RÉDUCTION DES RISQUES EN PRATIQUE

FRANCE / ALLEMAGNE / ROYAUME-UNI / PAYS-BAS / ITALIE / ESPAGNE / PORTUGAL / SUISSE

ÉDITION EUROPÉENNE

N°1 / Juin 2018

SWAPS

PRÉFACE

Guerres à la drogue en Europe

Didier Jayle / directeur de la publication, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris
Gilles Pialoux / rédacteur en chef, chef de service des maladies infectieuses et tropicales à l'hôpital Tenon, Paris

Les changements des politiques en matière de drogues se sont imposés, quasiment partout en Europe dans les années 80 sous la menace du sida. Face à l'hécatombe viro-induite, à la mortalité importante dans le groupe de transmission des usagers de drogues (l'un des « 4 H », pour Héroïnomanes, du début du sida) et devant l'échec patent des politiques basées sur la « désintoxication » des usagers, il a bien fallu développer des approches sanitaires nouvelles qui protègent la santé des usagers tout en diminuant les risques de transmission, sexuelle ou associée à l'usage. Et ce en contradiction avec les politiques de lutte contre la drogue dont l'objectif affiché était la prohibition et l'éradication des drogues. En Grande-Bretagne, la réduction des risques a été conceptualisée dés 1987. À partir de 1990, la Suisse a adopté une nouvelle approche associant prévention, répression, soins et réduction des dommages. Le succès fut au rendez-vous épidémiologique quant à ce mode de transmission du VIH. Et ce bien mieux que pour le VHC.

En France, le changement fut à la fois plus tardif et plus progressif, débuté par la libéralisation de la vente des seringues en 1987 imposé par la ministre de la santé Michèle Barzach. Mesure politique qui a longtemps été la seule face au sida. La France dut attendre 1994 pour autoriser les TSO, et 2017 pour sa première salle d'injection. La première salle a ouvert à Berne en 1986 (voir *Swaps* n° 38). En 2003, il y avait 62 salles de consommation en Europe, réparties dans 36 villes de quatre pays : la Suisse, les Pays-Bas, l'Allemagne et l'Espagne. L'épidémie VIH/sida a balayé certains dogmes en matière de drogues et plus personne en Europe ne peut aujourd'hui décemment remettre en cause les politiques de réduction des risques (RdR). Reste à en déterminer les contours et les limites politiques. Même si la situation actuelle paraît apaisée — les États financent les structures de RdR et un consensus s'est largement établi dans l'Union européenne — on perçoit quelquefois une certaine tendance à la routine, à l'institutionnalisation qui va de pair avec le vieillissement des populations tant du côté des usagers que des professionnels de la RdR. C'est pourquoi toutes les expériences innovantes en Europe sont les bienvenues pour servir de catalyseur dans les pays voisins et ce premier numéro européen de *Swaps*, journal français de la RdR et de la santé des usagers de drogues, s'en fait l'écho.

La circulation des personnes, la facilité d'obtention sur la toile des nouvelles drogues de synthèse, le déplacement des problématiques vers l'Est de l'Europe, rendent plus que jamais nécessaire les échanges de données, de tendances, de pratiques et d'expériences innovantes. Ainsi, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT/EMCDDA), dans son rapport européen sur les drogues de 2017, soulignait les grandes « tendances » européennes au premier rang desquelles figure l'augmentation du nombre de décès par overdose. Estimés à 8 441 en 2015, les décès par overdose sont associés pour la plupart à l'héroïne ou à d'autres opiacés dans les

→

28 états membre de l'UE, la Turquie et la Norvège. Soit une augmentation de 6 % par rapport à 2014.

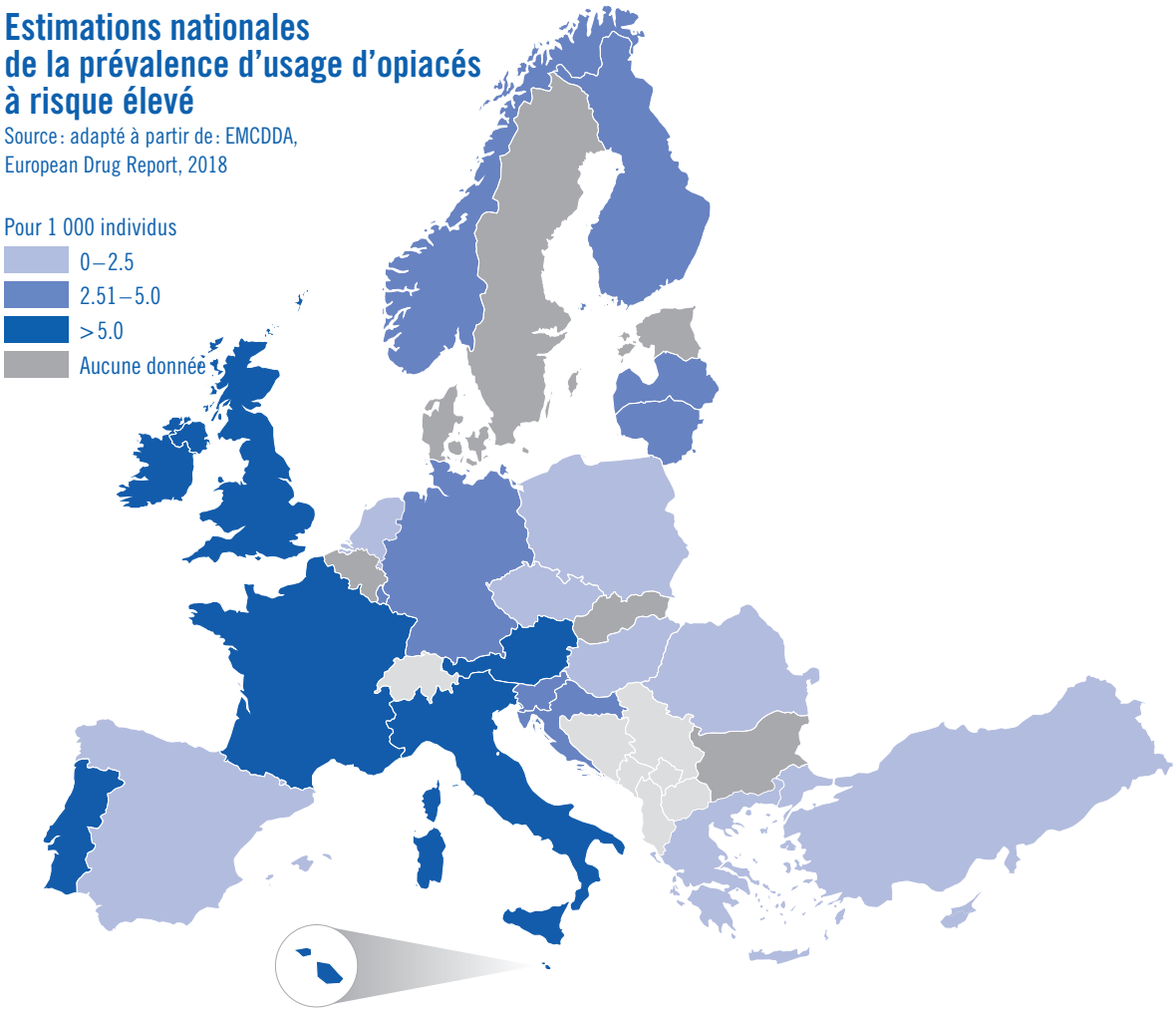
Figurent comme autres « tendances » européennes la disponibilité permanente de nouvelles substances psychoactives et la menace croissante pour la santé que représentent les opiacés de synthèse à forte teneur en principe actif.

Face à ce constat nous proposons, modestement, quelques pistes d'échanges avec le thème de ce premier numéro européen de *Swaps* : « Harm Reduction in Practice » ; numéro consacré aux traitements de substitution. Nous nous sommes limités pour cette édition à huit pays : France, Allemagne, Royaume-Uni, Pays-Bas, Italie, Espagne, Portugal et Suisse. Pour chaque pays, nous proposons un état des lieux de la substitution à travers le témoignage d'un acteur engagé, des expériences innovantes dans le champ de la RdR, et un tableau des derniers chiffres clés de la substitution fournis par l'Observatoire Européen des Drogues de Lisbonne (OEDT). Enfin, un point sur les overdoses en Europe grâce à Isabelle Giraudon de l'OEDT. Ce numéro, qui donne la parole à des acteurs de la réduction des risques, a pu être réalisé en toute indépendance éditoriale grâce à un don des laboratoires Indivior LTD (Londres) et de Gilead France (Paris). Tous les textes sont disponibles et téléchargeables en anglais et en français sur le site vih.org.

Nous espérons continuer à produire des numéros en langue anglaise sur d'autres thèmes de la réduction des risques face aux nouveaux modes de consommation, aux nouvelles substances qui peuvent et doivent bénéficier d'approches innovantes de la réduction des risques. Et nous n'oublions pas que la ligne de front du combat de la RdR s'est déplacée. Si les avancées ont été remarquables dans l'Union européenne et en Suisse, tout reste à faire, politiquement, en Europe de l'Est. Comme le souligne Michel Kazatchkine dans son éditorial : « réduire le risque, c'est aussi lutter contre des mesures politiques inadaptées ; c'est militer pour la décriminalisation de l'usage, des infractions mineures, et des actes non violents dans le trafic de drogues, et pour que le rôle et les comportements des forces de l'ordre changent ».

Estimations nationales de la prévalence d'usage d'opiacés à risque élevé

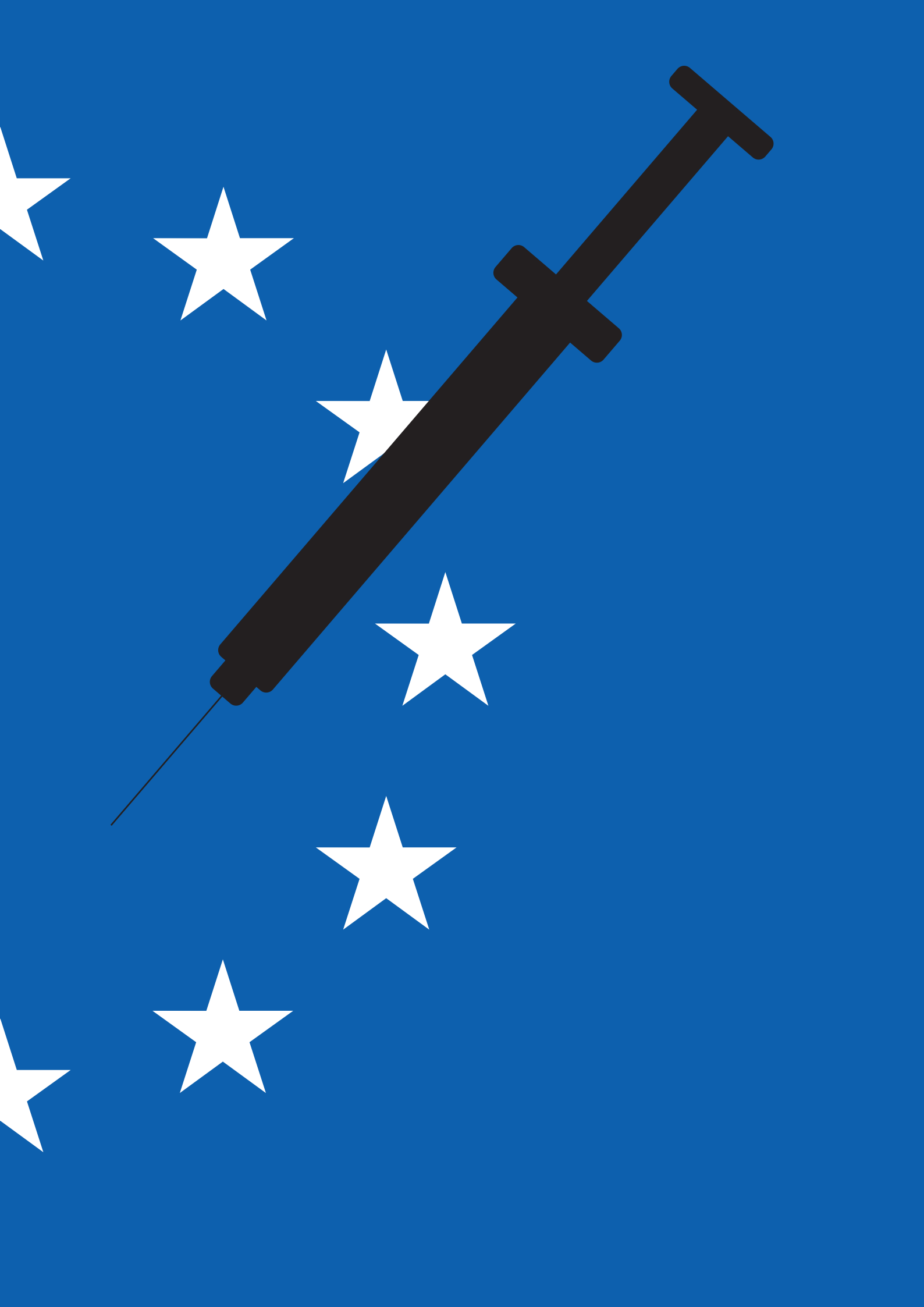
Source : adapté à partir de : EMCDDA, European Drug Report, 2018



Interventions pouvant réduire les décès liés aux opiacés par pays européen

Source : adapté à partir de : EMCDDA, Health and social response to drug problems, 2017
NB : données de 2016

	Programme de Take-home naloxone	Salles de consommation à moindre risque	Traitements assistés à l'héroïne	Traitements de substitution aux opiacés
Autriche				•
Belgique				•
Bulgarie				•
Croatie				•
Chypre				•
République Tchèque				•
Danemark	•	•	•	•
Estonie	•			•
Finlande				•
France	•	•		•
Allemagne	•	•	•	•
Grèce				•
Hongrie				•
Irlande	•			•
Italie	•			•
Lettonie				•
Lituanie	•			•
Luxembourg		•		•
Malte				•
Pays-Bas		•	•	•
Norvège	•	•		•
Pologne				•
Portugal				•
Roumanie				•
Slovaquie				•
Slovénie				•
Espagne	•	•		•
Suède				•
Turquie				•
Royaume-Uni	•		•	•



La création d'un système de substitution moderne en France

Didier Jayle / directeur de la publication, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris
William Lowenstein / président de SOS addictions et spécialiste en addictologie, Paris

Le modèle de santé français a beaucoup évolué depuis l'époque des approches psychanalytiques à l'addiction. La réduction des risques a débouché sur un système qui fonctionne — mais qui doit être défendu et optimisé.

Avec la loi de 1970, la France avait opté pour une politique sanitaire et sociale des drogues peu médicalisée, sans traitement de substitution, et avec une approche plus psychologique que sociale. Avec l'arrivée du VIH/sida, la RdR est introduite en France surtout par le milieu associatif, mais ne s'impose que lentement aux politiques publiques.

VIH et débuts de la réduction des risques

En 1994, sous la pression associative et celle des médecins du VIH associés à un petit groupe de généralistes, Bernard Kouchner puis Simone Veil officialise une toute nouvelle politique de santé des addictions fondée sur les traitements de substitutions (TSO) et les stratégies de réduction des risques. Celle révolution se fait malgré l'opposition d'une grande part des intervenants en toxicomanie qui n'avaient pas pris la mesure de la gravité de l'épidémie de VIH/sida. Plus encore, le dogme de l'abstinence leur était sacré comme porte d'entrée vers une réelle thérapie ; prescrire et dispenser un médicament opiacé de substitution était selon leur expression « donner de la drogue aux drogués ».

Dans un premier temps, forte de son expérience internationale, notamment en Amérique du Nord, en Grande Bretagne et aux Pays-Bas, c'est la méthadone qui est préconisée dès 1994 (elle reçoit l'AMM début 1995). Initialement, celle-ci doit être délivrée dans des centres spécialisés (CSST, centres de soin spécialisés en toxicomanie). Elle peine à s'installer, étant donnée la persistance d'une forte opposition. Les médecins généralistes peuvent prendre le relais des prescriptions quand le patient est stabilisé.

Un an plus tard, devant la lenteur de la mise en place du dispositif, les autorités de santé donnent le feu vert à la buprénorphine haut dosage (BHD ou Subutex®). Elle recevra son AMM début 1996. Vu l'absence théorique de risque d'overdose, le Subutex® peut être « primoprescrit » par les généralistes.

Transformation de la prise en charge

Ce dispositif extrêmement souple laisse une large place aux médecins généralistes et constitue une révolution dans la prise en charge médicale des usagers. Pour la première fois, les médecins disposent d'un outil efficace

pour permettre aux patients de réduire ou supprimer leur consommation d'héroïne, et qui correspond à une demande des usagers.

Au-delà du traitement, c'est la relation médecin-usager qui va se transformer : le médecin n'est plus là seulement pour traiter les conséquences les plus dramatiques des usages intraveineux (abcès, septicémies, endocardites, contaminations virales), il est enfin directement impliqué dans le traitement de la dépendance. C'est un élément essentiel quand l'épidémie de VIH battait son plein. Au moment où arrivent les premiers traitements antirétroviraux efficaces, les usagers de drogues sont exclus des premiers protocoles au prétexte de leur mode de vie instable. Les TSO, en permettant une plus grande stabilité aux usagers, vont leur permettre d'accéder aux trithérapies puis plus tardivement aux traitements de l'hépatite C. Dans l'esprit des médecins, les usagers acquièrent désormais un statut de patients (et non plus de « mauvais malades ») à partir du moment où ils optent pour la substitution. L'entrée dans un suivi TSO représente à cette époque une sorte de clef, de passeport pour accéder aux autres traitements.

Buprénorphine : l'exception française

La France est le seul pays qui a donné une place aussi large à la buprénorphine haut dosage (BHD), prescrite à 90 % par les médecins généralistes. Au début des années 2000, 90 000 patients bénéficient d'un traitement par la BHD, 10 000 par la méthadone. Environ 10 000 médecins sont prescripteurs de TSO, soit près d'un médecin sur 10. Entre 2002 et 2017, le nombre de prescriptions de méthadone augmente régulièrement pour concerner environ 50 000 patients. Le nombre de personnes traitées avec la BHD reste stable autour de 100/120 000.

Le bénéfice des TSO a été massif. La grande majorité des addictologues, initialement opposée pour des raisons idéologiques à la substitution dans la mesure où elle ne « libérait » pas le sujet de la dépendance mais substituait une dépendance à une autre, est maintenant convaincue de son utilité et en prescrit sans réticence. Quant aux pouvoirs publics, ils continent de faire pression sur les centres d'addictologie (rebaptisés Csapa en 2005), pour qu'ils assument leur mission de prescription des TSO et d'application des stratégies de réduction des risques.

France : dates d'introduction

Méthadone	1995
Buprénorphine	1996
Buprénorphine + naloxone	2012
Traitement à l'héroïne	N/A
TSO en prison	1995

Source : EMCDDA, Statistical Bulletin, 2018, www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/hsr

Bienfaits de la substitution

La première conséquence a été de rendre possible le traitement et la prévention des infections virales. Le nombre de nouvelles infections par le VIH s'effondre chez les usagers de drogue par voie veineuse. Aujourd'hui les UDIV ne représentent plus que 1 % des nouvelles contaminations VIH (70 sur 7 000) ; la séroprévalence chez les UDIV est passée de 40 à 50 %, à moins de 10 %. Cette chute de la prévalence est en partie liée à l'hécatombe des premières générations qui n'ont pas pu attendre les traitements efficaces. Si les stratégies de réduction des risques (accès aux seringues stériles, Stéribox®, programmes d'échanges de seringues) ont eu un rôle important dans la diminution du nombre d'infections VIH, les TSO ont certainement eu un fort impact car c'est surtout après leur introduction que la courbe du VIH s'est drastiquement infléchie.

