

destinées aux décideurs

sur l'efficacité des traitements
de substitution contre
la dépendance aux opiacés

ANNETTE VERSTER & ERNST BUNING

Informations destinées aux décideurs

**Sur l'efficacité des traitements de substitution
contre la dépendance aux opiacés**

Annette Verster & Ernst Buning

Traduit par Nathalie Cahay

EuroMethwork, 2003

Résumé	4
Pourquoi fournir aux décideurs ces informations sur les traitements de substitution?	6
Remerciements	8
1. Les coûts sanitaires et sociaux de la toxicomanie	9
1a. Qu'est-ce que la dépendance aux drogues?	9
1b. Qu'est-ce que la dépendance aux opiacés?	12
1c. Quelle est l'ampleur du problème de la dépendance aux opiacés?	13
1d. Quelles sont les conséquences sociales et sanitaires de la dépendance aux opiacés?	15
1e. Existe-t-il un traitement de la dépendance aux opiacés?	17
2. Les traitements de substitution	19
2a. Qu'est-ce que le traitement de substitution?	19
2b. Quels sont les objectifs du traitement de substitution?	21
2c. Quelle est l'importance du traitement de substitution en Europe?	23
2d. Qu'est-ce que le traitement à la méthadone?	25
2e. La méthadone est-elle le seul médicament de substitution de la dépendance aux opiacés?	27
2f. Pourquoi le traitement de substitution doit-il durer longtemps?	29

3. Efficacité des traitements de substitution	31
3a. Quelle est l'efficacité du traitement pour l'individu?	31
3b. Quelle est l'efficacité du traitement pour la société?	33
3c. Quels sont les coûts-avantages des traitements de substitution?	35
3d. Investir dans le traitement de substitution est-il un gaspillage des deniers publics?	37
3e. Pour quelle raison certaines personnes restent-elles critiques par rapport aux traitements de substitution?	38
3f. Existe-t-il des inconvénients au traitement de substitution?	41
3g. Quels sont les principaux défis pour l'avenir?	43
4. La délivrance du traitement de substitution	44
4a. Le traitement de substitution seul est-il suffisant?	45
4b. Quel est le cadre adéquat pour délivrer un traitement de substitution?	47
4c. Le traitement de substitution devrait-il être disponible en prison?	50
4d. Existe-t-il une façon optimale de délivrer le traitement?	52
4e. Quel est le dosage optimal?	53
4f. Les analyses d'urine sont-elles utiles?	55
4g. Comment optimiser le traitement de substitution?	56
Lexique	57
Sources utiles: publications, sites Internet	59
Liste des experts qui ont participé à cette publication	60

La dépendance aux opiacés est un phénomène auquel sont confrontés tous les pays (européens). Il s'agit d'un problème coûteux, tant au niveau des dépenses publiques que de la souffrance humaine. On considère que la dépendance aux opiacés participe largement à la pauvreté, la criminalité, la désintégration familiale et pèsent lourdement sur les dépenses gouvernementales, au niveau local et national.

Le traitement de substitution a montré son efficacité pour l'individu et pour la société civile, parce qu'il améliore le bien-être social, mental et physique de l'individu et réduit les dépenses publiques de soins de santé et de la justice pénale.

Un traitement de substitution délivré de façon adéquate:

- diminue ou met fin à l'usage de drogue illicite
- améliore le bien-être physique, mental et social du patient
- prévient et diminue les maladies infectieuses, dont le VIH et l'hépatite
- diminue la mortalité, en particulier par overdose
- réduit la morbidité
- améliore la qualité de vie du patient et de sa famille
- diminue les dépenses publiques de soins de santé
- réduit les dépenses publiques de justice répressive

Les avantages du traitement de substitution sont maximisés par:

- la rétention des patients en traitement
- la prescription de dosages adéquats de médicament (pour la

méthadone, souvent entre 60-120 mg ou plus et pour la buprénorphine 8 mg ou plus)

- la maintenance plutôt que l'abstinence
- un accompagnement psychologique
- l'évaluation et le traitement de la comorbidité psychiatrique
- une aide psychosociale et l'intégration des différents services.

Même si l'efficacité du traitement de substitution est démontrée, il reste des défis importants à relever:

- rendre le traitement aussi peu coûteux que possible, tout en maintenant ou améliorant la qualité des soins
- améliorer l'offre et la diversité des services de traitement
- prévoir un financement supplémentaire pour le traitement de la dépendance aux opiacés et coordonner les services spécialisés avec d'autres services sociaux et de soins médicaux.

POURQUOI FOURNIR AUX DÉCIDEURS CES INFORMATIONS SUR LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION?

La dépendance aux opiacés existe dans toute l'Europe et crée des problèmes pour patients et leur famille, mais aussi pour la société civile. La dépendance aux opiacés contribue largement à la pauvreté, la criminalité, la désintégration familiale et pèse sur les dépenses gouvernementales au niveau local et national.

Des preuves scientifiques indiquent que les traitements de substitution peuvent contribuer à diminuer la criminalité, les maladies infectieuses et les décès liés à la drogue et améliorer le bien-être physique, social et psychologique des patients.

Malgré l'expansion des traitements de substitution en Europe ces dernières années, il reste plusieurs défis à relever, dont:

- **le manque de contrôle de qualité:** le contrôle ou l'évaluation des programmes individuels s'impose afin d'améliorer la qualité et le coût-efficacité du traitement
- **l'insuffisance de l'offre:** la majorité des individus dépendants des opiacés ne sont pas en traitement de substitution aujourd'hui, soit parce que ce traitement n'est pas disponible, soit parce qu'il est délivré selon des modalités qui ne répondent pas aux besoins des patients
- **l'agenda politique:** même si l'expérience et les données scientifiques corroborent l'intérêt du traitement de substitution, les considérations idéologiques et politiques hostiles prévalent le plus souvent
- **l'absence de consensus:** il reste une confusion et un désaccord sur la nature de la dépendance et sur l'intérêt du traitement de substitution

POURQUOI FOURNIR AUX DÉCIDEURS CES INFORMATIONS SUR LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION?

Cette brochure résume les faits relatifs à l'efficacité du traitement de substitution contre la dépendance aux opiacés. Les informations fournies sont présentées sous forme de questions fréquentes, auxquelles sont confrontées les personnes qui travaillent dans ce domaine. Nous avons réparti ces questions en quatre chapitres et apporté des réponses basées sur les preuves scientifiques et la pratique actuelle. Cela peut vous aider quand vous discuterez de l'importance de mettre en œuvre des traitements de substitution dans votre région.

Étant donné les différences de contexte historique, culturel, social, économique et politique et d'organisation des soins de santé en Europe, nous avons tenté de rester aussi général que possible. Il faut garder à l'esprit la diversité de l'offre actuelle, de l'évolution et de l'état des traitements de substitution en Europe et les différences entre l'Europe occidentale et l'Europe centrale et orientale, et même entre les pays individuels. Bien qu'à plusieurs étapes du traitement, certains aspects ou options de traitement soient recommandés, nous n'avons pas l'intention de dicter une conduite, mais plutôt de fournir une orientation et des suggestions de bonnes pratiques cliniques du traitement de substitution. Chaque communauté doit trouver son propre consensus et cette brochure peut y contribuer. Elle peut fournir une base de connaissances pour mettre en œuvre et soutenir des programmes de traitement qui seront efficaces tant pour les personnes que pour la société civile.

