vue avant leur incarcération. Ceci peut entraîner une perte importante de la tolérance aux opiacés. Dans la mesure du possible, tout traitement de substitution par opiacés devrait être continué avec la posologie prescrite lors d'une garde à vue. Il existe une exception à ce principe: dans le cas où le patient est intoxiqué au moment de la délivrance quotidienne du traitement (N.B.: Le fait qu'un patient soit intoxiqué au moment de l'arrestation ne justifie pas l'interruption du traitement, puisqu'il ne sera probablement plus sous influence de la drogue au moment de la prise quotidienne du traitement). De plus, si le patient est mis en garde à vue en dehors des heures d'ouverture des services de soins (souvent le week-end), ne permettant pas une confirmation de la posologie, la dose délivrée dans la cellule de garde à vue après examen médical ne devrait pas dépasser 30 mg et ne devrait être donnée qu'en cas de confirmation d'usage récent d'opiacés par des analyses sur place d'un échantillon d'urine ou de salive.

Il faudrait avoir une approche commune des traitements de substitution dans tout le système de justice pénale, parce qu'actuellement même si les prisons proposent de tels traitements, la plupart des centres de garde à vue ne proposent ni traitement de substitution, ni autres mesures de soutien en cas de sevrage. Ceci pose particulièrement problème lorsque les détenus ne vont pas directement en prison mais en Maison d'Arrêt de la police, où ils peuvent rester dans certains pays jusqu'à 6 mois (ou même plus longtemps).

Le va-et-vient des détenus entre maison d'arrêt, puis la prison, puis la maison d'arrêt pour assister au procès par exemple, avant de retourner en prison, constitue également une situation difficile. En général, la police et ses maisons d'arrêt sont sous la tutelle du ministère de l'intérieur, alors que les prisons relèvent de la compétence du

ministère de la justice, ce qui rend une coopération encore plus difficile dans certains pays.

L'accès au traitement de substitution doit être négocié avec les services de soins aux toxicomanes en milieu libre, les services de police, les prisons et éventuellement le ministère de la santé, afin de permettre un traitement sans rupture pour les toxicomanes.

Lors de l'admission en prison de toxicomanes, indiquant au service de réception qu'ils suivent un traitement de substitution par la méthadone, la posologie, les modalités de délivrance et surveillance, ainsi que le moment de la dernière prise doivent être vérifiés auprès du service de soins en charge en milieu libre. Si celui-ci confirme que le patient a reçu sa dernière prise entière sous surveillance durant les dernières 48 heures, le toxicomane devrait continuer à recevoir le traitement de substitution avec la même posologie qu'en milieu libre. Cependant, les admissions en prison sont souvent faites en dehors des heures de bureau et une telle confirmation n'est pas possible immédiatement. Dans ce cas, la posologie initiale de méthadone après examen médical ne devrait pas dépasser 30 mg. Pour les toxicomanes prétendant recevoir une dose de méthadone plus élevée, il peut s'avérer nécessaire de prévoir une phase d'observation intensive, afin d'adapter la posologie si des symptômes de sevrage sont observés.

#### **4.5 La participation des toxicomanes**

Afin d'améliorer la qualité des soins, il faut inclure les toxicomanes dans le processus conceptuel et tenir compte de leurs réactions. La plupart des détenus a déjà eu des expériences avec les services de soins en milieu carcéral et les traitements de substitution ou de détoxification en prison et à l'extérieur.

C'est primordial de s'intéresser aux expériences et aux opinions des détenus toxicomanes et de les prendre en compte lors de la conception, de la mise en place et de la délivrance de mesures de soins, afin que celles-ci répondent aux besoins existants et qu'elles soient accessibles.

Dans le cadre d'un traitement du VIH chez des toxicomanes, il faudrait constituer des groupes d'entraide ou proposer des programmes d'information. La meilleure façon d'éduquer et de motiver des toxicomanes à s'engager dans un traitement efficace est de faire appel à d'anciens toxicomanes.

#### **4.6 Relais pour traitement d'une infection VIH**

Le traitement de substitution permet d'améliorer la délivrance d'un traitement antirétroviral aux toxicomanes atteints du VIH. En effet, le traitement de substitution aide les toxicomanes à stabiliser leurs vies et à éviter ou mieux gérer de nombreux problèmes liés à l'usage de drogues injectables. C'est pourquoi, le traitement de substitution est un outil stratégique important, favorisant l'accès aux services de soins en général et, en particulier, l'utilisation du traitement antirétroviral par les usagers actifs de drogues injectables et leur meilleure adhésion à cette thérapie.