La deuxième conséquence des TSO est un effondrement des overdoses. Elles diminuent drastiquement, de plus de 450 par an (chiffre officiel sous-estimé) à moins de 200 en 1996. Depuis 2003, elles remontent pour atteindre 350 en 2015, augmentation en partie liée à une recrudescence de l'héroïne, souvent plus fortement dosée, et à l'augmentation des mésusages de méthadone et de sulfates de morphine, parfois associés à d'autres substances psychoactives : alcool, benzodiazépines, cocaïne et nouveaux produits de synthèse.

La troisième conséquence est l'amélioration partielle du parcours jadis chaotique des héroïnodépendants ; la baisse du nombre d'incarcérations et la diminution de la petite et moyenne délinquance liée aux trafics d'opiacés sont également constatées. Les pharmaciens redoutent plus aujourd'hui le contrôle de leur tutelle que les braquages par des héroïnomanes en manque. Ce qui était initialement pensé comme protecteur de l'individu pour le VIH s'est révélé également protecteur pour la société. Les deux objectifs de santé publique et de sécurité publique si souvent opposés se rejoignent grâce aux TSO.

Détournements et mésusages

Y a-t-il des effets indésirables propres aux TSO ? Le mésusage consiste principalement en l'injection de traitements conçus précisément pour éviter l'injection ; il est

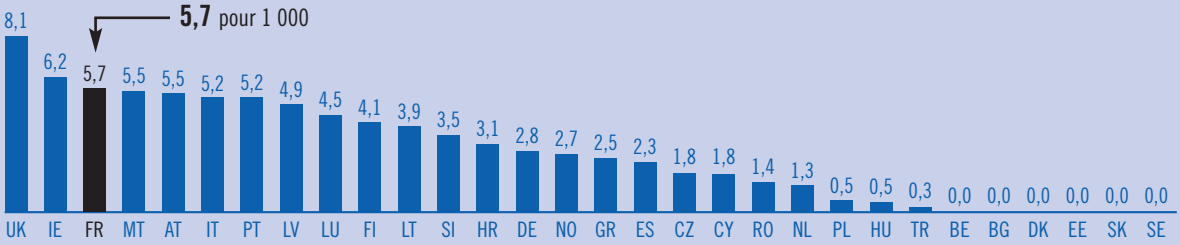
→

La France en un coup d'œil

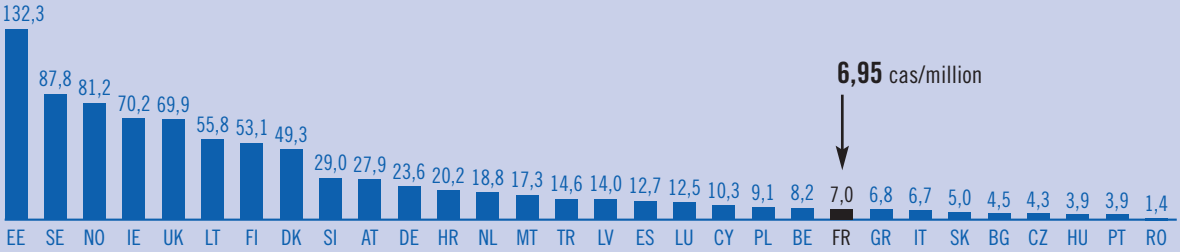
230 000 (180 000 – 280 000) **usagers d'opiacés à risque élevé**

169 750 usagers suivant un traitement de substitution

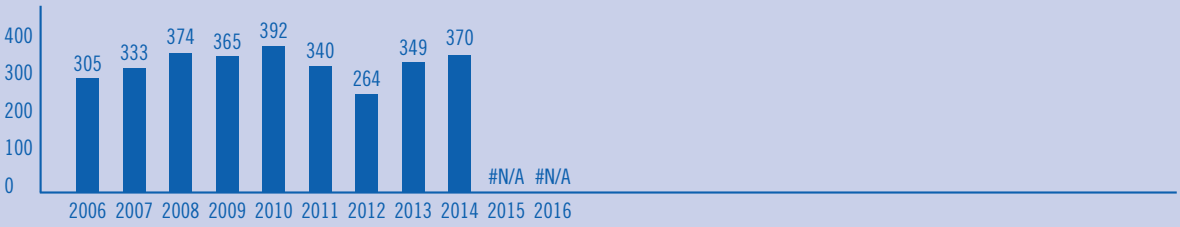
Opiacés / Usage d'opiacés à risque élevé (taux /1 000)



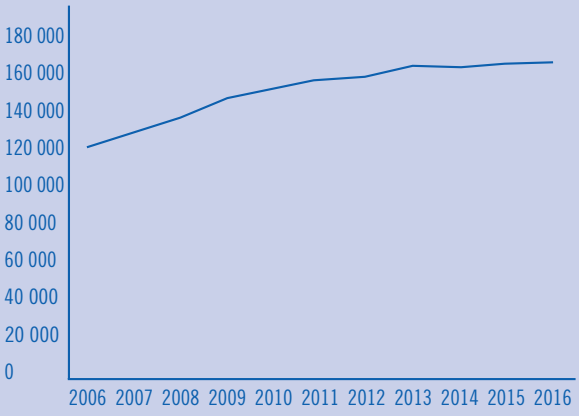
Taux de mortalité liée aux drogues / Estimations nationales parmi les adultes de 15 à 64 ans



Évolution de la mortalité liée aux drogues



Évolution du nombre de patients suivant un traitement de substitution



Quelle substitution ?

Méthadone	67 216
Buprénorphine	106 387

Source : adapté à partir de : EMCDDA, Country Drug Report, 2018, www.emcdda.europa.eu/edr2018

rapporté chez 15 à 40 % des patients selon les études. Ce sont principalement la BHD et le Skenan® qui sont injectés, les comprimés étant broyés et filtrés pour l'injection. C'est une indication à la méthadone dont la forme sirop se prête beaucoup moins à l'injection. Même si des injecteurs de méthadone sont retrouvés parfois dans les salles de consommation à moindre risque, ils sont beaucoup plus rares. Ils utilisent alors des trocarts et non des « insulines » qui ont des conséquences encore plus désastreuses pour les veines.

Le trafic de BHD s'est également développé principalement dans 3 régions de France (région parisienne, Alsace et Provence Alpes côte d'Azur). Le plus souvent ce sont des usagers qui se font prescrire des doses supérieures à leurs besoins et revendent le surplus, ce qui leur permet un supplément de revenus. Il s'agit aussi parfois de personnes qui ne consomment pas et qui revendent la totalité des comprimés prescrits par des médecins peu scrupuleux et délivrés par des pharmaciens peu regardant. Une personne pouvant aller voir plusieurs médecins et se faire prescrire 64 ou 128 mg de BHD, soit 4 à 8 fois la posologie habituelle et ce pour 28 jours. Un véritable trafic s'est développé vers des pays où la BHD est indisponible, tels la Géorgie, la Finlande ou Maurice. Le détournement a atteint des sommets au début des années 2000 avec quelques centaines d'individus (sur 90 000 personnes substituées) quand le montant des remboursements hors bonnes pratiques représentait près de 40 % de la BHD remboursée.

Pour limiter ces détournements, une tentative par la Mildt de classer la BHD sur la liste des stupéfiants, à l'instar de la méthadone, s'est vu rejetée par le milieu associatif VIH car jugée rétrograde, et a été abandonnée. La Caisse d'assurance maladie s'est mobilisée pour repérer médecins et pharmaciens qui ne respectent pas les bonnes pratiques. Celles-ci impliquent une triangulation patient/médecin/pharmacien. Le nom du pharmacien doit impérativement être inscrit sur l'ordonnance et un contact doit s'établir entre médecin et pharmacien.

Actuellement le détournement représente environ 10 % de la BHD et se maintient à un niveau stable (2,4 % des bénéficiaires). Certains diront que c'est un moyen facile de trouver une substitution d'urgence, d'autres que c'est une porte d'entrée à la dépendance aux opiacés. L'étude Priminject montre que c'est néanmoins l'héroïne qui reste le produit d'entrée et de très loin.

Dans les prisons, les TSO sont largement prescrits, dans 93 % des établissements. C'est dans ces établissements que la Suboxone® (BHD + naloxone) est le plus souvent prescrite à la différence des milieux « ouverts » dans lesquels la Suboxone® n'a pas su s'imposer.

Globalement le dispositif fonctionne bien et permet à plus de 150 000 personnes opiodépendantes de suivre un TSO, soit 60 à 70 % de le population concernée, ce qui est à la fois un chiffre satisfaisant en objectif de santé publique mais aussi l'indicateur de la nécessité d'élargir l'accessibilité au traitement et la palette thérapeutique, notamment en développant de nouvelles galéniques, des formes injectables et des salles de consommation à moindre risque (dont seulement deux sont actuellement ouvertes depuis fin 2016, à Paris et à Strasbourg).

Qu'est-ce qui a changé depuis 20 ans ?

Les produits utilisés.

La méthadone initialement sous forme de sirop est depuis 2008 disponible aussi sous forme de gélules, que le pharmacien peut délivrer pour 28 jours depuis 2014. Ces gélules sont réservées aux personnes substituées depuis un an par méthadone sirop et bien stabilisées.

La BHD reste le produit de première intention et le TSO le plus largement prescrit. Le Subutex® (médicament princeps) reste le plus prescrit, les génériques représentant moins de 20 % des prescriptions.

La prescription de sulfates de morphine (Skenan®, Moscontin®) reste marginale (environ 2 000 personnes). Elle est encadrée maladroitement par simple une lettre du Directeur Général de la Santé de 1996 et c'est aujourd'hui la Caisse d'assurance maladie qui en assure le contrôle et en valide ou pas les indications. Le mésusage par vois veineuse du Skenan® continue de souligner la réticence française pour les formes injectables des MSO ainsi que pour les programmes d'héroïne médicalement assistés. Aucune forme retard n'est actuellement disponible.

L'injection semble moins fréquente que dans années 1990 tandis que les programmes d'éducation et de RdR se développent progressivement. De même, un seul programme d'envoi de seringues par voie postale existe et serait menacé. Suivant les recommandations du groupe TSO de la DGS en 2009 et les recommandations de l'OMS en 2014, l'accès encore limité à l'antidote des OD, la naloxone (Nalscue®) a vu le jour en 2017. Le développement de programmes adaptés (Take Home Naloxone) se fait attendre.

Bien moins importante qu'en Amérique du Nord, l'épidémie d'overdoses secondaire à la diffusion non encadrée des médicaments opioïdes pourrait menacer la France. Les autorités sanitaires y sont particulièrement vigilantes depuis 2017. Le décès de 2 adolescents après ingestion de cocktails codéinés a entrainé l'obligation de prescription sur ordonnance de tout médicament antalgique ou antitussif contenant de la codéine.

Un souhait : sous l'impulsion de l'épidémie VIH, le modèle français a su se médicaliser et développer des stratégies de RDR aux opiacés, sortant enfin partiellement du dogme de l'abstinence et de la punition. Puisse ce modèle être pérennisé et inspirer les autres champs de la santé des addictions : tabac, alcool, cannabis, cocaïne, nouveaux produits de synthèse et addictions comportementales.

Trois sujets d'inquiétude :

– Beaucoup de généralistes très investis dans le combat de la réduction des risques arrivent aujourd'hui à l'âge de la retraite. Ce sont parfois les mêmes qui se sont engagés dans le développement des réseaux Ville-Hôpital et la prise en charge en ville du VIH puis du VHC. La plupart d'entre eux ne seront pas remplacés tant ils ont du mal ne serait-ce qu'à trouver des remplaçants. La pénurie de médecins généralistes en France devrait s'aggraver dans les années à venir. Les nouvelles générations médicales qui n'ont connu ni le sida ni les engagements quasi militants pour pouvoir prescrire des MSO. Sans une sensibilisation spécifique aux traitements en addictologie, le modèle français des TSO sera menacé.

– L'inorganisation de la recherche sur les addictions et son manque de financement ne sont pas porteurs de nouveaux progrès à la hauteur des enjeux. Quid de la recherche d'un « vaccin anti cocaïne » ? Quid de la recherche sur les parades à proposer aux addictions croissantes aux nouvelles drogues de synthèses (Méphédrone, Amphétamines, canabinoïdes de synthèse, etc.) ?

– Les réactions de protestation lors de l'ouverture de l'unique salle de consommation à moindre risque montrent que les réticences restent vives et que les acquis peuvent être menacés par le désintérêt des pouvoirs publics et le non renouvellement des acteurs les plus engagés.

Un espoir : La victoire sur le VIH et les progrès importants effectués dans les traitements de l'hépatite C montrent que les avancées sont possibles. Le développement des échanges entre acteurs européens pourrait constituer un nouveau moteur pour renforcer le dynamisme et la foi dans l'innovation.

FRANCE

PES - SAFE, un programme d'échange de seringues par voie postale

Florence Arnold-Richez / journaliste, Paris

Le Programme d'échange de seringues (PES) postal a été lancé en 2011 par l'association Safe de réduction des risques. Bien qu'encore expérimental, il compte plus de 140 usagers de drogues dans sa file active, qui reçoivent leurs matériels d'injection ou de sniff… par la poste.

Kesakô ? *« Non, bien sûr, nous ne sommes pas un automate de distribution de kits contre matériels usagés, sous pli, avec timbres,* prévient d'emblée Catherine Duplessy, la directrice de SAFE. *Notre programme est appelé "PES postal" car c'est la terminologie "PES" que comprennent les usagers. Dans les faits, nous mettons à leur disposition tous les matériels de consommation pour injecteurs, sniffeurs et fumeurs de crack, tels qu'ils en expriment le besoin. »*

Au départ, un constat : il existe une population d'usagers de drogues, vivant loin des lieux d'accueil et de soins, relativement bien insérée, plutôt plus féminine et plus jeune que celle rencontrée habituellement, qui appréhende de s'adresser aux pharmaciens d'officine dans de petites communes où tout risque de se savoir, parfois « tricarde » chez les médecins… Bref, un public différent de celui auquel SAFE a affaire dans son programme d'échange de seringues en Île-de-France, que ce soit celui rencontré dans la rue lors du remplissage des automates ou accueilli au local de l'association, avenue de la Porte-de-la-Plaine, près du Parc des Expositions de la Porte de Versailles. Comment la faire bénéficier d'actions et de matériels de réduction des risques ?

Il fallait l'oser

Simple : aller au-devant d'elle… Par mail et par la poste ! Il fallait y penser, il fallait l'oser. Catherine l'a fait, avec conviction, passion même et surtout un grand professionnalisme, dans la « gestion » des contacts et des stocks.

L'expérimentation a démarré sur fonds propres à la fin mai 2011 et a fonctionné sans subventions institutionnelles en 2011 et 2012. Elle a été rendue possible grâce à des dons de laboratoires et fournisseurs, ainsi qu'à ceux de kits de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES, kits dont l'eau pour préparation injectable (PPI) seule était périmée, ce qui a permis de récupérer les nombreux autres outils de prévention en cours de validité. Elle a pu exister et se développer grâce à l'équipe de SAFE, super motivée, Catherine, Fabienne, chargée du développement des projets, Bienvenue, coordinateur de la logistique, Yves, Benoît et Julien, trois agents de prévention et techniciens, etc. Six personnes pour gérer à la fois les 61 automates de Paris et sa région, qui dispensent des trousses de prévention Kit+ contenant tout le matériel nécessaire pour réaliser deux injections contre un jeton, sept jours sur sept et 24 heures sur 24, le

→

travail de rue et le PES postal. Au total, ils diffusent près de 500 000 seringues à l'année.

Et pour le PES postal, ce sont 140 usagers dans la file active à la fin mai, qui ont reçu, rien qu'entre janvier et mai 2013, 36 800 seringues (entre autres) dans 218 colissimos… En attendant des budgets de fonctionnement suffisants, il a fallu se contenter, pour se faire connaître, de radio tam-tam. En d'autres termes, du site de SAFE et des partenaires : PsychoActif, journal ASUD, Fédération Addiction, un certain nombre de Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (Caarud), etc. Plusieurs d'entre eux participent d'ailleurs au comité de pilotage (voir ci-dessous) du projet.

Pas seulement une affaire de colissimo

Tout commence par l'accueil téléphonique ou par mail, étape essentielle du « parcours » de l'usager de drogues dans le PES postal. Il faut, au travers de l'écoute et de ce premier entretien, cerner les pratiques et les prises de risques, identifier les attentes, les besoins en informations, matériels, voire orientation vers des structures classiques de réduction des risques ou de soins. Sans jamais imposer de solution, encore moins de jugement !

« Beaucoup d'usagers nous disent qu'ils préfèrent s'adresser à nous, par téléphone ou mail, pour ne pas avoir à répondre aux questions qu'on leur pose dans les Caarud. » Au bout du fil, ou sur le fil virtuel, il est fréquent que le répondant identifie des pratiques à risques pas encore corrigées, ou cachées aux équipes des Caarud. *« Par exemple, ils sous-évaluent systématiquement leurs besoins en matériel, comme ils le font face à une équipe de Caarud, et on comprend qu'ils ont l'habitude de réutiliser plusieurs fois leurs matériels. Alors, on corrige… à la hausse ! Ou, à l'inverse, ils les surévaluent parce qu'ils ont l'intention, manifestement, d'en faire profiter des copains. On en parle, pour bien adapter les outils… Il faut que nous les amenions à adopter pour chacun la règle "un matériel égale une injection" »*, explique Catherine. Ou autre exemple : derrière la demande d'aiguilles de 5 ml, de gros calibre, que l'usager ne peut pas facilement se procurer en pharmacie, il faut identifier l'injection de médicaments et parler des risques associés. Ainsi, 60 % de la file active en 2012 injectaient au moins un médicament (incluant les traitements de substitution aux opiacés [TSO]) et 25 %, au moins deux.

Ensuite, il faut gérer les bons de commande, stocks, envois de colissimos. Toute une logistique qui se « tricote » dans un sous-sol qui ressemble à celui d'une pharmacie classique. Sur des étagères, les cartons contenant les différents matériels et dispositifs disponibles : seringues, serties ou non, 1 ml, 2 ml, 5 ml, aiguilles G23, G25, G26, G27, G30, filtres toupies, tampons désinfectants, doses d'eau stérile, d'acide ascorbique, de sérum physiologique, cups, kits, champs de soin, lingettes de chlorhexidine contre le virus de l'hépatite C (VHC) ou classiques, préservatifs masculins et Fémidon, doses de gel intime, carnets « roule ta paille », etc. D'autres cartons contiennent les flyers, brochures d'infos diverses sur le VHC, le sida, la réduction des risques, etc.

