

Le toxicomane en milieu carcéral: la réponse médicale et ses limites

Rolf Jeanmonod, Timothy Harding

Institut universitaire de médecine légale, Genève

Introduction

La prison de Champ-Dollon à Genève héberge entre 280 et 300 prévenus quotidiennement, dont 30 à 40 femmes, pour un total d'environ 2200 entrées par année. En fonction depuis juin 1977, elle est dotée d'un service médical important, avec médecins internistes, dentistes, psychiatres, psychologues et personnel infirmier, ainsi que divers autres thérapeutes (physiothérapeutes, ergothérapeutes, sociothérapeutes). Ce service médical est autonome au sein de la prison, il ne dépend pas des autorités pénitentiaires genevoises, mais de l'Institut universitaire de médecine légale.

C'est déjà à l'ancienne prison de Saint-Antoine qu'est apparue au début des années septante une nouvelle population, celle des toxicomanes. Consommateurs de haschisch, de morphine et de LSD, ces toxicomanes sont encore une très faible minorité. Avec l'arrivée de l'héroïne sur le marché, le pourcentage des prévenus toxico-dépendants ne va cesser de s'accroître pendant dix ans, créant ainsi non seulement des problèmes judiciaires, mais également socio-médicaux. L'expansion du trafic international a favorisé le problème de la toxicomanie à Genève. En 1974, on comptait 1 toxicomane pour 8 détenus, alors que déjà en 1975, ce rapport a passé à 1 pour 3 [1]. Cette augmentation reflète un phénomène qui a touché tous les pays d'Europe occidentale. Au Danemark, par exemple, la proportion de toxicomanes dans la population carcérale a passé de 2 % en 1973 à près de 40 % au début des années 1980.

Au cours de la réunion du Conseil de l'Europe consacrée à ce thème en 1982, on constate qu'en moyenne 30 à 40 % de toxicomanes peuplent les prisons, dont 10 à 20 % sont toxico-dépendants. Ainsi, à Milan, pour environ 2000 entrées annuelles, 10 à 15 % demandent une aide spécifique pour un problème de toxicomanie, et aux Pays-Bas, 20 à 30 % des détenus sont héroïnomanes [2].

A Fleury Merogis (France), une enquête menée en 1985 recense à 27 % des entrants la population toxicomane. La répartition entre hommes et femmes est en général de $\frac{3}{4}$ - $\frac{1}{4}$. Le type de drogue principal reste l'héroïne (92 %) suivi de près par le cannabis (72 %) et la cocaïne (43 %) dont la disponibilité, depuis 1982, fait qu'elle est très souvent consommée avec de l'héroïne ou comme drogue d'appoint [3].

Ce travail a pour but d'analyser l'évolution, depuis 1974, de la prise en charge des toxicomanes entrant à

la prison et d'apprécier, selon l'âge et le sexe, l'importance du nombre des prévenus nécessitant une cure de sevrage, et d'en estimer le résultat selon les taux de rechute et de geste auto-agressif.

Prison et drogue

Comment réagit l'autorité pénitentiaire face à cette nouvelle exigence? Le comportement carcéral du toxicomane est différent de celui des autres détenus: privé de sa drogue, contraint à la dure réalité de l'institution, tourmenté par la «machine» policière et judiciaire, confronté sans artefact à ses angoisses, il se présente comme victime de la société, revendicateur, impulsif, à la recherche d'un succédané pouvant lui procurer tranquillité, oubli et soulagement de ses symptômes physiques. La direction pénitentiaire n'a pas trouvé opportun de créer une section spéciale pour toxicomanes et ils sont donc disséminés au sein des unités, côtoyant les autres détenus. La médicalisation a dès lors subi un essor incontestable, parfois difficilement maîtrisable, entraînant à sa suite l'ensemble des détenus. Le groupe des drogués représente en effet à lui seul la plus forte consommation de psychotropes [4] (tranquillisants, antidépresseurs, neuroleptiques). La pression, voire la menace, sont devenues courantes auprès de l'équipe médicale; l'arnaque et l'intimidation, fréquentes entre codétenus, entraînent un sérieux trafic, surtout de benzodiazépines, à l'intérieur de la prison. L'entrée de drogues, surtout de haschisch, existe à un faible degré, perméabilité que constatent de nombreuses prisons européennes.

Analyse rétrospective des sevrages rapides à la méthadone en prison

Fin 1973, pour diminuer les symptômes de manque et permettre une meilleure adaptation des toxicomanes incarcérés, une méthode de sevrage rapide à la méthadone a été adoptée à la prison de Genève. La dose initiale est fixée empiriquement selon l'aspect et l'anamnèse du détenu; elle se situe en principe entre 10 et 50 mg de méthadone en solution, buvable devant le personnel, et diminue de 5 mg par jour. Ainsi, en l'espace de dix jours, le détenu est sensé être sevré physiquement et peut demander un relais médicamenteux de neuroleptiques ou le plus souvent de benzodiazépines et somnifères. Il n'existe pas de cure de maintenance ou de reprise de cure en cours d'incarcération. Nos sources de renseignements sont les statistiques

Tab. 1. Relation entre le nombre de cures de sevrage et le nombre d'entrées, en fonction du sexe.