Suivre un traitement de substitution peut être très important pour des usagers de drogues injectables atteints du VIH. En effet, l'équipe de soins délivrant le traitement de substitution peut les soutenir de façon suivante:

- Elle propose des tests du VIH aux usagers de drogues injectables (UDI).
- Elle les confie à des services de soins du VIH.
- Elle établit des liens avec les services de soins du VIH.
- Elle prépare les UDI au traitement antirétroviral.
- Elle aide à stabiliser la dépendance aux drogues injectables au point de permettre une participation à un traitement antirétroviral.
- Elle peut délivrer conjointement les deux traitements (antirétroviral et de substitution).
- Elle surveille et soigne les effets secondaires du traitement du VIH.
- Elle contrôle et gère les interactions médicamenteuses entre la méthadone ou buprénorphine d'une part et les antirétroviraux d'autre part.
- Elle apporte son soutien au patient et à sa famille pour l'adhésion au traitement antirétroviral, qui représente un engagement à vie.

Ainsi, le contact journalier avec l'équipe de soins délivrant le traitement de substitution représente d'énormes avantages potentiels pour l'accès et l'adhésion à un traitement antirétroviral.

#### **4.7 Accès à un traitement de substitution à tous les stades du système de justice pénale**

Le traitement de substitution peut aussi jouer un rôle important en garde à vue et en détention préventive. Les toxicomanes dépendant de l'héroïne ou d'autres opiacés et mis en garde à vue peuvent souffrir grièvement de symptômes de sevrage. Ceux-ci risquent d'influencer la déposition du toxicomane et peuvent ainsi prolonger sa garde à vue. Le traitement de substitution devrait être délivré sous forme de soins continus – sans interruptions –, permettant une stabilisation physique et psychologique de l'état de santé du délinquant. Le fait de prendre des drogues après une détoxification de courte durée en garde à vue augmente le risque de surdose, puisque les usagers d'opiacés peuvent perdre leur tolérance à ces substances en quelques jours. L'influence d'un traitement de substitution sur la diminution du risque de suicide ou de blessure volontaire n'a pas encore été étudiée, mais il est probable qu'un tel impact positif existe, surtout pendant les premières semaines de détention.

Il en va de même pour les établissements de détention préventive et provisoire. C'est pourquoi, les traitements de substitutions existants devraient être continués en garde à vue, ainsi qu'en détention préventive et provisoire. De plus, un traitement de substitution ne doit également pas être interrompu lors de sorties pour week-end ou congé. Bien que ces sorties permettent d'entreprendre les premiers pas d'une réhabilitation, le risque d'une rechute y est plus élevé. Le traitement de substitution permet aussi une stabilisation de l'état du patient, en tant que mesure de prévention d'une surdose.

#### **4.8 Considérations spécifiques pour les femmes**

Les femmes ont tendance à vivre une toxicomanie et un traitement autrement que les hommes. Les taux élevés de co-morbidités physiques et mentales chez les femmes dépendantes des opiacés doivent être pris en compte par les options de traitements. Les femmes toxicomanes font souvent face à de nombreux obstacles, comme le manque de moyens financiers, l'absence de services de soins et de réseaux de transfert à un traitement de substitution s'adressant spécifiquement aux femmes toxicomanes, et des conflits quant à la garde des enfants.

Un traitement de substitution efficace pour femmes enceintes toxicomanes peut nettement améliorer leur situation gynécologique pré- et postnatale. Les traitements de substitution aux opiacés jouent un rôle important pour le recrutement et l'adhésion de femmes enceintes à un tel traitement, assurant ainsi un bon contact avec des services de soins gynécologiques et autres (comme les soins primaires, ou le médecin de famille) en milieu libre.

## 5. Mise en perspective

Afin d'assurer l'égalité d'accès aux soins entre milieu extérieur et milieu carcéral,

- les services de soins donnés aux personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et par le sang doivent être nettement étendus dans de nombreux pays pour répondre aux besoins des détenus;
- des efforts substantiels doivent être faits pour améliorer la qualité des services en milieu carcéral et
- une meilleure continuité des soins est nécessaire entre le milieu carcéral et les services variés existants à l'extérieur, que l'on peut améliorer par exemple avec un dispositif de préparation à la sortie et en favorisant des liens avec les équipes des soins en milieu libre.

Le texte du *Consensus Statement*, déclaration commune sur les prisons, les drogues et la société (par l'OMS Europe et le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, 2002) reconnaît que:

- les drogues et les prisons doivent être placées dans contexte social plus large;
- il y a des mouvements de population entre milieu carcéral et milieu libre;
- l'incarcération ne doit pas punir au delà de la privation de liberté;
- les prisons doivent être des lieux sûrs, sans danger et corrects, dans lesquels l'on puisse vivre et travailler;
- les personnes travaillant en milieu carcéral doivent se conformer aux lois en vigueur.

Etant donné les problèmes croissants liés à l'usage de drogues injectables et à l'infection du VIH/SIDA en milieu carcéral d'une part, et l'évidence des avantages du traitement de substitution d'autre part, il est grand temps d'agir. Si la mise en place de traitements efficaces des toxicomanies, comme le traitement de substitution, et de mesures pour prévenir la transmission du VIH échoue, cela entraînera une nouvelle expansion de l'infection du VIH parmi les usagers de drogues injectables, la population carcérale dans son ensemble et, finalement, la population en milieu libre.

