



Médicaments de Substitution Opiacée & Milieu Carcéral

**Dr Laurent Michel, Limeil-Brévannes
Dr Anne Galinier, Marseille
Dr Philippe Griguère, Château-Thierry
Pr Pierre Thomas, Loos-Sequedin

et Pr Heino Stöver, Francfort
Dr Hans Wolff, Genève**

Sommaire

Rappel des principes de base

MSO : une efficacité démontrée et incontestable

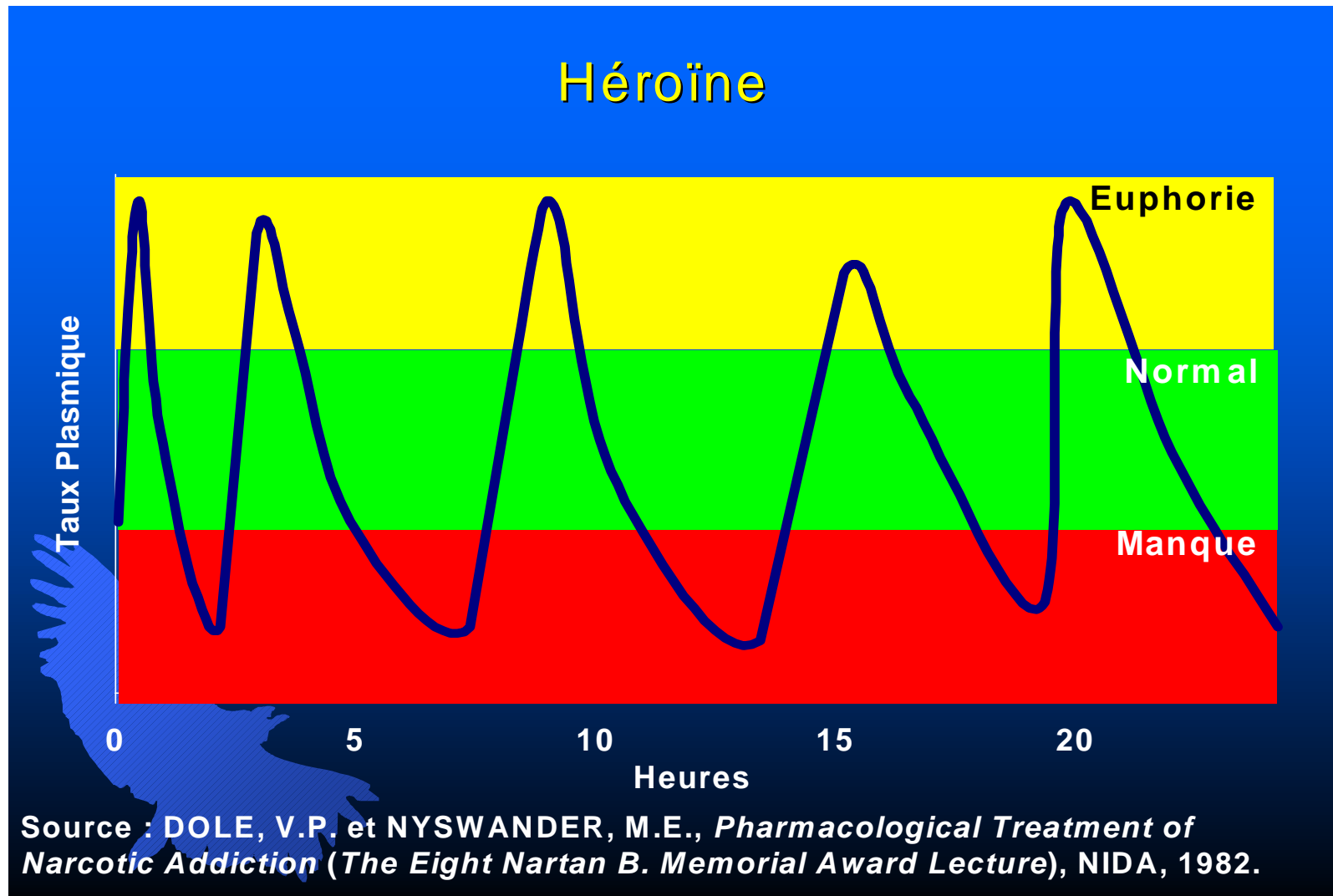
Impact en France depuis 1995

Intérêt des MSO en milieu carcéral

Revue de la littérature : Une efficacité démontrée

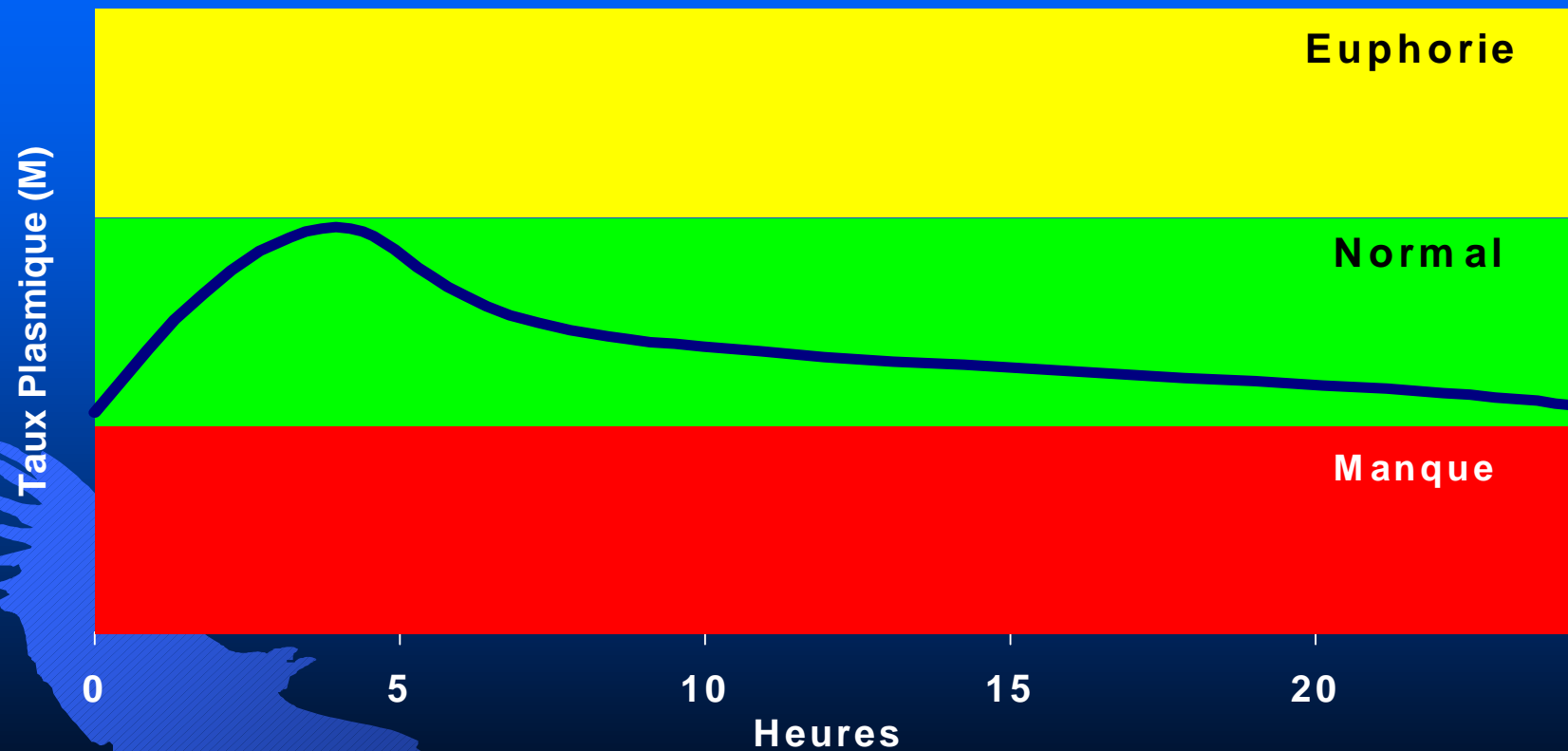
Synthèse et recommandations du comité scientifique

Principes de base



Principes de base

Méthadone



Source : DOLE, V.P. et NYSWANDER, M.E., *Pharmacological Treatment of Narcotic Addiction (The Eight Nartan B. Memorial Award Lecture)*, NIDA, 1982.