Années	Nombre d'entrées en prison	Nombre de cures de sevrage	% cures/entrées total	% cures fem./entrées femmes
1974	1761 (224)	68 (16)	3,9	7,1
1975	1740 (194)	118 (30)	6,8	15,5
1976	1433 (178)	135 (32)	9,4	17,9
1977*	1590 (218)	162 (35)	10,2	16,0
1978	1756 (220)	120 (29)	6,8	13,2
1979	1726 (202)	110 (24)	6,4	11,9
1980	1868 (235)	159 (38)	8,5	16,2
1981	2005 (266)	184 (37)	9,2	13,9
1982	2137 (243)	224 (42)	10,5	17,3
1983	2271 (290)	187 (40)	8,2	13,8
1984	2496 (318)	218 (51)	8,7	16,0
1985	2580 (325)	212 (38)	8,2	11,7
1986	2464 (315)	183 (36)	7,4	11,4
1987	2003 (231)	235 (48)	11,7	20,8

* Ouverture de la prison de Champ-Dollon

Note: Les chiffres entre parenthèses concernent les femmes

annuelles de la prison; le fichier du service médical où sont inscrits nominativement, depuis 1974, tous les toxicomanes recevant une cure de méthadone et un registre de tous les transferts de prévenus en milieu hospitalier.

a) Population

Depuis 1974, le nombre des entrées totales en prison marque une tendance vers la hausse jusqu'en 1985, puis amorce une diminution, ce que confirme le nombre des nuitées.

Les femmes représentent le 12,7 % des entrées en 1974, proportion identique en 1985 et légèrement inférieure en 1987 (11,5 %) (tableau 1).

Le nombre de cure de sevrage à la méthadone tend à suivre cette évolution, mais fluctue irrégulièrement. Par rapport aux entrées globales, le pourcentage de cure de sevrage a passé de 3,9 % en 1974 à 11,7 % en 1987. Chez les femmes, cette augmentation est plus manifeste: de 7,1 % à 20,8 % dans la même période (tableau 1).

L'âge moyen des prévenus en cure de sevrage durant les années 1985 à 1987 se situe à 26,5 ans, avec des extrêmes variants entre 15 et 42 ans.

b) Méthadone

De 1980 à 1987, il a été pratiqué 1602 cures de sevrage pour un total de 17 824 entrées, soit le 9 %. Concernant les femmes, pour 2223 entrées, on compte 330 cures, soit le 14,8 %.

Ces chiffres sous-estiment la population toxicomane, car ils ne prennent en compte que les toxico-dépendants graves qui, de par leurs symptômes de sevrage, nécessitent un traitement médical de substitution. Cependant, certains toxicomanes préfèrent un traitement non substitutif par les benzodiazépines ou neuroleptiques. Dans une enquête menée en 1983-84 à la prison [5], 36 % des prévenus signalent des problèmes

Tab. 2. Distribution du nombre de cures (N = 630) sur trois ans en fonction des sujets (1985-86-87).

Nombre de cures	Hommes	Femmes	% de toutes les cures
1	246	63	49,0
2	49	20	21,9
3	15	5	9,5
4	13	1	8,8
5	7	0	5,5
6	3	0	2,8
7	2	0	2,2
424 personnes (6,0% des entrées)			

de drogue au cours des deux années précédant l'incarcération, 30,1 % déclarent à l'entrée une mono ou polytoxicomanie et 6,3 % sont en cure de méthadone.

La dose initiale de la cure de méthadone reste assez constante au fil des années, en moyenne 32,5 mg avec des extrêmes allant de 10 mg à 125 mg.

Bien qu'un toxicomane ne bénéficie que d'une cure de sevrage à son entrée, certains font des entrées successive et font l'objet de cures répétées.

La distribution du nombre de cures de sevrage en fonction des sujets et en cumulant trois années (1985-1987), indique que 115 des 424 sujets ont reçu plus d'une cure pendant cette période. Le nombre de détenus bénéficiant d'au moins une cure représente le 6 % des entrées (tableau 2). Les 115 sujets récidivant représentent 1,6 % des entrées, ou 27 % des toxico-dépendants.

c) Gestes auto-agressifs

Sur un total de 630 cures de sevrage durant les années 1985-1987, on relève 17 cas (2,7 %) de gestes auto-agressifs en relation avec le sevrage ou durant le mois postcure, gestes suffisamment graves pour nécessiter un transfert à l'hôpital cantonal (0,06/1000 nuitées) (tableau 3). Dans la population carcérale globale, on relève 94 cas de gestes auto-agressifs sur 3 ans pour 304 689 nuitées (0,3/1000 nuitées).