## 6. Aspects d'éthique médicale concernant les traitements de substitution par opiacés en milieu carcéral<sup>6</sup>

Il y a trois raisons qui justifient de discuter des implications éthiques des traitements de substitution par des opiacés en milieu carcéral, un traitement aussi solidement fondé scientifiquement qu'aucun autre traitement médical accrédité (*voir chapitre 2: Qu'est-ce qu'un traitement de substitution? Kastelic, Uchtenhagen*) et qui est en ligne avec les recommandations de l'OMS et des Nations Unies [1] et avec de nombreuses législations nationales:

La toxicomanie est sujette à de fortes conceptions idéologiques et culturelles. L'influence négative des conceptions idéologiques sur les approches et les objectifs de traitements de la toxicomanie fait que l'accès aux soins des toxicomanes et le choix du traitement sont souvent basés sur des considérations idéologiques plutôt que médicales.

Afin d'éviter le détournement et le mésusage des opiacés, leur prescription est soumise à des règles légales strictes qui nuisent à la confidentialité et, pour les mêmes raisons, la délivrance d'opiacés aux toxicomanes nécessite des mesures de contrôle qui ajoutent une composante particulièrement coercitive à la relation patient - médecin.

Ces deux constatations deviennent d'autant plus complexes dans le cas de l'interaction entre détenu toxicomane et médecin en milieu carcéral, ainsi que dans l'institution totalitaire qu'est la prison [2].

Nous voulons à présent étudier les aspects éthiques de la substitution par des opiacés en milieu carcéral, sur la base des principes d'éthique médicale en milieu carcéral établis dans les Règlements Européennes de Détention [3], dans les Normes du Comité Européen pour la Prévention de la Torture (CPT) [4] et dans plusieurs autres documents consentis sur le plan international par les Nations Unies et l'Association Médicale Mondiale. L'essentiel de l'éthique médicale en milieu de détention et des documents cités peut être résumé comme suit:

<sup>6</sup> Jörg Pont, Vienna joerg.pont@univie.ac.at est l'auteur et Jan Palmer et David Marteau ont commenté.

- A) La tâche primaire (la seule raison d'être) du médecin et de tout le personnel soignant en milieu carcéral est la santé et le bien-être des détenus. [5,6]
- B) Les sept principes essentiels pour la pratique des soins en milieu carcéral, établis par les normes du CPT:
1. Accès libre à un médecin pour tous les détenus
  2. Equivalence des soins
  3. Consentement du patient et confidentialité
  4. Soins de santé préventive
  5. Assistance humanitaire
  6. Indépendance professionnelle
  7. Compétence professionnelle.

C'est important que tout le personnel soignant en milieu carcéral applique ces principes et qu'ils soient connus et acceptés par toute la communauté carcérale, c'est à dire les détenus, le personnel et l'administration pénitentiaire. L'application des ces principes favorise la confiance des détenus en le personnel soignant de la prison, ne laisse aucun doute quant à la compétence professionnelle et en matière d'éthique du médecin, permet d'éviter des malentendus et est source d'orientation en cas de conflits.

Cela semble parfaitement naturelle que la **tâche primaire** du médecin en milieu carcéral soit la santé et le bien-être des détenus mais, comme tout membre du personnel soignant en prison sait, c'est une bataille constante et c'est aussi vrai pour la réalisation de programmes de substitution par opiacés en milieu carcéral. Les administrations pénitentiaires et le personnel non soignant, s'ils ne sont pas informés adéquatement sur les avantages prouvés de ce traitement, se concentrent sur les risques de détournement et de mésusage des opiacés et ont tendance à s'opposer aux programmes de substitution. Afin de respecter A), c'est le devoir du médecin du centre de détention d'informer, d'aider le personnel de sécurité et l'administration à comprendre les objectifs du traitement, de surmonter les fausses idées et de permettre ainsi aux détenus dépendant des opiacés d'avoir accès à des traitements adaptés.

Le personnel pénitentiaire peut imposer aux détenus des contrôles urinaires pour raisons de sécurité. Les contrôles urinaires font aussi partie des contrats de traitements dans de nombreux programmes de substitution par opiacés. Le personnel pénitentiaire peut également exiger du personnel soignant de faire des analyses d'urine. Compte tenu de A) et de l'importance de garder la confiance des patients détenus, le personnel soignant en milieu carcéral ne devrait jamais participer à des tests urinaires de drogues pour raisons de sécurité. C'est d'une importance primordiale d'informer clairement les détenus de la différence entre des contrôles urinaires pour des raisons de sécurité et pour des raisons thérapeutiques et de respecter le secret médical en ce qui concerne les résultats de contrôles urinaires faisant partie d'un traitement des substitution, qui ne doivent servir qu'aux recommandations thérapeutiques et ne devront jamais entraîner de punition.

