

Objectif drogues

Le rôle clé de la substitution dans le traitement de la toxicomanie

La substitution désormais largement répandue dans l'UE

Le traitement de substitution est désormais largement utilisé pour traiter les usagers de drogues à problème au sein de l'Union européenne (UE). Les expériences réalisées, essentiellement avec de la méthadone, ont débuté à la fin des années 60, principalement en Europe du Nord. Dès le milieu des années 90, les traitements de substitution étaient disponibles dans tous les États membres de l'UE. Le caractère salubre de ce traitement fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus à l'échelle européenne. Dans certains pays toutefois, la substitution reste un sujet délicat.

Des données scientifiques indiquent que le traitement de substitution peut contribuer à réduire la criminalité, la propagation des maladies infectieuses et la mortalité liée à la toxicomanie. De plus, il améliore le bien-être physique, psychologique et social des consommateurs dépendants. Certains avancent toutefois qu'il ne s'agit pas d'un traitement curatif, mais d'une demi-mesure qui n'apporte pas de vraie solution aux problèmes engendrés par la consommation de drogues. L'OEDT estime que le débat politique doit se situer au-delà des oppositions dichotomiques. Le traitement de substitution doit être considéré comme un élément particulier au sein d'un large éventail de solutions face à l'usage de drogues problématique, y compris le traitement de sevrage.

Selon les estimations, environ un demi-million d'usagers de drogues suivraient un traitement de substitution dans le monde. Plus de 300 000 d'entre eux se trouveraient en Europe et 110 000 aux États-Unis [1].

Même si elle a perdu son statut d'exclusivité, la méthadone reste la substance la plus fréquemment utilisée. En France, c'est la buprénorphine. D'autres États membres de l'UE ont lancé des expériences avec des substances telles que la dihydrocodéine, la morphine à libération lente et le lévo-alpha-acétyl-méthadol (LAAM). Le recours à ce dernier produit a toutefois été suspendu, sur recommandation de l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments

(EMA), après que des troubles cardiaques extrêmement graves eurent été constatés chez des sujets sous thérapie à base de LAAM. L'utilisation de l'héroïne en vue de stabiliser des consommateurs réguliers d'opiacés est en cours d'expérimentation aux Pays-Bas depuis 1997, en Allemagne plus récemment, et elle fait l'objet de discussions dans d'autres pays membres. Au Royaume-Uni, elle est prescrite sur une petite échelle, de manière sélective, depuis quelques dizaines d'années.

Il convient évidemment de disposer de faits, de chiffres et d'analyses avant d'engager un débat rationnel sur cette question. Jusqu'à il y a peu, les données mises à jour concernant l'évaluation et la qualité du traitement de substitution étaient une denrée rare au sein de l'UE. À la fin de 2000, l'OEDT a publié dans sa série *Insights* un tableau complet de l'état de la pratique récente intitulé *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union* [1].

Définition: le traitement de substitution est une forme de prise en charge thérapeutique proposée à des personnes dépendantes des opiacés (essentiellement des usages d'héroïne) basée sur une substance analogue ou identique à la drogue normalement consommée. Ce traitement peut prendre deux formes différentes: la *maintenance* — qui consiste à procurer au sujet une dose suffisante de la substance pour réduire tout comportement à risque ou dangereux — ou la *désintoxication* — qui consiste à réduire progressivement la quantité jusqu'à suppression complète de la consommation. Le traitement peut être assorti d'un soutien psychosocial.

Points clés en un coup d'œil

1. Le traitement de substitution est une composante essentielle d'une approche complète du traitement de la toxicomanie. Il peut s'avérer efficace pour réduire les risques d'infection par le VIH, les overdoses, la consommation de drogues licites et illicites et la criminalité liée à la toxicomanie.
2. Il est sans doute justifié de plaider pour les traitements de substitution assortis d'un encadrement psychosocial. Mais cet encadrement fait défaut dans la pratique, l'accent étant davantage placé sur la substitution que sur le traitement.
3. Les substances utilisées actuellement sont la méthadone, la buprénorphine, la dihydrocodéine, la morphine à libération lente et l'héroïne elle-même. Dans pratiquement tous les États membres de l'UE, une substance est privilégiée. De manière générale, c'est la méthadone qui est la substance la plus répandue. En vue d'un effet optimal, il est important que tant le choix que le dosage de la substance soient adaptés à l'individu.
4. L'accès aux traitements de substitution au sein de l'Union européenne est très variable. Certains pays et programmes limitent l'accès au moyen de critères stricts (seuil élevé). Dans d'autres cas, l'unique critère appliqué est la dépendance aux opiacés (seuil bas).
5. Dans la plupart des pays de l'UE, le traitement de substitution est pris en charge par des généralistes ou par des centres spécialisés. Une combinaison de ces deux possibilités serait optimale. Il convient cependant de veiller à prévenir le détournement des substances par des toxicomanes qui, obtenant des prescriptions de différentes sources, en font le commerce.
6. Selon les estimations, la proportion des consommateurs d'opiacés à problème suivant un traitement de substitution au sein de l'UE varie de l'ordre de 10 % (au minimum) à plus de la moitié (au maximum) [2] (voir tableau 1, p. 3).