Dans un coin, un petit bureau, on trie et traite les bons de commande *« usagers »*, jamais numérisés, chacun doté d'un *« identifiant »*, anonyme, communs à la *« remise de matériel »* au *« local »*, dans la *« rue »*, par *« PES postal »*. On prépare la commande de l'usager, pour un mois, pour économiser les frais d'envoi d'un paquet en colissimo (7 euros, en moyenne) avec un contenu pour un coût moyen de 75 euros (soit 175 seringues, soit trois injections par jour et autres matériels pour deux personnes). Au premier étage, on s'occupe du suivi administratif du programme et de son évaluation, des liens avec les établissements médico-sociaux du territoire des bénéficiaires du PES, et — uniquement avec l'accord des usagers — de leur mise en contact avec des professionnels (Caarud, Csapa, médecins, etc.). Il faut savoir qu'un tiers de la file active est suivi « en double ». *« Nous prenons par exemple le relais de leur Caarud pendant des périodes de congés ou de fermeture. De notre côté, nous sommes amenés à orienter des usagers vers l'une de ces structures dont ils ignoraient l'existence. Nous avons d'ailleurs de bonnes relations avec les Caarud. »*

Tout *« baigne »* ? Non, pas vraiment : aujourd'hui, l'inquiétude sur la pérennité du programme est à l'ordre du jour, car les budgets pour le financer ne sont pas (encore !) au rendez-vous.

Médecins du Monde en Géorgie : un programme de réduction des risques et de plaidoyer

Elisabeth Avril / Gaïa-Paris
Véronique Miollany / Médecins du Monde

Les programmes de réduction des risques (RdR) de plusieurs villes françaises ont vu émerger, depuis le début des années 2000, une population d'usagers de drogues originaires des pays de l'ex-Union soviétique, et en particulier de Géorgie. La rencontre de cette population a poussé l'équipe de Gaïa à organiser une mission exploratoire en Géorgie en juin 2007, dans le cadre du groupe thématique Europe de l'Est de MdM.

Depuis le début des années 2000, les programmes de réduction des risques (RdR) de Paris, Lyon et, dans une moindre mesure, Marseille, Nice et Metz ont vu émerger une population d'usagers de drogues originaires des pays de l'ex-Union soviétique, en particulier de Géorgie. L'association Gaïa-Paris, fondée et soutenue par Médecins du Monde (MdM) a reçu 455 usagers de drogues Géorgiens depuis 2000 et a développé un accueil plus spécifique pour cette population au fil des ans. Ces personnes sont majoritairement des hommes usagers d'opiacés par voie intraveineuse. Leurs demandes de soins sont centrées sur les traitements de substitution, et sur l'évaluation et le traitement d'une hépatite C chronique.

La rencontre de cette population géorgienne a eu un impact important sur l'équipe de Gaïa et le fonctionnement de nos programmes, ce qui a poussé à organiser une mission exploratoire en Géorgie en juin 2007, dans le cadre du groupe thématique Europe de l'Est de MdM. Cette mission, qui avait pour objectif d'établir un diagnostic de santé et d'évaluer la pertinence d'une intervention et ses modalités éventuelles auprès des usagers de drogue, a validé la pertinence d'une intervention et MdM a choisi de travailler en priorité dans la capitale de la Géorgie, Tbilissi, où se trouve la majorité des usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI)[1], en créant un partenariat avec l'association New Vector, première organisation d'autosupport locale du Caucase.

[1] *27 000 sur Tbilissi pour un total de 40 000 environ dans toute la Géorgie – Estimating the prevalence of injectingdrug use in 5 cities of Georgia, 2009. D'après la dernière étude en 2012 de Curatio International Foundation – Behavioral surveillance on injectingdrugusers – le nombre d'usagers dans toute la Géorgie est de 45 000.*

L'ouverture du projet a été retardée par la guerre de 2008 qui a opposé la Géorgie à la Russie, faisant des centaines de milliers de déplacés d'Ossétie du sud, et par la difficulté à trouver un financement en complément des fonds propres de MdM. Fin 2010, une coordinatrice générale et une chargée de projet RdR sont parties sur place pour implanter le projet avec le support du siège et la responsable de mission.

Partenariat avec New Vector

L'objectif était double, contribuer à réduire les risques de transmission du VIH/VHC/VHB et autres infections sexuellement transmissibles (IST) chez les usagers ainsi qu'à réduire les dommages liés à la consommation de drogues tout en améliorant la qualité et la visibilité des actions de RdR. L'idée de s'associer avec une organisation existante était nouvelle pour MdM et représentait un challenge dans un contexte assez difficile. New Vector, est une association d'usagers et d'ex-usagers de drogues qui développait depuis 2008 des actions de RdR financées par le Fonds mondial. Ces actions étaient peu nombreuses, peu coordonnées et l'association manquait de moyens, de visibilité et de support.

En collaboration étroite avec New Vector, nous avons ouvert un centre d'accueil dans un quartier central de Tbilissi, une grande bâtisse de trois étages ayant pignon sur rue. La répression policière étant particulièrement forte en Géorgie, la grande crainte était que les usagers

→

n'osent pas se rendre au centre. L'équipe de New Vector composée d'ex-usagers et d'usagers a été renforcée, formée, un centre dentaire a été créé, une infirmière, un médecin et une psychologue ont été recrutés localement. Le service dentaire a permis d'augmenter la file active au drop-in et d'attirer de nouveaux usagers. Un poster a été présenté lors de la conférence internationale de RdR à Vilnius en 2013, montrant la possibilité d'attirer les usagers au drop-in malgré un contexte répressif.

Un important travail d'outreach est mené par les travailleurs sociaux (dénomination des pairs en Géorgie), ils se rendent au domicile des usagers et apportent le matériel d'injection, récupèrent le matériel souillé et distribuent du Narcan en formant les usagers à son utilisation. En Géorgie, pays d'un peu moins de quatre millions d'habitants, les usagers sont injecteurs d'opiacés historiquement. Il y a eu une épidémie d'usage de drogues dans les années 1990, appelées les années noires par la population. Pendant dix ans, l'économie du pays, les infrastructures étaient dévastées, la criminalité était omniprésente et l'usage de drogues (héroïne) s'est développé de façon exponentielle. Les Géorgiens disent que c'était à la mode, être dans le coup, être un homme impliquait un usage de drogues par voie intraveineuse. Tous les milieux étaient touchés, et particulièrement l'élite. La corruption était permanente et l'usage de drogues touchait également la police, les milieux d'affaires, l'université et le corps médical. Il circule en Géorgie des histoires drôles, histoires nationales partagées que les gens se racontent en famille, histoires d'usagers et de drogues. La Géorgie était en passe de devenir un « narco état », avec même des tentatives de plantation de coca sur la côte où règne un climat subtropical.

À l'arrivée au pouvoir de Mikheil Saakashvili, les choses ont changé, la lutte contre la corruption et la drogue a été féroce, sur le modèle des États-Unis, grand support du régime. Licenciements dans la police et parmi les médecins et les universitaires. Chaque année, la police procède à plus de 60 000 tests urinaires forcés et arbitraires dans la population. Un test positif aux opiacés entraîne une amende élevée par rapport au niveau de vie et une récidive amène très rapidement à de longues incarcérations.

Krokodil, la vinte et la jeff

L'usage de drogues a longtemps été dominé par l'opium et l'héroïne sur le modèle russe, les usagers préparaient des décoctions d'opium qu'ils injectaient. La répression entraînant une raréfaction de l'héroïne et une augmentation de son coût, il y a eu dans les années 2006 à 2008 un trafic de buprénorphine avec la France, un comprimé de Subutex® se négociait 120 à 240 dollars en 2007 à Tbilissi. Depuis 2008, les usagers se sont rabattus sur les « home made drugs », cuisinées à domicile et dont les principes actifs sont moins réprimés que les drogues illicites. Ces drogues, les principales étant le krokodil, la vinte et la jeff, sont très répandues et constituent l'essentiel des consommations. Elles commencent tout récemment à être supplantées par les drogues de synthèse achetées sur Internet, les « bios » qui sont également sniffées ou injectées.

Le krokodil est fabriquée à base de codéine (extraction de la désomorphine), la préparation dure environ 45 minutes, le travail et les coûts sont souvent répartis entre quatre ou cinq usagers : l'un va acheter la codéine, l'autre le soufre, le troisième les autres composants (acide chlorhydrique, DesTop®, iode), l'un cuisine (cela nécessite certaines compétences) et le dernier peut être le « piqueur ». Le travail est bien réparti et les usagers peuvent se faire jusqu'à six, sept injections par jour. La vinte et la jeff sont des drogues psychostimulantes à base de pseudoéphédrine contenue dans les comprimés d'Actifed® et autres médicaments contre le rhume. La vinte a le même effet que la cocaïne mais plus long ; la jeff, dont la préparation est particulièrement dangereuse, nécessitant du manganèse, occasionne rapidement des dommages neurologiques irréversibles de type pseudoparkinsonien.

Les usagers se cachent, ont peu accès à l'information et prennent beaucoup de risques.

Les seringues ont toujours été en vente libre en pharmacie, mais elles sont peu accessibles du fait du harcèlement policier et de la peur d'être interpellé avec du matériel. Elles sont souvent réutilisées ou échangées après les avoir bouillies quelques minutes.

Sur le plan social, la situation est assez paradoxale, les usagers géorgiens ne sont pas stigmatisés, ni montrés du doigt, la structure familiale est forte, les Géorgiens se marient jeunes et sont parents rapidement. Les usagers restent dans les familles, il y a peu de gens à la rue. Le taux de chômage est très important et beaucoup de Géorgiens migrent ou restent dans les familles où un système de débrouille est bien installé, reposant en partie sur les ressources de la famille restée à la campagne.

Le système de soins a été totalement privatisé sous Saakashvili, les soins sont payants. Une couverture maladie de base pour les plus pauvres a été mise en place récemment mais ne couvre que les soins primaires. Un traitement standard contre l'hépatite C (interféron pégylé, ribavirine) coûtait jusqu'à l'année dernière 12 000 dollars plus les examens complémentaires de suivi, totalement à la charge du patient. Peu de gens accèdent à ce traitement.

Un contexte politique qui se durcit

Des élections parlementaires se sont déroulées en octobre 2012 avec la victoire de la coalition de différents partis

1. Installation des barrières représentant les coûts.
2. 24 juillet, action de rue devant les laboratoires Merck et Roche.
3. Concert à Batumi.
4. Action de rue à Zougdidi.
5. Signatures sur la liste d'attente.

1

2

3

4

5

© Véronique Miollany

d'opposition au gouvernement en place, dont le leader (le multimilliardaire Bidzina Ivanishvili) est devenu le nouveau Premier ministre. En octobre 2013, les élections présidentielles ont confirmé la victoire du nouveau parti de coalition. Cependant, son leader a souhaité se retirer de la vie politique publique et c'est le ministre de l'Intérieur qui est devenu le Premier ministre, renforçant ainsi la position « dure » du nouveau gouvernement concernant la politique sur les drogues.

Trois conséquences majeures en lien avec le programme durant toute cette période :

– un « gel » de toutes les discussions entamées, réformes envisagées, etc. le temps de la mise en place définitive de tous les nouveaux acteurs politiques, ainsi que la nécessité de recréer des liens avec les nouvelles équipes en place ;

– une accélération sans précédent de la mise en liberté de prisonniers (de 24 000 en janvier 2012 à environ 10 500 en janvier 2013) entraînant une augmentation du nombre de bénéficiaires dans les programmes d'échange de seringues, notamment au drop-in ;

– une politique qui ne s'est finalement pas assouplie sur la législation des drogues, contrairement à ce qui avait été annoncé au départ, nécessitant donc la reprise des activités de plaidoyer dans ce domaine.

Un des objectifs du projet est le plaidoyer concernant l'accès aux traitements de l'hépatite C qui représente un fléau national, 7 à 13 % de prévalence en population générale.

Depuis l'ouverture du programme en juin 2011, les équipes de MdM et de New Vector se mobilisent pour améliorer l'accès des usagers aux services de RdR et que ces services soient de qualité. Un gros volet du projet concerne la formation directe des acteurs de terrain et la formation de formateurs pour étendre les bonnes pratiques aux régions que MdM et New Vector ne touchent pas directement.

Un aspect important de ce projet est l'implication des usagers eux-mêmes dans les programmes, ils sont les acteurs de ce dispositif. New Vector a fondé un groupe de patients vivants avec l'hépatite C, Hépa+, supporté éga-

lement par MdM, qui est très actif dans les actions de plaidoyer auprès de la société civile, des autorités gouvernementales et présent au sein des instances de coordination sur la prévention VIH/VHC/VHB. Ces instances sont nouvelles et sont le résultat des actions militantes de ces associations (manifestations publiques, interventions télévisées, témoignages, etc.).

Les capacités locales, nationales et internationales des usagers en termes de plaidoyer et de défense de leurs droits ont été renforcées, le directeur de New Vector est membre du réseau géorgien de RdR et a fondé « Georgian network of people using drugs » (Genpud) sur le modèle anglais d'Inpud qui permet une visibilité de leurs actions au niveau international et des soutiens financiers (Soros entre autres).

Cette collaboration a permis la mise en œuvre d'un « drop-in center »[2] visible à Tbilissi, un travail direct auprès des bénéficiaires, les formations dans le champ de la RDR et les formations de formateurs en coopération avec le réseau géorgien de RdR dont fait partie MdM.

Ces actions ont permis une importante augmentation de la file active en quatre ans (de 600 à plus de 3 000 bénéficiaires directs) au drop-in sans compter les bénéficiaires touchés dans les régions par les actions de formation (100 personnes fourchette basse). La fréquentation du centre continue à augmenter régulièrement, passant de 200 par mois à l'ouverture à 1 000 actuellement.

Au drop-in ou lors des visites en outreach, les bénéficiaires ont accès à du matériel stérile ainsi qu'à des préservatifs. Le Fonds mondial distribue de manière très irrégulière et en quantité insuffisante des seringues et des tampons alcool. MdM complète donc cette distribution et, après concertation auprès des bénéficiaires, a décidé d'élargir la palette de matériel stérile disponible afin de diminuer les risques liés à l'injection avec : de l'eau stérile, du coton, des serviettes désinfectantes, des garrots, des masques et des gants (utilisés lors de la préparation des produits). Ainsi, 690 308 seringues servant à l'injection (de 1 à 5 cc) ont été distribuées durant la période (soit 227 seringues en moyenne par an et par bénéficiaire[3]), ainsi que 115 416 préservatifs.

Actions en Georgie
Actions de plaidoyer

Les actions de plaidoyer sont développées sur deux volets : accès gratuit aux diagnostics et traitement de l'hépatite C/renforcement des bonnes pratiques de RdR (décriminalisation).

Afin d'étayer notre plaidoyer, MdM a mis en place une action FibroScan® depuis septembre 2012. Nous avons débuté par une étude, la seule à ce jour portant sur les usagers de drogues en Géorgie, sur les besoins en traitement des usagers de Tbilissi du 15 octobre au 2 novembre 2012 dont les résultats ont été publiés en 2013[4]. Sur les 217 participants dépistés dans le cadre de l'étude, 90 % sont affectés par le virus de l'hépatite C et 22 % d'entre eux développent une fibrose sévère du foie et ont besoin d'un traitement rapidement.

Le 28 juillet, journée internationale sur les hépatites, est devenue l'occasion de parler de ce problème en organisant des événements dans tout le pays.

MdM a choisi en priorité, en collaboration avec Soros et le Réseau géorgien de RdR, d'axer son plaidoyer sur:

– l'accès au diagnostic et au traitement de l'hépatite C ;

– le développement de la législation pour une décriminalisation des pratiques de RdR, notamment la récupération de seringues et l'accès à la naloxone en cas d'overdose.

Les activités de plaidoyer clés concernant l'hépatite C se déroulent en lien avec la journée mondiale des hépatites le 28 juillet de chaque année. En 2012, à l'occasion de cette journée, les équipes ont organisé une conférence de presse sur l'hépatite C et une action de rue où les activistes ont installé des barrières devant le Parlement.

Les personnes infectées par le VHC (ou leurs représentants) le souhaitant pouvaient s'inscrire sur une liste d'attente pour un traitement.

26 juillet : table ronde en présence du représentant de l'Union européenne, des vice-ministres de la Santé et de la Probation.

Depuis 2013, le nouveau gouvernement a lancé un programme de prise en charge de l'hépatite C dans les prisons. Ainsi, 10 000 traitements (interféron pégylé, ribavirine) sont disponibles pour la somme d'environ 3 500 euros par traitement (48 semaines). Mais ce prix reste élevé pour une grande partie de la population.

En mars 2014, seuls 700 dossiers ont été envoyés, du fait de la barrière financière.

En 2015, MdM souhaite mettre en place un programme de traitement de l'hépatite C.

En conclusion, l'action de MdM en Géorgie a permis, depuis 2012, un développement et une visibilité des actions de RdR au niveau national. New Vector est devenu un acteur majeur, visible et reconnu de la RdR à travers les actions de mobilisation et de plaidoyer. Le drop-in occupe désormais une place centrale dans les activités de RdR dans ce pays.

Le plaidoyer devra se poursuivre pour un accès au traitement qui, malgré la prise de conscience, n'est toujours pas effectif dans le pays, notamment en raison de la barrière financière.

[2] *Centre d'accueil pour usagers.*

[3] *Chiffre qui correspond aux standards internationaux.*

[4] *Hepatitis C among People who inject drugs in Tbilissi, Georgia: an urgent need for prevention and treatment. Juin 2013 pour l'International Journal of Drug Policy (IJDP).*

Éducation à l'injection : l'absence de jugement à l'épreuve

Marie Jauffret-Roustide / Cermes 3 (Inserm U988/CNRS UMR8211/EHESS/Université Paris Descartes)
Marie Debrus, Yaelle Dauriol / Médecins du Monde
Aude Wyart / Cermes 3

Né d'interventions clandestines en milieux festifs, le programme d'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) accompagne les personnes utilisant des drogues par voie intraveineuse pendant leur injection. Ce nouveau type d'intervention questionne la relation même entre usager et professionnels.

Travailler directement pendant la situation d'injection, sur les risques sanitaires qu'elle implique : c'est l'originalité du programme ERLI (éducation aux risques liés à l'injection), développé par l'association Médecins du Monde (MDM). Il s'agit de sessions éducatives encadrées par un binôme d'intervenants en réduction des risques, au cours desquelles l'usager va préparer et injecter son produit. Ensemble, ils pourront travailler sur les risques infectieux, la préservation de son capital veineux et la prévention des overdoses.

L'approche ERLI tire son origine des premières expérimentations d'accompagnement à l'injection lors d'évènements festifs, au début des années 2000. Au départ, quelques intervenants de réduction des risques (RdR), issus de différentes associations prennent l'initiative spontanée et militante d'accompagner et éduquer à l'injection. L'action de ces précurseurs finit par convaincre leur pairs, notamment au sein de la mission Rave de Médecins du Monde qui décide de structurer ces interventions clandestines en précisant leur cadre et leurs modalités : c'est le programme ERLI qui se prolongera jusqu'en 2016. Un référentiel[1] qui reprend les enseignements de cette expérimentation est produit pour ceux qui souhaiteraient à leur tour développer ce type d'intervention.

Actuellement, différents Caarud continuent de proposer des séances. L'association AIDES propose aux acteurs de la RdR une formation AERLI. Le A ajouté à l'acronyme ERLI signifie accompagnement, pour insister sur l'aspect communautaire, contrairement à MDM qui a toujours tenu à ce qu'au moins un professionnel de la réduction des risques soit présent lors des séances. Cette actualité des approches ERLI ou AERLI a lieu dans un contexte ambigu, puisque la loi de modernisation du système de santé fait l'objet de différentes interprétations : selon certains acteurs associatifs, elle autoriseraient les séances d'éducation à l'injection, tandis que selon une lecture plus restrictive de la loi, seuls les exercices d'injection sur bras d'entraînement sont autorisés.

Dans cet article, nous revenons sur l'expérimentation ERLI par MDM, ses apports dans le domaine de la réduction des risques, mais également sur les difficultés qui ont été rencontrées et qui peuvent se poser dans l'adoption d'un dispositif similaire.

