

**Réincarcération et mortalité chez les détenus
dépendants aux opiacés :
une étude de cohorte prospective (2003-2006)**

Dr. Michel ROTILY

Directeur de l'évaluation thérapeutique et médicale, Clinsearch

Jean-Noël MARZO

Président du Recams

mars 2007



Le présent document constitue la synthèse du rapport scientifique d'une recherche financée par le GIP Mission de recherche Droit & Justice. Son contenu n'engage que la responsabilité de ses auteurs. Toute reproduction, même partielle, est subordonnée à l'accord de la Mission.

RESUME DU RAPPORT FINAL

REINCARCERATION ET MORTALITE CHEZ LES DETENUS DEPENDANTS AUX OPIACES : UNE ETUDE DE COHORTE PROSPECTIVE (2003-2006)

Version finale du 26 mars 2007

- Plan expérimental :** Etude épidémiologique, multicentrique, nationale, prospective et descriptive
- Groupe de recherche :**
- Réseau d'Etudes sur les Conduites Addictives, Médicament et Société, RECAMS (Villepinte)
 - ClinSearch (Bagneux)
 - Groupement d'Intérêt Public « Mission de recherche Droit et Justice », GIP (Paris)
 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, OFDT (Saint-Denis)
- Comité de pilotage :**
- Direction générale de la Santé : Mme Hélène Morfini, Mme Martine Clément,
 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins : M. Yves Feuillerat,
 - Ministère de la Justice : Mme Béatrice Bossard, Mme Laurence Cirba, Mme Annie Kensey, Mme Nathalie Noël,
 - OFDT, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, M. Jean-Michel Costes, Mme Hélène Martineau, Mme Ivana Obradovic,
 - GIP, Groupement d'Intérêt Public - Recherche Droit et Justice, Mme Noëlle Rivero,
 - RECAMS, M. Jean-Noël Marzo,
 - ClinSearch, M. Michel Rotily, Mme Catherine Bourbier.
- Date d'initiation de l'étude :** Juin 2003 (date de sélection du premier patient)
- Date de fin d'étude :** Septembre 2006 (date de collecte des données de réincarcération et de mortalité du dernier patient)
- Responsable scientifique et technique :** Dr. Michel ROTILY, Directeur de l'Evaluation Thérapeutique et Médicale, ClinSearch
- Coordinateur :** Jean-Noël MARZO, Président du RECAMS
- Statisticienne :** Adeline Grelot, ClinSearch

TABLE DES MATIERES

1.	Considérations éthiques	3
2.	Contexte et problématique	3
3.	Objectifs de l'étude.....	4
4.	Populations et Méthodes	4
4.1.	Schéma général et description de l'étude.....	4
4.2.	Sélection des établissements et de la population à l'étude.....	4
4.2.1	Critères d'inclusion.....	5
4.2.2	Critères de non-inclusion	5
4.3.	Recueil des données.....	5
4.4.	Circuits des données	6
4.5.	Assurance qualité	6
4.6.	Méthodologie statistique	6
5.	Bilan de la phase opérationnelle	6
5.1.	Bilan de la sélection des maisons d'arrêt	6
5.2.	Bilan des inclusions	7
6.	Résultats.....	7
6.1.	L'analyse des données d'inclusion	7
6.2.	Analyse de la réincarcération.....	8
6.3.	Analyse de la mortalité	8
7.	conclusion	8
8.	Références bibliographiques	10

1. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Le protocole IRCAMS a fait l'objet d'une demande d'avis auprès du Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé et d'une demande d'autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés conformément aux articles 40-1 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, amendements et décrets d'application.

Tous les patients ont reçu une information loyale et donné par écrit leur consentement éclairé avant leur inclusion dans l'étude.

2. CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

La faible disponibilité des traitements de substitution en milieu carcéral a été mise en évidence dans de nombreux pays (1). L'équipe de K. Dolan a souligné la faiblesse des traitements en milieu carcéral dans l'ensemble des pays étudiés (2) et également montré que la mise à disposition d'un traitement de substitution durant l'incarcération pouvait contribuer à la réduction des risques pendant l'incarcération (3). L'évaluation de l'impact des traitements de substitution en milieu carcéral a de son côté peu fait l'objet d'études. Aussi, il importe aujourd'hui d'estimer la proportion d'usagers de drogues dépendants aux opiacés qui bénéficient d'une prescription initiale ou d'entretien d'un traitement de substitution, et d'analyser les facteurs contribuant à expliquer cette prescription.