Cette brochure a été préparée avec le soutien financier de la Commission européenne. Elle a été co-parraînée par Molteni Farmaceutici, Quest for Quality, the International Harm Reduction Association et Itaca Europe. Les auteurs ont travaillé en collaboration avec un groupe d'experts issus de différents contextes nationaux et professionnels. Nous remercions Bill Nelles, Patrick O'Hare, Edo Polidori, Marc Reisinger, Gerrit van Santen et Marta Torrens pour leur collaboration à l'élaboration de ces informations.

1. LES COÛTS SANITAIRES ET SOCIAUX DE LA DÉPENDANCE AUX DROGUES

1a.

Qu'est-ce que la dépendance aux drogues?

La dépendance aux drogues est une maladie complexe aux composantes sociales, psychologiques et biologiques. Les usagers de drogue ne forment pas un groupe homogène, parce qu'il existe de nombreuses formes de dépendance à la drogue, selon les différents types de drogues consommées et le niveau de dépendance.

De nombreuses drogues peuvent engendrer une dépendance, y compris les drogues légales telles que l'alcool, le tabac, les médicaments fournis sur prescription et le café et les drogues illégales comme les opiacés (le plus souvent l'héroïne) et les stimulants (cocaïne, speed, amphétamines, ecstasy).

Il est important de faire la distinction entre l'usage de drogue et la dépendance. Les tableaux 1 et 2 résument la différence entre les individus qui contrôlent leur usage de drogue et celles qui sont dépendantes.

1. LES COÛTS SANITAIRES ET SOCIAUX DE LA DÉPENDANCE AUX DROGUES

Table 1: Les usagers de drogue

Les usagers de drogue qui contrôlent leur consommation de drogue et en perçoivent peu les risques sont motivés par:

la curiosité	c'est souvent la cause de la première consommation de drogue
l'expérimentation	les jeunes peuvent expérimenter des drogues pour combler leur ignorance
l'aventure, la prise de risque	certaines personnes peuvent être attirées par le risque qu'elles associent à la consommation de drogue
le désir d'améliorer ses performance et l'image de son corps	ceci concerne l'usage de stimulants comme la cocaïne, les amphétamines, les améliorateurs de performance comme les stéroïdes anabolisants
le plaisir	la plupart des gens consomment des drogues parce cela leur donne du plaisir
le renforcement d'une expérience	par exemple la consommation d'ecstasy par les jeunes qui sortent en boîte ou celle de mescaline par des écrivains (cfr Aldous Huxley)

1. LES COÛTS SANITAIRES ET SOCIAUX DE LA DÉPENDANCE AUX DROGUES

Tableau 2: les usagers de drogue problématiques

Les usagers de drogue qui posent des problèmes sont ceux qui dépendent de la drogue et qui doivent en consommer pour:

éviter le manque	lorsqu'ils sont dépendants, les usagers cherchent à éviter les effets physiques et psychologiques déplaisants du manque
réduire la souffrance (émotionnelle)	certaines personnes consomment des drogues (généralement des opiacés) en automédication pour lutter contre une souffrance émotionnelle

Outre les différentes drogues consommées et l'importance de la consommation, le mode d'administration des drogues différencie également les usagers. Certaines drogues ne peuvent être consommées que par voie orale alors que d'autres peuvent également être inhalées ('sniffées') ou consommées par voie intraveineuse. La consommation la plus dangereuse est celle des sujets consommant quotidiennement des opiacés par voie intraveineuse depuis de nombreuses années. Ce groupe présente un taux de mortalité élevé, notamment à cause du VIH/SIDA, des hépatites, des overdoses, du suicide et des accidents (OMS, Rapport de santé annuel, 2002).

1b.

Qu'est-ce que la dépendance aux opiacés?

La dépendance aux opiacés est un état où la neurochimie et les récepteurs du cerveau sont modifiés, de telle manière que le besoin d'opiacés devient aussi biologiquement nécessaire que celui de manger ou de respirer.

Même si certaines personnes le contestent, il est généralement admis que la dépendance aux opiacés est une maladie chronique, difficile à contrôler en raison du besoin et de l'usage compulsif de drogue ('craving'), en dépit de ses conséquences médicales et sociales négatives.

1C.

Quelle est l'ampleur du problème de la dépendance aux opiacés?

IC

Les opiacés sont des drogues illicites; leur consommation est souvent dissimulée. Il est dès lors difficile d'estimer le nombre d'usagers ou de personnes dépendantes.

En Europe, tous les pays ont été confrontés à un problème de drogues. L'épidémie des opiacés est toutefois apparue sur le continent à différentes périodes:

- à la fin des années 1960 et au début des années 1970, chez les jeunes d'Europe occidentale du Nord
- à la fin des années 1970 et début 1980 dans le Sud de l'Europe
- dans les années 1990, en Europe centrale et orientale

Quelques pays du Nord de l'Europe comme la Suède et la Finlande semblent connaître des niveaux de dépendance à l'héroïne comparativement plus faibles et des taux plus élevés de consommation et de dépendance aux amphétamines (Farrell *et al.*, 1999).

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) livre des estimations générales sur le nombre d'usagers d'opiacés problématiques dans les États membres de l'Union européenne. Le Portugal, l'Italie, le Luxembourg et le Royaume-Uni ont le taux le plus élevé, avec une estimation de 6 à 8 pour 1000 habitants de 16 à 65 ans. Les estimations sont les plus

1. LES COÛTS SANITAIRES ET SOCIAUX DE LA DÉPENDANCE AUX DROGUES

faibles en Autriche, Allemagne et aux Pays-Bas, avec quelque 3 usagers de drogue problématiques pour 1000 habitants de 16 à 65 ans (rapport annuel de l'OEDT, 2002).

Tableau 3: Estimation de la prévalence dans l'Union européenne

Nombre estimé d'usagers de drogue problématiques pour une population de 1000 personnes de 16 à 65 ans dans l'UE en 2001:

Le plus élevé	6-9	Italie, Luxembourg, Portugal, Royaume-uni
	3-6	Danemark, Finlande, France, Irlande, Espagne, Norvège
Le plus faible	2-3	Autriche, Allemagne, Pays-Bas

id.

Quelles sont les conséquences sociales et sanitaires de la dépendance aux opiacés?

La dépendance aux opiacés illicites est une maladie grave, associée à une morbidité sévère, en particulier par le VIH/ SIDA et d'autres maladies infectieuses (hépatites B et C), et à un risque élevé de décès. Dans de nombreux pays, la consommation par voie intraveineuse est une cause importante d'infection VIH chez les toxicomanes, occasionnée par le partage d'un matériel d'injection contaminé, ce qui augmente le risque de propagation du virus au reste de la population par leurs partenaires sexuels et par la transmission de mère à enfant. En outre, la dépendance aux opiacés est considérée comme contribuant largement à la pauvreté, la criminalité, la désintégration familiale et pesant sur les dépenses du gouvernement. La dépendance aux opiacés peut provoquer des problèmes sociaux, sanitaires et économiques.