Voici un autre principe important des conceptions thérapeutiques actuelles pour toxicomanes qui précise A): le médecin traitant ne doit pas seulement veiller au fait que les objectifs du traitement fixes de part et d'autre, que ce soit dans le court et le long terme, soient accessibles au patient individuel, mais aussi que les conceptions personnelles du médecin sur la dignité humaine et la façon de vivre ne doivent pas influencer les objectifs du traitement fixés avec le patient. La tâche primaire du traitement, c'est la santé et le bien-être du patient et pas nécessairement l'adaptation du style de vie du patient aux conceptions personnelles du médecin.

La revendication de **l'accès et de l'équivalence** – les deux premiers points de B), principes essentiels du CPT – sur la substitution par opiacés en milieu carcéral -, a déjà été évoquée par l'OMS en 1993 [7] et a été sans cesse soulignée depuis [8]. Il existe encore des pays en Europe qui ont des programmes de maintenance de substitution par opiacés dans la population générale mais pas en milieu carcéral, et qui n'offrent parfois même pas de détoxification à l'aide d'opiacés en prison. Tout sevrage brusque d'une addiction aux opiacés – en particulier, une suppression de méthadone - sans l'aide d'opiacés ("cold turkey") correspond à une mauvaise pratique médicale et est absolument incompatible avec l'éthique médicale et la compétence professionnelle médicale!

Le nombre de programmes de traitement de substitution par opiacés en milieu carcéral en Europe et dans le monde a augmenté considérablement durant les dix dernières

années mais l'écart entre les détenus nécessitant un traitement de substitution de maintenance et ceux le recevant persiste [9]. Cet écart ne dénonce pas seulement un déficit en choix de traitements et en possibilités de réduire les dommages pour l'individu « patient détenu », mais dénonce également une menace pour la santé publique :

Parmi tous les endroits dans lesquels les toxicomanes s'injectent de la drogue, le milieu carcéral est celui où l'injection est associée avec le plus haut risque de transmission de virus transportés par le sang. Cette situation à haut risque traduit un plus grand besoin de stratégies de réduction des dommages en milieu carcéral que dans la population générale [10].

Dans certains pays, on utilise plusieurs opiacés dans les programmes de substitution. Non seulement par principe d'éthique, mais aussi pour des raisons très pratiques, il est important de proposer des traitements équivalents dans la population générale et en milieu carcéral, afin d'éviter des changements de traitement durant les phases les plus sensibles de détention: transfert et sortie de prison.

Cette revendication d'accès aux traitements de substitution par opiacés et d'équivalence entre population générale et milieu carcéral vaut également pour les femmes toxicomanes détenues: dans de nombreux pays, il existe bien moins de services de soins et de possibilités de traitements pour les femmes en prison, dû à leur sous-représentation en milieu carcéral. Si l'on tient compte des co-morbidités physiques et mentales relativement élevées chez les femmes toxicomanes détenues, ainsi que leur taux de prévalence VIH plus élevé, ce groupe devrait recevoir encore plus de possibilités de traitements que leurs homologues masculins. Considérant leurs expériences spécifiques avec la toxicomanie et ses traitements, elles pourraient avoir besoin d'autres types de traitements. Le traitement de substitution joue un rôle important durant la grossesse et les soins périnataux des femmes toxicomanes aux opiacés, puisqu'il réduit les risques pour mère et enfant (*voir chapitre: Besoins spécifiques des différents groupes cible, Palmer*).

L'accès à la sortie de prison à un service permettant la continuation sans interruption d'un traitement de maintenance de substitution par opiacés est d'une importance cruciale considérant la mortalité excessive des toxicomanes durant les deux premières

semaines après la sortie de prison, qui est causée avant tout par des surdoses de drogues [11]. Avant leur sortie de prison, les détenus toxicomanes doivent être bien informés, et la continuité du traitement substitution à la sortie doit être bien préparée à temps par l'équipe de soins du centre de détention.

Le **consentement** du patient informé de façon adéquate - "informed consent" – est la condition préalable de tout traitement entraînant des effets secondaires négatifs et/ou des risques, comme c'est le cas lors de la prise d'opiacés (*voir le chapitre 2.6:Risques et limites, Kastelic, Marteau*).

Vu la complexité d'un traitement de substitution par opiacés en termes médicaux, légaux et psychosociaux, de nombreux programmes de substitution ne se basent pas sur un accord verbal ou écrit du patient (*informed consent of the patient*), mais optent pour un contrat formel qui est signé par le patient et par le soignant. Nous tenons à rappeler qu'il est très rare de devoir signer un contrat avec un patient et que ceci pourrait ajouter une composante coercitive et de méfiance à la relation patient - médecin. D'autre part, un contrat règle les obligations acceptées par le patient et le soignant qui peuvent se les rappeler mutuellement et, si chaque passage du contrat fait sur mesure est discuté et expliqué correctement, cela favorisera la compréhension de la substitution par opiacés et du programme individualisé, ainsi que des objectifs du traitement. Une étude récente [9] montra clairement qu'il est nécessaire d'améliorer la compréhension des patients par une meilleure information.