Sur ces trois ans, on déplore 5 décès de détenus dont 1 en phase de sevrage (tableau 4).

L'analyse des moyens utilisés pour effectuer ces gestes auto-agressifs donne une large préférence à la veino-section, tant chez les toxicomanes que sur l'ensemble

Tab. 3. Gestes auto-agressifs annuels en relation avec un sevrage.

Années	Nombre de cures	Gestes auto-agressifs*		Total	%
		hommes	femmes		
1985	212	7	2	9	4,2
1986	183	2	2	4	2,2
1987	235	3	1	4	1,7
Total	630	12	5	17	2,7

* relevés pendant le sevrage à la méthadone et après 1 mois, ayant nécessité un transfert au service des urgences de l'hôpital (CMCE)

Tab. 4. Gestes auto-agressifs annuels sur l'ensemble des détenus.

Années	Gestes auto-agressifs ¹	Décès en prison		Nuitées
		toxicomanes	autres	
1985	39	1 ^a	2*	102001
1986	28	0	1**	101755
1987	27	0	1***	100933
Totaux	94	1	4	304689

¹ Ayant nécessité un transfert à l'hôpital (CMCE)
^a pendaison au 12^e jour de sevrage (35 mg)
 * en prison - meurtre / au CMCE - hémorragie cérébrale
 ** au CMCE - affection psychiatrique
 *** en prison - affection psychiatrique

des détenus. L'absorption de toxiques et de corps étrangers vient ensuite, de même que la pendaison (tableau 5). La pendaison est moins fréquente mais de loin le geste le plus dangereux.

Choix d'une méthode de sevrage des toxicomanes aux opiacés

De quels modes de sevrage dispose-t-on pour traiter des toxico-dépendants incarcérés? Il faut pour cela se référer aux études menées à l'extérieur, en milieu ambulatoire ou hospitalier.

La clonidine, agoniste des récepteurs alpha 2 pré-synaptiques, hypotenseur thérapeutique, a surtout été employée en milieu hospitalier pour son effet positif dans le sevrage des toxicomanes aux opiacés décrit par Gold en 1978 [8] et confirmé par d'autres [9, 10, 11]. Elle a été peu employée ambulatoirement [12, 13] vu ses effets secondaires tels que le danger hypotenseur important, la sécheresse de la bouche, les phénomènes hallucinatoires, les états confusionnels, l'état dépressif, la sédation.

Certains auteurs, reconnaissant l'efficacité des deux méthodes de sevrage rapide, donnent à la clonidine une supériorité en milieu hospitalier par rapport à la méthadone [14], les sujets ne présentant aucun signe de manque après 12 jours, contrairement à ceux sous méthadone. Ils mettent toutefois en garde contre les complications cardio-vasculaires. Kleber conclut à l'équivalence des deux méthodes, la clonidine raccourcissant la durée du sevrage [13].

Une autre étude a comparé le sevrage ambulatoire par la clonidine et par doses dégressives de méthadone [15]

Tab. 5. Modes de tentatives de suicide (1985-86-87) avec transfert à l'hôpital.

	Toxicomanes sevrés		Non toxicomanes
	Hommes	Femmes	
Veinosection	10	4	69
Absorption de produits toxiques ou de corps étrangers	1	1	19
Pendaison	1	0	4
Autres (mutilation)	0	0	2
Totaux	12	5	94

sur 20 jours, suivis par 10 jours de placebo. Seulement 40 % des sujets ont terminé leur sevrage, moins de la moitié des sujets étant capables de s'abstenir de drogue pendant les 6 mois suivant le sevrage. La clonidine procure des symptômes de sevrage plus intenses et des effets secondaires importants, l'inconfort est de début précoce mais se termine aussi plus rapidement. Sous méthadone à doses dégressives, les sujets ne présentent pas de symptômes sévères jusqu'à la dose de 10 mg, mais ceux-ci augmentent ensuite durant les deux dernières semaines de l'étude. La persistance de symptômes, surtout psychiques, au-delà de 30 jours peut expliquer l'incapacité du toxicomane de s'abstenir, par la suite, de drogues. A choisir, la clonidine engendre une intensité variable des symptômes de sevrage avec des effets secondaires, mais le sevrage est plus rapide, la méthadone réduit mieux l'expression des symptômes mais le sevrage est prolongé.

Une récente étude pratiquée en milieu carcéral [16] sur 36 toxicomanes avec symptômes de sevrage montre la bonne efficacité de la clonidine sur les signes physiques, sans effets secondaires majeurs. Cependant, la supériorité de la clonidine parmi les autres traitements n'est pas établie, le risque de collapsus cardio-vasculaire n'est pas négligeable et, d'autre part, ce traitement nécessite une surveillance médicale accrue, particulièrement dans un milieu où circulent d'autres substances pharmacologiques, voire de l'alcool fait «maison».