Une étude britannique effectuée par l'université de York a calculé le coût de l'usage de drogues illicites telles que l'héroïne, le crack et la cocaïne au Royaume-Uni. On estime les coûts occasionnés par ces drogues à près de 30 milliards d'euros par an. Les toxicomanes sévères représentent 99% du total des coûts sociaux et économiques des drogues; les usagers récréatifs coûtent en moyenne 30 euros par an, alors que les usagers problématiques coûtent plus de 16,000 euros par an. Les coûts économiques annuels pour la sécurité sociale, la justice pénale

1. LES COÛTS SANITAIRES ET SOCIAUX DE LA DÉPENDANCE AUX DROGUES

et les allocations sociales sont estimés entre 5.6 milliards et 10.3 milliards d'euros. Les coûts sociaux des crimes infligés aux victimes font monter les chiffres de 16.6 billions à 28.6 milliards d'euros (The Observer, communiqué de presse 1.12.02).

Une étude australienne a mis le coût des drogues pour la société en perspective, en comparant les coûts sociaux de la cigarette, de l'alcool et des drogues illicites. Les calculs pour la période de l'enquête, 1998-9, englobaient les coûts réels et impondérables pour les individus, les entreprises et les gouvernements. Les coûts réels concernaient les soins hospitaliers, les accidents de la route, la perte de productivité et de recettes fiscales, l'augmentation de la criminalité et le maintien de l'ordre. La souffrance fait évidemment partie des frais impondérables. La cigarette représentait 61% du total, l'alcool 22% et les drogues illégales 17%.

1e.

Existe-t-il un traitement de la dépendance aux opiacés?

La dépendance aux opiacés est une affection chronique récidivante dont le traitement est de longue durée. Il existe une série d'options disponibles pour le traitement de la dépendance aux opiacés, allant de l'intervention psychosociale en milieu résidentiel (y compris les communautés théra-peutiques) ou ambulatoire (dont les groupes d'entraide comme les Alcooliques et les Narcotiques Anonymes) au traitement médical, comme le traitement de substitution ou le sevrage en milieu ambulatoire, dans des institutions spécialisées ou en médecine générale. Les différentes formes de traitement ne s'excluent pas, mais peuvent être associées selon les besoins des patients.

Certaines de ces options sont plus efficaces que d'autres. Les traitements de substitution délivrés selon des normes de soins adéquates se sont révélés efficaces et ont apporté de nombreux résultats positifs tant pour l'individu que pour la société parce qu'ils:

- diminuent l'usage de drogues illicites
- améliorent le bien-être physique, mental et social du patient
- améliorent la qualité de vie du patient et de sa famille
- diminuent les comportements à risque
- diminuent les dépenses de soins de santé
- diminuent les dépenses de la justice pénale

1. LES COÛTS SANITAIRES ET SOCIAUX DE LA DÉPENDANCE AUX DROGUES

Des données scientifiques ont démontré que le meilleur traitement de la dépendance aux opiacés était un traitement ambulatoire prolongé, avec délivrance contrôlée de médicaments, visant à maintenir les patients en traitement à maximiser et prolonger les bénéfices du traitement. (UNODC, 2003). Le traitement de substitution et en particulier le traitement de maintenance à la méthadone, en association avec les services sociaux, médicaux et psychologiques adéquats présente le taux d'efficacité le plus élevé contre la dépendance aux opiacés (Joseph et al, 2000; AATOD Drug Court Fact Sheet, 2002).

2a.

Qu'est-ce que le traitement de substitution?

La dépendance aux opiacés est difficile à traiter à cause du besoin et de la consommation compulsives de drogue ('craving'), en dépit de ses conséquences médicales et sociales négatives. Actuellement, il existe une série d'options de traitement possibles; le traitement de substitution constitue, pour la majorité des personnes dépendantes aux opiacés, celui qui donne les meilleurs résultats.

Le traitement de substitution est un traitement médical de la dépendance aux opiacés utilisant des substances similaires ou identiques, aux propriétés et effets analogues à la drogue habituellement consommée. Ce type de produit s'appelle un agoniste. Les agonistes peuvent remplacer la drogue usuelle, en créant une forme d'addiction plus contrôlable. Leur consommation soulage la plupart des symptômes de sevrage éprouvés par les personnes dépendantes à diverses substances psychoactives et diminue les risques sanitaires et sociaux. Au bon dosage, ils diminuent également la recherche compulsive d'opiacés (craving). La méthadone est un exemple d'opiacé agoniste.

La buprénorphine est un autre médicament prescrit pour la dépendance aux opiacés. La buprénorphine est un agoniste-antagoniste semi-synthétique. Un antagoniste est un agent bloquant qui occupe dans le cerveau les mêmes sites récepteurs

2. LE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

que la drogue, sans induire de dépendance. Lorsqu'une personne prend un antagoniste, les effets de l'héroïne sont bloqués parce que l'antagoniste n'agit pas sur le cerveau de la même manière et qu'il n'y a pas de modification de l'humeur. Les antagonistes purs comme la naltrexone, sont utilisés quand les patients ne veulent pas de traitement de maintenance avec un substitut opiacé ou quand ils quittent des programmes de traitement d'abstinence et réintègrent la communauté, afin de diminuer les risques de rechute. Un autre antagoniste aux opiacés, la naloxone (Narcan®), est utilisé pour traiter les overdoses d'opiacés et sortir les patients du coma.

Le traitement de substitution est utile dans la mesure où il permet aux usagers de drogue dépendants de diminuer leur exposition aux comportements à risque et de stabiliser leur vie au niveau sanitaire et social. Le traitement de substitution est généralement envisagé pour les usagers dépendants qui ont des difficultés à arrêter leur consommation de drogue et à se sevrer totalement. Il est souhaitable que les médicaments de substitution aient une durée d'action ou une demi-vie plus longue que la drogue qu'ils remplacent, de manière à retarder l'émergence du sevrage et à diminuer la fréquence d'administration. Ceci permet à la personne de se concentrer sur des activités normales sans avoir besoin de se procurer et de consommer des drogues. En outre, le remplacement d'une drogue illégale par un médicament prescrit contribue à réduire l'activité délinquante, et à induire un changement de style de vie.

2b

2b.

Quels sont les objectifs du traitement de substitution?

Les objectifs du traitement de substitution peuvent être résumés comme suit:

- maintenir le patient en bonne santé jusqu'à ce que, avec les soins et le soutien adéquats, il puisse mener une vie sans drogues illégales
- diminuer la consommation de drogues illicites ou non prescrites
- traiter les problèmes liés à la toxicomanie
- diminuer les risques associés à la toxicomanie, en particulier le risque de décès par overdose, le risque de contracter le VIH, l'hépatite B et C, et autres infections transmises par le sang par l'injection et le partage du matériel.
- diminuer la durée des épisodes de toxicomanie
- diminuer les risques de rechute
- diminuer le besoin d'activités délictueuses pour financer l'abus de drogues
- stabiliser le patient par un médicament de substitution pour soulager les symptômes de sevrage
- susciter la demande de soins médicaux
- améliorer le fonctionnement personnel, social et familial

Pour de nombreux patients, ces objectifs peuvent être atteints quasiment dès le premier jour de traitement. Le traitement de substitution peut être comparé à d'autres médicaments

2. LE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

efficaces pour traiter les maladies chroniques graves comme l'hypertension et le diabète. Ces maladies, comme la dépendance aux opiacés, sont chroniques, exigent un traitement quotidien et présentent un risque élevé d'effets secondaires en cas d'interruption du traitement.

2c.

Quelle est l'importance du traitement de substitution en Europe?