O . E . D . T .
Observatoire Européen des
Drogues et des Toxicomanies

Les traitements de substitution sous toutes les coutures

1. Une composante clé des traitements de la toxicomanie

De nombreux éléments indiquent que le traitement de substitution peut contribuer à réduire la transmission du VIH, la consommation de drogues, le risque d'overdose, la criminalité liée à la toxicomanie, et à améliorer l'état de santé général des toxicomanes. Une revue complète de la littérature [3] a conclu que le traitement à la méthadone réduisait considérablement les niveaux d'infection par le VIH et le sida. Il réduit également la fréquence de l'injection d'héroïne, le partage des accessoires nécessaires à l'injection et la prostitution en vue d'acheter des drogues. Une étude allemande d'une durée de quatre ans [4] concernant des patients suivant un traitement ambulatoire à la méthadone a montré que la consommation de drogues diminuait tandis que les compétences et les relations sociales s'amélioraient. En Grèce, une évaluation du traitement de substitution à la méthadone à Athènes [5] a mis en lumière une réduction considérable de l'usage parallèle d'héroïne.

«Dans de nombreux pays, le traitement de substitution s'est développé — après une opposition initiale — en vue de parer au risque de contamination par le VIH associé à l'administration par voie intraveineuse d'opiacés et d'autres drogues. Le recours à ce traitement s'est avéré opportun. Associée à d'autres mesures de réduction des risques et à un nombre général croissant de campagnes de sensibilisation, la substitution a permis de limiter la multiplication des cas de VIH dans la plupart des pays de l'UE à la fin des années 90.»

GEORGES ESTIEVENART
DIRECTEUR EXÉCUTIF DE L'OEDT

2. La substitution plutôt que le traitement?

Dans la plupart des pays de l'UE, la réglementation concernant le traitement de substitution prévoit que celui-ci doit être assorti d'un encadrement psychosocial. Les recherches démontrent que les effets positifs du traitement dépendent dans une large mesure de cet encadrement. Mais il y a souvent un fossé entre la théorie et la pratique — l'accent étant fréquemment placé davantage sur la substitution que sur le traitement. La nécessité d'un encadrement psychosocial est encore soulignée par des études indiquant que les patients sous traitement à la méthadone, comme d'autres toxicomanes, sont particulièrement exposés au risque de troubles psychiatriques et d'autres problèmes de santé, ainsi qu'à l'isolement social [6]. Il importe d'étudier le rôle de l'encadrement

psychosocial en tant que catalyseur possible de la progression des usagers de drogues sur la voie de l'abstinence.

La prise en charge des usagers de drogues présentant des problèmes de santé mentale dépend des relations existant entre les services psychiatriques et les services de traitement de la toxicomanie. Dans certains pays, des liens de qualité ont été établis et des salles spécialisées où le patient fait l'objet d'un double diagnostic ont été créées. Dans d'autres pays, les relations entre les services sont peu développées.

«Le traitement de la toxicomanie vise à aider les usagers à reprendre le contrôle de leur existence. Les travailleurs sur le terrain doivent évaluer en permanence si les patients auxquels sont prescrites des substances de substitution sont prêts à accepter le sevrage en se prêtant à un processus de désintoxication. Il est particulièrement important d'assurer un soutien psychosocial et pratique tout au long de ce processus.»

MIKE TRACE, PRÉSIDENT DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION DE L'OEDT

3. Quels sont les substituts?

Dans pratiquement tous les États membres de l'UE, le traitement est basé sur un produit de substitution privilégié plutôt que sur un large éventail de substances [7]. Dans plus de 90 % des cas, le substitut des opiacés est la méthadone, excepté en France, où l'on utilise essentiellement la buprénorphine. À l'échelle communautaire, le nombre d'usagers de drogues sous méthadone aurait sextuplé entre 1993 et 1997 [1].