De plus, Keen et coll. ont montré qu'un traitement de substitution pouvait réduire de plus de 80 % le temps passé en détention et de près de 40 % le nombre de condamnations (9). Toutefois, les relations entre la réincarcération et la santé ou la prise en charge sanitaire ont très peu été étudiées (4-8). C'est pourquoi, il serait également intéressant de montrer l'impact des traitements substitutifs aux opiacés sur la réincarcération des détenus.

Enfin, la mortalité des détenus pendant ou après leur incarcération est un phénomène encore peu étudié, alors qu'il mériterait fortement de l'être (10-12). En particulier, les décès par overdose et les morts violentes sont particulièrement élevés dans l'année qui suit la libération. Il est donc essentiel de s'intéresser à la mortalité des détenus ainsi qu'à ses causes et d'évaluer le rôle des traitements de substitution sur ce marqueur essentiel.

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude est de valider l'hypothèse selon laquelle la prise d'un traitement de substitution au cours de la détention permet de réduire significativement le taux de réincarcération évalué sur une période de 24 mois.

Les objectifs secondaires de l'étude sont les suivants:

- analyser les facteurs associés à la poursuite de la substitution pendant l'incarcération.
- étudier la mortalité sur une période de 24 mois chez les usagers d'opiacés selon l'existence ou non d'un traitement de substitution au cours de la détention.

4. POPULATIONS ET METHODES

4.1. Schéma général et description de l'étude

Afin d'atteindre les objectifs de cette recherche, il était nécessaire d'inclure 500 détenus auprès de 50 maisons d'arrêt.

L'étude comportait 3 phases distinctes :

- Phase 1 : cette phase correspond à l'inclusion des patients dans l'étude au cours de la première semaine d'incarcération du détenu,
- Phase 2 : cette phase correspond au recueil des données de réincarcération obtenues à partir du Fichier National des Détenus,
- Phase 3 : cette phase correspond au recueil des données de mortalité obtenues à partir des données INSEE/CépiDc.

4.2. Sélection des établissements et de la population à l'étude

Les médecins responsables des unités fonctionnelles situées en détention, acceptant de participer et s'engageant à inclure 5 patients minimum ont été sélectionnés sans distinction de leur pratique vis-à-vis de la substitution.

En ce qui concerne les patients, ceux-ci devaient être inclus par ordre d'arrivée, sans sélection particulière, à l'exception des critères d'inclusion et d'exclusion. Les usagers d'opiacés remplissant les critères d'inclusion devaient être interrogés par les médecins enquêteurs à leur entrée en milieu carcéral, au cours de la première semaine d'incarcération.

4.2.1 Critères d'inclusion

Les patients pouvaient être inclus dans l'étude s'ils remplissaient tous les critères suivants:

- Première semaine d'incarcération du détenu,
- Prévenus ou condamnés,
- Dépendant aux opiacés, quelque soit le mode de prise des opiacés,
- Bénéficiant ou non d'un traitement de substitution, prescrit avant ou pendant la présente incarcération,
- Volontaires pour participer à l'étude après une information complète et loyale.

4.2.2 Critères de non-inclusion

Les patients présentant un des critères suivants ne pouvaient pas être inclus dans l'étude :

- Détenus mineurs,
- Détenus transférés depuis un autre établissement,
- Détenus refusant de participer à l'étude et de signer la lettre de consentement éclairé.

4.3. Recueil des données

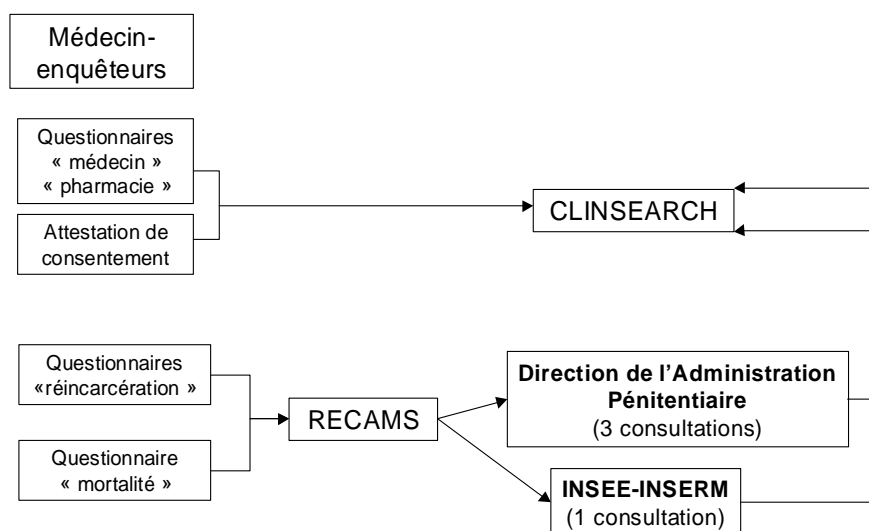
Nature des données collectées et calendrier prévu