L'intérêt se porte aussi sur une autre substance alpha agoniste, la lofexidine, qui n'entraînerait pas d'hypotension [17].

Une autre association thérapeutique a été étudiée au cours du sevrage: la clonidine et le naltrexone. L'auteur conclut à une combinaison sûre, effective et rapide, mais n'en atteste pas une supériorité par rapport aux autres méthodes et ne l'a pas expérimentée ambulatoirement [18].

Parmi les moyens utilisés, citons encore les benzodiazépines qui, à doses moyennes, s'avèrent souvent insuffisantes sur les symptômes de sevrage sévères.

Les neuroleptiques, fréquemment utilisés en France par exemple, ont le désavantage de provoquer des effets secondaires marqués et sont souvent peu appréciés par les toxico-dépendants. L'électrostimulation à base de courant de Limoges a été comparée à des doses dégressives de méthadone [19]. Les sujets traités par électrostimulation ont montré des symptômes de sevrage plus marqués pendant la première semaine que ceux traités à la méthadone. Celle-ci semble avoir réduit l'intensité des symptômes, mais prolongé le processus de sevrage à plus d'un mois. L'électrostimulation n'a pas montré vraiment une supériorité face à un traitement placebo.

Le succès ou l'échec d'une cure de sevrage apparaît plutôt en fonction de l'état psychologique du sujet que du degré des symptômes de sevrage ou effets secondaires ressentis. D'autres études ont montré que la sévérité des problèmes psychiatriques, psychologi-

ques, de la dépression spécialement, sont liés de manière significative au pauvre succès de la désintoxication [20]. Kleber [21] a listé un certain nombre de facteurs influençant le sevrage, tels que: le type d'opiacé, sa dose journalière, la durée de consommation, l'état général du patient et ses facteurs psychologiques. Il est décrit [22] qu'un haut niveau d'activité du système nerveux autonome peut amplifier la réponse au sevrage, la dose de drogue antérieure au sevrage ou la durée de l'utilisation d'opiacés n'étant pas corrélée à la sévérité du sevrage.

Stitzer [23] prétend que de nombreux symptômes peuvent résulter de l'anxiété et de la méconnaissance du sujet sur le programme de traitement, engendrant donc sa faible collaboration.

Interrogations concernant la prise en charge de toxicomanes en milieu carcéral

Dès 1974, la méthadone à doses dégressives a été retenue à Genève comme méthode de choix. Sa forme galénique, sa facilité de maniement est compatible avec une structure carcérale. Dans les institutions de détention de Haarlem (Pays-Bas) dénombrant 25 % de toxicomanes, s'est développée une méthode offrant aux toxicomanes le choix de se désintoxiquer. En 1979, 45 % ont choisi un sevrage à la méthadone, dont 59 % pour une durée de 11 à 21 jours, et 4,6 % une dose de maintenance [2].

Le traitement de maintenance à la méthadone est considéré par certains auteurs comme une forme de thérapie substitutive à long terme avec des résultats socialement acceptables [6, 7]. Pourtant cette approche est contestée et ce type de traitement en milieu carcéral n'est pas pratiqué à Genève. Nous avons estimé que le milieu social ne se prête pas à cette forme de thérapie et que le but poursuivi, à savoir, une réinsertion sociale, n'est pas atteignable à l'intérieur de la prison. Néanmoins, la poursuite d'un traitement de maintenance déjà instauré avant l'entrée pourrait être justifiée. Le traitement de maintenance pourrait également diminuer la fréquence de prise intraveineuse de l'héroïne avec risque de transmission du HIV. Quels seraient donc les buts de traitements de maintenance à l'intérieur de la prison?

Faciliter le travail du service médical et minimiser les difficultés carcérales par une drogue de substitution? Ce n'est ni à l'avantage des toxicomanes ni de l'autorité pénitentiaire qui doit pouvoir gérer les sources de tension sans le recours de drogues ou de violence. L'esprit de notre activité médicale ne s'accorde pas à faire alliance avec l'autorité coercitive dans le but de contenir ou d'apaiser une population hostile et dérangeante, même si cette autorité perçoit d'une certaine façon nos traitements médicamenteux comme un geste opportun et de ce fait accepte notre présence, utile, au sein de ses murs.