Efficacité des MSO pour l'individu et la société



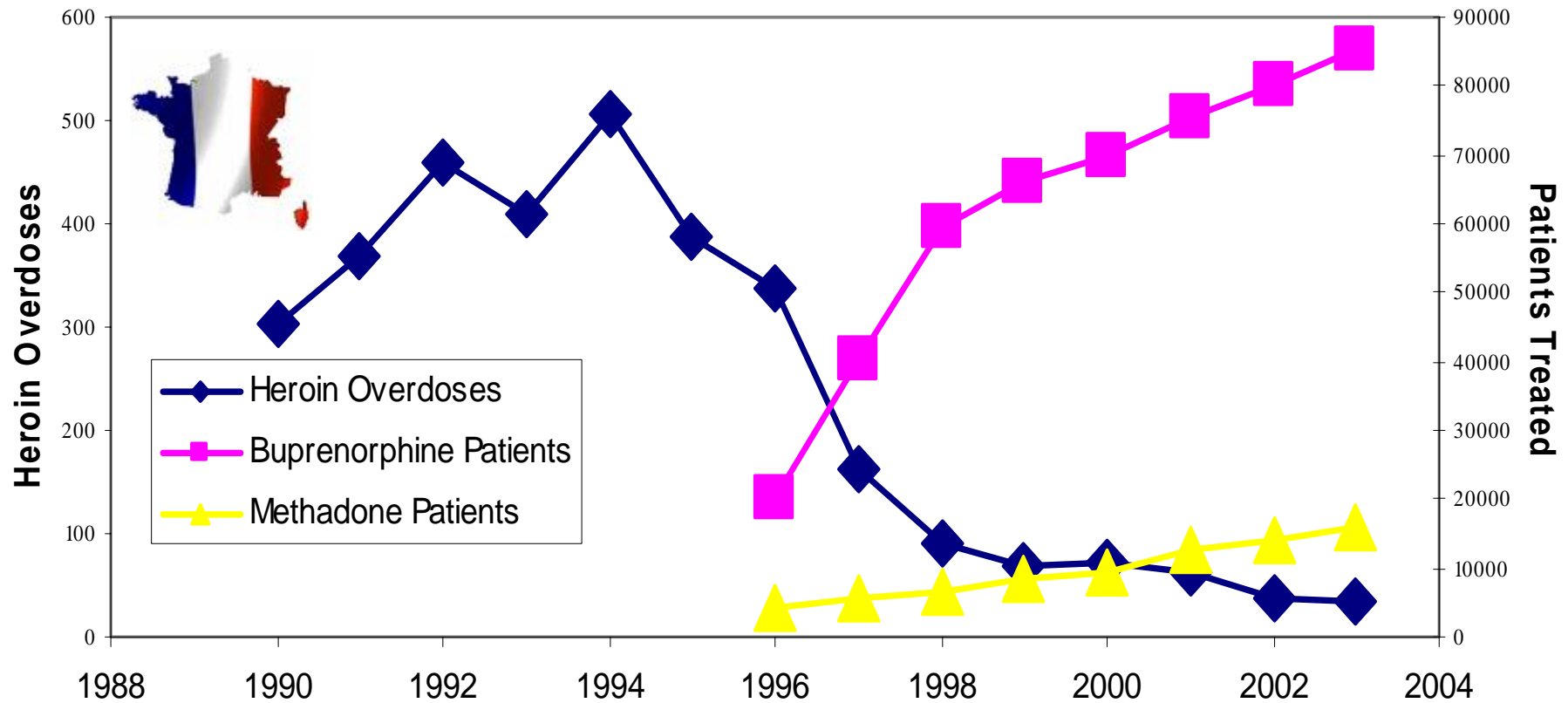
Guidelines Euromethwork

Les médicaments de substitution aux opiacés permettent de :

- **Rester en vie**
- **Parvenir à l'abstinence ou à un mode de consommation stable**
- **Diminuer la propagation du VIH et hépatite C**
- **Diminuer son activité délictueuse**
- **Diminuer les coûts (sociaux, système pénal...)**
- **Diminuer les hospitalisations et les admissions en urgence**

Rester en vie

L'accès aux MSO depuis 1996 a fait chuter le nombre d'overdoses à l'héroïne



D'après Carrieri & al 2006

Rester en vie



Conférence de Consensus Juin 2004

*Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés :
Place des traitements de substitution*

- **En France, les MSO ont permis de sauver 3 500 vies en 8 ans**
- **Le nombre de décès par OD a été divisé par 5 entre 1994 et 2002**

Rester en vie

Revue de la littérature

« La mortalité au cours des périodes de traitement est 3 à 4 fois inférieure à la mortalité au cours des périodes hors traitement »

« Taux de mortalité équivalent entre la BHD et la Méthadone »



James Bell & al.

Rester en vie

« Le fait d'avoir un traitement par la méthadone divise par 7 le risque de décès par overdose »



M.T Brugal & al

Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in cohort of heroine users in Spain. *Addiction* 08/2005;100(7):981-9

Parvenir à l'abstinence ou à un mode de consommations stables

Revue de la littérature (Cochrane Review : Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence)



Dans le groupe de patients recevant un traitement par la méthadone, **la consommation auto-rapportée d'héroïne est 3 fois plus faible** que dans le groupe de patients traités sans substitution opiacée.

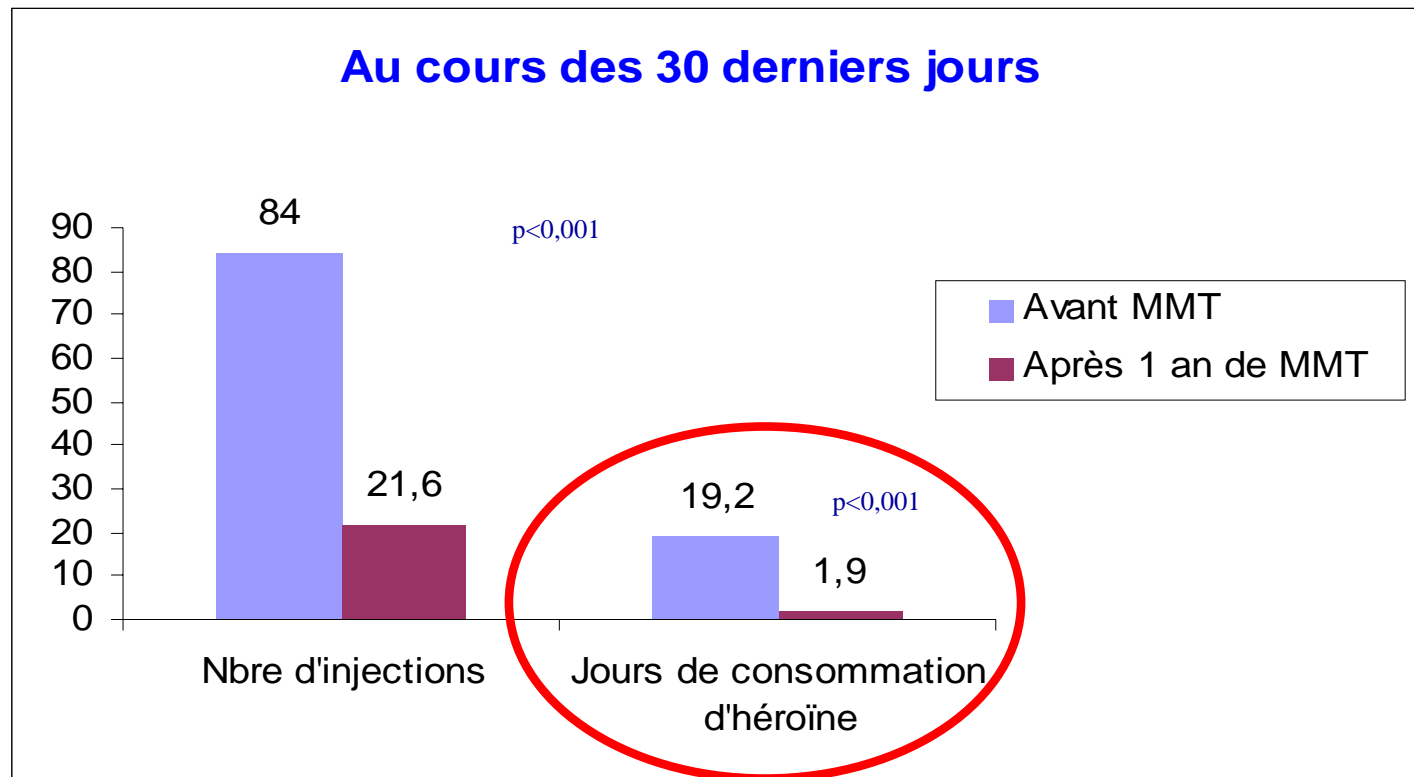
$RR = 0,32$ (IC = 95%)