[1] *Cheyron, « ERLI : Les veines du savoir. Capitalisation du programme ERLI (éducation aux risques liés à l'injection) » 2016 ; Cheyron, « Référentiel pour les dispositifs d'éducation aux risques liés à l'injection ». 2016.*

Une autre relation, d'autres dialogues

ERLI place les professionnels dans un rôle inédit, celui de témoins directs des pratiques d'injection. La présence du produit dans ce type de dispositif peut être vue comme un avantage, car le produit n'est plus fantasmé. Cette proximité peut modifier en profondeur le rapport entre usagers et intervenants. Etre au plus près des pratiques permet d'associer professionnels et usagers dans l'élaboration de stratégies de réduction des risques qui sont adaptées au plus près aux besoins de l'usager.

En séance, la relation entre les intervenants et l'usager est particulière, elle vient mettre à mal les postures habituelles. Cette situation de face à face amène chacun à déconstruire ses propres savoirs, tant pour le professionnel que pour l'usager. Voir son propre savoir acquis depuis des années par l'expérience ou la formation être mis à mal peut être déstabilisant. De même, avouer ses difficultés d'injection ne va pas de soi pour l'usager, qui se met en défaut en les reconnaissant. Les intervenants ne peuvent pas définir ces difficultés a priori, sans créer une asymétrie dans la relation qui peut être nuisible à l'échange. Voir les difficultés d'un usager qui « se charcute » sans parvenir à s'injecter crée une situation délicate des deux côtés : il est difficile pour l'usager de garder la face, tandis que les intervenants peuvent avoir du mal à intervenir et à reconnaître leurs propres limites.

En séance, il est impossible pour l'usager de dissimuler ses pratiques, ce qui peut être dérangeant pour lui comme pour les professionnels. Le principe de non-jugement sur lequel s'appuie la posture professionnelle de l'intervenant en réduction des risques peut également être mis à l'épreuve, notamment lors de l'observation de pratiques considérées comme particulièrement risquées ou extrêmes, dans un rapport au corps et aux risques qui peut être difficile à accepter ou à supporter.

Au-delà du travail autour de la technique d'injection, les sessions ERLI peuvent offrir l'opportunité d'une écoute approfondie de la parole et des besoins des usagers. En acceptant le regard des intervenants, les usagers dévoilent un acte intime. Dans le prolongement de ce dévoilement, il n'est pas rare que les usagers se livrent et formulent des demandes importantes pendant les séances. Les intervenants ne savent pas toujours que faire de ces paroles, dans le cadre d'une session qui est avant tout consacrée à la technique d'injection.

Adapter le dispositif aux usagers, mais aussi aux intervenants

Le passage d'ERLI du milieu festif au milieu urbain a nécessité un travail d'adaptation des outils et un accompagnement des équipes. ERLI n'est pas un dispositif prêt à l'emploi, qu'il suffirait d'appliquer tel quel. La mise en place de sessions nécessite en amont un travail de définition du cadre. Ce travail préparatoire doit prendre en compte les spécificités du public concerné, mais également celles des professionnels impliqués. Travailler en prenant compte leurs peurs, leurs réticences et leurs limites personnelles permet de mettre en place un dispositif qui leur convient et qu'ils seront mieux à même de porter.

En effet, être confronté à l'injection est une expérience inhabituelle, à laquelle les intervenants ne sont pas toujours préparés. Intervenir lors d'une session d'éducation à l'injection induit une proximité avec les produits et les effets de ces produits, avec la recherche de sensations et de plaisir de l'usager, son rapport au corps et aux risques, qui peut questionner ou mettre en difficulté. C'est pourquoi il est fondamental de réfléchir à la mise en place de ce programme afin de l'adapter au contexte, et d'associer à cette réflexion chaque intervenant, en lui laissant la possibilité d'exprimer ses craintes et ses limites personnelles.

Au-delà de la simple question de l'injection d'un point de vue technique et sanitaire, le travail de définition et de remise en question d'ERLI interroge les pratiques des équipes et créer des tensions qui viennent questionner le cadre global des structures de réduction des risques. ERLI vient ainsi questionner la capacité des équipes à définir un cadre qui puisse être tenu collectivement vis-à-vis des usagers, mais également des professionnels. Cela implique également pour une équipe de rester cohérente et unie dans la prise de décision.

Donner du sens au cadre

Le travail de cadrage n'est pas uniquement un travail préalable, c'est un processus dynamique, et en redéfinition permanente. Pour certains usagers, l'intérêt premier d'un tel dispositif est d'offrir un lieu tranquille, sécurisé et propre pour injecter. Cette motivation première n'empêche pas, dans un second temps, de travailler sur l'éducation à l'injection. ERLI permet également de documenter des pratiques que les professionnels ont du mal à comprendre et à accepter, comme par exemple l'injection de méthadone. Observer ces pratiques oblige les professionnels à s'adapter par rapport au cadre tel qu'il est défini, car le cadre est souvent bousculé par les pratiques réelles des usagers.

Il faut aussi pouvoir travailler l'espace de négociation, pouvoir dire à une personne que cette fois-ci, on ne l'autorise pas à injecter, car elle pique déjà du nez ou elle est très alcoolisée, tout en lui demandant son avis et en la laissant s'exprimer. Le professionnel est obligé de rappe-

ler le cadre, et de l'expliquer. Justifier le cadre prend du temps, mais cela est nécessaire pour qu'il soit accepté par les usagers. Avant tout, il est nécessaire que ce cadre ait du sens : on ne peut pas se reposer derrière le règlement, il est parfois nécessaire de remettre en cause les choix de cadrage si l'expérience montre qu'ils ne sont pas les plus adaptés, et écouter quand les personnes reçues viennent questionner ce cadre.

Le cadre est parfois mis à mal par les intervenants eux-mêmes. Par exemple devant un usager frustré de ne pas parvenir à s'injecter malgré de nombreuses tentatives, peut naître la tentation de l'aider directement à accomplir ce geste pour se soulager eux-mêmes de l'inconfort ressenti dans une situation tendue et difficile à accepter. Face à l'urgence exprimée par l'usager, il est nécessaire de revenir au sens de l'action pour ne pas céder, de se questionner sur sa pratique sans jamais perdre de vue qu'il s'agit d'accompagner les personnes vers l'autonomie.

Réduction des risques
Schadens-minimierung
Harm reduction
Schadebeperking
Riduzione dei danni
Reducción del daño
Redução de danos

En Allemagne, une nouvelle circulaire étend les traitements de substitution

Texte adapté par Virgil Blanc, à partir de la présentation du **Dr. Kenan Maric-Horstmeyer** (Ministère de la santé, Bonn) lors de la conférence européenne sur les conduites addictives et les dépendances en octobre 2017 à Lisbonne

Dans le but d'améliorer l'accès aux traitements de substitution, l'Allemagne a transformé la définition même des traitements de substitution. Ce qui permet de repréciser qui aura le droit de les administrer, à quels endroits, et à quelles fins.

Le cadre légal de la substitution

L'encadrement des traitements légaux pour la dépendance aux opiacés est essentiellement défini par les clauses de la loi allemande sur les stupéfiants. L'article 13.3 de cette loi, en vigueur depuis 1992, a autorisé pour la première fois les traitements de substitutions pour les addictions aux opiacés. La même année, la 4ème décision sur les prescriptions de stupéfiants met en place des règles détaillées pour encadrer la gestion de l'addiction aux opiacés par les médicaments de substitution prescrits par les médecins.

Cela fait donc vingt-cinq ans que le principe d'« aider à la place de punir », à la base de toutes les approches de santé publique actuelles, a été établi. Depuis vingt-cinq ans, les traitements de substitution sont légaux en Allemagne.

Depuis 2002, les traitements de substitution sont remboursés par l'assurance santé obligatoire, ou si nécessaire par l'assistance sociale. Les héroïno-dépendants ont accès aux traitements gratuitement, sans dépense supplémentaire de leur part. En 2009, la substitution légale s'est étendue aux traitements assistés à la diamorphine (héroïne).

Alors que 77 500 patients (sur 150 000 à 200 000 personnes dépendantes des opiacés estimées) bénéficient de traitements de substitution, on peut dire que c'est un système qui a été efficace.

Transformations récentes

Après 25 ans, cependant, on a estimé dans les milieux médicaux et politiques que ce système devait être mis à jour. Les aspects médico-thérapeutiques, initialement gérés par la BtMVV (qui encadre la prescription de stupéfiants) seraient maintenant règlementés par une circulaire de l'Association Médicale Allemande (GMA).

La définition légale de la substitution devait aussi changer pour refléter l'évolution des priorités, qui n'incluraient plus l'abstinence. Celle-ci deviendrait en effet un objectif idéal, qui pourrait être atteint au travers d'entretiens motivationnels, plutôt qu'une condition sine qua non de la réussite du traitement. Parmi les nouvelles priorités, on inclurait la survie, l'amélioration et la stabilisation de la condition sanitaire, l'arrêt de la consommation de drogues de rue, le suivi et le traitement des maladies liées aux dépendances, et la réduction des risques causés par l'addiction aux opiacés lors de la grossesse et de l'accouchement. La nouvelle circulaire cherche à se conformer le plus possible aux données les plus récentes de la littérature scientifique.

Le contexte légal dans lequel les médecins de ville peuvent administrer les traitements de substitution serait aussi mis à jour. Les médecins addictologues (autorisés par l'association médicale des Länder) peuvent fournir des traitements de substitution. Le médecin et le patient sont inscrits sur un registre des substitutions pour éviter le cumul des prescriptions.

Le patient d'un médecin non-spécialiste fera l'objet d'un suivi de la part d'un spécialiste tous les trois mois. Les médecins non-spécialistes seront autorisés à prescrire des médicaments de substitution à dix patients à la fois

→

Allemagne : dates d'introduction

Méthadone	1992
Buprénorphine	2000
Buprénorphine + naloxone	N/A
Traitement à l'héroïne	2003
TSO en prison	1992

Source : EMCDDA, Statistical Bulletin, 2018, www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/hsr

au maximum, et ils ne pourront pas prescrire de traitements à la diamorphine. Grâce à ce nouveau cadre, nous cherchons à étendre les traitements de substitution aux zones rurales allemandes par le biais des médecins généralistes.

Nous voulions aussi transformer les règles selon lesquelles les patients peuvent se faire prescrire des doses sur de plus longues périodes et gérer leur propre traitement. Dorénavant, il existera trois cas de figure : si le patient remplit certaines conditions définies par l'association médicale allemande ; si, par exemple, il consomme des psychotropes en même temps que son traitement, il recevra ses médicaments de substitution dans un contexte de supervision directe (S-prescription). Ceci constitue le principe de base. Certains patients sous ce régime pourront être exemptés, si on considère que cela est judicieux, et pourront s'administrer leur propre traitement à court terme. Dans le cas où le traitement pourrait être interrompu (lors de weekends ou de vacances), les patients pourront recevoir des doses suffisantes pour cinq jours (Z-prescription).

Certains patients peuvent gérer leur traitement de façon autonome jusqu'à sept jours (T-prescription), en fonction de leur stabilité (définie par l'association médicale). Une nouvelle règle indique que les patients pourront aussi être autonomes sur une période allant jusqu'à 30 jours, en fonction du progrès de leur traitement ou de conditions socio-médicales extraordinaires, comme un lieu de travail éloigné, une participation à la vie sociale, ou des conditions médicales particulières. Ce dernier modèle de prescription implique aussi que le patient ne présente pas de risque à la consommation de stupéfiants, au détournement des doses, ou à la mise en danger d'autrui (notamment les enfants).

L'administration des traitements de substitution aux opiacés doit être accessible auprès d'un plus grand nombre de personnes et de structures. La loi jusqu'ici indiquait que les médicaments de substitution devaient être administrés sous supervision du médecin (qui en aurait la responsabilité finale) ou de son remplaçant officiel en cabinet. Un médecin pouvait aussi déléguer cette responsabilité à son personnel médical au cabinet, au personnel médical ou pharmacien en hôpital ou en pharmacie, ou au personnel formé aux substitutions dans une institution officiellement autorisée par l'État.

Selon la nouvelle règle, en plus de ces personnes, le personnel infirmier des hôpitaux et des pharmacies, des institutions de réinsertion, des départements de santé publique, d'établissements d'hébergement pour les personnes âgées, ou autres structures autorisées par l'état pourra administrer les traitements. Le personnel s'occupant de patients à domicile pourra aussi administrer des traitements de substitution. Cette nouvelle convention a été envisagée en réponse à la transition démographique des populations de personnes heroïno-dépendantes.

Les traitements à la diamorphine devraient être accessible pour toute application utile. La nouveauté principale dans ce domaine est que la diamorphine est maintenant autorisée sous toutes les formes qui existent déjà pour les autres substances de substitution, et n'est plus limitée à l'administration intraveineuse. Cette réforme a été pensée spécialement pour aider les patients présentant un système veineux particulièrement endommagé. Elle ne concerne qu'un petit groupe de patients (0,5% des patients sous TSO).

Résultats attendus

Les traitements de substitution aux opiacés légaux sont maintenant fondés sur trois piliers complémentaires. Le premier est la loi fédérale, qui fournit le cadre légal de la substitution. Le deuxième est la directive de l'association médicale allemande (GMA), qui règlemente les aspects médico-thérapeutiques de la nouvelle réforme, et accroit la responsabilité des addictologues spécialisés en traitements de substitution. Les aspects médico-thérapeutiques ne sont donc plus régis par la loi pénale directement applicable. Le troisième est l'assurance santé obligatoire (ou l'assistance sociale) qui rembourse intégralement les traitements de substitution.

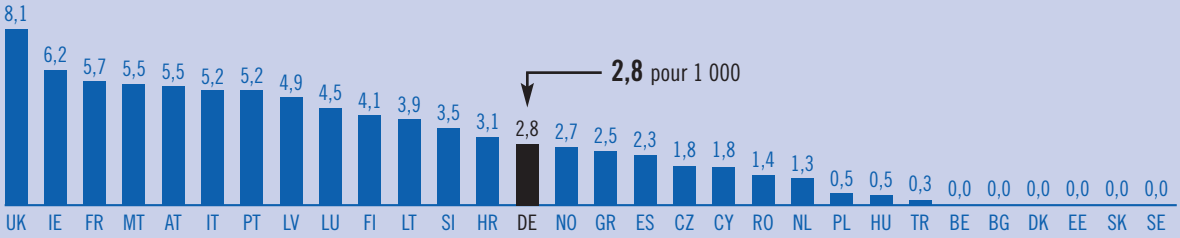
Par conséquent, la gestion des traitements de substitution ressemble maintenant de plus près à la prescription de stupéfiants « conventionnels ». Nous espérons que ces réformes augmenteront le nombre de médecins et autre personnel sanitaire qualifiés à l'administration de traitements de substitution, et que nous pourrons mieux faire face aux problématiques démographiques à l'avenir en renforçant l'application de la réduction des risque pour améliorer la condition des patients, particulièrement en zones rurales.

L'Allemagne en un coup d'œil

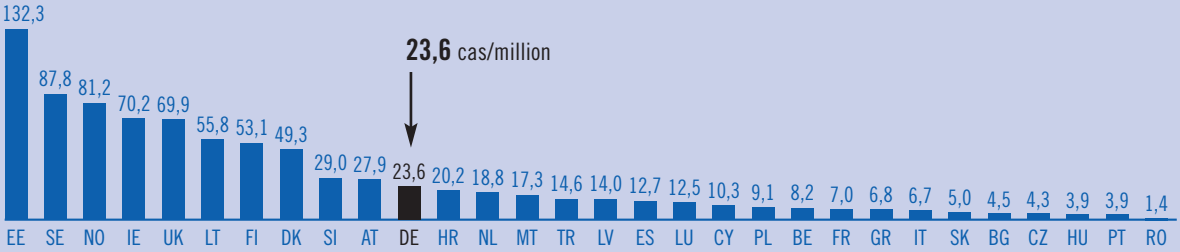
150 943 (138 005 – 163 881) **usagers d'opiacés à risque élevé**

78 500 usagers suivant un traitement de substitution

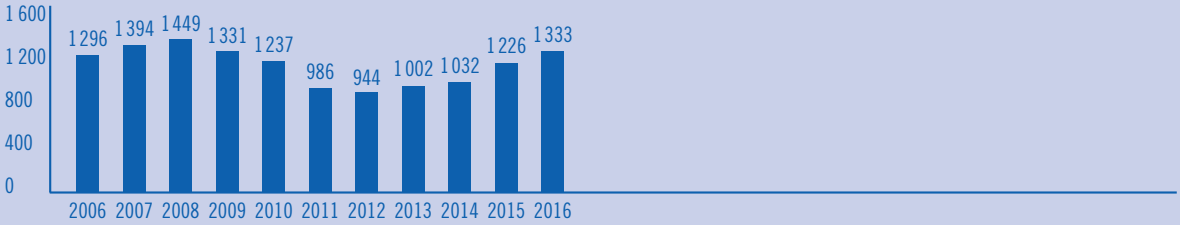
Opiacés / Usage d'opiacés à risque élevé (taux /1 000)



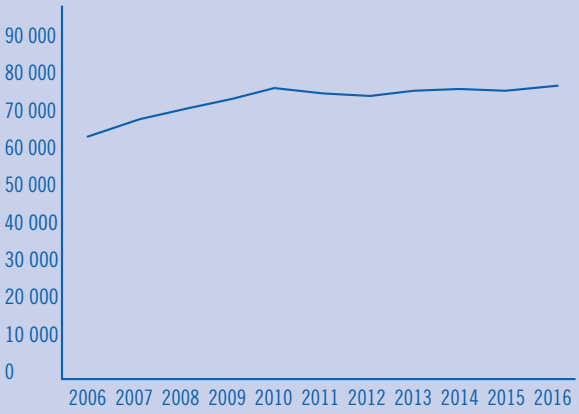
Taux de mortalité liée aux drogues / Estimations nationales parmi les adultes de 15 à 64 ans



Évolution de la mortalité liée aux drogues

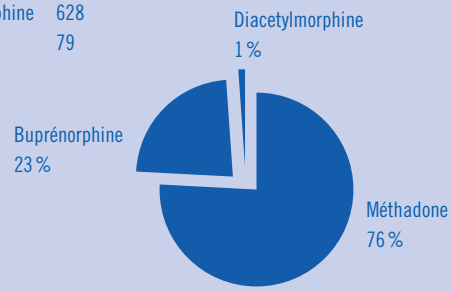


Évolution du nombre de patients suivant un traitement de substitution



Quelle substitution ?

Méthadone	59 267
Buprénorphine	18 133
SROM	236
DHC	157
Diacetylmorphine	628
Other	79



Source : adapté à partir de : EMCDDA, Country Drug Report, 2018, www.emcdda.europa.eu/edr2018

ALLEMAGNE

Les distributeurs automatiques de seringues en Rhénanie-du-Nord-Westphalie

Daniel Deimel / professeur à l'université catholique de sciences appliquées en Rhénanie-du-Nord-Westphalie, institut allemand pour la prévention et le traitement des addictions (DISuP)

Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont parmi les plus vulnérables au VIH et au VHC. Un programme de vente de seringues par distributeurs automatiques essaye d'y remédier depuis 1989.

Dans cet article, nous présentons le programme de distributeurs automatiques de seringues de la région Rhénanie-du-Nord-Westphalie (NRW). Sur les 170 distributeurs automatiques de drogues présents dans l'espace publique allemand, 110 se situent en NRW.