En Europe, le traitement de substitution a une histoire longue et diversifiée, en fonction de l'évolution de l'opinion médicale et des législations qui ont mené à un développement et à une modification des pratiques de prescription.

Dans le plan d'action antidrogue de l'Union européenne (2000-04), une des cinq cibles stratégiques est 'd'augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès'. La plupart des pays européens offrent aujourd'hui l'un ou l'autre type de traitement de substitution. Le pourcentage de personnes dépendantes des opiacés en traitement varie selon les pays et les régions. Cela dépend d'une part de l'importance et de l'histoire du problème dans le pays, et d'autre part de la volonté politique d'offrir un traitement à large échelle.

Par exemple, en Italie, seuls 27 à 29% des héroïnomanes reçoivent un traitement de substitution. En Espagne, ce pourcentage varie de 41 à 86%, en Allemagne de 33 à 63% et aux Pays-Bas de 40 à 47% des héroïnomanes reçoivent un traitement de substitution (OEDT, 2002).

La plupart des pays ont connu une expansion rapide de l'offre de traitement de substitution, en particulier l'Espagne, la France, et certains pays d'Europe centrale et orientale. L'impulsion est

2. LE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

venue en grande partie d'une réponse à donner à l'épidémie de VIH/SIDA chez les usagers de drogue, et de l'accumulation des preuves de l'efficacité du traitement de substitution tant pour la prévention du VIH que pour la dépendance aux opiacés. Alors que la plupart des pays ont connu peu de problèmes pendant cette période de croissance, des inquiétudes se sont faites jour dans certains États membres quant à l'absence de formation et de compétences de certains médecins qui prescrivent actuellement des médicaments de substitution. Ceci s'observe particulièrement dans les services spécialisés, mais aussi chez les médecins généralistes et les pharmaciens. Il existe également des craintes concernant les contrôles sur la prescription et le risque de détournement de la méthadone vers le marché illégal. (Farrell *et al.*, 1999).

2d.

Qu'est-ce que le traitement à la méthadone?

Plus de 90% de la substitution aux opiacés dans l'UE est délivrée sous forme de méthadone, sauf en France, où prévaut la buprénorphine. On estime le nombre de personnes en traitement à la méthadone à environ 300.000 en Europe, à 180.000 aux États-Unis et à 20.000 en Australie. Il existe de nombreux autres pays où le traitement de substitution est pratiqué. Toutefois, la majorité des traitements à la méthadone ont cours actuellement en Europe, Amérique du Nord et Australie. Ces estimations globales laissent supposer que près d'un demi-million de personnes reçoivent ce type de médicament de substitution dans le monde (Farrell *et al.*, 1999; Parrino, 1999).

La méthadone est un opiacé mimétique de synthèse d'une demi-vie de 24 à 36 heures. Il existe plusieurs préparations de méthadone. La forme la plus utilisée est la solution liquide de 1mg/1ml.

Les principaux effets de la méthadone sont le soulagement du besoin compulsif de stupéfiants, la suppression du syndrome d'abstinence, et le blocage des effets euphoriques de l'héroïne. En raison de la nature souvent chronique de la dépendance aux opiacés, la majorité des patients ont besoin de doses élevées et d'un traitement à durée indéterminée. Le traitement de maintenance à la méthadone, qui est un traitement à long terme, s'est par conséquent révélé plus efficace que le traitement à court

2. LE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

terme ou le sevrage. Des doses plus faibles peuvent ne pas être aussi efficaces ou ne pas produire d'effet bloquant l'action de l'héroïne. La maintenance à la méthadone est médicalement sûre et non sédative. La méthadone est en outre un médicament sûr et efficace pour les femmes enceintes héroïnomanes.

2e.

La méthadone est-elle le seul médicament de substitution de la dépendance aux opiacés?

La grande majorité des traitements de substitution utilisent la méthadone, mais il existe d'autres médicaments efficaces pour traiter la dépendance aux opiacés. Même si seule une minorité de patients ne réagissent pas de façon satisfaisante à la méthadone, il convient de leur proposer d'autres médicaments de substitution.

Buprénorphine

L'efficacité de la buprénorphine (Subutex® ou Suboxone®) comme médicament de substitution est de plus en plus démontrée. La buprénorphine est un médicament semi-synthétique agoniste-antagoniste et non un agoniste pur. Son efficacité semble comparable à celle de la méthadone. Bien qu'il ne soit pas prouvé qu'il soit plus efficace que la méthadone, certaines personnes bénéficient de cet agoniste-antagoniste. Les effets opioïdes de ce médicament sont limités. La buprénorphine risque par conséquent moins d'induire des accidents par surdosage. Certains pays ont privilégié ce médicament plutôt que la méthadone, ce qui s'explique en partie par la résistance tenace à fournir des traitements de substitution. En France par exemple, la buprénorphine représente la majorité des traitements de substitution. En 2000, on estime qu'il n'y avait que 5.000 personnes recevant de la méthadone en France contre quelque 80.000 recevant de la

2. LE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

buprénorphine. En Autriche, 35% des patients en traitement de substitution reçoivent de la buprénorphine; comparé à 5% au Portugal et 15% en Allemagne. La buprénorphine est autorisée en Australie depuis 2000, et aux États-Unis depuis octobre 2002.

Certains experts préfèrent utiliser la buprénorphine pour les jeunes usagers de drogues et la méthadone à long terme pour les patients plus âgés. La buprénorphine semble également préférable pour les femmes enceintes parce qu'elle induit moins de problèmes chez les nouveaux-nés que la méthadone. Par ailleurs, la prise de méthadone est plus facile à surveiller et elle est beaucoup moins coûteuse dans de nombreux pays (OEDT, 2002).

La diamorphine

Plusieurs pays ont lancé des expériences de prescription d'héroïne (diacétylmorphine) en traitement de substitution pour les patients gravement dépendants ou qui répondaient mal à la méthadone. La Suisse et les Pays-Bas ont achevé leur expérimentation et publié leurs résultats. La principale conclusion des deux études est que pour les héroïnomanes gravement dépendants et âgés, la méthadone associée à l'héroïne était plus efficace que le traitement à la méthadone seule. Des études similaires sont actuellement menées en Allemagne et devraient bientôt commencer en Andalousie (Espagne).

2f.

Pourquoi le traitement de substitution doit-il durer longtemps?

La consommation chronique d'héroïne modifie la biochimie du cerveau. Celle-ci pourrait, dans certains cas, ne jamais revenir à l'état antérieur à la consommation d'héroïne. La dépendance aux opiacés est considérée comme une affection chronique récidivante, dont le traitement doit par conséquent être prolongé, comme pour toute autre maladie chronique tels le diabète et l'hypertension.

Le traitement de substitution ne met généralement pas fin à la dépendance physique, mais permet aux patients de vivre sainement grâce à un médicament légal et stabilisant plutôt qu'avec un produit illégal et dangereux comme l'héroïne. Certains pourront se passer de médicament de substitution au bout d'un certain temps, mais la majorité aura besoin d'un traitement de maintenance à long terme. Il faut souligner que la stabilisation est la condition préalable au changement et que les réductions de doses de médicament imposées sans l'accord du patient ne fonctionnent pas.