Dans le groupe de patients recevant un traitement par la méthadone, **le taux d'urine positive à l'héroïne est 3 fois plus faible** que dans le groupe de patients traités sans substitution opiacée.

$RR = 0,317$ (IC = 95%)

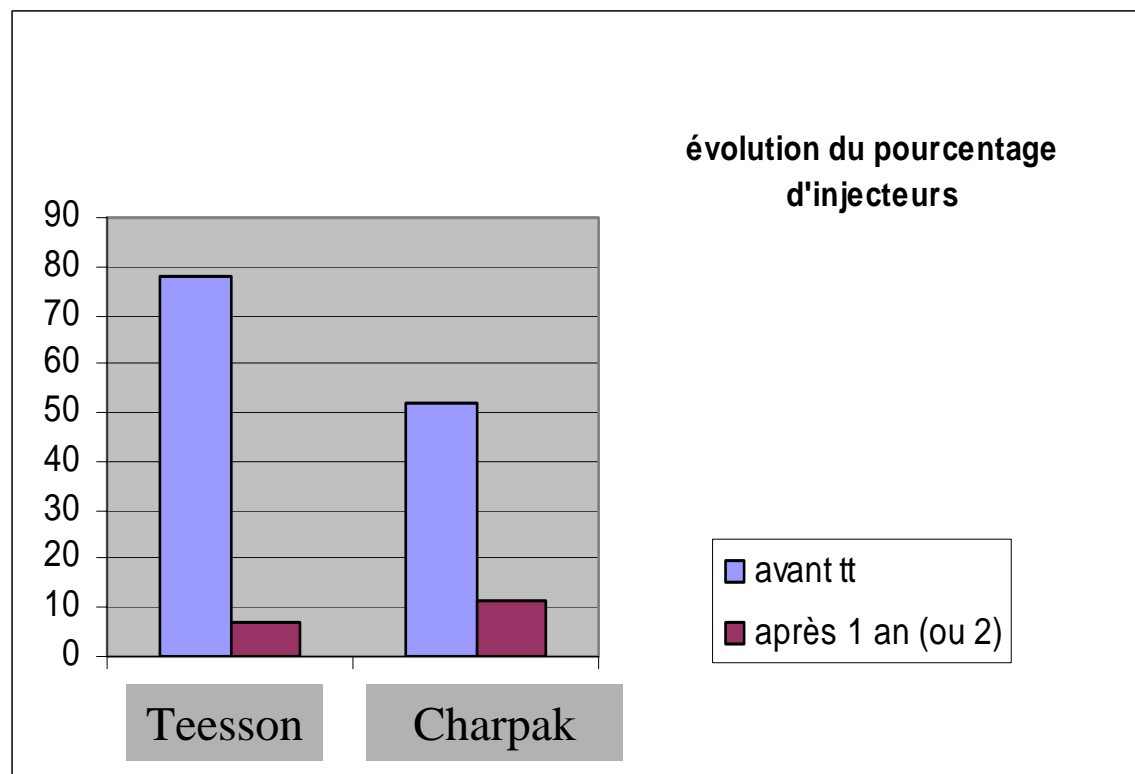
Parvenir à l'abstinence ou à un mode de consommations stables

60 patients, dans un dispositif dit bas seuil, évalués après un an de traitement par la méthadone



Diminution des pratiques à risques

- ➔ Les MSO ont démontré leur efficacité dans la réduction des pratiques d'injections.



78 à 7%
dans l'étude Teesson
(1 an de traitement)



52 à 11,5%
dans l'étude Charpak
(2 ans de traitement)



Duburcq, A., Y. Charpak, et al. (2000). "[Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex)]." *Rev Epidemiol Sante Publique* 48(4): 363-73

Teesson, M., J. Ross, et al. (2006). "One year outcomes for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS)." *Drug Alcohol Depend* 83(2): 174-80

Diminution de la propagation du VIH et d'autres maladies infectieuses

Suivi d'une cohorte d'usagers de drogue entre 1985 et 2005



Les auteurs ont observé une association entre prescription de méthadone et diminution de l'incidence pour le VIH et VHC.

La combinaison PES + méthadone > 60 mg a été associée à une réduction considérable des risques de contaminations.

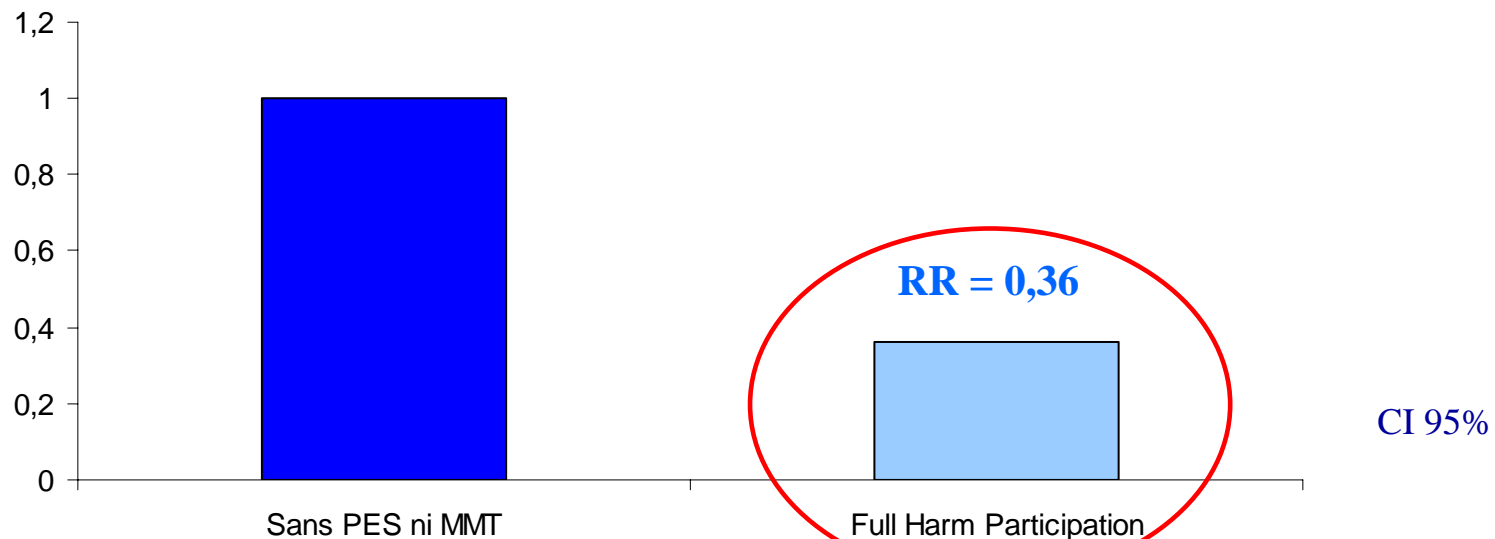
Diminution de la propagation du VHC

**Une participation au « Full Harm Reduction », divise par 3
le risque de contamination par le VHC.**

Full Harm Reduction :