Les produits de substitution présentent des caractéristiques différentes. La buprénorphine n'engendre aucun risque d'overdose et inhibe les effets de la consommation parallèle d'héroïne. D'autre part, la méthadone est un produit d'administration aisée et peu coûteux: environ 8 euros par personne et par semaine, contre 65 euros pour la buprénorphine. Certains experts donnent la préférence à la buprénorphine pour les jeunes toxicomanes, réservant la méthadone aux consommateurs plus âgés, pour un traitement de longue durée. La buprénorphine paraît également mieux adaptée pour les femmes enceintes, son utilisation provoquant en effet moins de problèmes néonataux que la méthadone. Des expériences de traitement de l'héroïnomanie sont en cours en Allemagne et aux Pays-Bas et des projets d'essais de ce type sont à

l'examen dans d'autres États membres. Dans le cadre de ces essais, des usagers d'héroïne très problématiques se voient fournir leur substance psychoactive sous contrôle médical. Pour toutes les substances, il est important que le dosage corresponde à la quantité consommée antérieurement par l'utilisateur.

4. Quel est le degré d'accessibilité?

Malgré une expansion générale des traitements de substitution au cours des dix dernières années, les possibilités d'accès à cette forme de traitement demeurent très variables au sein de l'UE. Elles paraissent par exemple limitées en Finlande, en Grèce, en Norvège et en Suède.

Le traitement de substitution est presque exclusivement conçu comme un service ambulatoire. Cette formule offre le double avantage d'être peu coûteuse et de permettre aux usagers de mener une vie quotidienne normale. Cependant, les patients suivant un traitement de substitution peuvent être extrêmement différents. Ils comprennent des personnes bien insérées socialement et professionnellement, mais aussi des toxicomanes sans abri marginalisés et très défavorisés. Certains patients peuvent dès lors avoir besoin d'une prise en charge plus étendue qu'un traitement de substitution.

Les critères d'admission varient largement au sein de l'UE. Certains programmes dans certains États membres — notamment la Grèce et la Suède — se caractérisent par un seuil élevé, les critères d'admission prenant en compte l'âge, l'ancienneté de la dépendance, le nombre de traitements avortés, etc. Dans d'autres pays, comme le Danemark, l'Espagne, l'Italie et les Pays-Bas, les seuls critères imposés sont la dépendance à un opiacé et la volonté de suivre un traitement. Si l'approche à seuil élevé offre l'avantage de constituer un groupe homogène de personnes présentant des besoins similaires, elle risque d'exclure des personnes qui, bien que ne répondant pas aux critères, n'en ont pas moins besoin d'aide. La méthode à seuil bas permet quant à elle d'atteindre la plupart des clients potentiels, mais elle ne peut pas toujours répondre à leurs besoins très variés. Idéalement, ces deux méthodes devraient être utilisées de manière complémentaire. La disponibilité des traitements de substitution au sein des prisons est également très variée.

5. Comment les traitements sont-ils dispensés?

De manière générale, les traitements de substitution sont dispensés par des généralistes ou par des services spécialisés offrant des services adaptés aux besoins

Tableau 1 — Les traitements de substitution chez les usagers de drogues à problème

Pays	Estimation de la prévalence de la consommation problématique de drogues ⁽¹⁾	Estimation du nombre de patients en traitement de substitution	Taux de couverture des traitements de substitution (%) ⁽²⁾
Belgique	20 200	7 000 (1996)	35 ⁽³⁾
Danemark	12 752-15 248	4 398 (4 298 méthadone + 100 buprénorphine) (1 ^{er} janvier 1999) ⁽⁴⁾	27-34
Allemagne	80 000-152 000	50 000 (2001) ⁽⁴⁾	33-63
Grèce	n.d.	966 (1 ^{er} janvier 2000) ⁽⁴⁾	n.d.
Espagne	83 972-177 756	72 236 recevant de la méthadone (1999)	41-86
France	142 000-176 000	71 260 (62 900 recevant de la buprénorphine et 8 360 recevant de la méthadone) (décembre 1999) ⁽⁴⁾	40-50
Irlande	4 694-14 804	5 032 (31 décembre 2000) ⁽⁴⁾	34-100 ⁽⁵⁾
Italie	277 000-303 000	80 459 (1999) ⁽⁴⁾	27-29
Luxembourg	1 900-2 220	864 [164 dans le programme officiel et +/- 700 auxquels le Méphénon® (méthadone sous forme de pilule) a été prescrit par un généraliste] (2000) ⁽⁴⁾	38-45
Pays-Bas	25 000-29 000	11 676 (1997)	40-47
Autriche	15 984-18 731	4 232 (1 ^{er} janvier 2000) ⁽⁴⁾	23-26
Portugal	18 450-86 800	6 040 (1 ^{er} janvier 2000)	7-33
Finlande	1 800-2 700 ⁽⁶⁾	240 (170 buprénorphine et 70 méthadone)	9-13
Suède	1 700-3 350 ⁽⁶⁾	621 (31 mai 2000) ⁽⁴⁾	19-37
Royaume-Uni	88 900-341 423 ⁽⁷⁾	19 630	6-22
Norvège	9 000-13 000	1 100 (2001)	8-12