Nature des données collectées	Inclusion	Suivi (M24)
<u>Recueil du consentement éclairé</u>	X (recueilli par les médecins-enquêteurs de Juin 2003 à Septembre 2004)	
<u>Questionnaire Médecin et Pharmacie</u>	X (recueillies par les médecins-enquêteurs de Juin 2003 à Septembre 2004)	
<u>Questionnaire de réincarcération</u>		X (recueillies auprès de la Direction de l'Administration Pénitentiaire en Octobre 2004, Septembre 2005 et Octobre 2006)
<u>Questionnaire de mortalité</u>		X (recueillies auprès de l'INSEE-INSERM en Novembre 2006)

*Registre National d'Identification des Personnes Physiques

4.4. Circuits des données

Les données pour un même patient proviennent de trois sources différentes : le médecin-enquêteur, le Ministère de la Justice et l'INSEE et l'INSERM. La figure suivante présente le circuit des différentes données collectées.



4.5. Assurance qualité

Cette étude a été réalisée conformément aux Bonnes Pratiques Epidémiologiques et au Code de la Santé Publique. En particulier, une attestation d'obtention du consentement dûment complétée par le médecin enquêteur a été systématiquement adressée à la société en charge de la qualité (ClinSearch). Enfin, la double saisie des données a été réalisée par deux opérateurs différents selon les procédures opératoires standard de la société ClinSearch.

4.6. Méthodologie statistique

L'analyse statistique a été réalisée sous SAS Version 8.02 puis 9.1 (SAS Institute, Cary, North Carolina).

5. BILAN DE LA PHASE OPERATIONNELLE

5.1. Bilan de la sélection des maisons d'arrêt

57 maisons d'arrêt réparties sur l'ensemble des régions administratives pénitentiaires ont participé à l'étude. La majorité d'entre elles sont des maisons d'arrêt à petite capacité d'accueil (1 à 400 places), 19% sont de capacité moyenne (400 à 1000 places) et seules 2% ont une capacité supérieure à 1000 places.

5.2. Bilan des inclusions

Le recrutement des patients détenus a eu lieu de Juin 2003 à Septembre 2004. Au total 507 patients ont été inclus par 47 maisons d'arrêt. Un peu plus de la moitié des maisons d'arrêt a réalisé 90% des inclusions. De surcroît les maisons d'arrêt Franciliennes et du Languedoc-Roussillon ont recruté plus de la moitié des patients.

6. RESULTATS

6.1. L'analyse des données d'inclusion

Le taux de patients bénéficiant d'un traitement substitutif aux opiacés à l'incarcération est proche de 80%. Ce traitement est rarement interrompu. Il n'est donc pas surprenant de retrouver la condition « substitution avant l'incarcération » parmi les facteurs significatifs associés à la substitution à l'incarcération. Les patients substitués à l'incarcération ont une meilleure prise en charge au niveau de la couverture maladie (CMU, 100% ou Sécurité Sociale avec couverture complémentaire), ce sont des patients avec un passé plus lourd : injection d'héroïne, hospitalisation en soins psychiatriques et statut pénal de condamné sont plus fréquents.

La substitution avant l'incarcération est le plus souvent initiée par un médecin de ville et de manière tout à fait minoritaire lors d'un précédent séjour en milieu carcéral. Le recours à la méthadone en milieu carcéral semble plus fréquent qu'en milieu libre, mais reste très largement minoritaire par rapport au recours à la buprénorphine haut dosage. Le profil des patients substitués diffère significativement des non substitués. En particulier, les patients substitués ont une situation pénale et des antécédents d'incarcération plus lourds. Leur recours aux soins et leur couverture sociale se sont avérés meilleurs que chez les patients non substitués. Parmi les détenus se sachant séropositifs, le tiers n'avait pas bénéficié d'un traitement antiviral pour le VIH et 82% pour l'hépatite. Egalement, les patients substitués semblent être des patients plus « lourds » sur le plan psychiatrique.