Maintenir un pont entre l'entrée et la sortie de prison (qui n'est jamais déterminée) et prévenir la transmission du virus HIV par les seringues en favorisant la

prise orale de méthadone? Si l'on essaie d'utiliser l'incarcération pour extraire le toxicomane de son milieu, pour faire une trêve dans sa pharmacodépendance qu'il ne maîtrise souvent plus, pour tenter une approche de resocialisation, il n'est pas logique de continuer à le maintenir artificiellement sous drogue. Jusqu'ici, notre optique a été d'offrir au prévenu dépendant, non pas un choix, mais des conditions plus ou moins favorables, dans un cadre obligé, strict, à l'abri des tentations, pour effectuer son sevrage, de la manière que pratique un foyer pour alcooliques. D'autre part, le temps d'incarcération peut être long – en moyenne plus de trois mois chez les toxicomanes – et le désir de continuer une cure à la sortie dépend uniquement du sujet, qui peut tout aussi bien retourner à l'héroïne, comme vouloir cesser de se droguer après avoir fait l'expérience d'une meilleure qualité de vie. Si donc notre travail pénitentiaire tend à modifier quelque peu l'état de désocialisation du prévenu, de l'aiguiller vers un traitement spécialisé institutionnel ou individuel, de le sensibiliser et de l'informer des risques et des conséquences de l'infection HIV, il n'est pas désirable de l'«éduquer» en lui fournissant l'objet interdit, pour lequel il est souvent en prison, mais plutôt de lui apprendre une autre manière d'exister, malgré ses angoisses, sa personnalité pathologique [24]. Cela demande beaucoup d'énergie, du temps et un personnel disponible. La prison n'est pas un endroit adéquat, la société commence à s'en rendre compte [25] et de plus, une sortie de prison sans prise en charge équivaut à un échec quasi certain.

Le nombre de décès par overdose peu après la sortie de prison est alarmant; sous cet angle, une cure de maintenance en prison pourrait être utile, en conservant ainsi la tolérance du sujet à un niveau suffisant pour ne pas risquer l'overdose. Selon une étude faite dans notre institut [26], on estime la mortalité parmi les toxicomanes pendant la première année suivant leur sortie de prison à 16 décès pour 1000 personnes/années. Beaucoup de décès ont lieu dans les premières semaines après la sortie. Toutefois, la perte de tolérance n'est vraisemblablement pas le seul facteur de risque. La maintenance à la méthadone avant la sortie ne protégerait pas le détenu sortant des pulsions suicidaires provoquées par sa situation socio-économique défavorable ni de la prise d'autres substances toxiques. Pour le moment nous maintenons notre opposition aux traitements de maintenance en milieu carcéral, mais l'évolution de l'épidémie de SIDA pourra changer cette attitude. Un tel changement de politique a déjà eu lieu dans les prisons new-yorkaises.

Qu'en est-il alors de la technique optimale d'une cure de sevrage rapide à la méthadone? Plusieurs procédés ont été utilisés depuis 1948 [27]: cure sur 21 jours [22, 29], cure sur 14 jours avec la collaboration des proches [32], cure sur 7 jours [28] et même sur 30 jours [30], sur 84 jours [29], sur 3 ou 6 semaines [31]. Les résultats à long terme sont décevants quelle que soit la durée de la cure et le dosage (entre 20 et 40 mg): le sevrage ambu-

latoire ou hospitalier produit rarement une abstinence de drogue à long terme.

Nous rejoignons l'avis des auteurs qui disent qu'une cure de sevrage doit être tentée sur des sujets sélectionnés, motivés, et prêt à en affronter les difficultés psychologiques, ceci en milieu spécialisé avec un soutien intense. Gossop [33] a étudié une population de toxicomanes après un sevrage en institution de 21 jours à la méthadone suivi d'une période de réhabilitation: 64 % des sujets n'est pas dépendant – quoique consommateurs – des opiacés après 6 mois, ce qui est encourageant. Par opposition, Edwards [34] analyse sur 10 ans une population de toxico-dépendants rattachée à un établissement spécialisé. Il remarque un taux de décès de 15 % à long terme et ses constatations suggèrent que l'histoire naturelle de nombreux héroïnomanes n'est pas influencée par une intervention thérapeutique.

Malheureusement, en prison, le toxicomane n'est pas dans une période favorable à une désintoxication: il n'a pas le choix, la drogue étant prohibée, il doit subir un sevrage, de quelque manière que ce soit. Le problème se pose également dans les autres prisons européennes: le sevrage n'est pas complet dans la majorité des cas, vu la perméabilité de la prison au trafic de drogues. Une approche médicale alternative souvent employée par les services médicaux pénitentiaires est la prescription de benzodiazépines aux toxicomanes. Si la durée du traitement n'est pas strictement limitée, une dépendance iatrogène est engendrée et entretenue. A la sortie, cette dépendance aggrave les problèmes du toxicomane.

Etant donné que le sevrage rapide variant entre 7 et 90 jours conduit fréquemment à un échec et à un taux de rechutes d'environ 80 % à 6 mois, la durée de la cure n'a d'importance que sur le plan du confort. Il est sûr que c'est au moment de la fin de la cure qu'apparaissent les problèmes psychiques, que ce soit après 7 jours comme 30 jours ou plus, la difficulté n'étant que retardée. L'anxiété augmente à mesure que la dose diminue, mais comparée à un groupe de non toxicomanes, on ne retrouve plus de différence significative concernant les symptômes d'anxiété et de dépression au 60ème jour de détention [4]. Contrairement à une idée répandue, les toxicomanes ne sont à moyen terme pas plus déprimés ou suicidaires que les autres détenus. Par contre, le geste auto-agressif est plus fréquent en début de détention chez le toxicomane, du fait même de sa personnalité immature, impulsive, caractérielle et de la précarité de sa vie sociale.