De même que l'on n'attend pas que les psychiatres retirent aux patients déprimés leurs antidépresseurs ni à ce que les médecins retirent aux patients qui souffrent de problèmes cardiaques leurs médicaments cardiovasculaires ou d'autres médicaments qui les maintiennent en vie, les stabilisent et leur

permettent de mener une vie normale sans devoir à faire face aux effets fragilisants d'une maladie, on ne devrait pas exiger des patients en traitement de substitution aux opiacés d'arrêter un médicament qui améliore leur qualité de vie.

3. L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Le traitement de substitution est efficace tant pour le patient que pour la société dans son ensemble, la santé publique et les dépenses publiques. Les données scientifiques démontrent que le traitement de substitution réduit la criminalité, les maladies infectieuses et les décès liés à la drogue, et qu'il améliore également le bien-être physique, social et psychologique des patients.

3a.

Quelle est l'efficacité du traitement pour l'individu?

Alors que la plupart des témoignages sur l'efficacité du traitement de substitution concernent la méthadone, il existe une accumulation de données sur la valeur d'autres médicaments, en particulier la buprénorphine. Il a été démontré que le traitement de substitution améliore le bien-être physique des patients en les aidant à :

- rester en vie
- parvenir à une abstinence de drogues illégales, ou à une diminution et une stabilisation de l'usage de drogues
- remplacer les drogues impures et illégales par des médicaments purs fournis en pharmacie
- changer le mode d'administration de la drogue, de la voie intraveineuse à un mode moins nocif comme la voie orale ou sublinguale
- rester en contact avec les services de soins.

3. L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

En outre, il est démontré que le traitement de substitution améliore le bien-être psychologique des patients en les aidant à :

- stabiliser leur consommation de drogue et de la sorte à stabiliser leur vie
- réduire la nécessité de recourir à des activités criminelles pour s'approvisionner
- renforcer leurs capacités à opérer des choix concernant leur style ou leurs objectifs de vie.

L'efficacité ou la réussite du traitement ne dépend pas uniquement du médicament de substitution, mais également du contexte et des aspects qui accompagnent le traitement. Les interventions psychologiques par exemple peuvent contribuer de façon importante à la réussite d'un traitement de substitution. Le traitement de substitution permet aux gens de résoudre d'autres problèmes dans leur vie, comme le logement, l'emploi et de se constituer un réseau social.

3b.

Quelle est l'efficacité du traitement pour la société?

Les coûts sociaux de la drogue proviennent:

- des décès par overdose et des maladies liées à la drogue
- du traitement des overdoses et des autres conséquences médicales de l'usage de drogues
- de la transmission des maladies, en particulier du VIH et de l'hépatite, principalement par la consommation par voie intraveineuse
- de la perte de qualité de vie pour les familles des personnes dépendantes aux opiacés
- de l'application de la loi et des frais judiciaires
- de l'activité délinquante
- de la perte de productivité et les accidents sur les lieux de travail

Bien que ces coûts soient difficiles à quantifier et que peu de données soient disponibles à ce sujet, il a été prouvé que le traitement de substitution et en particulier le traitement à la méthadone, aide à:

- améliorer la santé publique, notamment en réduisant le niveau des admissions liées à la drogue dans les services d'urgence, les hospitalisations et la mortalité, de même qu'à arrêter la propagation du VIH, des hépatites et autres virus transmissibles par le sang
- diminuer le niveau de criminalité associé à l'importation, la fabrication et l'approvisionnement des drogues illicites, et les

3. L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

- vols liés au financement de la toxicomanie
- diminuer les coûts de l'aide sociale occasionnés par les usagers de drogues et les personnes qui sont à leur charge.

3c.

Quels sont les coûts-avantages du traitement de substitution?

Un aspect particulièrement important pour les décideurs dans le domaine des soins de santé et de la justice criminelle, est que le traitement de substitution est extrêmement peu coûteux. Le US Department of Substance Abuse Services (DASA) et le National Institute for Drug Addiction aux Etats-Unis ont estimé le coût annuel pour maintenir un toxicomane à New York en 1991 (présenté en US\$ et Euros, respectivement):

non traité, en rue	\$43.000 - €40.000
en prison	\$43.000 - €40.000
dans un programme résidentiel sans drogue	\$11.000 - €10.000
en traitement de maintenance à la méthadone	\$ 2.400 - € 2.250

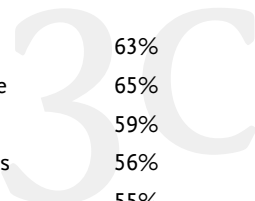
Source: International Forum, 1994.

Plus récemment, en 2001, le DASA a effectué une autre étude en collaboration avec l'université de Washington sur le rapport coût-efficacité et sur l'efficacité du traitement de substitution, qui a rendu les conclusions suivantes:

Réduction des:

vols	64%
taux globaux d'arrestation	54%

3. L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION



arrestations pour faits de drogues	63%
admissions dans les services d'urgence	65%
hospitalisations	59%
utilisation de soins de santé importants	56%
hospitalisations en psychiatrie	55%

Source: DASA, 2001

Les taux de changement sont encore plus élevés pour les personnes qui restent en traitement plus d'un an. Les taux d'arrestations sont particulièrement bas chez les patients qui restent en traitement à long terme.

Plus spécifiquement concernant les traitements de substitution en Europe, le British National treatment Outcome Research Study (NTORS) a conclu que chaque livre sterling (€1.5) investie en traitement permet d'économiser plus de 3 livres (€4.5) des coûts concernant les victimes de la criminalité. L'augmentation de £1.6 million (€2.4 millions) des dépenses pour les traitements ont permis une économie immédiate de £4.2 millions (€6.3 millions) sur les coûts liés aux victimes de la criminalité, de même que des économies de quelque £1 million (€1.5 million) pour la justice pénale. Les économies réelles pour la société sont sans doute encore plus importantes. (Gossop *et al.*, 1998).

3d.

Investir dans le traitement de substitution est-il un gaspillage des deniers publics?

Non, absolument pas. Investir dans des traitements de substitution de la dépendance aux opiacés, fondés sur des preuves scientifiques, réduit les répercussions sanitaires et sociales tant pour l'individu que pour la société civile. L'argent dépensé en traitement est rentabilisé plusieurs fois par les économies réalisées dans le système pénal et de santé publique.

Pour le patient et pour la société, l'objectif du traitement de substitution est de réduire les dommages. Vu que l'addiction à la drogue est une maladie difficile à surmonter, il est important de diminuer les dommages pour la société entière et pour l'individu. Un traitement de substitution de bonne qualité, aisément disponible pour toutes les personnes qui en ont besoin, permet de faire de nombreuses autres économies en soins de santé, aide sociale et justice criminelle.

Dans une perspective politique et de planification, il convient d'étudier le problème de la dépendance aux opiacés de façon coordonnée, de manière à analyser les bénéfices non seulement dans un domaine spécifique, par ex. la santé, mais également dans d'autres domaines, par ex. la justice criminelle.

3e.

Pour quelle raison certaines personnes restent-elles critiques par rapport aux traitements de substitution?

Le stigmatisme de la toxicomanie reste tellement fort presque partout, que ceux qui en font l'objet sont confrontés au malaise, à la honte et au rejet tout au long de leur vie. Malgré toutes les informations dont nous disposons sur la nature biologique de cette maladie, l'on nie sa prévalence et son impact et ceux qui en souffrent font l'objet d'une désapprobation constante. Ce stigmatisme puissant les empêche de reconnaître leur maladie et de chercher un traitement. Cela empêche même certaines personnes d'entrer professionnellement dans la prévention et le traitement de la dépendance, où le cas échéant, les salaires sont souvent moins élevés (DASA, 2002).