Les UDVI et le risque

Avec la formation de l'épidémie du sida dans les années 1980, on a observé une transformation radicale dans le traitement des usagers de drogues par voix intraveineuse (UDVI) en Allemagne. L'objectif d'abstinence comme unique parcours thérapeutique a été complété par des mesures de réduction des risques. En parallèle aux thérapies basées sur le sevrage et l'abstinence ont été instaurés des programmes de distribution de seringues, de traitements de substitution pour usagers dépendants de substances opiacées, de salles de consommation et consultation à moindre risque, et de services d'assistance psychosocial et d'assistance sur le terrain (Deimel, 2013 ; Michels & Stöver, 2012 ; Stöver et al, 2017). L'efficacité des programmes de réduction des risques est considérée comme empiriquement prouvée. Les UDVI sont un des groupes les plus vulnérables aux infections de VIH et VHC en Allemagne (comme l'a bien montré l'étude DRUCK de l'Institut Robert-Koch) :

– Environ 55 % des participants UDVI sont affectés par l'hépatite C, maladie transmissible qui nécessite un traitement immédiat.

– Entre 5 et 22 % des participants ont déclaré avoir partagé une seringue ou une aiguille avec d'autres consommateurs pendant une séance d'injection au cours du dernier mois.

– Entre 32 % et 44 % des UDVI ont déclaré avoir partagé d'autre matériel de consommation comme de l'eau, des filtres, ou des petites casseroles.

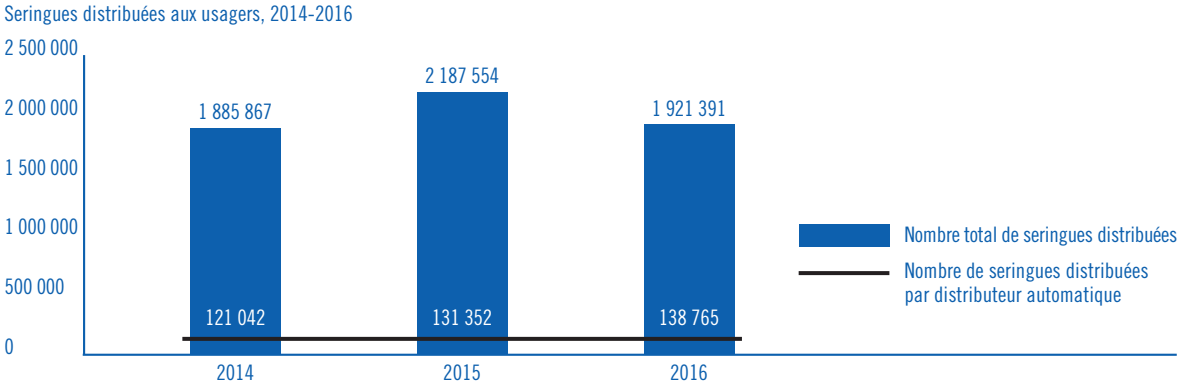
– Entre 36 % et 48 % des UDVI se sont livrés à au moins une « pratique risquée » au cours du dernier mois.

– Il existe un manque d'information sur le risque d'infection du VIH parmi le groupe des UDVI. Le risque de diffusion du VIH par le snif ou par le partage de filtres ou de l'eau n'est pas assez compris.

Les données actuelles indiquent qu'un meilleur accès aux mesures de réduction des risques et une meilleure diffusion des stratégies de réduction des risques sont toujours des objectifs fondamentaux pour le soin et le traitement des consommateurs. Le programme de distributeurs automatiques de seringues se met en place dans ce cadre.

Deux distributeurs automatiques de seringues en NRW

Figure 1. Nombre de seringues distribuées en NRW, Allemagne
Données rapportées par Aidshilfe, 2017



Description du programme

Le programme de distributeurs automatiques de seringues existe dans la région NRW depuis 1989 (Meyer & Schmidt, 2011). Pour l'instant, on compte 110 distributeurs disponibles dans l'espace publique, gérés par 61 associations locales. Chaque année, près de 130 000 seringues sont distribuées par le programme, ce qui représente 7 % de la totalité des seringues distribuées (figure 1).

Le programme comporte trois niveaux d'organisation : le département de la santé de la région NRW est décisionnaire politique et rend possible le financement du programme et l'acquisition de nouveaux distributeurs. L'ONG Aidshilfe NRW gère la coordination du programme. Elle conseille les acteurs locaux dans leurs démarches de demande et d'entretien des distributeurs. Ensuite, elle organise l'envoi du matériel de réduction des risques aux associations locales et elle coordonne l'entretien des distributeurs. Au niveau local, les associations de lutte contre la toxicomanie et le sida gèrent les distributeurs. Ils demandent le permis de placement et organisent l'approvisionnement des distributeurs en matériel de réduction des risques. Ils gèrent aussi l'élimination des seringues recueillies dans les distributeurs.

En plus de seringues de toutes tailles, les distributeurs proposent des kits de soins, des feuilles stériles pour fumer, des cuillères stériles, des préservatifs et du lubrifiant. Le prix d'un kit est de 0,50 euro. Actuellement, deux types de distributeurs sont en circulation. Les distributeurs sont d'anciens distributeurs de cigarettes rénovés spécifiquement à cet usage. Le prix d'un distributeur est autour de 850 euros.

Bonnes pratiques

Le programme des distributeurs dans la région NRW est un très bon exemple de coopération réussie entre décisionnaires politiques, ONG, et associations locales. Les distributeurs dans l'espace public représentent un complément efficace aux points de collecte de matériel de réduction des risques déjà existant. Ils rendent possible un approvisionnement 24h/24 et 7 jours/7 en seringues pour les UDVI.

L'utilisation anonyme des distributeurs attire certains UDVI qui n'étaient pas utilisateurs des services déjà existant. Dans certaines régions de la NRW, particulièrement en zones rurales, les distributeurs représentent le seul accès au matériel stérile de consommation de drogues. Les distributeurs peuvent aussi être utilisés comme moyen de communication en fournissant de la documentation sur la réduction des risques.

À l'avenir, nous devrons élargir notre offre en matériel de consommation. Par exemple, nous pourrions offrir du matériel de consommation nasal ou des kits « chemsex » (la pratique de rapports sexuels sous l'influence de drogues) pour les hommes qui ont des relations avec des hommes (HSH), afin d'attirer d'autres groupes de consommateurs.

Les distributeurs sont souvent victimes de vandalisme et donc sujets à entretiens réguliers, ce qui complique le travail des institutions locales. En plus, les gérants des distributeurs nous informent que les usagers les utilisent peu comme point de collecte de matériel usé. Actuellement, malgré la mise en place du programme, nous ne pouvons assurer une couverture totale et permanente du territoire en matériel de réduction des risques. De plus, les UDVI en milieux carcéraux n'ont aucun accès au matériel de consommation stérile. Pour toutes ces raisons, le programme a besoin d'être développé.

ALLEMAGNE

Échanges de seringues en prison : une controverse qui persiste

Heino Stöver / Université des sciences appliquées (Frankfort)

L'usage de drogues par voie intraveineuse en milieu carcéral est liée à des risques élevés de VIH et de VHC. Les prisonniers n'ont souvent pas d'autre choix que de partager et de réutiliser leur matériel. Les programmes d'échange de seringues sont efficaces mais se développent trop lentement.

Il n'existe pas de système carcéral sans drogues. Dans les prisons allemandes, 30 à 40 % des prisonniers consomment des drogues, et une grande partie d'entre eux continue de consommer par voie intraveineuse pendant leur incarcération (Stöver, 2012). Même si l'injection en prison est moins fréquente, dans la plupart des cas, les prisonniers sont obligés d'utiliser et de partager du matériel d'injection non-stérile (Stöver, 2016). L'incarcération est donc liée à plusieurs facteurs de risque et à plusieurs formes de comportement à risque relatif à l'injection, l'utilisation non sanitaire d'aiguilles (injection, tatouages, piercings), et les rapports sexuels non protégés.

Le VIH et le VHC en prison

Dans la plupart des pays, c'est la consommation de drogues par voie intraveineuse qui entraine la diffusion du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) en prison. Beaucoup de prisonniers ne connaissent pas leur état sérologique. Dans plusieurs prisons du monde entier, on propose un dépistage du VIH à l'entrée. L'assistance avant et après dépistage n'est pas offerte partout.

Dans la plupart des cas, ce sont des centres spécialisés externes aux unités médicales carcérales qui fournissent les tests et les traitements antiviraux. Les modalités et l'assistance aux traitements sont variables. À leur sortie de prison, un grand nombre d'anciens prisonniers interrompent leur traitement pour plusieurs raisons: assurance santé inadéquate, manque de ressources personnelles, rechute, ou absence de domicile fixe.

Alors que plusieurs études ont montré que le milieu carcéral encourage les prisonniers à poursuivre ou à commencer des pratiques à risque, il y a eu très peu de progrès dans l'implémentation d'une prophylaxie efficace contre les infections au travers de programmes d'échange de seringues ou de communication ciblée (Stöver et Hariga, 2016). La question est donc de savoir pourquoi des modèles préventifs prouvés et appliqués dans la communauté ne sont que très rarement appliqués en milieu carcéral.

Communiquer ne suffit pas

Seule une soixantaine parmi les 10 000 prisons dans le monde proposent des programmes d'échange de seringues. La prévention VIH et VHC est donc presque exclusivement limitée à des conseils verbaux, des brochures, et d'autres mesures issues de la thérapie cognitivo-comportementale (Arain, Robaeys, et Stöver, 2014).

→

Comme dans tout milieu fermé, il est évidemment nécessaire de sensibiliser les prisonniers par rapport aux risques du VIH, des infections sexuellement transmissibles (IST), de l'hépatite virale et de la tuberculose, par la diffusion d'information, de l'éducation, et des programmes de communication (IEC). Cependant, les stratégies IEC ne sont qu'un des 15 types d'intervention incluses dans l'ensemble de mesures proposées par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'Organisation Internationale du Travail, l'OMS, et l'ONUSIDA (2013) pour contrer la propagation du VIH et d'autres maladies infectieuses. Si les mesures IEC ne sont pas à la hauteur, c'est qu'il faut les compléter d'autres types d'intervention.

En 2016, l'UNODC a publié et mis à jour un manuel d'implémentation pour les programmes d'échange de seringues. Ce manuel fait aussi part des opinions et points de vue de plusieurs experts dans le monde.

L'échange de seringues en prison

Des programmes d'échange de seringues en milieu carcéral tant féminin que masculin ont été experimentés avec succès en Allemagne. Ces programmes existent dorénavant dans des institutions de tailles variées, issues de systèmes civils et militaires, composées de cellules individuelles ou de dortoirs, et à divers seuils de sécurité.

L'échange de seringues commence généralement par une période d'essai, ensuite étendue suivant les données acquise pendant la phase initiale. Plusieurs méthodes de distribution sont utilisées selon les besoins spécifiques et l'environnement d'une institution donnée. Ces méthodes incluent les distributeurs automatiques, la distribution par les médecins de prison, le personnel sanitaire, ou des assistants sociaux venus de l'extérieur ainsi que des programmes impliquant des prisonniers formés à l'entraide (Lines et al., 2006).

Les résultats de la méta-analyse de 11 prisons scientifiquement évaluées pour déterminer la faisabilité et l'efficacité du programme vont à l'encontre des peurs vis à vis de l'implémentation de ces programmes (Stöver & Nelles, 2003). On n'a pas observé d'augmentation des consommations ou des injections. Les prisonniers ne font pas mauvais usage des seringues et ne compliquent pas l'élimination du matériel usé. Le programme d'échange a diminué les incidences de partage de seringues parmi les prisonniers qui consomment par voie intraveineuse.

À partir de ces expériences, les auteurs ont conclu qu'en milieu carcéral, les mesures de réduction des risques telles que l'échange de seringues étaient non seulement réalisables mais aussi efficaces (Stöver & Nelles, 2003). Une des leçon que nous pouvons tirer de la méta-analyse est que les programmes d'échange doivent faire partie d'une approche sanitaire plus globale et donc être intégrés au sein d'une stratégie globale de promotion de la santé en milieu carcéral. Ce type d'intégration a été l'un des facteurs de succès des programmes.

Les recherches menées dans les pays où des programmes d'échange ont déjà été experimentés montrent clairement que :

– Les programmes sont réalisables à des prix abordables dans la pluparts des milieux carcéraux.

– Les programmes réduisent l'échange de matériel entre prisonnier qui consomment par voix intraveineuse, et donc réduisent le risque de transmission (VIH, VHC) parmi les prisonnier et le personnel carcéral.

– Les programmes encouragent les prisonniers à accepter et utiliser sans hésitation les seringues stériles fournies, comme l'avaient déjà montré des études antérieures.

– Les programmes ne sont pas liés à une augmentation des violences à l'égard du personnel carcéral ou entre les prisonniers.

– Les programmes contribuent à la sécurité sur le lieu de travail. Quand les prisonniers ne sont plus obligés de cacher leur matériel d'injection, et qu'un prisonnier est autorisé à posséder une seringue destinée à son usage personnel, le personnel carcéral a moins de chance de se faire piquer et contaminer par une seringue cachée lors d'une fouille.

– Le programme pourrait réduire le risque d'overdoses et réduire l'incidence d'abcès. Il peut aussi faciliter le passage vers des programmes de traitement de l'addiction (si disponible).

– Les programmes peuvent employer plusieurs méthodes de distribution selon les besoins du personnel et des prisonniers.

– Les programmes peuvent co-exister avec d'autres programmes de traitement et de prévention (Lines et al., 2006).

Pour que l'implémentation d'un programme d'échange de seringues fonctionne, les prisonniers doivent bénéficier d'un accès facile et confidentiel aux seringues et à d'autres matériels. Les prisonniers comme le personnel devraient êtres impliqués dans la création du programme. Les programmes qui fonctionnent bénéficient aussi d'une procédure rigoureuse pour éliminer les seringues, ainsi qu'un système de surveillance, d'évaluation, et de contrôle de qualité.

Obstacles à la diffusion

Le premier obstacle à la mise en place et à la légitimation des programmes d'échange est l'absence de confidentia-

lité au sein de la prison. Ceci peut empêcher la participation des prisonniers aux programmes proposés.

La deuxième problématique est que le VIH et la consommation d'opioïdes ne sont plus au centre du débat sur les drogues et les maladies infectieuses en prison. Les nouvelles substances psychoactives (NPS) et les stéroïdes sont devenus la priorité. Dans plusieurs pays, le taux de séropositivité parmi les prisonniers est plus bas qu'il ne l'était il y a 20 ans notamment en Europe de l'ouest). Bien que l'hépatite C soit de loin la maladie la plus répandue, les législateurs ont négligé son impact. On a rencontré des difficultés à développer un réel mouvement pour légitimer une action concertée contre la propagation de maladies infectieuses (Arain, Robaeys, & Stöver 2016). Cependant, en Allemagne, les travailleurs sociaux, en partenariat avec des groupes d'usagers, des médecins, et des avocats, ont réussi à composer un guide national pour contrer les menaces du VHC en milieux fermés. Cette initiative a reçu le support financier du ministère fédéral de la santé (Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch, 2013).

En Allemagne, les militants et les travailleurs sociaux agissant à l'intérieur et à l'extérieur des prisons ont engagé un certain nombre d'efforts concertés pour y introduire des programmes d'échange de seringues. Cependant, pour des raisons politiques, 6 des 7 prisons ont interrompu leur programme. Par conséquent, une seule des 180 institutions carcérales allemandes fournit à ses prisonnières des seringues et des aiguilles par le biais de distributeurs automatiques (à la prison pour femmes de Berlin Lichtenberg), un système qui fonctionne sans problème depuis près de 20 ans (Stöver & Knorr, 2014). Le décalage entre le succès des programmes d'échange en prison d'un côté et leur très faible acceptante et implémentation de l'autre reste frappant.

Les militants et les travailleurs sociaux sont entièrement dépendants des décisions et de la bonne volonté des départements de justice des 16 différents Länder (le système carcéral dépend entièrement des Länder). Si ce n'est jeter des aiguilles et des seringues par-dessus les murs des prisons, ils ne sont pas en mesure de démarrer d'authentiques programmes d'échange proches de ceux qui existent en milieu ouvert.

ROYAUME-UNI

« Le gouvernement britannique ne nous soutient plus »

Propos recueillis par Virgil Blanc avec
Alex Stevens / membre du UK Advisory Council on the Misuse of Drugs et professeur de droit pénal à l'université de Kent, Canterbury

L'histoire de la substitution au Royaume-Uni remonte aux années 1920. Aujourd'hui, cette tradition de longue date est menacée par un gouvernement qui ne croit pas aux traitements de substitution ou à la réduction des risques.

Le « British System »

Depuis très longtemps (1926), le Royaume-Uni distribue des traitements de substitution aux personnes qui dépendent des opiacés. À l'époque, on décide que les opiodépendants recevront de l'héroïne. Ce paradigme selon lequel les usagers de drogues sont des patients, était connu sous le nom de « British System », et il s'est prolongé jusqu'aux années 1960.

Le British System est contesté dans les années 1960 à cause d'un petit nombre de médecins qui prescrivent des quantités excessives d'héroïne que l'on retrouvait dans les marchés illicites. Depuis, les traitements de substitution au Royaume-Uni sont principalement basés sur la méthadone, d'abord fournie par les cliniques de la NHS (National Health Service, le système public de santé au Royaume-Uni), puis, plus récemment, par des associations caritatives.

La majorité des traitements est fournie par de grandes associations caritative come Addaction, CGL, ou Turning Point. Les traitements de substitution aux opiacés, et plus particulièrement la distribution de méthadone aux patients héroïnomanes, est un pan incontournable du British System.

Dans les années 1960, la dépendance aux opiacés était un problème à relativement petite échelle, et n'impliquait que quelques centaines de personnes qui, pour la plupart, recevait un traitement à l'héroïne. Depuis, la situation a évolué de façon exponentielle. Près de 300 000 personnes souffrent de dépendance à l'héroïne et au crack. La plupart de ceux qui sont traités utilisent la substitution à la méthadone.

Certaines cliniques utilisent aussi la buprénorphine. La directive clinique (connue sous le nom de « livre orange ») recommande l'utilisation de la buprénorphine comme traitement de premier choix pour l'héroïno-dépendance. Mais la méthadone reste la substance la plus utilisée, car les médecins la connaissent mieux et parce qu'elle est moins chère.

La diffusion de la méthadone dans les années 1980 et 1990 s'effectue en réponse à la crise du sida. En 1988, le Advisory Council on the Misuse of Drugs juge qu'il est plus important de prévenir la propagation du VIH que de sortir les patients de la drogue. La réduction des risques devient la ligne directrice officielle du gouvernement britannique, qui a mis en œuvre toute une série de mesures qui sont restées en place jusqu'à aujourd'hui, comme la substitution, mais aussi les programmes d'échange de seringues (en pharmacie ou en centre spécialisés). Aujourd'hui, les services dédiés à l'addiction aux drogues dépistent ou vaccinent systématiquement contre les hépatites.

Soins partagés et consommation supervisée

Traditionnellement, nous fonctionnons par un système de cliniques qui s'est développé depuis les années 1960. Les individus dépendants de drogues sont dirigés vers une structure ou un service de traitement, qui à une certaine époque étaient tous gérés par la NHS. Au fil des années, de plus en plus de traitements ont été fournis par des associations caritatives.

Normalement, les patients sont d'abord envoyés vers une structure de traitement spécialisé, où ils entament leurs soins sous la supervision de ce service. Une fois stables, ils peuvent entrer dans le système du soin partagé (« shared care »), une disposition particulière du système de santé britannique par laquelle les patients peuvent prendre la responsabilité partielle de leur traitement). Dans le contexte du shared care, ce sont principalement des médecins généralistes qui gèrent les prescriptions.