Conclusion

Les différents systèmes pénitentiaires européens sont fortement mis en difficulté par la population qui a augmenté au fil des années; le sevrage en milieu carcéral s'avère très difficile du fait qu'il n'y a pas de libre choix pour le toxicomane, qu'il circule de la drogue à l'intérieur et que les mesures sociales nécessaires et complémentaires au sevrage sont insuffisantes. Si déjà

à l'extérieur, des programmes de sevrage ambulatoires ou institutionnels accusent un grand nombre d'échecs, on ne peut s'attendre à un succès en milieu carcéral, d'autant plus que la sortie intervient parfois sans délai, la désintoxication à peine achevée. De plus, il se développe une toxicomanie iatrogène, principalement aux benzodiazépines.

Pourtant, à Genève, depuis 1974, le sevrage rapide à la méthadone a été maintenu. Il s'avère sûr et satisfaisant pour les symptômes physiques à court terme, mais décevant à long terme pour le nombre des rechutes à la sortie, malgré un encadrement psychosocial et un relais de psychotropes. Notre objectif est ainsi modeste et limité: l'apaisement des symptômes de sevrage pendant les premiers jours de l'incarcération pour aider le détenu toxicomane dans son affrontement avec la justice. La solution idéale n'existe donc pas sur le plan pharmacologique et l'incarcération d'une telle population n'est pas propice à une désintoxication.

Un travail en cours au service médical de la prison va essayer de mieux cerner un collectif de 50 toxico-dépendants soumis à un sevrage rapide à la méthadone, à l'aide d'un questionnaire incluant l'établissement d'un score de sevrage à l'entrée, en cours de cure et après la cure, avec analyses d'urine. Il tentera d'analyser plus objectivement le sevrage rapide à la méthadone en milieu carcéral et de tirer des conclusions sur les améliorations à apporter concernant les doses de départ et la durée du traitement en fonction des accoutumances des sujets.

L'enjeu épidémiologique de la population toxicomane en milieu carcéral a été mis en relief par l'épidémie du SIDA [35]. Actuellement, la prise en charge médicale de cette population doit être considérée comme un échec. Nous estimons qu'il serait illusoire de chercher une solution satisfaisante à l'intérieur du système carcéral.

Résumé

Depuis les années septante, les prisons d'Europe occidentale connaissent des problèmes médico-sociaux avec une nouvelle population, celle des toxico-dépendants. A la prison genevoise de Champ-Dollon, pour faire face à ce groupe de prévenus (environ 30 %) et pour permettre une transition qui ne soit pas trop brutale et inconfortable entre l'extérieur et le milieu carcéral, un sevrage rapide à la méthadone sur 10 jours existe depuis 1974. Ce travail fait la rétrospective des cures de sevrage pratiquées en prison entre 1974 et 1987, en analysant l'évolution du nombre de cures par rapport aux entrées, au sexe et à l'âge des prévenus. Sur trois ans (1985-1987), les toxico-dépendants recevant au moins une cure de sevrage représentent 6 % de l'ensemble des entrées à la prison. Parmi ceux qui ont suivi une cure de sevrage, 27 % refont un séjour en prison avec une nouvelle cure à l'entrée. Les gestes auto-agressifs sévères et les décès ne sont pas plus nombreux durant la période de sevrage.

Le sevrage à la méthadone ainsi que les alternatives sont discutées en fonction de la littérature. Il en ressort qu'il n'y a pas de méthode privilégiée, mais surtout que la possibilité de choix et le désir de traitement du toxicomane doivent être assurés avant une désintoxication, conditions qu'en fait la prison ne peut offrir. Dès lors, une cure de maintenance en milieu carcéral ne devrait-elle pas être envisagée pour diminuer à la sortie une toxicomanie iatrogène, le risque d'overdose et la propagation du virus HIV?