Il semble que diffuser les connaissances sur l'efficacité du traitement de substitution ne soit pas suffisant. Dès lors, il y a lieu de comprendre les racines psychosociales de cette résistance, pour laquelle Kreek *et al.* (1996) donnent deux raisons majeures. Notre société est dominée par les valeurs de l'éthique du travail, de la concurrence et de l'autonomie. L'addiction aux drogues est apparemment dictée par des valeurs diamétralement opposées à celles-là: la recherche du plaisir, la passivité et la dépendance. La dépendance aux drogues est par conséquent davantage perçue comme un vice que comme une maladie ou un problème, ce qui entraîne un refus de fournir des

3. L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

soins.

Toutefois cette façon de percevoir les choses se fonde sur plusieurs idées fausses. La première est que les héroïnomanes expérimentent un plaisir continu quand ils s'adonnent à l'héroïne. Or, la consommation d'héroïne apporte du plaisir la plupart du temps avant que l'utilisateur en devienne dépendant. Par la suite, les problèmes concomitants l'emportent de loin sur le plaisir, mais l'utilisateur est contraint de continuer à consommer de l'héroïne pour ne pas souffrir de symptômes de manque.

La deuxième idée fautive qui cautionne le refus d'offrir un traitement de maintenance est la conviction que ce traitement prolonge le plaisir des toxicomanes, que tout ce à quoi il se résume est de 'remplacer une drogue par une autre'. En réalité, les patients en traitement de maintenance sont dans un état de conscience parfaitement normal, sans périodes d'euphorie, de 'défonce', de manque ou de nausée.

Une autre idée fautive est que les patients ne deviennent pas abstinents, et qu'il n'y a donc aucun changement véritable dans leur situation. Les personnes qui partagent ce point de vue ne saisissent pas bien le but du traitement de substitution. L'intérêt du traitement de substitution aux opiacés se situe principalement dans la phase aiguë de dépendance aux opiacés, au moment où la personne n'est pas capable d'arrêter sa consommation d'opiacés. Le médicament de substitution peut permettre à un usager de drogue dépendant d'arrêter, ou de fortement

3. L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

diminuer, l'usage d'opiacés illégaux. Il peut également aider à réduire et éliminer la pratique d'injection de drogue.

Le développement de traitements adéquats exige non seulement une meilleure diffusion des connaissances sur l'efficacité du traitement de substitution, mais également la démystification des préjugés existants dans tous les secteurs de la société.

Dans la plupart des pays, chaque usager de drogue a le droit de recevoir un traitement professionnel et des soins correspondant à des normes de qualité reconnues. Les usagers de drogue sont des citoyens ayant les mêmes droits et devoirs que tout citoyen, indépendamment du fait qu'ils sont traités pour leur addiction.

3f.

Existe-t-il des inconvénients au traitement de substitution?

Oui, il existe des inconvénients au traitement de substitution. Le plus important est que dans la plupart des cas, il doit être donné pour une longue période. Cette longue durée de traitement a des répercussions sur les dépenses publiques et sur le patient.

Même si le traitement de substitution est une forme de traitement peu onéreuse, à long terme l'addiction grossit.

D'autre part, la personne devient un patient dépendant à long terme non seulement du médicament mais également du médecin qui le prescrit. Dans certains cas, cela peut susciter une attitude passive.

En outre, la dépendance à ce médicament et les stigmates qui l'accompagnent causeront des difficultés quand un patient souhaite déménager ou simplement voyager, muni de son médicament.

Le médicament entraîne parfois des effets secondaires. Dans le cas de la méthadone, les effets secondaires les plus courants sont: une transpiration accrue, la constipation, des troubles du sommeil, des troubles des pulsions sexuelles et des troubles de la concentration. Ces effets secondaires indésirables peuvent persister sur des périodes de traitement plus longues, mais le

3. L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

plus souvent, ils restent sans conséquence médicale. Au total, ces effets secondaires touchent moins de 20% des patients en traitement à la méthadone.

Enfin, bien que la méthadone soit prescrite aux femmes enceintes parce qu'elle améliore leur état de santé, la grossesse, l'accouchement et le développement du fœtus, le nouveau-né devra subir un sevrage du médicament à la naissance.

Il convient toutefois de noter que les besoins de soins à long terme, la dépendance au prescripteur, la passivité et la résignation sont des problèmes graves qui peuvent survenir et doivent être anticipés dans le cadre des soins de personnes atteintes de maladies chroniques graves (cardiaques, rénales, hépatiques, oncologiques, etc.). En conclusion, le traitement de substitution comporte les aspects négatifs de tout traitement chronique en général, mais ces inconvénients ne dépassent certainement pas ses avantages.

39.

Quels sont les principaux défis pour l'avenir?

Même si l'efficacité du traitement de substitution aux opiacés a été bel et bien démontrée, il reste des défis importants à relever pour l'avenir:

- rendre le traitement aussi peu coûteux que possible tout en maintenant ou en améliorant la qualité des soins
- étendre l'offre et la diversité des services de traitement
- intégrer et assurer une large participation de médecins (généralistes de la communauté) formés à l'abus de drogues pour contrôler les soins médicaux
- prévoir des financements supplémentaires pour le traitement de l'addiction aux opiacés et coordonner les services spécialisés avec d'autres services sociaux et organisations de soins médicaux utiles.

4. LA DÉLIVRANCE DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Le traitement de substitution est délivré de façon variable, dans des lieux différents (soins primaires, centres spécialisés, pharmacies et prison), à des dosages et durées de traitement différents, dans le cadre de traitements de maintenance ou de sevrage. En outre, la prescription de ce traitement s'accompagne souvent de diverses interventions psychosociales.

4a.

Le traitement de substitution seul est-il suffisant?

La dépendance aux opiacés a non seulement des effets nocifs sur la santé des patients, mais également sur leur état social et mental. Il est important que le traitement de substitution soit associé à d'autres interventions qui analysent et répondent à ces autres problèmes, ce qui est possible quand les patients sont en maintenance à la méthadone.

Les données scientifiques ont démontré une meilleure efficacité du traitement de substitution quand il est délivré dans le cadre d'un traitement complet. La prescription d'un médicament ne devrait par conséquent pas être envisagée comme une intervention isolée. Il convient d'identifier et d'aborder d'autres problèmes tels que les problèmes médicaux, sociaux, de santé mentale et légaux.

Cela ne signifie pas nécessairement que les patients doivent pouvoir résoudre tous leurs problèmes en un seul lieu. Quand ce sont des médecins généralistes ou des petits centres au personnel limité qui délivrent le traitement, ils peuvent analyser les problèmes parallèles et envoyer les patients pour une aide supplémentaire aux services adéquats de la région.

Bon nombre de patients sont en traitement pendant de nombreuses années et n'exigent pas de soins complémentaires chaque fois qu'ils viennent pour recevoir leur médicament.

4. LA DÉLIVRANCE DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Même si le personnel l'accepte difficilement, il faut tenir compte du fait que les patients qui souffrent d'une autre maladie chronique, comme l'hypertension ou le diabète, ne reçoivent pas une séance de guidance ou de psychothérapie chaque fois qu'ils viennent renouveler leurs prescriptions.