≥ 60 mg MMT tous les jours et pas d'injection dans les 6 derniers mois
ou

≥ 60 mg MMT tous les jours et injections de drogues mais avec une seringue propre à chaque injection dans les 6 derniers mois



Diminution des coûts du système pénal et de l'aide sociale

En France ⁽¹⁾



Baisse des coûts liés à l'usage de drogue en 1997

Coûts justice, arrêts de travail, hospitalisations...

- 535 millions



En Angleterre ⁽²⁾



Chaque 1,5 £ dépensée en traitement (santé) permet 4,5 £ d'économie sur les coûts de la criminalité

(1) Conférence de consensus Juin 2004: Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : Place des traitements de substitution

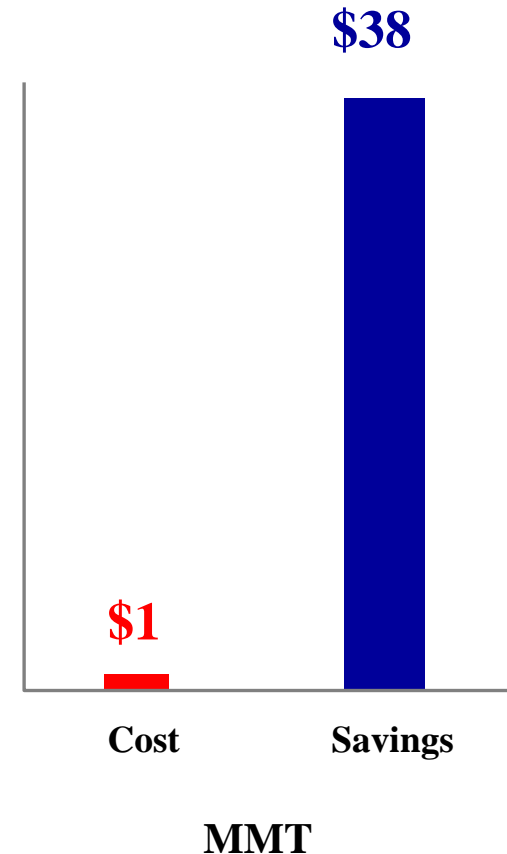
(2) Guidelines Eurometwork, NTORS UK 1998

Diminution des coûts du système pénal et de l'aide sociale



**1 \$ investi dans le traitement
méthadone,
permet d'économiser 38 \$**

sur les coûts liés à l'activité criminelle,
potentielles incarcérations, chômage,
hospitalisations, prises en charge
médicales multiples



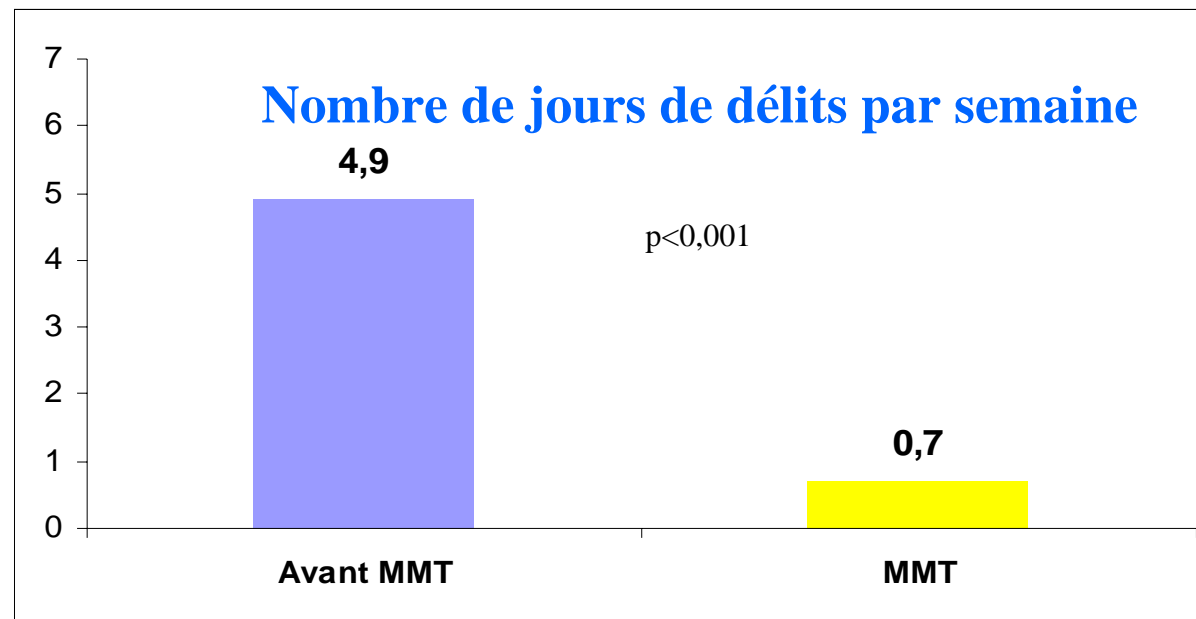
Réduction de la criminalité



Deux interviews de 85 patients (données déclaratives)

La première avant la mise sous Méthadone.