Depuis la fin des années 1990 et le début des années 2000, de plus en plus d'associations caritatives se sont impliquées dans la distribution de service d'addiction, prescription incluse. Ces grandes organisations ont recours à leurs propres médecins, qui ont la capacité de prescrire la méthadone et d'autres médicaments de substitution. Cette transition est due à des transformations budgétaires : le financement a évolué d'un système centralisé géré par la NHS à un système dans lequel des administrations locales achètent des services de santé pour leurs communautés. Assez souvent, ils décident d'acheter ces services à des associations caritatives plutôt qu'à la NHS.

Plusieurs pharmacies ordinaires sont impliquées dans la distribution de méthadone et de buprénorphine. Dans les dernières années, les pratiques de consommation sous supervision se sont répandues en réponse à des inquiétudes sur le détournement de méthadone en pharmacie. On attend de plus en plus des patients n'ayant entamé leur traitement que depuis quelques jours qu'ils consomment leur méthadone sous la supervision d'un pharmacien. Même si ce n'est pas une obligation légale, c'est une pratique clinique qui se répand.

Les recommandations cliniques indiquent que la durée optimale du traitement doit être établie entre le médecin et son patient. Le gouvernement a demandé à un groupe d'experts d'examiner la possibilité de limiter la durée des traitements de substitution, mais il a été décidé que ce serait une mesure dangereuse et contre-productive, car elle pousserait les patients à cesser leur traitement à la méthadone ou à la buprénorphine avant qu'ils ne soient prêts à le faire. Étant donné que le taux de mortalité est bien plus élevé chez les personnes non traitées, cette mesure mènerait à un niveau de risque lui aussi beaucoup plus élevé. Il n'y a donc aucune limitation formelle, et la circulaire indique même que dans certains cas, les traitements de substitution peuvent se prolonger « à vie », et que ces situations ne représentent pas un « échec de traitement »[1]. Le plus souvent, les patients souhaitent arrêter de consommer, et dans ce cas leurs médecins les aideront à mener leur projet à bien.

Le système carcéral

En 2008, le gouvernement a mis en œuvre le « integrated drug treatment system » (IDTS). L'IDTS découlait des résultats d'études qui montraient qu'à leur sortie de prison, les prisonniers héroïnomanes n'ayant pas eu accès aux traitements de substitution pendant leur incarcération avait un taux de mortalité extrêmement élevé, particulièrement dans les deux premières semaines[2].

L'IDTS est conçu pour que les traitements à la méthadone disponibles en prison soient les mêmes que ceux qui existent dans la communauté. Le système s'est répandu dans les années suivantes, et la littérature scientifique a montré que cette mesure a réussi à faire baisser les taux de mortalité parmi les prisonniers.

Les prisonniers peuvent poursuivre leur prescription en arrivant en prison. Dans certains cas, les prisonniers entament un traitement en arrivant en prison. Dance certaines prisons, on réduit les doses de méthadone pour les prisonniers qui vont être incarcérés pour plus de six mois. Les prisonniers sur le point de sortir sont quelquefois « retoxifiés » et, une fois qu'ils ont rejoint la communauté, immédiatement renvoyés vers une structure spécialisée et un programme méthadone si on pense qu'ils risquent de rechuter.

Un soutien du gouvernement qui s'effile

Dans un rapport intitulé « Réduire les décès liés aux opiacés au Royaume-Uni », nous avons exprimé nos inquiétudes sur le fait que le gouvernement supprime les financements réservés aux traitements de substitution. Ceci va augmenter le risque de mortalité : comme le montre la recherche, la substitution protège de façon très efficace contre les décès liés aux drogues.

Il y a des indications montrant que les temps d'attente pour entamer un traitement de substitution ont augmenté, mais il y a encore plus d'indications montrant que la qualité des services de santé pendant les traitements a fortement diminué. Il y a moins de travail de groupe et moins d'assistance pour le soin. Le personnel médical a été obligé de réduire les prestations au minimum, c'est-à-dire à la distribution de médicaments de substitution.

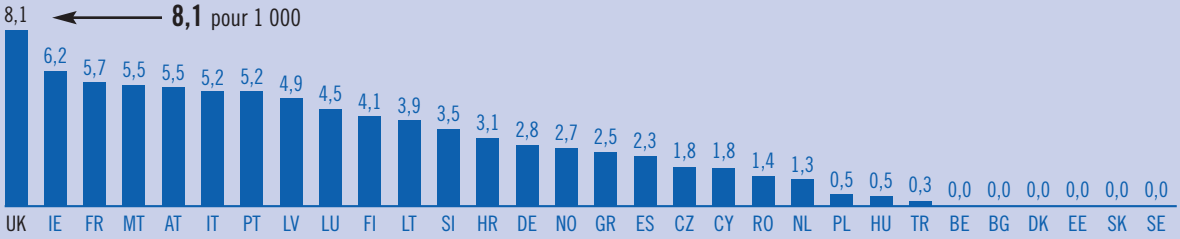
[1] *« Drug Misuse and Dependence: UK guidelines on clinical management ». UK Department of Health, 2017.*

[2] *Farrell M. and Marsden J.: « Drug related mortality among newly released offenders 1998 to 2000 » in the Home Office Online Report 40/05.*

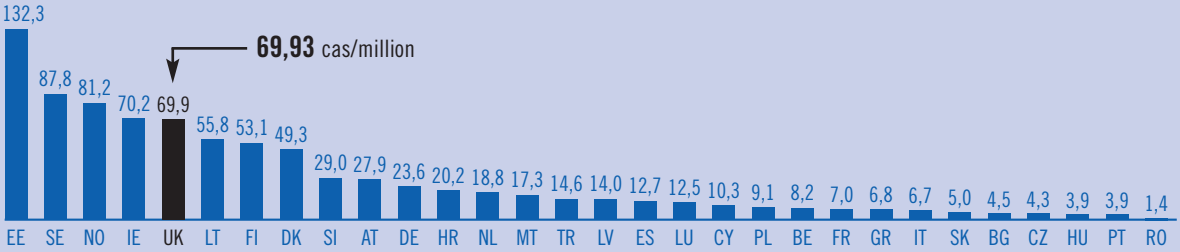
Le Royaume-Uni en un coup d'œil

330 445 (324 048 – 342 569) **usagers d'opiacés à risque élevé**
138 422 usagers suivant un traitement de substitution

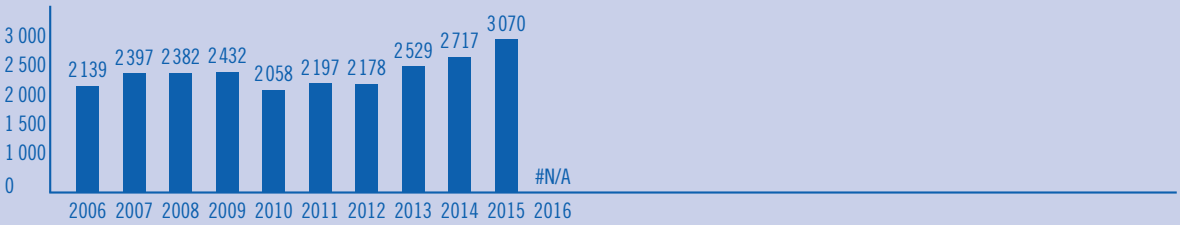
Opiacés / Usage d'opiacés à risque élevé (taux /1 000)



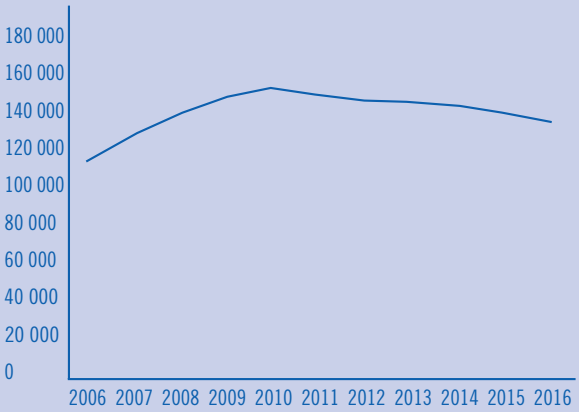
Taux de mortalité liée aux drogues / Estimations nationales parmi les adultes de 15 à 64 ans



Évolution de la mortalité liée aux drogues

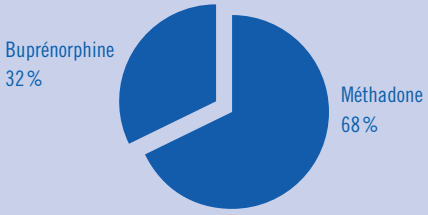


Évolution du nombre de patients suivant un traitement de substitution



Quelle substitution ?

Méthadone	1 164
Buprénorphine	557



Source : adapté à partir de : EMCDDA, Country Drug Report, 2018, www.emcdda.europa.eu/edr2018

Royaume-Uni : dates d'introduction

Méthadone	1968
Buprénorphine	1999
Buprénorphine + naloxone	2006
Traitement à l'héroïne	1920-1930
TSO en prison	2006

Source : EMCDDA, Statistical Bulletin, 2018, www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/hsr

On s'inquiète aussi au niveau national du fait que, même si plusieurs patients ont reçu des traitements de substitution pendant des années, d'autres ne reçoivent pas leur traitement pendant assez longtemps. Ils entament et cessent leurs traitements trop rapidement. Rentrer et sortir des traitements de façon erratique présente un danger pour les patients, et nous devrions chercher à retenir les patients plus longtemps.

Nous nous préoccupons aussi du phénomène des dosages sub-optimaux. L'éventail des doses recommandées pour la prescription de méthadone va de 60 à 120 mg/jour, mais un grand nombre de patients reçoivent des prescriptions beaucoup moins élevées. Les études montrent que le dosage sub-obtimal est lié à une plus forte probabilité de consommation d'héroïne en plus des médicaments de substitution. Évidemment, ceci expose le patient à tous les risques liés à la consommation d'héroïne issue du marché illégal.

Certains médecins sont encore autorisés à prescrire de l'héroïne (diamorphine) à leurs patients. Entre 2010 et 2015, trois cliniques assuraient des traitements assistés à l'héroïne, qui ont été développés en Suisse. Les patients n'ayant pas réussi à stabiliser leur consommation d'héroïne par la méthadone ou la buprénorphine, et qui se mettent donc en danger en utilisant encore de l'héroïne de rue, se rendent dans une clinique qui leur fournit de l'héroïne à injecter sur place. Bien que le cadre légal autorise ces traitements, les cliniques ont du fermer en 2015 car le gouvernement a supprimé les financements qui leurs étaient attribués, et les représentants locaux ne les ont pas remplacés.

Inquiétudes récentes

On a pu observer une augmentation très inquiétante des décès liés aux drogues depuis 2012. Dans un rapport publié en 2016, l'Advisory Council on the Misuse of Drugs a émis des recommandations visant à réduire les décès liés aux drogues au Royaume-Uni. Hélas, le gouvernement n'a pas suffisamment cherché à mettre en pratique ces recommandations.

La principale recommandation de ce rapport est a minima de conserver les financement dédiés aux traitements de substitution, ce que le gouvernement n'a pas fait. À l'inverse, il a supprimé ces financements. Nous avons aussi recommandé une expansion rapide expansion de la distribution de naloxone, qui n'est pas assez fournie, particulièrement en Angleterre, qui a un système de santé différent de ceux qui existent en Écosse, en Irlande du nord, ou au Pays de Galles. Ces autres pays ont réussi à étendre la distribution de la naloxone assez rapidement. Les études montrent que la distribution de naloxone est encore trop inégale et inadaptée sur le territoire anglais.

Nous avons aussi recommandé l'autorisation d'ouvrir de salle de consommation à moindre risque à des endroits où il y existe de fortes concentrations de consommation par voix intraveineuse. La situation à Glasgow est particulièrement préoccupante : depuis 2012, il y a eu une épidémie de décès et une augmentation très inquiétante des transmissions du VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. Il existe un plan local bien étayé pour ouvrir une salle de consommation, et une volonté d'expérimenter les traitements assistés à l'héroïne.

Mais le gouvernement national a décidé qu'il n'autoriserait pas l'ouverture d'une salle de consommation, parce qu'il considère qu'une telle structure implique de commettre un acte illégal. Le débat est ouvert sur la question de changer ou non le cadre législatif. Certains avocats soutiennent qu'il serait possible d'ouvrir une salle de consommation dans le contexte existant grâce à des accords locaux entre les services d'addiction, la police, et les procureurs. La situation serait bien sûr plus claire si nous pouvions changer la loi.

En avril, le parlement écossais a adopté une motion selon laquelle il exprimait son intention de changer la loi en faisant en sorte que la responsabilité de cette problématique appartienne à l'Écosse pour qu'elle puisse autoriser l'ouverture d'une salle de consommation. Mais le gouvernement britannique a refusé de prendre cette motion en considération. Le parti conservateur et son leader Theresa May sont moralement opposés à toute libéralisation des politiques de drogues, salles de consommation incluses.

La distribution de naloxone en Écosse

Andrew McAuley / Caledonian University, Glasgow

Cinq ans après sa création, le programme national de distribution de naloxone en Écosse a atteint ses objectifs pionniers en termes d'acceptation, de portée, et d'impact. Malgré ça, il reste du chemin à parcourir pour optimiser l'efficacité de cette intervention.

Les overdoses liées aux opiacés sont une des causes les plus importantes de la mortalité prématurée dans le monde. L'Écosse a le taux de mortalité liée à la drogue le plus élevé du Royaume-Uni, et parmi les plus élevés d'Europe. Entre 2006 et 2010, il y a eu en moyenne 500 décès liés à la drogue, dont 80 % était liés aux opiacés, qui incluent l'héroïne, la méthadone et la buprénorphine. La distribution et l'accès à la naloxone, un antagoniste des opiacés destiné à l'utilisation par des pairs, sont recommandés depuis plus de 20 ans comme mesure de réduction des risques et de prévention des décès liés aux opiacés.

Mise en œuvre

En 2011, l'Écosse devient le premier pays du monde à proposer programme national de naloxone (NNP), coordonné et financé de façon centralisée. La Take Home Naloxone (THN) est accessible à tout individu risquant une overdose d'opiacés. Un individu peut se la procurer au terme d'une formation de 10 à 15 minutes qui inclut les techniques de base pour la survie et pour l'administration de la naloxone. Cette formation, suivie de la distribution de la naloxone, peut se dérouler dans divers espaces de la communauté (comme les pharmacies) et à travers le système carcéral. Entre 2011 et 2017, plus de 35 000 kits de naloxone ont été distribués par le NNP en Écosse. Au total, presque 90 % des kits ont été fournis à des individus risquant une overdose d'opiacés ; et le reste à des proches et aux travailleurs sociaux. La distribution de kits de THN à ceux qui sont le plus concernés par une overdose d'opiacés semble augmenter avec le temps. La communauté libre et les environnements carcéraux démontrent la même capacité à cibler les usagers de drogues par voie intraveineuse. Bien que le programme semble s'étendre dans son ensemble, certains groupes ont un accès moins faciles aux kits, notamment les usagers plus âgés pour qui les risques d'overdoses sont encore plus élevés.

Impact

L'évaluation du NNP s'est principalement concentrée sur son impact sur les décès liés aux opiacés à la sortie de prison, période connue comme présentant un risque élevé pour les décès liés à l'usage de drogue. L'évaluation a été conçue pour que son pouvoir statistique puisse repérer une réduction de 30 % de la mortalité. Cinq ans après l'implémentation du NNP, le pourcentage de décès liés aux opiacés dans les quatre premières semaines après la sortie de prison étaient considérablement moins élevé (5,2 %) que dans les cinq ans avant son introduction (9,8 %). Ceci représente une baisse de presque 50 % de la mortalité liée aux opiacés dans les quatre semaines suivant la sortie de prison, et

[1] *Bird S., McAuley A., Munro A., Hutchinson S.J., & Taylor A. (2017). Prison-based prescriptions aid Scotland's National Naloxone Programme. The Lancet, Vol. 389(10073), 1005–1006.*

[2] *Bird S., McAuley A., Perry S., & Hunter S. (2015). Effectiveness of Scotland's National Naloxone Programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006-10) versus after (2011-13) comparison. Addiction, Vol. 111, 883–891.*

nous a donc fourni les preuves montrant que le NNP avait atteint ses objectifs en Écosse[1]. Une analyse antérieure de ces mêmes données avait conclu que la baisse de la mortalité liée aux opiacés dans la quatre premières semaines après la sortie de prison pouvait être directement attribuée au NNP et que le programme était particulièrement « cost effective » en tant qu'intervention de santé public[2] (figure 2).

À l'inverse, la naloxone n'a aucun impact visible sur la mortalité liée aux drogues suivant la sortie d'hôpital, pourtant aussi connue comme une période à risque. Nous ne savons pas si cela est lié à des facteurs découlant de l'environnement, des individus concernés, ou des deux. Contrairement aux prisons écossaises, et malgré une circulaire du « Chief Medical Officer » en janvier 2011, les hôpitaux n'ont pas été ciblés pour la prescription de THN aux patients à risque. La distribution de naloxone dans les environnements hospitaliers a donc été limitée.

Prochaines étapes

Le NNP s'est peu à peu propagé, et la naloxone est maintenant disponible dans divers environnements communautaires, comme dans les services aux sans-abris ou aux patients souffrant de troubles mentaux. Plus récemment, il s'est étendu aux programmes de formation et de distribution par pairs. Ces avancées sont importantes pour normaliser la THN comme intervention de premier secours au sein des communautés.

Le lancement de la distribution de THN par les médecins généralistes a eu moins de succès, et n'a impliqué que quelques médecins de premiers secours. De plus, les agents de police écossais ne portent pas de kit de naloxone alors même qu'ils sont souvent les premiers à répondre aux overdoses. Nous espérons que la disponibilité prochaine d'une forme non-injectable encouragera les forces de l'ordre à accepter la naloxone dans leurs kits de premier secours.