4b.

Quel est le cadre le plus adéquat pour le traitement de substitution?

Il existe des différences considérables en Europe quant aux personnes habilitées à prescrire un traitement de substitution de la dépendance aux opiacés. Dans des pays comme le Danemark, la Finlande, la Grèce, l'Italie, le Portugal, l'Espagne et la Suède, le traitement de substitution est délivré de façon centralisée, dans des programmes spécialisés, où les soins primaires et les médecins généralistes sont peu impliqués. En Autriche, Belgique, France, Allemagne, au Luxembourg, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, le traitement de substitution est moins centralisé et tant les médecins généralistes que les centres spécialisés peuvent prescrire. L'option retenue dépendra du fait que le traitement de la dépendance est considéré comme un traitement spécialisé ou comme une mission de soins primaires (Farrell *et al*, 1999).

Les centres spécialisés peuvent offrir des soins médicaux et psychosociaux. La plupart de ces centres disposent d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, infirmières, psychologues, intervenants en toxicomanie et conseillers. L'équipe est spécialisée dans la dépendance aux opiacés est spécialement formée ou a une expérience dans ce domaine.

Dans la plupart des pays, les médecins généralistes qui traitent les personnes dépendantes aux opiacés ont reçu une formation

4. LA DÉLIVRANCE DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

ad hoc. Ils ne disposent généralement pas d'une équipe pluridisciplinaire, vu qu'ils travaillent seuls ou avec d'autres généralistes. Toutefois, ils peuvent travailler en liaison avec des spécialistes, auxquels ils peuvent envoyer les patients pour les problèmes psychosociaux. Pour la délivrance, les médecins généralistes doivent travailler en étroite collaboration avec les pharmaciens. Fournir un traitement de substitution dans le cadre de soins primaires normalise la dépendance aux opiacés au niveau de toute autre maladie traitable et les patients ne sont pas séparés des autres.

La plupart des médecins qui prescrivent des médicaments de substitution souhaitent voir leurs patients quotidiennement au cours de la phase initiale du traitement, dite de stabilisation. Certains médecins préfèrent même que leurs patients restent sous surveillance pendant les premiers jours ou semaines d'administration du médicament. Dès que les patients sont stabilisés, l'opportunité de les faire venir quotidiennement pour retirer leur médicament ou de leur fournir des doses ou prescriptions pour des périodes plus longues peut être discutée. Souvent, les prescripteurs de traitement de substitution aux opiacés travaillent en étroite collaboration avec les pharmacies de quartier, où les patients vont retirer leur médicament. Les pharmaciens ont un rôle important dans la communication d'informations utiles aux patients. Ils sont également responsables de vérifier les erreurs éventuelles de prescription ou l'interaction avec d'autres médicaments.

4. LA DÉLIVRANCE DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

L'expérience montre l'utilité de ces deux types de lieux pour délivrer le traitement efficacement. Ils permettent aux patients de passer de programmes à seuils d'exigence différents et de réduire les problèmes de distance. En outre, ce qui peut donner des résultats satisfaisants en milieu urbain peut ne pas en donner dans de plus petites villes ou dans des régions rurales. Quand les budgets sont extrêmement limités, prescrire de la méthadone sans autre forme de traitement ou de soins peut encore être un moyen de toucher autant de personnes que possible et de leur offrir un outil important de rétablissement.

4c.

Le traitement de substitution devrait-il être disponible en prison?

Oui, les détenus devraient avoir accès aux mêmes soins que dans le cadre de la communauté. Les recherches ont montré que la réduction des pratiques d'injection et de partage des seringues, qui survient lors d'un traitement de maintenance à la méthadone dans le cadre de la communauté, s'observe également en prison. (Dolan et al, 1996).

En 1998, la conférence sur les drogues et la prison, qui s'est tenue à Oldenburg, a émis des recommandations pour les services de traitement en milieu carcéral. Les participants ont recommandé qu'un large éventail de services soit disponible aux détenus, y compris les traitements de substitution (tant de sevrage que de maintenance) et que le personnel pénitentiaire reçoive une formation sur la toxicomanie et sur les problèmes de santé qui y sont liés.

Un article paru récemment dans un journal professionnel français a évalué la probabilité de réincarcération des détenus usagers de drogue en rapport avec l'offre ou non d'un traitement de maintenance en prison. L'importance du traitement de substitution en prison aux mêmes conditions que dans la communauté a été soulignée. En outre, il a été constaté que les détenus qui recevaient un traitement de maintenance risquaient deux fois moins (19% contre 39%) d'être réincarcérés

4. LA DÉLIVRANCE DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

que ceux qui étaient simplement sevrés (Levasseur *et al.* Ann. Med. Interne 2002. 153 Suppl. to no. 3, pp 1514-1519).

Les individus en traitement de maintenance dans la communauté devraient pouvoir poursuivre leur traitement en prison, étant donné que l'interruption du traitement de maintenance à la méthadone risque de provoquer des comportements à haut risque (Swiss Methadone Report, 1996).

Les individus qui reçoivent un traitement de substitution en prison doivent pouvoir le poursuivre après leur libération. Il y a un risque particulièrement élevé d'overdose et de décès à la libération si les patients ont été abstinents d'opiacés (Darke *et al.*, 1996). La décision de poursuivre le traitement doit être prise en consultation avec le programme de traitement que fréquente le détenu en dehors de la prison (Recommandations européennes, 1998).

Il y a des pays comme l'Espagne, qui fournissent de la méthadone dans toutes les prisons du territoire.

4d.

Existe-t-il une façon optimale de délivrer le traitement?

Oui, les recherches montrent que le traitement de substitution est plus efficace quand il est délivré à un dosage adéquat et pour une période longue.

Le traitement de substitution est prescrit de nombreuses façons: dans le cadre de programme à court ou à long-terme et d'un traitement de maintenance ou de sevrage.

Le traitement de substitution basé sur le **sevrage** a pour objectif de diminuer très fortement, voire de supprimer le médicament sur une période déterminée, généralement courte. Le traitement de **maintenance** reconnaît la nature chronique de la maladie et a pour objectif d'apporter la stabilité dans la vie de la personne, par une dose stable sur une période plus longue. L'objectif ultime du traitement de maintenance peut être d'aboutir au sevrage, à l'unique condition que le patient y soit disposé.

Le plan de traitement dépendra des objectifs du traitement, qui sont établis sur base des possibilités, des besoins et des souhaits du patient et de l'avis professionnel du médecin. Toutefois, on peut généralement dire que plus la dépendance est forte, plus le dosage doit être élevé et qu'il convient de s'orienter vers la maintenance plutôt que vers le sevrage.

4e.

Quel est le dosage optimal?

Le traitement de substitution comporte une prescription de médicament. Comme pour tout médicament, la dose correcte est déterminée à travers la relation médecin-patient, qui tient compte de l'évaluation médicale des besoins individuels (métaboliques), ainsi que des autres pathologies et traitements du patient.

Le traitement de substitution a été évalué à grande échelle et s'est généralement révélé efficace pour atteindre des objectifs tels que la réduction de la consommation de drogues illégales, les comportements à risque et la criminalité. Pour la méthadone et la buprénorphine, les dosages doivent être suffisants pour garantir des résultats positifs. (OEDT, 2002).