Zusammenfassung**Der Drogenabhängige im Gefängnis:****Die ärztliche Antwort und ihre Grenzen**

Seit ungefähr zwanzig Jahren kennen die westeuropäischen Gefängnisse mit den Drogenabhängigen soziale und ärztliche Probleme. Seit 1974 wird im Genfer Gefängnis Champ-Dollon eine schnelle Entwöhnung mit Methadon über 10 Tagen gemacht, damit die Angeklagten (etwa 30 %) den Übergang von aussen ins Gefängnis nicht zu brutal und unangenehm empfinden. Mit diesem Artikel möchten wir eine rückblickende Analyse der Entwöhnungskuren von 1974 bis 1987 machen: Wir analysieren die Beziehung zwischen dem Verlauf der Anzahl der Kuren mit den Eintritten, dem Geschlecht und dem Alter der Angeklagten. In drei Jahren (1985-1987) sind 6 % aller Eintretenden ins Gefängnis Drogenabhängige, die mindestens eine Entwöhnungskur bekommen haben. Von denen, die eine Kur erhalten haben, machen 27 % einen neuen Gefängnisaufenthalt und bekommen eine neue Kur. Während der Entzugszeit gibt es nicht mehr autoaggressive Handlungen und Tote. Die Methadonsubstitution und ihre Alternative sind nach der Literatur behandelt. Es gibt keine Bevorzugung; es ist aber wichtig, dass die Wahl und der Wunsch der Behandlung des Drogenabhängigen diskutiert werden, bevor eine Entwöhnung gemacht wird. Diese Bedingungen kann aber das Gefängnis nicht anbieten. So kann man sich fragen, ob im Gefängnis eine Erhaltungsbehandlung nicht angezeigt ist, um die iatrogene Drogensucht, das Risiko der Überdosis und die Übertragung des HIV zu vermindern.

Summary**The Drug Dependent Prisoner: Medical Treatment and its Limits**

Over the past twenty years, the proportion of drug dependent inmates has risen dramatically in the prisons of Western Europe. In the Geneva romand prison, where about 30 % of entries present problems of opiate abuse and dependance, treatment of withdrawal symptoms with decreasing doses of methadone over a period of 5-10 days has been available since 1974. The rationale of this treatment policy is to limit immediately disabling symptoms during the stressful period following imprisonment, when the prisoner has to make important decisions concerning the criminal proceedings in which he is involved. On the other hand, methadone maintenance treatment is not provided within the prison, even for patients on methadone maintenance programs prior to imprisonment. This paper traces the evolution of withdrawal treatments with methadone over the period 1974-1987 in relation to the total number of entries, the age and sex distribution. During the three year period 1985-1987, we found that 6 % of prisoners had received at least one course of withdrawal treatment. Many drug dependent individuals have repeated arrests: we found that 27 % of those receiving withdrawal treatment in a three year period had more than one treatment. The frequency of suicidal gestures (including wrist slashing) and suicide was not greater during the withdrawal phase than at other times.

A number of therapeutic approaches to opiate withdrawal now exist. No method seems clearly to be the treatment of choice within the prison environment. Arrest and imprisonment imply enforced withdrawal in a context of conflict and stress without the possibility of close medical supervision or psychological support. The conditions for therapeutic withdrawal with long term beneficial results do not therefore exist. In fact, opiate dependence is frequently replaced by a benzodiazepine dependence during imprisonment. The possibility of methadone maintenance for drug dependent prisoners should therefore be seriously reconsidered with the potential advantages of: (1) prevention of iatrogenic benzodiazepine dependence; (2) prevention of opiate overdose after release from prison; (3) reducing the risk of HIV infection by needle/syringe sharing in prison.

Bibliographie

- [1] Eichenberger G.: Traitement de patients drogués incarcérés à la prison de Saint-Antoine à Genève (1972 à 1975). Bull. de méd. lég. Urg. méd., Cent. anti-poisons, 1976, 19/4: 269-276.
- [2] Conseil de l'Europe. La Drogue et la Prison, Séminaire international, Messine, 1982.