La seconde, après une durée moyenne de MMT de 57 mois

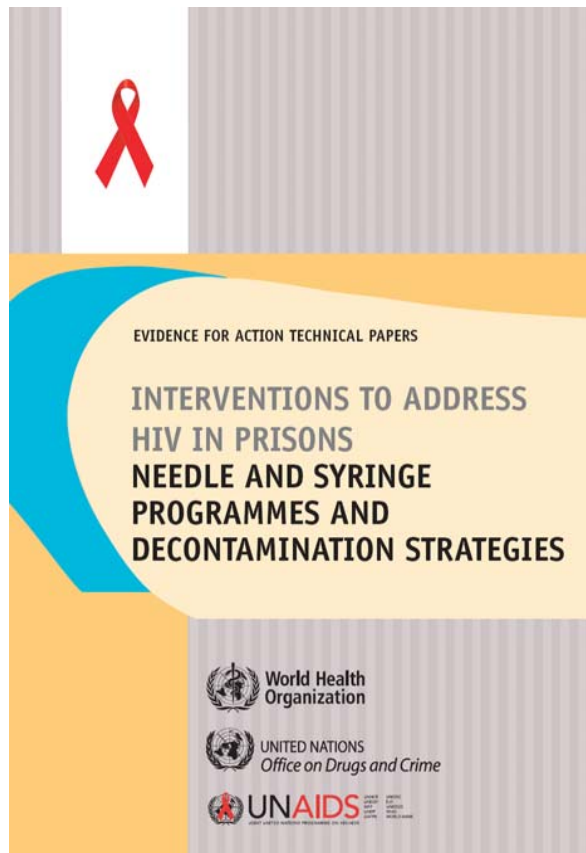


EN MILIEU CARCERAL





Une réalité en Milieu Carcéral



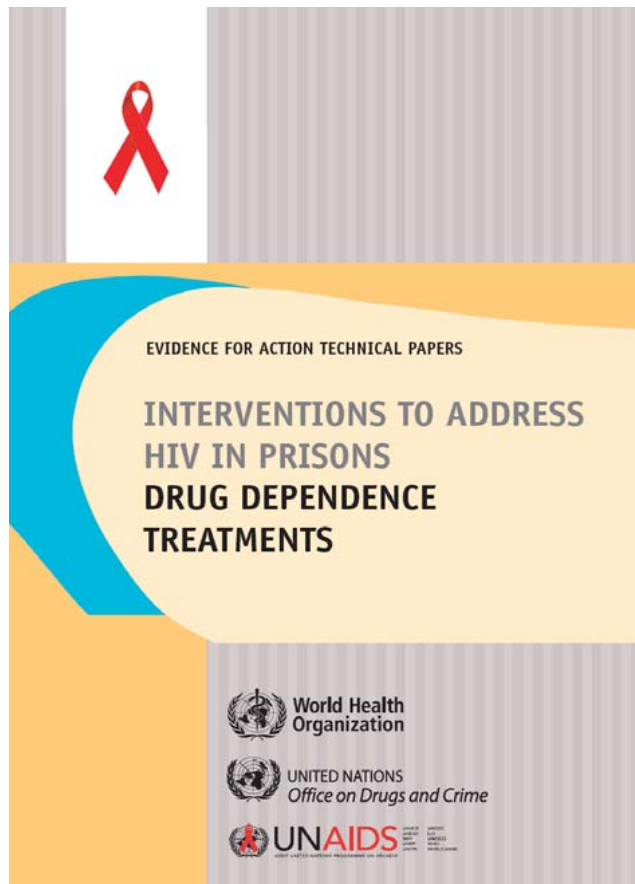
13 à 23 % des injecteurs de drogues incarcérés ont démarré l'injection en prison.

Les injecteurs en prison injectent généralement moins fréquemment qu'en milieu libre...

...mais ils partagent plus leur matériel, 15 à 20 personnes peuvent partager la même seringue.



Une réalité en Milieu Carcéral



Les seringues sont partagées avec d'autres détenus usagers de drogues, dont le taux d'infection VIH ou VHC est souvent très élevé.



Une réalité en Milieu Carcéral

En France aussi

Enquête réalisée en région PACA

43% des UDIV actifs avant incarcération continuent à s'injecter en prison

21% de ceux s'injectant en prison partagent leur matériel

7% se sont initiés au shoot en prison



Une réalité en Milieu Carcéral

Pays	INDICATEURS DE RISQUES EN PRISON				CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES DE PRISON											
	Tx HIV	HIV pc/pg	Tx HVC	Tx de partage	Méthode	Prévalence	Sexe	PEP	USM	Conduite	Usages	Évaluation	Outcomes	Services	Indicateurs	
France	2,7%	10	25-36%	50-66%	PARFIS	0,27%	M	?	?	?	?	?	?	?	?	?
USA	11,1%	11-12	28-40%	?	PARFIS	11,1%	M	?	?	?	?	?	?	?	?	?

Usage de drogues, sexualité, transmission du virus VIH, hépatites B et C et réduction des risques en prison à travers le monde.

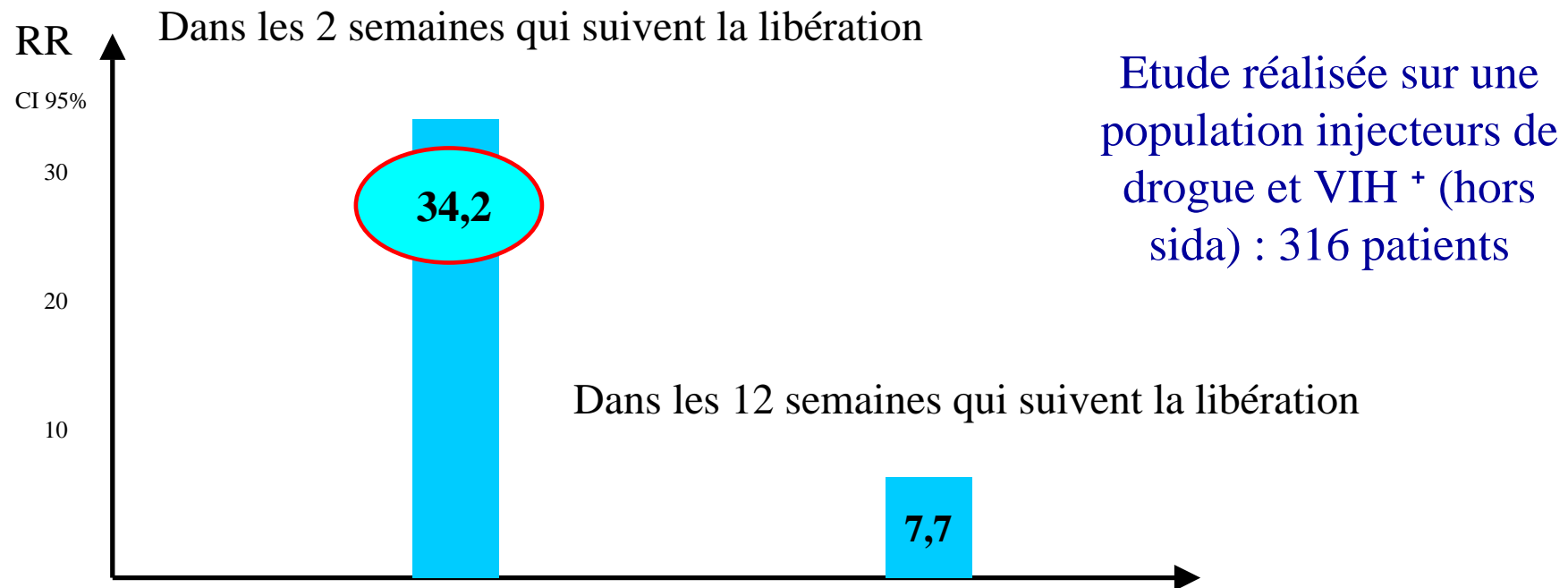
Document réalisé par Julien Emmanuelli (Réseau National de Santé Publique). 1998

Indicateurs de risques en Prison							
	Tx HIV	HIV pc/pg	Tx HVC	Tx HVB	% UDIV	% usage Drog	Tx de partage
En France	2,7% pc	10	25-36%	8-75%	20-30%	13-15%	50-66%
	0,273 pg						



Etude de Seaman

Le risque de décès par OD est 34 fois plus élevé dans les 2 semaines qui suivent la libération, qu'au delà des 12 semaines





Une réalité à la sortie de Prison

...la sortie de prison est une période à risque élevé de décès par overdose...

« Le risque de décès par OD peut être plus élevé pour les injecteurs de drogue après une période d'abstinence, durant laquelle leur tolérance a pu diminuer... »*

* S R Seaman & al. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. BMJ 1998;316;426-428



Efficacité pour l'individu et la société

**...La littérature montre une efficacité
démontrée en milieu carcéral, sur les mêmes
critères qu'en milieu libre...**

Dolan (2005)



Johnson(2001)



Gordon (2008)





Etude de Dolan (2005)

Evaluation à 4 ans d'une population initiale de 382 détenus,
sur des critères de:

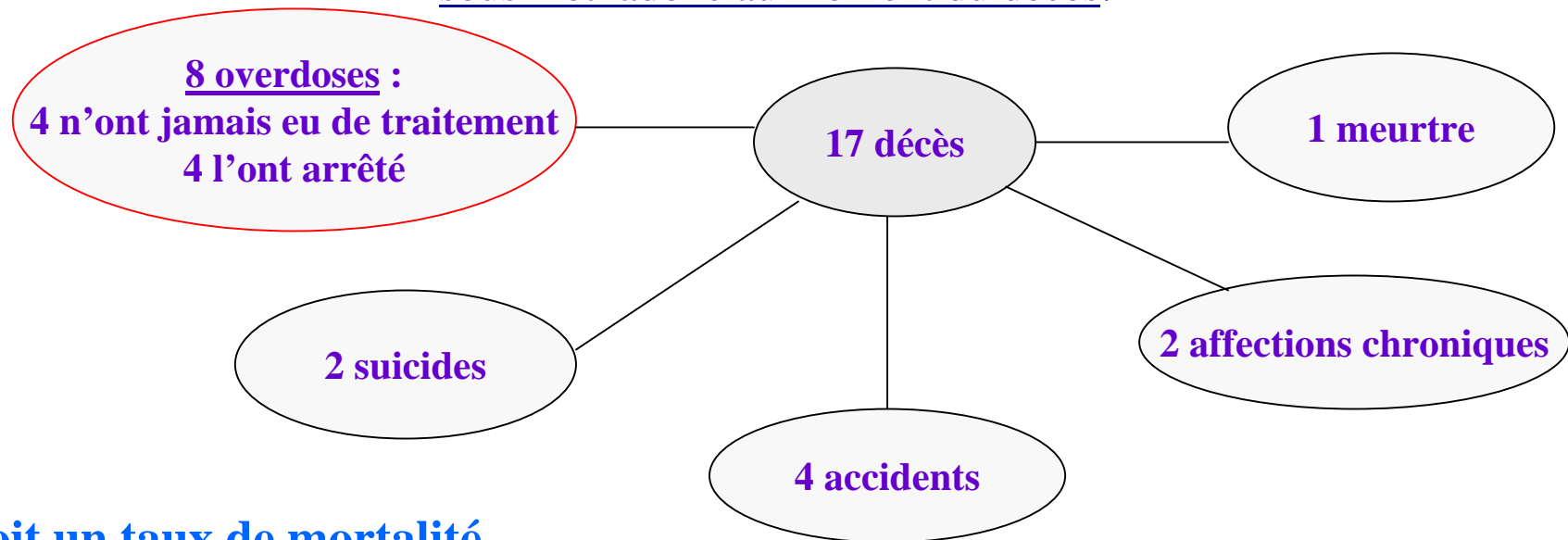
- **mortalité globale**
- **réincarcération**
- **séroconversion pour le virus de l'hépatite C et le VIH.**



Mortalité globale

« **L'existence d'un traitement par la méthadone, quelle qu'en soit sa durée, est associée à une réduction de la mortalité** »

Sur 382 sujets, 17 sont décédés au cours des quatre années, mais aucun des patients n'était sous méthadone au moment du décès.

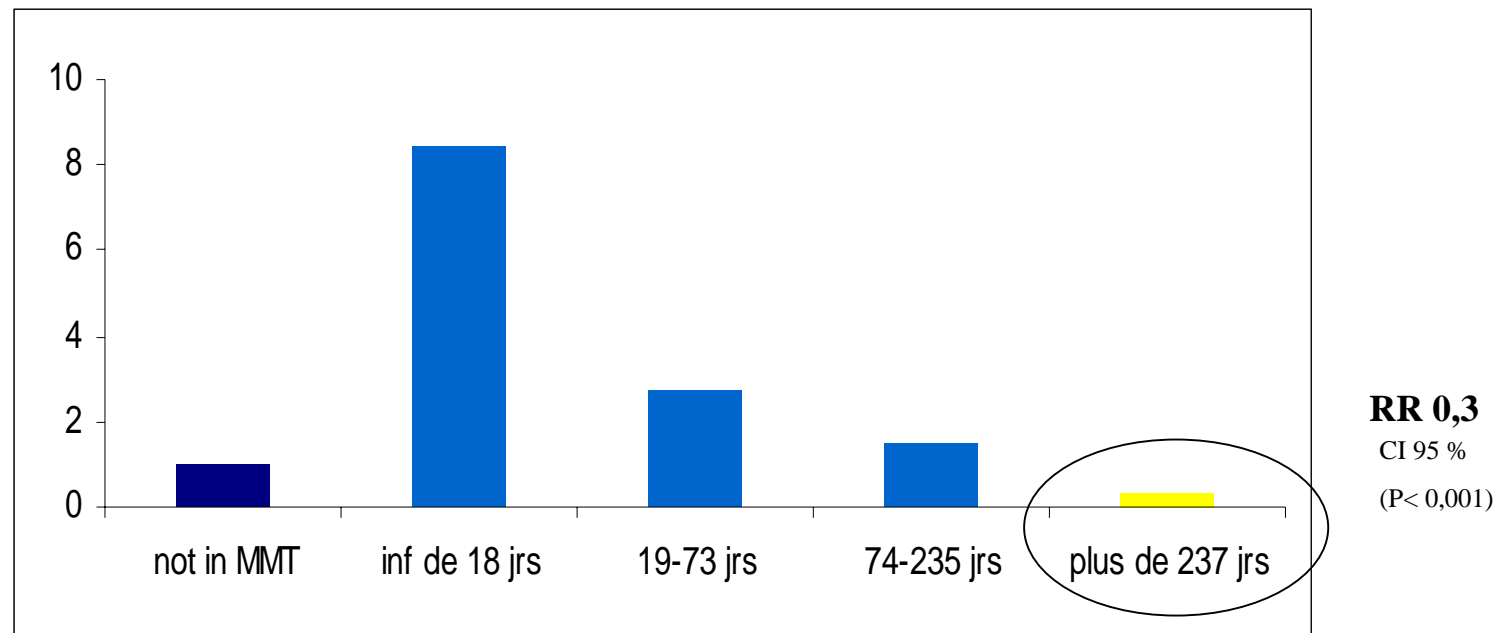


**Soit un taux de mortalité
annuel de 1,1%**



Diminution du taux de réincarcération

Le risque de réincarcération est réduit de 70 % lorsque la durée de traitement est au moins égale à 8 mois par rapport à des patients non traités





Séroconversion pour le virus de l'hépatite C

**Des périodes de traitement par méthadone
inférieures à 5 mois**

Des incarcérations courtes (< 2 mois)

**sont significativement associées à un risque accru
d'infection par le virus de l'hépatite C.**



Etude de Johnson (2001)

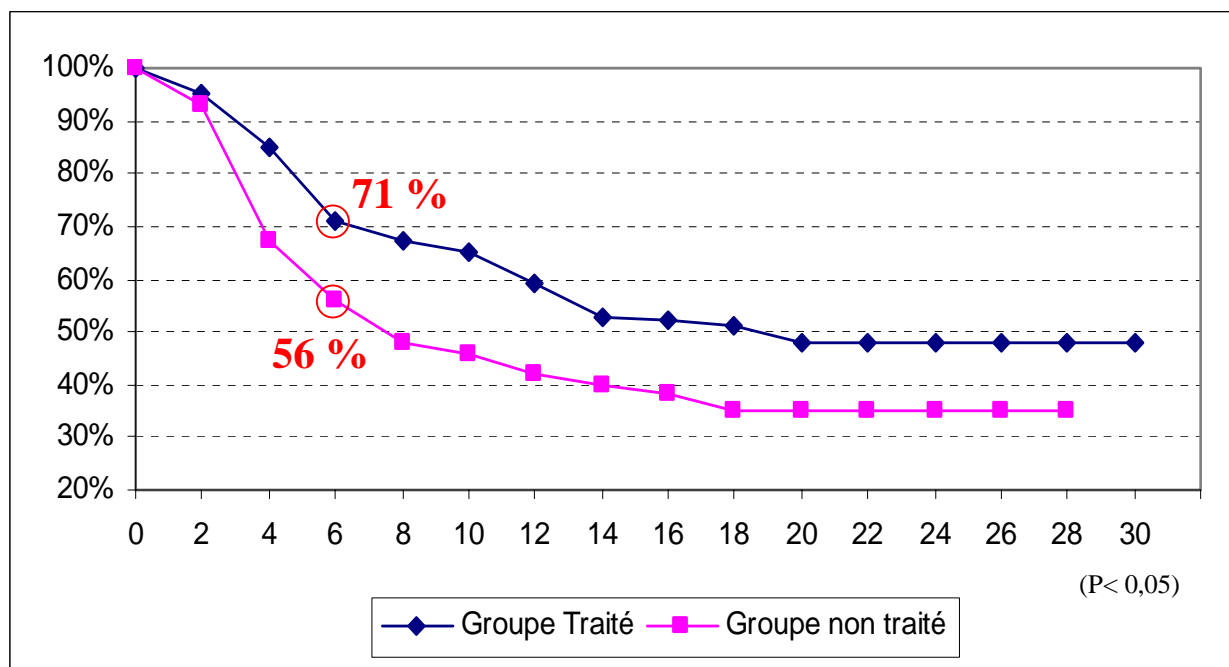
Incidence du traitement par méthadone initié en milieu carcéral, sur l'issue de la mise en liberté.