La dose de méthadone optimale pour un héroïnomanne moyen est de 60 à 120 mg (et de 8 à 12 mg pour la buprénorphine).

Les dosages inférieurs à 60 mg ne sont généralement pas efficaces parce qu'ils ne sont pas suffisamment élevés pour entraîner un effet bloquant sur les cellules du cerveau. Les positions ou avis sur le dosage de méthadone qui ne se fondent pas sur les preuves scientifiques affaiblissent la valeur potentielle du traitement.

En conclusion, l'expérience semble indiquer que plus la

4. LA DÉLIVRANCE DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

dépendance est forte, plus le dosage doit être élevé et plus le traitement sera long. (Farrell et al, 1999).

Toutefois, chaque patient présente un cas clinique unique, et il est inutile de vouloir prescrire le même dosage à tous les patients. Les signes cliniques, les symptômes du syndrome d'abstinence signalés par le patient et l'usage prolongé d'opiacés illégaux, sont des indicateurs utiles de l'inadéquation du dosage. Il ne semble pas y avoir de limite quotidienne maximale 'suffisante' pour un traitement de maintenance à la méthadone. (MMT) (Leavitt *et al.*, 2000).

4f.

Les analyses d'urine sont-elles utiles?

L'analyse d'urine est un aspect fondamental de l'évaluation médicale initiale du patient (pour confirmer qu'il consomme véritablement des opiacés).

Toutefois, elle est souvent utilisée comme une forme de contrôle des patients, pour vérifier qu'ils ne continuent pas à consommer des drogues illicites en plus de leur médicament. De nombreux professionnels mettent en question son efficacité en tant que facteur de réussite du traitement. Ils prétendent que l'information peut également être obtenue en interrogeant le patient, ce qui permet de gagner du temps et de l'argent. Cela exige indéniablement une bonne relation médecin-patient, basée sur le respect et la confiance. Cependant, on dit également qu'un test d'urine positif ne devrait jamais être une cause d'interruption du traitement, puisqu'il constitue la preuve des symptômes de la maladie pour laquelle le patient est traité, c'est-à-dire la dépendance aux drogues.

49.

Comment optimiser le traitement de substitution?

Afin d'améliorer la qualité du traitement de substitution dans votre région, il convient essentiellement de prévoir des formations. Vous pouvez impliquer des formateurs locaux qui peuvent faire appel au manuel de formation que nous avons élaboré:

AD Verster et E Buning (2003). Manuel de formation: aspects essentiels du traitement de substitution pour la dépendance aux opiacés.

Si vous n'avez pas de formateurs à disposition dans votre région, vous pouvez nous contacter afin que nous vous conseillions des experts internationaux: www.euromethwork.org.

Abstinence: s'abstenir de consommer de l'alcool ou d'autres drogues.

Addiction: trouble chronique, progressif, dont les rechutes sont fréquentes et qui se caractérise par une consommation compulsive d'une ou plusieurs substances entraînant un dommage physique, psychologique ou social pour l'individu et la consommation continue de la (ou des) substance(s) malgré ces dommages.

Agoniste: terme pharmacologique pour un médicament dont l'effet est similaire à la drogue provoquant l'assuétude.

Antagoniste: terme pharmacologique pour un médicament qui bloque l'effet d'un autre médicament.

Craving (recherche compulsive): besoin physique et psychologique de consommer la drogue qui provoque l'assuétude. Quand la drogue n'est pas consommée, la personne présente des symptômes de manque.

Sevrage: forme de traitement dont l'objectif est de diminuer le dosage ou d'arriver à l'abstinence endéans une certaine période, généralement courte.

Drogue: toute substance qui modifie l'humeur, le niveau de perception ou le fonctionnement du cerveau. Ces substances incluent les médicaments fournis sur délivrance médicale, l'alcool, les solvants et les drogues illicites.

Demi-vie: la quantité de temps il prend avant de la moitié des éléments

actifs ou sont éliminé par le corps. La méthadone a une demi-vie de 24 à 36 heures permettant une dose quotidienne, alors que l'héroïne a une demi-vie d'environ 6 heures.

Maintenance: forme de traitement qui reconnaît la nature chronique de la maladie et dont l'objectif est d'apporter la stabilité dans la vie de la personne, en permettant une dose stable sur une longue période.

Substance psycho-active: produit chimique qui agit sur le système nerveux central et qui modifie l'humeur et/ou le comportement.

Rechute: retour à une consommation de la substance après une période d'abstinence.

Traitement de substitution: traitement médical de l'addiction aux opiacés par un médicament qui a un effet similaire à la drogue dont le patient est dépendant (agoniste en termes pharmacologiques), qui empêche les symptômes de sevrage et le craving.

Accoutumance: l'escalade à l'augmentation des doses afin de retrouver l'effet initial.

Symptôme de manque: effets physiques et psychologiques qui surviennent lors de la diminution importante ou l'arrêt de la consommation d'opiacés. Il y a une recherche compulsive de la drogue lors de l'abstinence. Ces symptômes sont soulagés lors de la reprise de la consommation ou de la prise d'un médicament de substitution tel que la méthadone.

Publications

- Drugs in focus. Key role of substitution in drug treatment. briefing 1, 2002 de l'OEDT
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Management of Substance Dependence. What do people think they know about substance dependence? Myths and facts for policy makers responsible for substance dependence prevention, treatment and support programmes.
- Lignes directrices pour le traitement à la méthadone. Annette Verster & Ernst Buning, 2000.
- UNODC. Investing in Drug Abuse Treatment: A Discussion Paper for Policy Makers, Nations unies, New York, 2003 (http://www.unodc.org/odccp/treatment_toolkit.html).

Sites Internet

www.EuroMethwork.org
www.Emcdda.org
www.ihra.net
www.Opiateaddictionrx.info
www.Drugscope.org.uk
<http://www1.dshs.wa.gov/DASA/index.htm>
www.AC-company.org

LISTE DES EXPERTS QUI ONT PARTICIPÉ À CETTE PUBLICATION

Bill Nelles, The Methadone Alliance, Londres, UK

Patrick O'Hare, The International Harm Reduction Association, Rome,
Italie

Edo Polidori, Servizio per le Tossicodipendenze, Faenza, Italie

Marc Reisinger, EUROPAD, Bruxelles, Belgique

Gerrit van Santen, Service de santé municipal, Amsterdam, Pays-Bas

Marta Torrens, Institut de psychiatrie, Barcelone, Espagne

Remerciements

Nous tenons à remercier Michael Farrell (UK), Andrej Kastelic (Slovénie), Luis Patricio (Portugal), Andrew Preston (UK), Icro Maremmani (Italie), Robert Newman (USA) et Emilis Subata (Lithuanie) de leurs commentaires et suggestions pour la version finale de ces informations.

Ce projet a été financé par la Commission européenne,
Direction G de la Santé Mentale, projet: SPC.2002267.

Note:

La Commission européenne, de même que toute personne agissant en son nom, n'est pas responsable de l'utilisation des informations reprises dans ce document.

Pour plus d'informations:

EuroMethwork/Q4Q

Vijzelstraat 77 1017 HG Amsterdam Pays Bas

Tel. +31 (0)20 - 330 34 49 Fax +31 (0)20 - 330 34 50

info@q4q.nl www.euromethwork.org

ISBN: 90-77512-05-5