Les exigences minimales d'information du patient avant de lui prescrire un traitement de substitution pourraient être les suivantes:

- Informer de toute obligation que le médecin a envers un tiers pouvant porter atteinte à la confidentialité (signalement aux autorités en accord avec la loi ou la cour de justice) mais aussi de tous les domaines où le patient peut compter sur le secret médical
- Expliquer comment fonctionne le traitement de substitution par opiacés
- Rappeler les obligations consenties par le patient et le soignant
- Rappeler l'objectif actuel du traitement individuel, élaboré avec le patient
- Mentionner les risques, effets secondaires non désirés et les restrictions possibles

- Expliquer ce qui pourrait arriver en cas de rupture délibérée du traitement par le patient
- Expliquer comment agir en cas de rechutes
- Expliquer ce qui pourrait mettre fin à la participation au traitement de substitution

Etant donné la nature à long terme d'un traitement de substitution par opiacés et les réajustements des objectifs de traitement ainsi que les modifications de stratégies du traitement dans le temps, l'information donnée au patient, son accord donné en connaissance de causes (*informed consent*) et/ou le contrat doivent être continuellement adaptés: "*continuous informed consent*".

On demande au patient d'accepter des mesures de contrôle comme celle de vérifier la cavité orale après l'ingestion de la drogue de substitution afin d'essayer d'éviter le mésusage et le détournement des opiacés, particulièrement en milieu carcéral. De telles mesures doivent être considérées comme faisant partie du programme de traitement et devront être appliquées par le personnel soignant et pas par le personnel pénitentiaire. Il en est de même pour les analyses d'urine, si elles sont incluses dans le programme, dont les résultats doivent rester strictement confidentiels et ne servir qu'à des fins thérapeutiques et jamais disciplinaires. Mais, comme mentionné auparavant, le personnel soignant ne devrait jamais appliquer ou participer à des fouilles corporelles ou des analyses d'urine ordonnées par le personnel pénitentiaire pour des raisons de sécurité, c'est-à-dire pour des raisons non médicales.

Pour des détenus participant à des programmes de substitution par opiacés, la **confidentialité** est souvent limitée pour des raisons légales et pratiques: les lois nationales exigent la déclaration des personnes auxquelles l'on prescrit des opiacés dans la plupart des pays. En milieu carcéral, l'approvisionnement et la délivrance des opiacés de substitution ainsi que le manque de personnel soignant exigent souvent l'inclusion et la coopération du personnel de sécurité, ce qui empêche l'application du strict secret médical envers les toxicomanes. Un traitement de substitution complet nécessite une coopération interdisciplinaire, pour laquelle le partage d'informations et de dossiers est inévitable et dans l'intérêt du patient. Tous les membres de l'équipe soignante doivent être soumis au secret professionnel. C'est très important que les patients sachent qui aura accès à leur dossier, qui sera inclus dans le secret professionnel et quelles seront les limites de fait de la confidentialité.

Les toxicomanes détenus ont intérêt à dissimuler leur dépendance à la drogue pour plusieurs raisons: ils anticipent des désavantages en termes de placement, privilèges et accès au travail; ils ont peur des préjugés et des discriminations aussi bien de la part des autres détenus que du personnel pénitentiaire – et parfois même du personnel soignant! – et ils peuvent devenir victimes de pressions et de chantages dès que leur toxicomanie est connue des autres. Quand ils participent à un programme de substitution, ils sont souvent poussés au détournement des drogues prescrites au marché noir de la prison.

C'est pourquoi il faut s'efforcer de protéger les toxicomanes et les participants à un programme de substitution par opiacés en milieu carcéral en gardant le mieux possible la confidentialité et en éliminant les règlements, les attitudes et comportements discriminatoires contre eux. En particulier, la participation à un programme de substitution par opiacés ne doit jamais entraîner de désavantage discriminatoire durant la peine servie.

Quant aux **soins de santé préventifs**, un traitement de maintenance de substitution par opiacés représente l'exemple classique d'une mesure de prévention efficace et de réduction des dommages pour le toxicomane aux opiacés ainsi que pour la population carcérale et générale: les nombreuses preuves quant à la prévention de la mortalité, morbidité, souffrance personnelle, instabilité sociale et activité criminelle sont bien documentées (*voir le chapitre 2: Qu'est-ce qu'un traitement de substitution? Kastelic, Uchtenhagen*) et un impact préventif sur la transmission du VIH et des hépatites B et C est plus que probable.