Taux de réincarcération



Taux de réincarcération

La proportion de délinquants non réincarcérés, suivis 30 mois après libération, est plus importante dans le groupe traité



Groupe traité
n = 154

Groupe non traité
n = 92



Etude de Gordon (2008)

Étude randomisée, suivi de patients 6 mois après leur sortie de prison.

Consommation d'opiacés

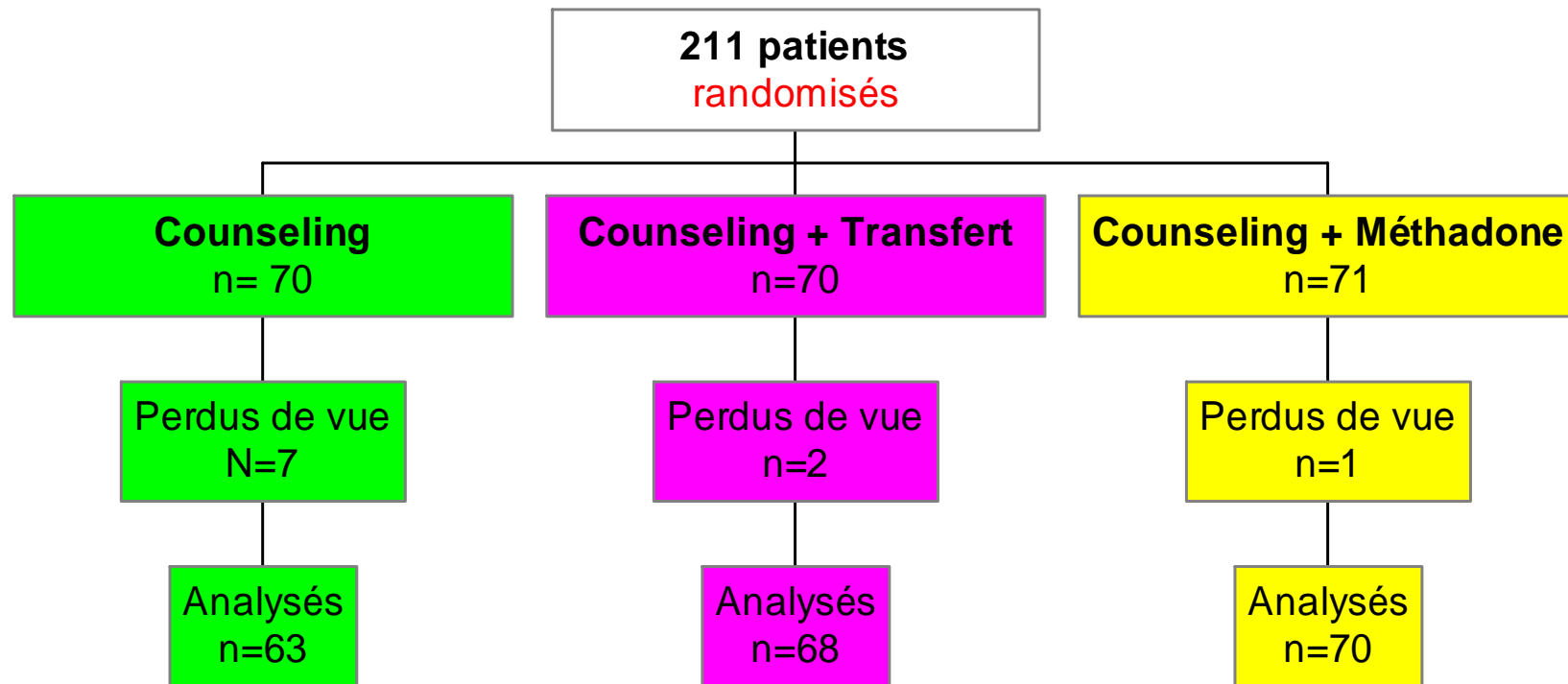
Activité criminelle

Suivi du traitement à la sortie de prison



Etude de Gordon

Recrutement entre sept 2003 et juin 2005

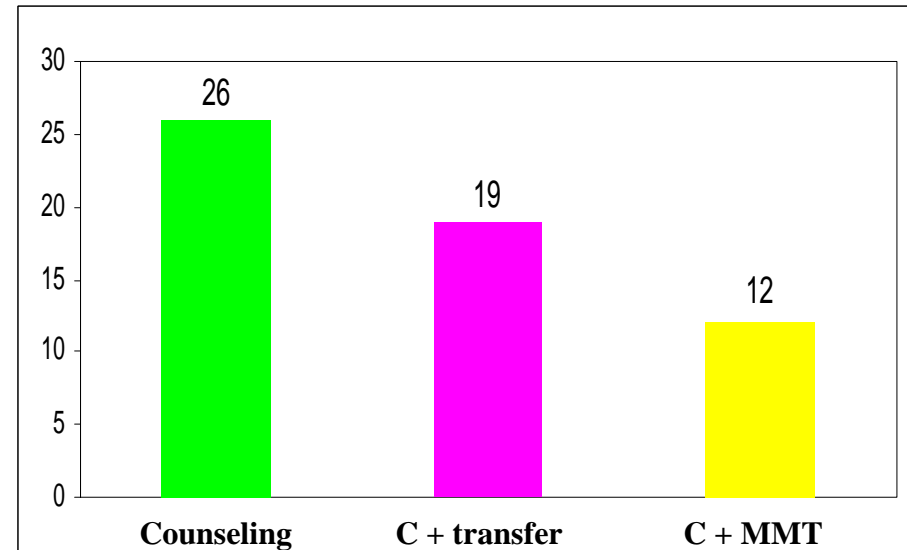
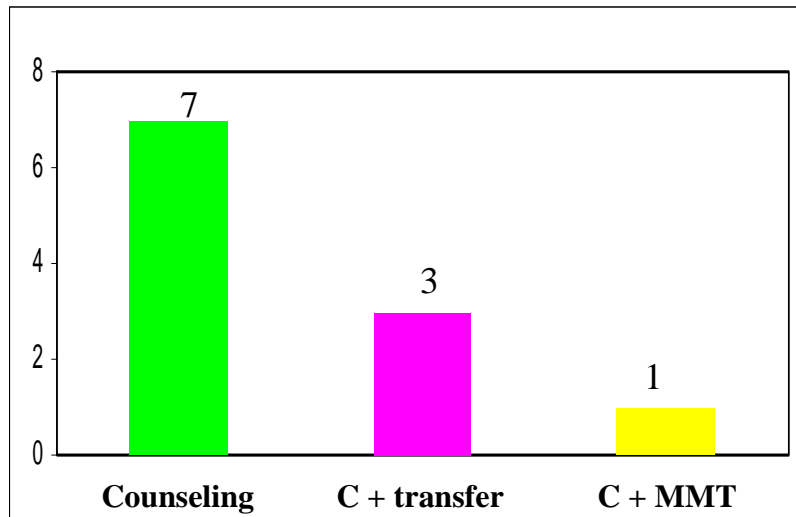