NB: n.d. = données non disponibles.

(1) Les méthodes d'estimation de la consommation problématique de drogues varient considérablement au sein des États membres de l'Union européenne. Pour des informations plus détaillées concernant la prévalence nationale et l'usage problématique de drogues, on se référera à la section «Consommation problématique de drogues», dans le chapitre 1 (*Rapport annuel 2001* de l'OEDT) et au tableau 1 en ligne sur Internet (<http://annualreport.emcdda.org>). Les estimations concernant l'usage problématique de drogues concernent essentiellement les consommateurs d'opiacés, excepté pour la Finlande et la Suède où la consommation d'amphétamines est importante. Dans ce cas précis, les estimations concernant la Finlande et la Suède excluent les consommateurs d'amphétamines.

(2) Proportion estimée des usagers de drogues à problème en traitement de substitution.

(3) Les données relatives à la prévalence ne concernent que les usagers de drogue par voie intraveineuse, si bien que le taux de prise en charge dans le cadre de traitements de substitution pourrait être surestimé.

(4) Informations récoltées directement auprès du point focal national.

(5) Un taux de prise en charge par traitement de substitution atteignant 100 % paraît invraisemblable. On peut en déduire que l'estimation de prévalence de 4 694 pourrait être inférieure à la prévalence réelle.

(6) Uniquement consommateurs d'opiacés.

(7) Données plus précises pour le Royaume-Uni: prévalence de la consommation problématique de drogues (opiacés) = 162 000-244 000; patients en traitement de substitution = 35 000; taux de prise en charge = 14-22 %.

des toxicomanes. Ces deux approches présentent chacune des avantages: les généralistes offrent l'avantage de couvrir un territoire étendu, tandis que les centres spécialisés se distinguent par leur expérience et leur expertise considérables. Quoi qu'il en soit, pratiquement tous les États membres de l'UE concentrent leurs efforts sur l'une ou l'autre de ces approches. La combinaison de ces deux méthodes, assortie de la mise en place d'un système visant à prévenir le détournement de substances à des fins illicites, pourrait s'avérer plus efficace. Chacune de ces approches présente également des inconvénients. Les services offerts par les généralistes varient très largement, et les toxicomanes peuvent dès lors se sentir mal à l'aise parmi la clientèle normale. En revanche, les centres spécialisés ne sont pas répartis uniformément sur le plan géographique, ce qui pourrait être un désavantage pour les usagers vivant dans des endroits reculés.

6. Les usagers de drogues en traitement de substitution

Le tableau 1 présente des estimations du nombre d'usagers de drogues problématiques (essentiellement des consommateurs d'opiacés) au sein de l'UE et du pourcentage de ces individus suivant un traitement de substitution.

Ce pourcentage varie considérablement d'un État membre à l'autre. S'il ne dépasse pas 10 % dans certains pays, il est en effet supérieur à la moitié dans d'autres. Il importe de garder à l'esprit que les estimations concernant la consommation problématique de drogues restent imprécises et ne se prêtent pas facilement à la comparaison. Dans les situations caractérisées par une faible prise en charge, un grand nombre de toxicomanes sont exposés à un risque accru d'overdose, de problèmes de santé, d'infection par le VIH, d'autres

maladies infectieuses et d'exclusion sociale.