**L'assistance humanitaire** citée par le CPT concerne des détenus particulièrement vulnérables. C'est le cas des toxicomanes détenus, puisqu'ils se situent en bas de la hiérarchie des détenus, doivent faire face aux préjugés des co-détenus et du personnel pénitentiaire, courent le risque de s'endetter et de subir des menaces de violence physique, psychologique, sexuelle (y compris prostitution forcée) et des pressions pour détourner les drogues prescrites. Certains de ces problèmes peuvent être évités en gardant une confidentialité stricte et en permettant un traitement adapté à la toxicomanie, mais souvent, des changements de placement et des mesures de protection supplémentaires peuvent devenir nécessaires:

Les jeunes, les femmes toxicomanes, les femmes enceintes toxicomanes en particulier, et les membres d'une minorité ethnique ou culturelle ont besoin de protection et d'aide supplémentaires (*voir le chapitre: Besoins spéciaux des différents groupes cible, Palmer*). Il y a un nombre croissant de toxicomanes parlant une langue étrangère dans les prisons d'Europe qui ont besoin de services de traduction durant l'évaluation et le counseling. Au-delà des barrières linguistiques, les co-morbidités psychiatriques et les déficiences cognitives courantes chez les toxicomanes détenus présentent des défis supplémentaires pour le traitement des toxicomanes détenus.

Craignant le mésusage et les risques, les régulations et les décrets des autorités sanitaires nationales ou des administrations pénitentiaires ont toujours essayé de limiter l'indépendance professionnelle dans le cadre de traitements de maintenance de substitution par opiacés en limitant les définitions des indications ou en abaissant les doses maximales ou la durée du traitement. A part le fait que les autorités nationales n'ont pas leur mot à dire en ce qui concerne les indications ou doses de traitements, l'expérience a montré que des programmes facilement accessibles, des doses plus élevées et des traitements plus longs ont permis d'obtenir de meilleurs résultats. Des décisions concernant l'indication de traitement, la dose maximale et la durée du traitement sont à prendre par le personnel soignant compétent, sur la base de l'évaluation individuelle du patient.

Il faudrait mieux informer les patients sur le fait que le traitement de substitution en prison est un traitement médical indépendant des mesures pénitentiaires. En effet, dans une étude récente [9], ce traitement était parfois perçu par les prisonniers comme étant une faveur ou une récompense pour bon comportement de la part de l'administration pénitentiaire plutôt qu'un traitement médical provenant du service des soins. Cette clarification est particulièrement importante auprès des patients qui sont condamnés par le tribunal à suivre un traitement tout en servant leur peine.

Tout traitement de toxicomanie exige de solides **compétences professionnelles**. Etant donné la nature complexe du traitement de substitution par opiacés en milieu carcéral, la responsabilité que représente l'évaluation individuelle et l'établissement d'un plan de traitement, ainsi que l'obligation de réduire au maximum les risques graves et les effets secondaires non désirés, toute équipe de soins en milieu carcéral of-

frant des traitements de substitution par opiacés devrait inclure un médecin spécialisé dans ce domaine.

La substitution par opiacés devrait être considérée comme étant une possibilité parmi d'autres traitements proposés aux toxicomanes et devrait aider les toxicomanes à accéder à d'autres options de traitements. Cependant, comme montré dans l'étude mentionnée ci-dessus [9], la majorité des prisons n'a pas les ressources pour employer suffisamment de personnel de soins psychosociaux, avec pour conséquence que le traitement par substitution a tendance à être juste une prescription d'opiacés causant une grande insatisfaction tant chez les patients qu'auprès des médecins (*voir le chapitre 3.4:Le rôle de l'accompagnement psychosocial, Palmer, Keppler*).

Afin de minimiser le détournement et le mésusage des opiacés, des mesures de contrôle sont inévitables. Ces mesures comprennent l'inspection de la cavité orale après la prise de la drogue prescrite et, dans de nombreux programmes de substitution, également les analyses urinaires. Ces contrôles devraient être accomplis par le personnel soignant et sous des conditions respectant la confidentialité. La recherche n'a pas pu prouver que le contrôle urinaire est un moyen efficace et fiable de suivi de la consommation de drogues. Une relation de confiance avec le thérapeute devrait être plus efficace pour identifier les modes de consommation. Le contrôle visuel direct de l'urination est humiliant et n'est pas compatible avec une relation de respect envers le patient. Les résultats des contrôles urinaires doivent rester confidentiels et ne devraient servir qu'à des décisions cliniques.

Afin d'améliorer la qualité des programmes de substitution par opiacés en milieu carcéral, les équipes de personnel soignant devraient

- essayer d'obtenir le personnel nécessaire
- avoir une approche interdisciplinaire des programmes de traitement de la toxicomanie
- suivre des exemples de bonne pratique clinique
- suivre et évaluer les résultats de traitement en les documentant de façon adéquate
- assurer la continuité des soins pour les patients transférés ou relâchés

- consulter les usagers des soins et tenir compte de leur avis lors du développement des services
- être sensibles aux besoins divers de tous les toxicomanes en prison
- s'engager dans la formation du personnel soignant et non soignant
- communiquer régulièrement avec des équipes de personnel soignant d'autres prisons et avec des services proposant des traitements pour toxicomanes hors milieu carcéral
- être soumises à une surveillance régulière
- participer à la recherche pour optimiser le traitement.