Réduction de la consommation d'opiacés

Evaluation 180 jours après libération

2 fois moins de patients positifs aux opiacés

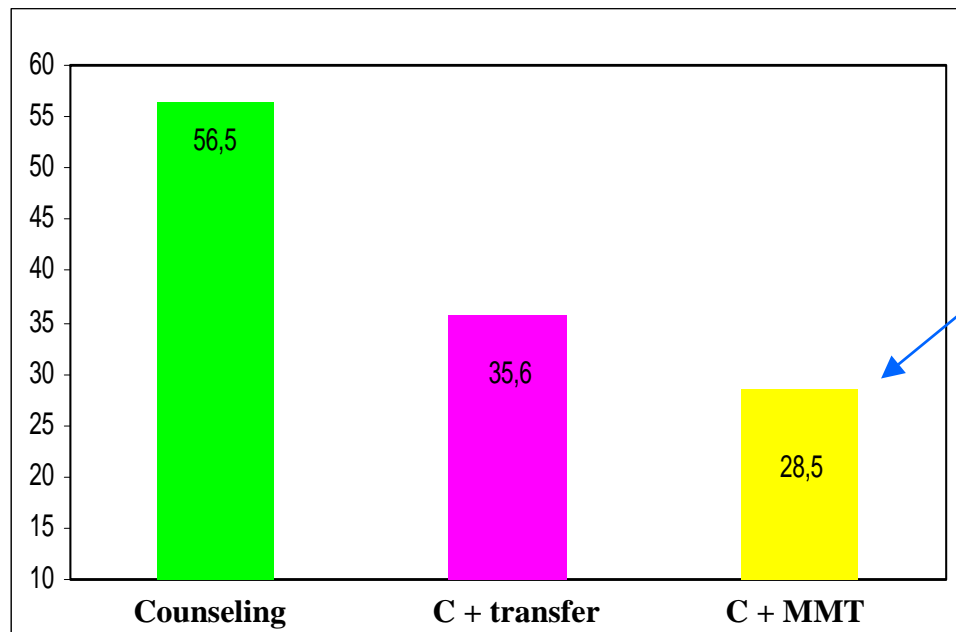


1 seul patient déclare avoir consommé de l'héroïne tous les jours depuis sa sortie de prison



Réduction de l'activité délictueuse

Nombre de jours d'activité délictueuse

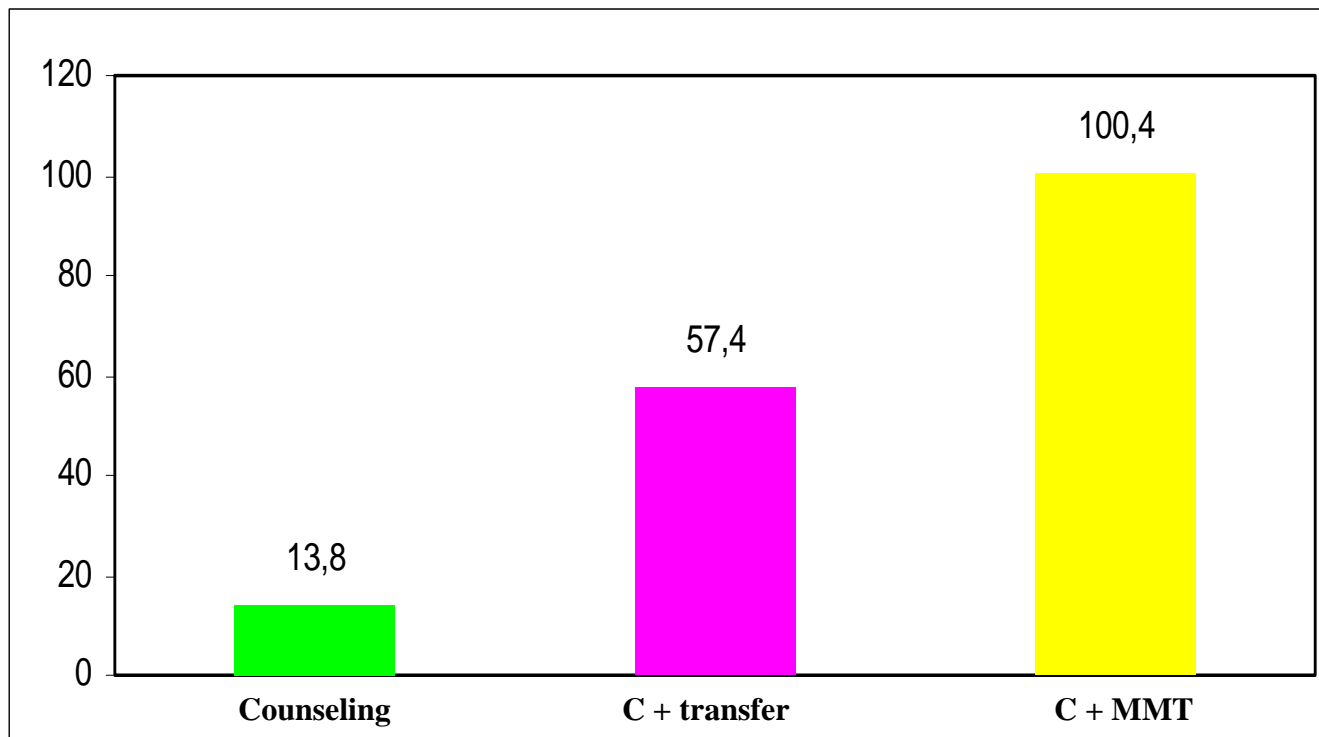


**2 fois moins de jours
d'activité délictueuse**



Suivi du traitement à la sortie de Prison

Nombre de jours de suivi sur 180 jours après libération





Synthèse du Comité Scientifique

Recommandations

La prison multiplie les risques liés à l'usage de drogues. C'est un lieu de consommations : produits disponibles, inactivité, stress...

Le soin prodigué en Prison doit être équivalent à celui pratiqué en milieu libre (Loi 1994). C'est finalement un lieu adapté pour accéder aux soins (TSO, dépistages, suivi psycho-social...).

La situation de monopole du soin impose d'offrir des prestations polyvalentes et bienveillantes.



Synthèse du Comité Scientifique

Recommandations

Les TSO sont un préliminaire à une prise en charge apaisée et durable de l'ensemble des problématiques des usagers de drogues (sanitaires, psychologiques, sociales, éducatives...).

Le sevrage des opiacés ne doit être envisagé qu'exceptionnellement en prison, et probablement que pour les longues peines. Il doit être entrepris uniquement sur demande du patient.

L'accès à la méthadone et à la BHD doit être équivalent, sur des critères cliniques, même en l'absence d'équipes psychiatriques étoffées, et ce dès l'incarcération.



Synthèse du Comité Scientifique

Recommandations

Les posologies des MSO doivent être adaptées, comme en milieu libre, sur des critères cliniques, afin d'obtenir tout leur impact pendant l'incarcération et après la libération.

La mise en place du MSO est probablement la première étape incontournable du traitement de l'hépatite C et/ou d'une comorbidité psychiatrique.

Dans une perspective de réduction des contaminations virales et en l'absence de dispositif de réduction des risques équivalent au milieu libre, la mise en place de TSO par la méthadone constitue une approche thérapeutique recommandée et validée (OMS, études cliniques...) pour limiter les séroconversions (VHC, VHB, VIH).



Synthèse du Comité Scientifique

Recommandations

L'impact démontré du TSO par la méthadone sur l'activité délictueuse et la réincarcération pourrait inciter à favoriser sa mise en œuvre dans le contexte d'une surpopulation carcérale.

L'instauration d'un traitement adapté dès l'incarcération, son maintien en prison et à la sortie, est le minimum de soins qui doit être apporté aux usagers de drogues en prison.

Fin