Figure 1. Nombre cumulé de kits de THN distribués, décliné par source et par trimestre (Écosse)

Source : NHS National Services Scotland (2017)

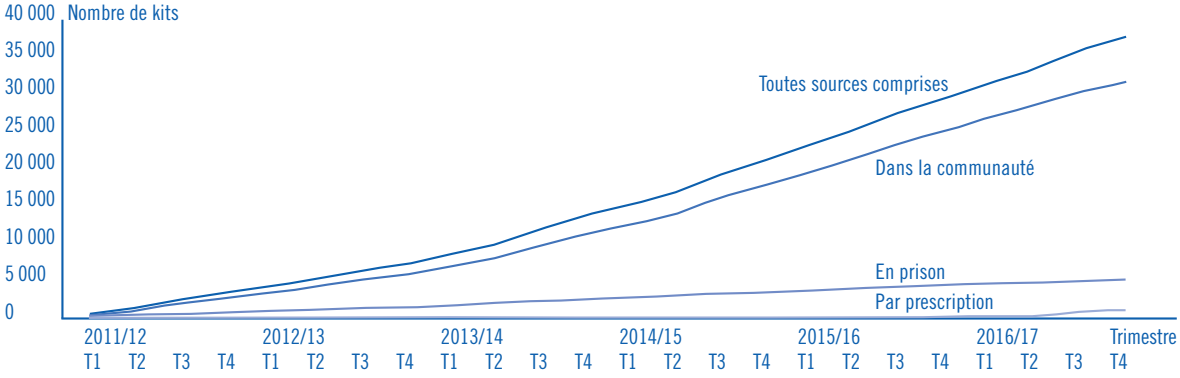
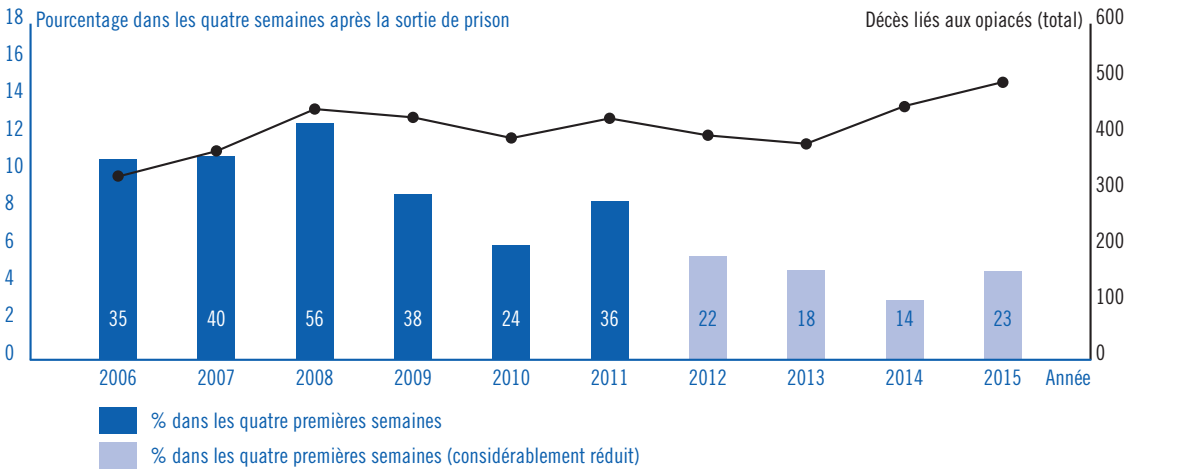


Figure 2. Nombre de morts en lien avec les opiacés dans les quatre semaines après la sortie de prison (Écosse)

Source : NHS National Services Scotland (2016)



Substitution aux Pays-Bas : le vieillissement des usagers

John-Peter Kools / Trimbos Instituut, Utrecht

Les Pays-Bas ont créé un système de traitement de substitution institutionnalisé très efficace depuis les années 1960. Aujourd'hui, alors que les usagers d'opiacés vieillissent, le pays se prépare à affronter de nouvelles problématiques.

La substitution aux Pays-Bas est une longue tradition: les traitements à la méthadone ont commencé dans les années 1960. À l'époque, il s'agissait de traitements de second choix à seuil élevé visant l'abstinence. Ce système a évolué en partie après la crise du VIH, mais aussi à cause de transformations dans le financement et l'administration du programme.

Au départ, le financement pour la substitution provenait du budget fédéral, et les traitements étaient gérés au niveau national. Ceci a changé dans les années 1980 suite à des modifications conséquentes de la réglementation. Les traitements et leurs financements ont été décentralisés, et les modalités de traitements transformées. Nous sommes passés à un système de traitement à bas seuil, ce qui reflétait une autre transformation en addictologie : les objectifs d'abstinence étaient peu à peu en train de reculer.

De l'abstinence à la stabilité

Les pressions de l'épidémie du VIH ont poussé le gouvernement à créer un nouvel ordre de priorités. Il devait maintenant réduire le nombre de personnes utilisant des produits inconnus et illégaux de rue. Pour ce faire, le gouvernement a commencé à mettre en avant les traitements contre les addictions pour les rendre plus accessibles. Les doses ont augmenté. La finalité des programmes de substitution n'était plus l'abstinence, mais la stabilisation des patients pour qu'ils puissent se réinsérer dans leur vie et dans leur communauté.

Depuis, deux autres transformations ont eu lieu. Il y a eu d'abord un élargissement des choix de produits de substitution. En 1996, un programme expérimental extrêmement réglementé et rigoureusement évalué a été mis en place pour les traitements assistés à l'héroïne. Après quelques années, l'expérience a montré que cette forme de traitement présentait des bénéfices considérables aux niveaux individuel, social, et sanitaire. L'expérience était aussi liée à une réduction de problèmes de santé et d'ordre public. Depuis, les traitements à l'héroïne sont devenus une option courante pour les patients qui bénéficient plus de l'héroïne que de la méthadone. Sur une estimation de 14 000 personnes dépendant des opiacés (2013), 9 700 suivent un traitement de substitution, dont 750 sont des traitements à l'héroïne.

La seconde évolution est arrivée en 2011 : le financement pour les traitements de substitution a été incorporé dans l'assurance santé ordinaire de base, qui est obligatoire pour tous les citoyens vivant aux Pays-Bas.

Transition démographique

Bien que les Pays-Bas aient autorisé la buprénorphine en 1999, dans la grande majorité des cas, les médecins et les patients préfèrent la méthadone. Pour les médecins, il s'agit peut-être d'un problème de prix. Mais une autre raison est qu'il y a très peu de nouveaux usagers d'opiacés. Au fil des années, l'âge moyen des patients suivant un traitement de substitution a augmenté de vingt ou trente ans pour atteindre l'âge moyen actuel de 51 ans. Les patients suivent leurs traitements depuis 20, 30, quelquefois 40 ans, et ils ne décident que très rarement de changer leurs pratiques de consommation.

Dans le passé, il existait une population qui consommait des opiacés de façon problématique car ils y ajoutaient des stimulants comme la cocaïne. Mais aux Pays-Bas, ce groupe a fortement diminué et les problématiques de santé et d'ordre public se sont quelque peu effacées. Les gens qui consomment encore aujourd'hui commencent à vivre dans des communautés d'hébergement pour personnes âgées. Actuellement, il n'y a pas d'afflux de jeunes essayant les opiacés, et les Pays-Bas ont un des taux de prévalence les plus bas d'Europe. Aujourd'hui, les opiacés sont un peu ringards aux Pays-Bas.

Les cliniques, pourvoyeurs de méthadone

Théoriquement, il y a deux façons de se procurer de la méthadone. La majorité des patients reçoivent leurs médicaments de cliniques spécialisées. On peut obtenir une prescription de son médecin généraliste, mais en pratique, les patients ne le font que très rarement.

Ces cliniques publiques spécialisées en addictologie sont réparties géographiquement ; il y en a sept sur le territoire néerlandais. Ce sont d'énormes structures qui offrent des services complets en santé mentale et en addictologie. Les traitements de substitution et la distribution de médicament de substitution ne sont qu'une section de leur activité. Les cliniques privées sont aussi répandues aux Pays-Bas, mais elles sont plus orientées sur l'abstinence, et ont tendance à accueillir des groupes de patients un peu différents.

Avec 30 à 40 ans d'expérience, ces cliniques ont réussi à développer un système de distribution extrêmement efficace. De cliniques d'urgence, elles se sont métamorphosées en centres de traitement bien établis. Elles proposent des systèmes de dosage électronique, et la plupart proposent des services complémentaires de réduction des risques dans leurs locaux. Les patients peuvent régulièrement pratiquer des examens médicaux. Ils peuvent aussi bénéficier d'un accompagnement pour les maladies infectieuses : dépistage et traitement pour le VIH, ou, plus fréquemment de nos jours, réorientation vers des structures de traitements de l'hépatite C. Les cliniques sont dotées d'un système efficace de gestion des données des patients, ce qui permet aux patients de se procurer des doses suffisantes pour quelques jours ou pour une semaine, selon leurs besoins et leurs respects de la réglementation. Le système sanctionne aussi les patients qui ne respectent pas les règles.

Grâce à ce système, les patients ont la possibilité de progresser vers plus de souplesse dans leurs dosages, et en se pliant à la réglementation, peuvent emporter leurs médicaments. Il est important de se diriger vers un système plus flexible, particulièrement si on considère le vieillissement des usagers.

Prolonger les soins en prison

Aux Pays-Bas, les traitements de substitution existent en milieu carcéral depuis les années 1980. Le traitement à la méthadone en prison dépend du ministère de la justice. Celui-ci a développé un modèle à travers lequel il est possible de prolonger les traitements à la méthadone en prison (selon leur protocole, les prisonniers peuvent ajuster leur traitement après six semaines d'incarcération). En principe, donc, les prisons néerlandaises s'efforcent de respecter le principe de continuité des soins.

Un des principes clef du système de santé néerlandais est qu'il travaille de près avec le ministère de la justice. Le ministère emploie des médecins généralistes indépendants du système carcéral pour garantir que le soin en prison se rapproche fortement de celui qui existe en milieu ouvert.

Marchés noirs ?

Il existe toujours un marché gris d'opiacés aux Pays-Bas, même si celui-ci était bien plus important dans le passé. Il faut se rappeler que nous avons affaire à un traitement pour maladie chronique ; les patients vivent avec leurs symptômes depuis 30 ans. Il existe une certaine quantité de détournement vers le marché noir, mais elle a drastiquement diminué au cours des années.

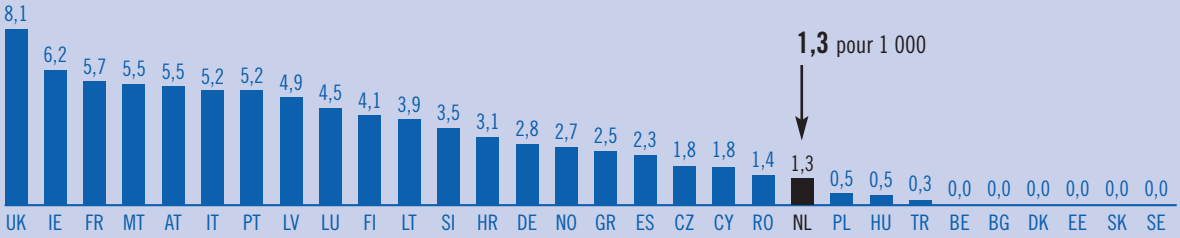
Le détournement constituait un véritable problème dans les années 1980 et 1990, au début du système des traitements de substitution, qui était encore sous-développé. Les pays limitrophes, comme la Belgique, la France, ou l'Allemagne ne fournissaient pas ou même n'autorisaient pas la substitution, ce qui a créé un vide dans lequel un marché a pu se développer. Aujourd'hui, presque tous les pays d'Europe ont rendu accessibles la substitution et les programmes de réduction des risques, et le marché d'exportation s'est éclipsé. Au début des années 2000, le problème avait déjà fortement diminué.

Il est techniquement impossible de s'assurer que tous les individus utilisent toujours leurs médicaments selon les

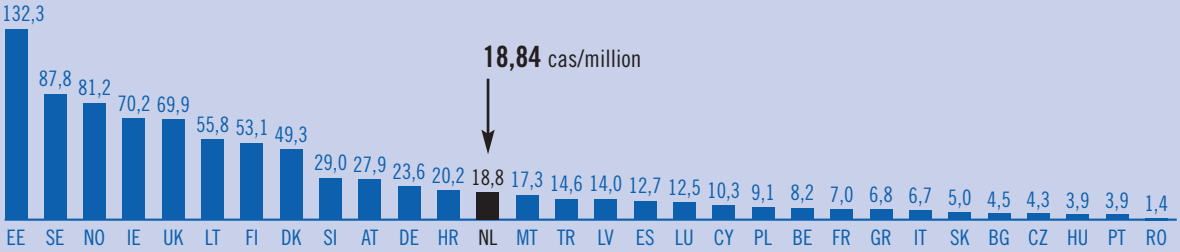
Les Pays-Bas en un coup d'œil

14 000 (12 700 – 16 300) **usagers d'opiacés à risque élevé**
7 421 usagers suivant un traitement de substitution

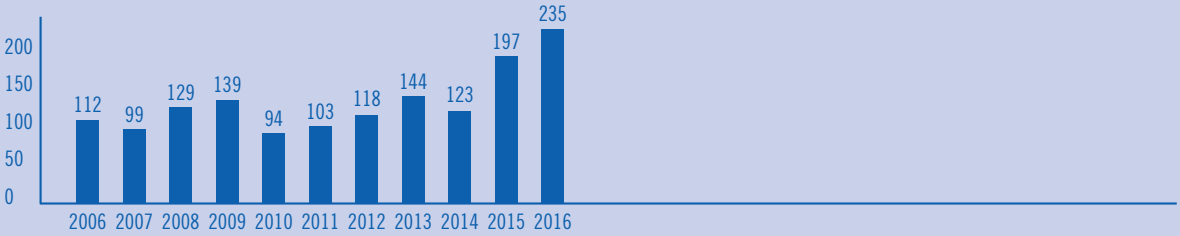
Opiacés / Usage d'opiacés à risque élevé (taux /1 000)



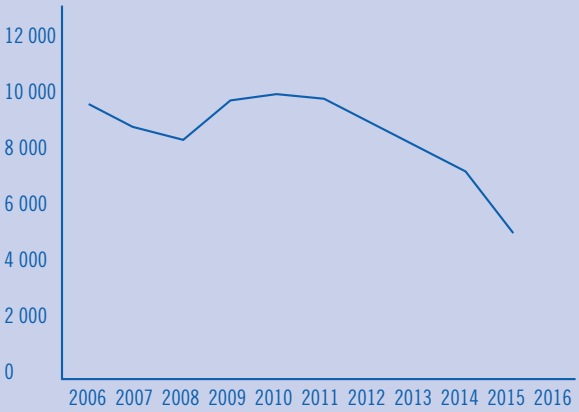
Taux de mortalité liée aux drogues / Estimations nationales parmi les adultes de 15 à 64 ans



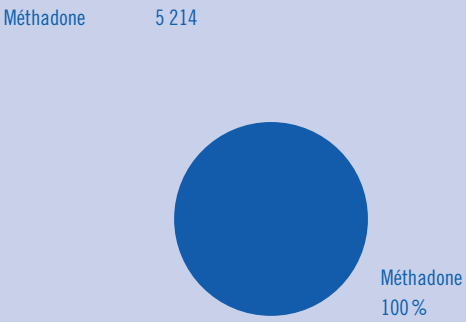
Évolution de la mortalité liée aux drogues



Évolution du nombre de patients suivant un traitement de substitution



Quelle substitution ?



Source : adapté à partir de : EMCDDA, Country Drug Report, 2018, www.emcdda.europa.eu/edr2018

Pays-Bas : dates d'introduction

Méthadone	1968
Buprénorphine	1999
Traitement à l'héroïne	1998
TSO en prison	1985

Source : EMCDDA, Statistical Bulletin, 2018, www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/hsr

recommandations, mais on peut dire que le marché gris n'est plus un problème aujourd'hui.

Le taux de mortalité par overdose, toutes substances illicites confondues, est resté très bas dans les dix dernières années, malgré la hausse des deux dernières années. Nous cherchons encore les causes exactes de ce phénomène. Il pourrait s'agir d'erreurs ou de transformations des méthodes de recueil des données ; ou bien il pourrait y avoir d'autres explications, comme le vieillissement des populations, avec des patients qui peuvent être fatigués d'avoir vécu 20 ou 30 ans avec des problèmes d'addiction. Ces nouvelles overdoses pourraient être intentionnelles de la part des usagers — nous n'en savons pas plus pour l'instant.

Et maintenant ?

La substitution aux Pays-Bas est un système qui fonctionne et qui est adapté à sa finalité, comme le montrent régulièrement les questionnaires de satisfaction. Si vous n'arrivez pas à développer un bon système en 40 ans, ça ne se fera jamais. Il est bien conçu et je ne saurais comment l'améliorer.

Si on regarde les évolutions au niveau mondial, comme les nouveaux produits de synthèse et les opiacés synthétiques comme le fentanyl en Amérique du Nord, que l'on retrouve de plus en plus fréquemment en Europe, on pourrait avoir des raisons de s'inquiéter. Mais il est beaucoup trop tôt pour ça aux Pays-Bas pour l'instant. Si on regarde notre pays, on a un système qui a très bien fonctionné par le passé, en particulier pour faire face à l'épidémie d'héroïne des années 1970 et 1980, et il fonctionne encore aujourd'hui face aux maladies chroniques liées aux opiacés.

Il faut rester vigilant sur deux points : d'abord, il faut bien observer les évolutions du marché des opiacés synthétiques, pour s'assurer que nous serons prêt à faire face à des évolutions imprédictibles quand de nouveaux produits deviendront disponibles. Nous voyons aujourd'hui la situation extrêmement problématique liée à la facilité d'accès et à l'augmentation de la consommation et donc des risques sanitaires (comme l'overdose) de ces opiacés synthétiques dans les pays d'Amérique du Nord. Bien que notre pays soit bien différent (si on pense à la culture de consommation et aux systèmes de santé, par exemple), nous ne devrions pas nous considérer hors de danger des risques engendrés par la transformation des tendances de consommation.

Ensuite, il faut nous assurer de la pérennité des financements des programmes qui se sont montrés efficaces mais qui ont perdu en visibilité. Il se trouve que les programmes de substitution ont survécu aux mesures d'austérité massives en Europe suivant la crise de 2008. Les compagnies d'assurance santé, qui préfèrent souvent diminuer leurs coûts, n'ont mis aucune pression sur les financements des traitements de substitution parce qu'elles ont compris que les bénéfices étaient énormes.

Nous devons nous assurer que le gouvernement continue à comprendre que nous avons affaire à une maladie chronique qui nécessite attention, financements, et réglementation constants.

Hépatite C aux Pays-Bas : intégrer les soins aux services d'addiction

Esther Croes / MD, PhD, Trimbos Instituut

Pour combler un « écart de traitement » parmi les usagers séropositifs de l'hépatite C (VHC), un programme ambitieux a réuni des équipes de plusieurs structures de santé pour trouver une solution collaborative.

En tant qu'experte de l'OEDT pour les Pays-Bas, j'ai surveillé les taux de prévalence du VHC. Dans mon travail, j'ai réalisé que bien que nous ayons la chance d'avoir une faible incidence, nous avons quand même une prévalence élevée. Je savais qu'il n'existait aucun programme pour faire face à cette situation. Nous savions aussi que certains patients étaient dépistés, mais qu'ils ne recevaient jamais de soins malgré leur dépistage. Par conséquent, notre ministère a financé un projet pour essayer de comprendre pourquoi les usagers de drogues ne suivaient pas de traitement.

Nous avons compris que le personnel des centres d'addiction où se déroulent les dépistages ne connait pas bien le système hospitalier. Ils ne savent pas qui contacter, et ne connaissent pas les options de traitements disponibles. Donc les patients séropositifs peuvent ne jamais recevoir de traitement pour le VHC. C'est ce qu'on appelle un « écart de traitement ».

Nous avons décidé d'essayer de combler cet écart en faisant appel à une « breakthrough method », une méthode américaine à court terme (2014-2015) conçue pour transformer la situation et les pratiques. Suivant la méthode, nous avons réuni les équipes locales, en l'occurrence le personnel des centres d'addiction et le personnel hospitalier. Nous les avons fait assoir autour d'une table et nous les avons encouragé à se dire « bon, alors nous sommes face à une situation quelque peu déplaisante, car nous avons des patients qui ont besoin de traitements mais qui n'arrivent pas jusqu'aux hôpitaux. Comment peut-on résoudre le problème ? »

Au cours du projet, les membres des équipes ont décidé qui serait responsable de chaque étape du parcours de soin. À la fin, nous leur avons fait rédiger et signer un contrat de soin. Ils devaient accepter d'adopter ces nouvelles pratiques dans le futur, de les mettre en pratique, de voir si elles fonctionnaient, et de les améliorer si elles ne fonctionnaient pas. La première étape du projet a très bien fonctionné. Il y a onze principales structures de santé aux Pays-Bas, et nous avons essayé d'impliquer une équipe de chacune de ces structures, équipe qui aurait ensuite diffusé les nouvelles pratiques dans sa région. Notre espoir était aussi que les meilleures pratiques se répandraient naturellement parmi le reste des centres d'addiction.