Le traitement par opiacés des toxicomanes détenus est une option de traitement utile et solidement fondée scientifiquement, qui a un effet prouvé de réduction des risques pour la santé de l'individu et la santé publique. C'est pourquoi ce traitement est très recommandable sur le plan de l'éthique médicale. Ceux qui contestent la conformité éthique d'une prescription de drogues maintenant le toxicomane dans un état de dépendance et qui n'accepte qu l'abstinence comme réussite d'un traitement de toxicomanie devraient réexaminer si ce but sublime du traitement, très rarement atteint à court terme, vaut plus que la réduction tangible de la mortalité, morbidité, souffrance personnelle, instabilité sociale et activité criminelle engendrés par un traitement de maintenance par substitution par opiacés.

## Littérature

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Council of Europe (2001). 11th general report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 2000. Strasbourg, Council of Europe, 2001 (CPT/Inf (2001) 16).

Christensen PB, Hammerby E, Smith S, Bird SM (2006). Mortality among Danish drug users released from prison. *International Journal of Prisoner Health* 2: 13-19

Council of Europe (1999): The ethical and organisational aspects of health care in prison. Recommendation No.R(98)7 and explanatory memorandum. Council of Europe Publishing

Council of Europe (2001). 11th general report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 2000. Strasbourg, Council of Europe, 2001 (CPT/Inf (2001) 16).

Council of Europe (2004). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. The CPT standards. "Substantive" sections of the CPT's General Reports. [www.cpt.coe.int](http://www.cpt.coe.int)

Council of Europe (2006). Recommendation Rec (2006)2 on the European Prison Rules. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>).

Dolan KA, Wodak AD, Hall WD (1996). An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research*, 4:85–97.

Eder H et al. (2005). Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction*, 100:1101–1109.

Kirchmayer U et al. (2002). A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence. *Addiction*, 97:1241–1249.

Kastelic A, Perhac O, Kostnapfel Rihtar T (2001). General instructions for treating drug users in prisons in Slovenia. Ljubljana, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Ministry of Justice of the Republic of Slovenia, 2001.

Lines R et al. (2004). Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia. Dublin, Irish Penal Reform Trust.

Lines R (2006). From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. *International Journal of Prisoner Health* 2:269-280

Minozzi S et al. (2006). Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1):CD001333.

National Institute on Drug Abuse (2000). *Principles of drug addiction treatment: a research based guide*. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse.

Newman R (2003). Methadone: the barest basics; a guide for providers. *SEEA Addictions*, 4(1-2).

Penal Reform International (2001): *Making Standards Work: An International Handbook on Good Prison Practice*, 2nd edn. Penal Reform International, The Hague,

Pont J (2006): Medical ethics in prisons: Rules, standards and challenges. *International Journal of Prisoner Health* 2:259-267

Stallwitz, A.; Stöver, H. (2007): The impact of substitution treatment in prison – a literature review, *International Journal of Drug Policy* (in press).

Stöver H, Casselman J, Hennebel L (2006). Substitution treatment in European prisons: a study of policy and practices in 18 European countries. *International Journal of Prison Health*, 2:3-12.

Stöver, H, MacDonald, M, Atherton, S (2007); *Harm Reduction for Drug Users in European Prisons*. Oldenburg/Germany, London/UK

United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS and WHO (2006). *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (<http://www.who.int/hiv/treatment/en/index.html>, accessed 15 September 2006).

Verster A, Buning E (2000). *European methadone guidelines*. Amsterdam, EuroMethwork (<http://www.q4q.nl/methwork/startguidelines.htm>, accessed 15 September 2006).

WHO (1993). *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva, World Health Organization, 1993 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO\\_GPA\\_DIR\\_93.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3.pdf), accessed 15 September 2006).

WHO, United Nations Office on Drugs and Crime and UNAIDS (2004). Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/psychoactives/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html), accessed 15 September 2006).

WHO Regional Office for Europe (1990). Drug abusers in prisons: managing their health problems. Report on a WHO meeting, The Hague, 16–18 May 1988. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 27).

WHO Regional Office for Europe and Pompidou Group of the Council of Europe (2002). Prisons, drugs and society. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610\\_1](http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1), accessed 15 September 2006).

Zickler P (1999). High-dose methadone improves treatment outcomes. NIDA Notes, 14(5) ([http://www.nida.nih.gov/NIDA\\_Notes/NNVol14N5/HighDose.html](http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/HighDose.html), accessed 21 December 2006).

## Lectures conseillées

Anonymous (2005). Prison health: a threat or an opportunity? *Lancet*, 366:57.

Council of Europe (2001). Development and improvement of substitution programmes. Strasbourg, Council of Europe Publishing.

Department of Health (2006): Clinical Management of Drug Dependence in the Adult Prison Setting. Including Psychosocial Treatment as a Core Part. London/UK.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). Key role of substitution in drug treatment. *Drugs in Focus*, Issue 1 (January-February) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439>, accessed 15 September 2006).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). Treating drug users in prison – a critical area for health-promotion and crime-reduction policy. *Drugs in Focus*, Issue 7 (January-February) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439>, accessed 15 September 2006).