Il convient cependant de rappeler que la substitution ne porte ses fruits qu'en ce qui concerne la consommation problématique d'opiacés. Aucune solution comparable n'existe pour les problèmes liés aux amphétamines ou à la cocaïne. Dans les pays du nord de l'UE, les amphétamines engendrent plus de problèmes que l'héroïne et, de manière générale, la consommation de cocaïne est un phénomène qui ne peut plus être ignoré au sein de l'UE.

En dépit de l'adoption croissante des traitements de substitution au cours de ces dernières années, la plupart des États membres continuent à faire état d'un manque de contrôle qualité, de surveillance et d'évaluation des programmes.

Conclusions

Traitements de substitution — Considérations politiques

Ce compte-rendu politique présente une partie des données et des évaluations clés disponibles sur la situation actuelle des traitements de substitution au sein de l'Union européenne et renvoie à des sources d'information primaires, pour les intéressés qui voudraient en savoir plus. Les conclusions suivantes, fondées sur les constats actuels, pourraient servir de base pour de futurs débats politiques:

1. Il convient d'envisager la substitution comme un constituant d'un système de traitement complet pour les opiomanes. La substitution doit devenir une composante majeure des stratégies de prévention du VIH dans les pays caractérisés par un potentiel élevé de transmission dû à la prise de drogue par voie intraveineuse.
2. Le traitement de substitution doit être assorti systématiquement d'un encadrement psychosocial.
3. Une gamme plus large et plus diversifiée de substances et de dosages doit être proposée en vue de permettre une intervention adaptée au profil de la personne admise en traitement.
4. Les traitements de substitution et l'accès à ces traitements doivent être plus largement disponibles, des options à seuil bas et à seuil élevé étant prévues dans le cadre d'une approche équilibrée.
5. Il convient que tant des généralistes que des services spécialisés soient associés à la mise en œuvre de ces traitements.
6. Il importe de contrôler régulièrement la proportion des consommateurs problématiques de drogues faisant l'objet d'un traitement de substitution, et ce pour chaque région géographique, en vue de réguler la prise en charge.

Principales sources

[1] Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, EMCDDA Insights series No 3, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2000. (Comprend une bibliographie complète sur les traitements de substitution.)

[2] Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2001), *Rapport annuel 2001 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne*, tableau 1 — Les traitements de substitution chez les usagers de drogues à problème, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2001, p. 30.

[3] Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., et Alcabes, P. (1998), «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV», *AIDS*, 12 (supplément A), p. 217-230.

[4] Küfner, H., Vogt, M., et Weiler, D. (1999), *Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution*, Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler.

[5] Entrée de la base de données EDDRA (2001), *Second unit of the methadone substitution programme in Athens* (<http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra>), OEDT, Lisbonne.

[6] Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B., et Meltzer, H. (1998), «Substance misuse and psychiatric co-morbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey», *Addictive Behaviors*, 23, No 6, Elsevier Science Ltd, Oxford, p. 909-918.

[7] Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2000), *Rapport annuel 2000 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne*, tableau 1 — Produits de substitution utilisés dans l'UE, Office des publications officielles des communautés européennes, Luxembourg, 2000, p. 35.

Information sur le web

OEDT (traitement de la toxicomanie):
http://www.emcdda.org/responses/themes/drug_treatment.shtml

OEDT (base de données juridique):
<http://eldd.emcdda.org>

Reviewing legal aspects of substitution treatment at international level:
http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_comparative_analyses.cfm#

Euro-Methwork:
<http://www.q4q.nl/methwork>

National Treatment Outcome Research Study:
<http://www.ntors.org.uk>

Objectif drogues est une série de comptes-rendus politiques publiés par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), Lisbonne. Ces comptes-rendus paraissent six fois par an, dans les onze langues officielles de l'Union européenne et le norvégien. La langue originale est l'anglais. Ils sont également téléchargeables sur le site de l'OEDT (<http://www.emcdda.org>). Leur contenu peut être reproduit moyennant mention de la source. Pour s'abonner sans frais, contactez info@emcdda.org. Inscrivez-vous sur la page d'accueil de l'OEDT pour obtenir des informations mises à jour sur les nouveaux produits.



ÉDITEUR OFFICIEL: Office des publications officielles des Communautés européennes

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2002

DIRECTEUR EXÉCUTIF: Georges Estievenart

RÉDACTEURS: Kathy Robertson, John Wright

AUTEURS: Margareta Nilson, Ulrik Solberg, Danilo Ballotta, Lucas Wiessing

CONCEPTION GRAPHIQUE: Dutton Merrifield, UK

Printed in Italy