Au total, les patients substitués en milieu carcéral ont généralement un passé plus lourd tant sur le plan de leurs rapports avec la Justice que sur l'usage de drogues.

6.2. Analyse de la réincarcération

La substitution sur l'incarcération est statistiquement associée à la réincarcération mais contrairement aux attentes, les non substitués sont réincarcérés en proportions plus faibles. On note que le taux de réincarcération est de seulement 37.1% chez les patients non substitués avant l'incarcération contre 52.4% chez les patients substitués avant et/ou après l'incarcération.

6.3. Analyse de la mortalité

Au total 10 décès ont été recensés, soit un taux annuel de mortalité brute de 1%.

Parmi les causes principales de décès on note 4 auto-intoxications / intoxications accidentelles, 4 causes non précisées, une insuffisance rénale et un décès lié aux comorbidités du VIH. Il est probable que parmi les causes non documentées figurent d'autres intoxications, surdoses ou tentatives de suicide. Le faible nombre total de décès ne permet pas d'explorer les facteurs associés à la mortalité par une régression multivariée de Poisson. Toutefois, on note que les décès sont plus fréquents chez les patients traités pour le VIH.

7. CONCLUSION

Le recours aux traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral s'est largement amélioré et l'entrée en milieu carcéral ne se traduit plus par une pratique d'arrêt des traitements de substitution majoritaire.

Contrairement à l'hypothèse de départ, l'étude permet uniquement de conclure que l'instauration ou la poursuite d'un traitement pendant la première semaine d'incarcération ne semble pas une garantie de la prévention du retour en détention et donc d'une meilleure insertion sociale. D'autres facteurs pourraient entrer en jeu, dont notamment l'observation d'antécédents d'incarcérations qui paraît avoir un impact beaucoup plus significatif sur la réincarcération.

L'étude n'a pas permis, en raison du faible nombre de décès, de mettre en évidence de lien entre la substitution des opiacés et le taux de mortalité à 24 mois. Le seul facteur lié significativement à la mortalité est le traitement contre le VIH.

En conclusion, l'existence d'un taux élevé de réincarcération et de mortalité durant la période suivant la libération pose le problème de l'efficacité des programmes de prise en

charge des personnes dépendantes des opiacés durant comme après leur libération. Cette période de la vie des personnes faisant l'expérience de la prison est aujourd'hui complètement méconnue, bien que suspectée comme étant à haut risque. La difficulté de mise en œuvre d'études sur cette période critique rend peu probable leur réalisation dans le contexte actuel.

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Turnbull P, McSweeney T. Drug treatments in prison and aftercare: a literature review and results of a survey of European countries. Drug misusing offenders in prison and after release 2000, Strasbourg: 41-59.
2. Dolan K, Wodak A. An International review of methadone provision in prisons. *Add Res* 1996;4(1):85-97.
3. Dolan K, Hall W, Wodak A. Methadone maintenance reduces injecting in prison. *Bmj* 1996;312(7039):1162.
4. Draine J, Solomon P, Meyerson A. Predictors of reincarceration among patients who received psychiatric services in jail. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(2):163-7.
5. Solomon P, Draine J, Meyerson A. Jail recidivism and receipt of community mental health services. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(8):793-7.
6. Vigilante KC, Flynn MM, Affleck PC, et al. Reduction in recidivism of incarcerated women through primary care, peer counseling, and discharge planning. *J Women Health* 1999;8(3):409-15.
7. Wierson M, Forehand R. Predicting recidivism in juvenile delinquents: the role of mental health diagnoses and the qualification of conclusions by race. *Behav Res Ther* 1995;33(1):63-7.
8. Rotily M, Delorme C, Galinier A, Escaffre N, Moatti JP. [HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injection drug users]. *Presse Med* 2000;29(28):1549-56.
9. Keen J, Rowse G, Mathers N, Campbell M, Seivewright N. Can methadone maintenance for heroin-dependent patients retained in general practice reduce criminal conviction rates and time spent in prison? *Br J Gen Pract* 2000;50(450):48-9.
10. Joukamaa M. The mortality of released Finnish prisoners; a 7 year follow-up study of the WATTU project. *Forensic Sci Int* 1998;96(1):11-9.
11. Harding-Pink D, Fryc O. Risk of death after release from prison: a duty to warn. *Brit Med J* 1988;297(6648):596.
12. Bird SM, Rotily M. Inside methodologies: for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks - results from European prisons. *Howard Journal of Criminal Justice* 2002 41(2):123-36.