- [3] Ingold F. R., Ingold S.: Les toxicomanes incarcérés. Revue intern. de criminologie et de police technique, 1987, 1: 37-47.
- [4] Zimmermann E., von Allmen M.: Consultations médicales et consommations médicamenteuses en cours de détention préventive à la prison de Champ-Dollon. Médecine sociale et préventive, 1985, 30: 312-321.
- [5] von Allmen M.: Caractéristiques de la population des prévenus incarcérés à Champ-Dollon en 1983/84. Unité de recherche sociologique. Institut Universitaire de Médecine Légale, Genève, septembre 1986.
- [6] Dole V. P., Nyswander M.: A medical treatment for diacetylmorphine (Heroin) addiction. JAMA, 1965, 193/8: 80-84.
- [7] Deglon J. J.: Le traitement à long terme des héroïnomanes par la méthadone. Médecine et Hygiène (ed.) Genève, 1982.
- [8] Gold M., Redmond D., Kleber H.: Clonidine in opiate withdrawal. Lancet, avril 1978, 1: 929-930.
- [9] Bonin B., Vaudel S., Allers G., Volmat R.: Place de la Clonidine dans le traitement des toxicomanes. Revue française de Psychiatrie, 1986, 1: 24-28.
- [10] Girard M., Escande M., Granier F., Gardes J. P.: Application de la Clonidine au traitement de l'état de manque aux opiacés. L'encéphale, 1982, VIII: 37-48.
- [11] Jasinski D., Johnson R., Kocher T.: Clonidine in morphine withdrawal. Effects on signs and symptoms. Arch. Gen. Psychiatry, 1985, 42: 1063-1066.
- [12] Washon A., Resnick R., Rawson R.: Clonidine for outpatient opiate detoxification. Lancet, 1980, 17: 1078-79.
- [13] Kleber H., Riordon C., Rounsaville B., et al.: Clonidine in outpatient detoxification from methadone maintenance. Arch. Gen. Psychiatry, 1985, 42: 391-94.
- [14] Cami J., Torres S., San L., et al.: Efficacy of clonidine and of methadone in the rapid detoxification of patients dependent on heroin. Clin. Pharmacol. Ther., 1985, 38/3: 336-341.
- [15] Rounsaville B., Kosten Th., Kleber H.: Success and Failure at out patient opioid detoxification. Evaluating the process of Clonidine - and Methadone - assisted withdrawal. Journal of Nervous and Mental Disease, 1985, 173/2: 103-110.
- [16] Rager P., Bénézech M., Bourgeois M., Magot-Magnien E.: Traitement du sevrage aux opiacés par clonidine en milieu carcéral. Soc. médico-psychol. avril 1987, 603-607.
- [17] Washon A., Resnick R., Geyer G.: Opiate withdrawal using Lofexidine, a Clonidine analogue with fewer side effects. J. clinical Psychiatry, sept. 1983, 44: 9.
- [18] Charney D. S., Riordan Ch. E., Kleber H., Murburg M.: Clonidine and Naltrexone. A safe, effective and rapid treatment of abrupt withdrawal from methadone therapy. Arch. Gen. Psychiatry, 1982, 39: 1327-32.
- [19] Gossop M., Bradley B., Strang J., Connell Ph.: The clinical effectiveness of electrostimulation versus oral methadone in managing opiate withdrawal. Br. J. Psychiatry, 1984, 144: 203-208.
- [20] Phillips G. T., Gossop M., Bradley B.: The influence of psychological factors on the opiate withdrawal syndrome. Br. J. of Psychiatry, 1986, 149: 235-238.
- [21] Kleber H.: Detoxification from narcotics. Substance Abuse, J. Lowinson, P. Ruiz. (eds), Baltimore, 1981.
- [22] Gossop M., Bradley B., Phillips G. T.: An investigation of withdrawal symptoms shown by opiate addicts during and subsequent to a 21 day inpatient methadone detoxification procedure. Addictive Behaviors, 1987, 12: 1-6.
- [23] Stitzer M., Bigelow G., Liebson I.: Comparison of three outpatient methadone detoxification procedures. Problems of Drug Dependence (NIDA Monograph No 41. Rockville, 1982.
- [24] Solivetti L. M.: Toxicomania as desocialization: some comments on treatment problems related to the socio-cultural aspects of drug abuse, in: Conseil de l'Europe, Messine, 1982.
- [25] Gottraux M., Bornicchia M.: Prisons, droit pénal: le tournant? Ed. d'En Bas (Lausanne) et I.E.S. (Genève), 1987.
- [26] Harding-Pink D., Fryc O.: Risk of deaths after release from prison: a duty to warn. British Medical Journal, 1988, à paraître.
- [27] Isabelle H., Vogel V.: The addiction liability of methadone and

- its use in the treatment of the morphine abstinence syndrome. *Am. J. Psych.* 1948, *105*: 909–914.
- [28] *Silsby H., Tennant F.*: Short-term, ambulatory detoxification of opiate addicts using methadone. *Intern. J. of the Addictions*. 1974, *9/1*: 167–170.
- [29] *Senay E., Showalter C.*: Short-term detoxification with methadone. *Ann. New York Acad. of Sci.* 1981, 203–215.
- [30] *Maddux J., Desmond D., Esquivel M.*: Outpatient methadone withdrawal for heroin dependence. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 1980, *7/3–4*: 323–330.
- [31] *Sorensen J., Hargreaves W., Weinberg A.*: Withdrawal from heroin in three or six weeks. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1982, *39*: 167–171.
- [32] *Menon P., Evans R., Madden J. S.*: Methadone withdrawal regime for heroin misusers. Short-term outcome and effect of parental involvement. *Br. J. of Addiction*. 1986, *81*: 123–126.
- [33] *Gossop M., Green L., Phillips G., Bradley B.*: What happens to opiate addicts immediately after treatment: a prospective follow-up study. *Br. Med. J.*, 1987, *294*: 1377–1380.
- [34] *Edwards J. G., Goldie A.*: A ten-year follow-up study of Southampton opiate addicts. *Br. J. of Psychiatry*. 1987, *51*: 679–683.
- [35] *Harding T. W.*: AIDS in prison. *Lancet*. 1987, November 28: 1260–1263.

Adresse pour correspondance:

D^r Rolf Jeanmonod
Institut universitaire de médecine légale
9, avenue de Champel
CH-1211 Genève 4