Farrell M and Marsden J (2005), Drug-related mortality among newly released offenders, Home Office on-line report 40/2005, Government of England and Wales

Ford C et al. (2003). Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care. London, RCGP Drug and Alcohol Misuse Training Programme, RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group and SMMGP (<http://www.smmgp.org.uk/html/guidance.php>, accessed 15 September 2006).

Kastelic A (2004). Statement on the 7th European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison, "Prison, Drugs and Society in the Enlarged Europe". In: Stöver H, Hennebel LC, Casselman J, eds. Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries. London, European Network of Drug Services in Prison.

Kastelic A, Kostnapfel Rihtar T (2003). Drug addiction treatment in the Republic of Slovenia. *SEEA Addictions*, 4(1–2).

Kastelic A, Perhac O, Kostnapfel Rihtar T (2001). General instructions for treating drug users in prisons in Slovenia. Ljubljana, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Ministry of Justice of the Republic of Slovenia, 2001.

Kerr T, Jürgens R (2004). Methadone maintenance therapy in prisons: reviewing the evidence. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network (<http://pubs.cpha.ca/PDF/P31/22907.pdf>, accessed 15 September 2006).

Kraigher D et al. (2005). Use of slow-release oral morphine for the treatment of opioid dependence. *European Addiction Research*, 11:145–151.

La Vincente S (in press). Treatment of injecting drug users with HIV/AIDS: promoting access and optimizing service delivery. Geneva, World Health Organization.

MacDonald M (2004). A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from central and eastern Europe. Warsaw, Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison (CEENDSP), Cranstoun Drug Services ([http://www.endipp.net/index.php?option=com\\_remository&Itemid=42&func=selectcat&cat=1](http://www.endipp.net/index.php?option=com_remository&Itemid=42&func=selectcat&cat=1), accessed 15 September 2006).

Møller L, Stöver H, Jürgens R, Gatherer A, Nikogosian H (EDS) (2007). Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: World Health Organization. (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).

National Institute on Drug Abuse (2000). Principles of drug addiction treatment: a research based guide. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse.

Newman R. (2003). Methadone: the barest basics; a guide for providers. SEEA Addictions 4:1-2.

Stöver H, Casselman J, Hennebel L (2006). Substitution treatment in European prisons: a study of policy and practices in 18 European countries. *International Journal of Prison Health*, 2:3–12.

Stöver, H.; MacDonald, M.; Atherton, S. (2007); Harm Reduction for Drug Users in European Prisons. Oldenburg/Germany, London/UK

Uchtenhagen A (2002). Drug abuse treatment in the prison milieu: a review of the evidence. In: Council of Europe, ed. Prisons, drugs and society. Strasbourg, Council of Europe:79–98.

United Nations Office on Drugs and Crime (2002). Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime ([http://www.unodc.org/unodc/treatment\\_toolkit.html](http://www.unodc.org/unodc/treatment_toolkit.html). accessed 15 September 2006).

United Nations Office on Drugs and Crime (2003). Investing in drug abuse treatment: a discussion paper for policy makers. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime. ([http://www.unodc.org/unodc/treatment\\_toolkit.html](http://www.unodc.org/unodc/treatment_toolkit.html). accessed 15 September 2006).

United Nations (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (<http://www.ohchr.org/english/law/cescr.htm>, accessed 15 September 2006).

Verster A, Buning E (2003). Information for policymakers on the effectiveness of substitution treatment for opiate dependence. Amsterdam, EuroMethwork.

Verster A, Buning E. Key aspects of substitution treatment for opiate dependence. Amsterdam, EuroMethwork 2003.

Verster A, Keenan E (2005). HIV/AIDS treatment and care protocols for injecting drug users: draft. Lisbon, WHO Technical Consultation, in collaboration with EMCDDA, on the Development of HIV/AIDS Treatment and Care Protocols for IDU, 2005.

WHO Regional Office for Europe (2003). Declaration on Prison Health as a Part of Public Health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2003 ([http://www.euro.who.int/Document/HIPP/moscow\\_declaration\\_eng04.pdf](http://www.euro.who.int/Document/HIPP/moscow_declaration_eng04.pdf), accessed 15 September 2006).

WHO (2004). The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in central and eastern Europe. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html), accessed 15 September 2006).

WHO, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), UNAIDS (2004): Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper. Geneva ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/PositionPaper\\_English.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf), accessed 19 October 2005).

WHO Regional Office for Europe (2005). Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610\\_1](http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1), accessed 15 September 2006).

WHO/UNAIDS/UNODC (2007): Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Opioid substitution therapies and other drug dependence treatment. Evidence for Action Technical Papers.

Zickler P (1999). High-dose methadone improves treatment outcomes. NIDA Notes, 14(5) ([http://www.nida.nih.gov/NIDA\\_Notes/NNVol14N5/HighDose.html](http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/HighDose.html), accessed 21 December 2006).

This report was produced by a contractor for Health & Consumer Protection Directorate General and represents the views of the contractor or author. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and do not necessarily represent the view of the Commission or the Directorate General for Health and Consumer Protection. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this study, nor does it accept responsibility for any use made thereof.