Des solutions sur le terrain

Les solutions que nous avons trouvées étaient relativement simples, organisationnelles, et localement spécifiques. Dans une des structures de santé, par exemple, les financements dédiés à l'addiction proviennent du département de santé mentale. Étant donné que le VHC est un problème somatique, ce traitement ne pouvait être

financé s'il était administré par le service d'addiction. La compagnie d'assurance ne payait pas les médecins addictologues s'ils soignaient le VHC. La solution a donc été très simple.

Les addictologues sont responsables de l'organisation et de la supervision des traitements de substitutions. Dans ce cadre, ils font un suivi des conditions de santé et de santé mentale des patients. Ils doivent remplir un certain nombre de tâches pour préparer le patient au traitement. Nous avons donc décidé d'inclure la prévention et le traitement du VHC dans la routine de ces médecins, sans l'identifier comme un « soin somatique ». De cette manière, le personnel addictologue pouvait être rémunéré pour la prévention du VHC et les patients pouvaient être soignés.

De la même manière, pratiquement tous les obstacles que nous avons rencontrés étaient de nature logistique. Nous n'avons compris ces problèmes que parce que nous avons réunis tous les acteurs et les avons fait exprimer le problème et les solutions ensemble.

De haut en bas, de bas en haut

Au début, il était clair que pour réussir notre projet, nous avions besoin de deux choses: convaincre la direction, et convaincre les travailleurs sur le terrain.

Nous devions donc nous assurer que la direction verrait l'écart de traitement comme un problème majeur. Pour entamer le processus, la direction des structures médicales devait accepter d'engager des heures et du personnel supplémentaires. Le plus difficile a été de convaincre la direction de prévoir ces ressources pour le projet. Il fallait qu'ils comprennent que leur investissement valait le coup. Une fois que le programme est mis en œuvre et qu'il fonctionne, il ne requiert plus de ressources supplémentaires. Les nouvelles pratiques s'intègrent naturellement dans le travail.

Nous avons organisé une réunion ordinaire des directeurs de chaque structure, un événement très haut-placé. J'ai eu l'occasion d'y faire une présentation très courte, où j'ai distribué une présentation d'une page avec toute l'information nécessaire. Notre présentation était courte, claire, et convaincante. Les directeurs ont compris qu'ils devaient suivre nos conseils, parce que c'est un problème important et parce que ça fait partie des accords européens. Ils ont décidé d'accepter.

Mais si vous savez comment ça marche, au niveau de la direction, vous savez aussi qu'ils oublient souvent de mettre en œuvre les projets qu'ils ont acceptés. C'était donc important d'informer les cadres, le personnel, et les services médicaux que nous avions convaincu la direction.

Diffuser l'idée

La « Breakthrough Method » marche très bien dans les équipes locales qui ont exprimé leurs inquiétudes, reconnu le problème, et se sont engagées à le résoudre. Nous espérions que le processus se répandrait facilement dans toutes les structures médicales, mais ça n'a pas été le cas. Certaines structures reculées ont décidé que le processus était trop complexe, qu'il demandait trop de travail, qu'il n'était pas adapté à leur situation particulière, ou même qu'il ne représentait pas une priorité.

Nous avons réagi avec un plan qui va bientôt commencer, qui est d'envoyer un médecin avec un Fibroscan et un kit de dépistage dans tous les centres d'addiction n'ayant pas adhéré au programme, pour qu'ils puissent faire un dépistage et de la prévention directement au centre. Ces médecins pourront aussi se déplacer au domicile des patients dans les cas où ceux-ci reçoivent leur traitement chez eux.

Sortir et parler

Tous les milieux dans lesquels nous avons travaillé sont différents : ce qui marche pour l'un ne marche pas forcément pour l'autre, et chaque équipe doit résoudre ses propres problèmes. Mais le programme impliquait aussi que les équipes locales se réunissent de temps en temps pour discuter des meilleures solutions qu'ils avaient trouvées. L'échange des meilleures pratiques a été très stimulant.

Si vous êtes assis à un bureau, vous ne pourrez pas comprendre les problèmes qui existent en pratique. Donc il faut sortir et parler à beaucoup de monde pour écouter leurs problèmes. Vous comprendrez que ces problèmes sont souvent extrêmement faciles à résoudre.

Par exemple, j'ai entendu que les usagers de drogues séropositifs pour le VHC refusaient de se rendre dans les hôpitaux car ils avaient peur de ce qu'ils y verraient et du spécialiste qu'ils y rencontreraient. Une fois de plus, la solution a été très simple: on a imprimé un flyer avec des photos de l'hépatologue en disant: « Vous voyez ? C'est juste une personne, et si vous allez à l'hôpital, c'est la personne que vous allez rencontrer. » Maintenant, quand les patients se rendent à l'hôpital, ils peuvent dire au médecin : « ah mais je vous connais ! J'ai vu votre photo. » Ils se sentent rassurés et peuvent recevoir leur traitement plus facilement.

Salles de consommation aux Pays-Bas : vingt ans de militantisme

Daan van der Gouwe / Trimbos Instituut, Utrecht

L'introduction de salles de consommation à moindre risque (SCMR) aux Pays-Bas a été le fruit d'efforts de communication et de transparence entre usagers, associations, consultants, et élus locaux.

J'ai commencé à travailler sur les politiques de drogues il y a 25 ans. Je travaillais dans la protection des intérêts des usagers, ce qui veut dire que je cherchais à aider les usagers à se battre pour défendre leurs droits. À cette époque, nous nous sommes impliqués dans l'installation de plusieurs salles de consommation aux Pays-Bas. Les consultants affectés à la conception des SCMR nous ont demandé notre avis. Ils voulaient savoir quels éléments seraient essentiels, dans ce nouvel espace, du point de vue des acteurs les plus importants : les usagers.

La voie des usagers

Ils nous ont posé des questions très larges. L'un deux m'a demandé : « Daan, quelle luminosité doit-on utiliser pour nos ampoules ? Comment s'assurer qu'il ne fera ni trop sombre, ni trop clair dans la salle ? » C'était la fin des années 1990 et le début des années 2000, et on commençait seulement à impliquer les usagers dans ces processus. Ce qui comptait pour les usagers, c'était des choses comme l'accueil à bas seuil et l'emplacement. Les horaires étaient moins importants. On a fait remplir un questionnaire dans une ville où une SCMR devait ouvrir, et je me rappelle avoir pensé que la salle devrait être ouverte 24h/24 parce que les usagers devraient pouvoir consommer leur drogue à l'heure qu'ils souhaitent. Les résultats du questionnaire m'ont contredit : les usagers préféraient utiliser la salle pendant la journée (et un peu le soir) ; la nuit, ils se reposaient. C'était important de parler avec les usagers parce qu'ils peuvent nous surprendre dans leurs choix et leurs préférences, et nos notions préconçues peuvent être fausses. Dans nos conversations sur l'interdiction de l'alcool dans les salles, par exemple, on a compris que la consommation d'alcool était surtout un problème pour le personnel, et que les usagers n'y prêtaient pas grande attention.

Entamer la conversation

En tant que consultants, nous avons été confrontés à des problèmes assez précis. Les promoteurs voulaient s'assurer que les salles et les usagers ne viendraient pas entraver la vie des communautés alentour. Ils ont très vite rencontré le phénomène NIMBY (« Not In My Back Yard », qui indique que les riverains s'opposent à l'implantation d'une structure dans leur quartier même s'ils pensent que cette structure est profitable à la société).

Nous avons cherché à rassembler tous les acteurs de cette problématique (usagers inclus) et à entamer une conversation entre eux. Notre but réel était de créer du dialogue. Nous avons été efficaces parce que nous avons fait le choix de la transparence et de la visibilité. Nous avons littéralement utilisé des vitres transparentes pour que les gens puissent voir que rien d'étrange ne se déroulait à l'intérieur des salles.

Nous avons organisé des réunions et des forums publics avec les communautés de quartier. Les usagers avaient à se battre à cette époque, et les groupes d'intérêt étaient nombreux. Certains usagers s'étaient déjà organisés, ce qui a simplifié la tâche d'organisation de ces réunions. Notre rôle était de faciliter la conversation entre les groupes d'usagers locaux et ceux qui proposaient la création de SCMR. Nous intervenions constamment pour rappeler : « S'il vous plait, prenez en compte les intérêts des

usagers, parce que si vous créez un espace qu'ils ne cautionnent pas et n'utilisent pas, ce sera un échec. Par exemple, si vous installez l'espace à 15 kilomètres de la ville, personne ne viendra. »

Avec certains groupes d'usagers, nous avons reçu une aide financière de l'État pour organiser des « visites d'étude ». Grâce à ce partenariat, nous avons été reconnus en tant que partenaires légitimes des usagers, et nous avons réussi à réunir des élus locaux de villes qui ne proposaient pas encore de SCMR, et à leur faire visiter une salle ouverte pendant toute une journée. On voulait leur montrer les SCMR et leur fonctionnement en « live ». Sur le papier, les élus pouvaient s'être fait toutes sortes d'idées, mais une visite de SCMR contredisait souvent ces idées reçues. L'expérience a été utile de plusieurs points de vue : d'abord, les décisionnaires ont pu changer leurs opinions sur les SCMR. Mais les élus locaux ont aussi eu l'opportunité de voyager ensemble, ce qui a permis de créer un dialogue au niveau local. Cette stratégie a été très efficace.

Nous devions montrer les SCMR sous un angle aussi neutre et pratique que possible, et nous devions démanteler tous les mythes sur les SCMR. Je pense que nous avons bien réussi : dans beaucoup de villes où nous sommes intervenus, les riverains ont d'abord protesté ou même manifesté contre les salles. Mais en général, après quelques semaines ou quelques mois, les plaintes disparaissaient parce que les résidents commençaient à remarquer l'utilité des SCMR pour eux-mêmes. Ils remarquaient l'amélioration de l'ordre public. Ils pouvaient utiliser les SCMR comme point de référence ; si quelqu'un trouvait une seringue dans la rue, ils pouvaient appeler la SCMR, et le problème était résolu beaucoup plus rapidement et efficacement qu'auparavant. Le succès des SCMR a donc été le fruit d'une coopération entre tous les acteurs.

20 ans de SCMR

La première salle officielle (après plusieurs salles informelles) a été créée par des agents de police dans la petite ville d'Apeldoorn. Ces agents appréhendaient constamment des usagers autour de la gare, et cherchaient une solution. Ils ont donc décidé de créer un espace où les usagers pouvaient faire leurs injections et fumer sans créer de trouble à l'ordre public. C'est devenu la première salle officielle et elle a eu beaucoup de succès. Un an après, les services d'addiction de la ville ont repris la salle, et des interventions similaires se sont diffusées dans le pays. L'Institut Trimbos mène aujourd'hui une enquête pour déterminer le nombre exact de SCMR aux Pays-Bas et le nombre d'usagers qui les utilisent. On estime qu'il existe à peu près 30 SCMR aux Pays-Bas.

Dans les 15 dernières années, les SCMR se sont institutionnalisées et ont été intégrées dans les services ordinaires d'addiction. Nous avons 12 ou 13 grandes structures pour les addictions. Celles-ci fournissent toutes sortes de traitement (comme la méthadone). Quand les SCMR se sont intégrées à ces traitements, elles ont aussi été mieux acceptées par le public. Dans les années 1990, les SCMR étaient encore controversées (et elles le sont toujours dans certains pays), mais ici, elles sont devenues très normales. Plus personne n'en parle dans les médias. Bien sûr, si on demande à une personne au hasard dans la rue ce qu'elle pense des SCMR, elle rejetterait certainement l'idée, en se basant sur les mêmes mythes qui existaient il y a 20 ans. Mais ces peurs ne mènent à rien, et avec 30 à 35 SCMR dans le pays, nous n'avons pratiquement jamais d'incidents.

La décision d'ouvrir une SCMR a toujours appartenu aux autorités locales. Notre but était de commencer un mouvement et de normaliser les SCMR. Maintenant que ces objectifs sont atteints, ce sont les autorités et les services d'addiction qui doivent décider s'ils ont besoin d'une ou de plusieurs salles. Ce qui est surprenant, c'est que le nombre de SCMR semble se stabiliser, ou même décroitre. J'ai remarqué qu'un certain nombre de salles qui étaient actives il y a quelques années ont fermé ou fermeront bientôt. Je ne suis pas sûr que ce soit une mauvaise nouvelle. Aux Pays-Bas, nous avons un système de pensions — des hébergements où les usagers de plus de 55 ans vivent ensemble et sont autorisés à consommer sous la supervision des services d'addiction. Ces usagers n'ont plus besoin de consommer dans la rue ou dans des salles de consommation. Ceci pourrait être une des raisons pour lesquelles nous avons moins de SCMR aux Pays-Bas.

L'histoire du plaidoyer en faveur des SCMR aux Pays-Bas est assez différent d'autres pays. La première justification des salles était de trouver une solution aux troubles à l'ordre public (et non pas pour la santé et la sécurité des usagers). Le public s'intéresse beaucoup à la sécurité, ce qui explique que les SCMR aient été acceptées et qu'elles existent toujours.

Je ne saurais dire si les SCMR vont continuer à exister aux Pays-Bas. Aujourd'hui, on les voit comme un mal nécessaire : elles séparent les usagers de la vie quotidienne et les rassemblent pour consommer entre eux. Mais sans les SCMR, les usagers n'ont aucun endroit pour injecter, et continueront à consommer dans la rue. Personne ne parle de fermeture pour l'instant, mais en même temps que le modèle des pensions se généralise, l'utilité des SCMR semble aussi s'effriter.

ITALIE

TSO en Italie : petite histoire de la réduction des risques

Paolo Jarre / directeur du département addictions, Agence sanitaire du Piémont, Turin

La substitution en Italie a été soumise aux aléas politiques de ses régions, historiquement autonomes sur ce sujet. La peur d'une « drogue d'état », et d'une version italienne de la « guerre à la drogue » ont entravé le personnel médical et les chercheurs dans leurs tentatives de créer des services adéquats de réduction des risques. Malgré des progrès considérables, les positionnements du passé continuent de modeler le débat sur les drogues aujourd'hui.

L'utilisation de la méthadone en Italie remonte à la deuxième moitié des années 1970 : on effectuait les premiers usages expérimentaux du traitement des UDVI (usagers de drogues par voie intraveineuse) dans le contexte de cliniques privées (pour les enfants de familles bourgeoises) ou dans les institutions de la société civile comme la Villa Maraini à Rome (pour les autres patients). C'est le début des services publics, qui apparaissent au début des années 1970. Des centres médicaux et sociaux ouvrent leurs portes dans quelques grandes villes italiennes. Suite à la loi de 1975 (Legge n° 685 del dicembre 1975), ces services se multiplient au cours des années 80 dans des institutions plus périphériques du nord et du centre de l'Italie. Presque tout le sud italien doit attendre la loi de 1990 (loi n° 162) pour que les mêmes services y fassent leur apparition.

Dans les années 70, même en Italie, on prête de plus en plus d'attention aux travaux de Vincent Dole. Ceux-ci démontrent les effets positifs de la méthadone, en particulier dans le contexte de traitements de maintenance pour l'addiction à l'héroïne : l'usage réduit de drogues « de rue » entraine un moindre risque de contracter les pathologies associées à ces drogues. Dole constate aussi une diminution de la délinquance liée à la recherche de défonce à tout prix, et une plus grande aptitude aux activités scolaires et professionnelles chez les patients sous méthadone.

Au même moment, au niveau gouvernemental, une correspondance étroite se développe entre la Direction Générale compétente (médecine sociale), le ministère de la santé, le haut conseil de santé, et l'institut de santé. Ces documents témoignent d'une profonde hésitation quant à l'instauration de traitements par la méthadone, en particulier pour des usages prolongés plutôt que pour que des traitements progressifs qui visent l'abstinence (en 21 jours selon la loi). On retrouve dans plusieurs lettres des termes contradictoires à connotation négative pour parler des traitements prolongés. Par exemple, ils se demandent s'il ne serait pas plus approprié de parler de désintoxication prolongée plutôt que de « traitement de maintenance » pour éviter que ne se répande l'idée selon laquelle « le syndrome de l'addiction serait irréversible ». Les autorités de santé publique semblent incapables de faire face à l'hétérogénéité des interventions réalisées dans les différentes régions du pays (comme l'injection de méthadone sous forme de Physeptone® à Gênes et Milan, ou l'administration de méthadone par voie orale à Florence et à Rome). De même, ils ne réussissent pas à faire face à l'apparition d'un « marché gris », dont les médias, alarmistes, font un sujet fréquent. Dans leurs correspondances, ils discutent plutôt des restrictions et régulations qu'ils jugent nécessaires. Moralisateurs et non scientifiques, ils répètent que la substitution d'une addiction illégale par une dépendance légale ne représentera jamais un « véritable traitement ».

Pendant un certain temps, les tentatives de rectifier cette situation chaotique sont vaines, voire délétères. En particulier, le décret de juin 1978 signé par Anselmi (ministre de la santé chrétien-démocrate du gouvernement Andreotti), restreint l'usage de la méthadone aux milieux

hospitaliers dans le but de limiter les « usages abusifs ». Après une vive réaction contre cette mesure, le ministre signe un second décret (Août 1978) qui autorise l'usage de méthadone dans les services conformes à la loi récente (loi 685 de 1978). Toujours est-il que la méthadone ne peut être distribuée en pharmacie, ce qui implique qu'elle ne peut pas être prescrite. Cette décision prise il y a 40 ans pèse encore sur les politiques de drogue actuelles en Italie. Comme l'indique le dernier rapport de l'EMCDDA (2017), les expériences de distribution d'agonistes opiacés en pharmacie restent exceptionnelles et limitées à quelques institutions.

Au début, les traitements sont très hétérogènes. En principe, cependant, les médecins choisissent les dosages dans l'idée d'atteindre la saturation des récepteurs (pour prévenir l'overdose). Ils répondent aussi aux demandes des patients, dont les objectifs sont plus ou moins thérapeutiques.

L'année 1979, un an après le décret Anselmi, est marquée par la proposition inédite du ministre de la santé Altissimo, successeur libéral d'Anselmi. Altissimo souhaite autoriser les traitements à base d'héroïne, proposition qui plonge l'Italie dans un vif débat.

Il est important de décrire les différentes positions adoptées pendant cette période, car celles-ci ont fortement influencé les points de vue actuels sur les traitements de substitution « légaux » comme la méthadone, la morphine (rarement), et la buprénorphine dans les 20 dernières années. À ce jour, bien que de nombreuses études aient prouvé l'efficacité du traitement à base d'héroïne dans plusieurs pays européens, ce type de traitement reste un sujet tabou.

En 1979, d'un côté, les détracteurs adhèrent au principe selon lequel on ne « peut pas soigner les drogues par les drogues. » De l'autre, les positions restent très variées. Même ceux qui ne s'y opposent pas ou défendent explicitement l'utilisation d'agonistes opiacés ne sont pas tous du même avis. Par exemple, Franco Basaglia, un psychiatre qui s'étaient battu contre les asiles psychiatriques, soulève le risque de créer un nouveau type de traitement institutionnel qui s'appuierait exclusivement sur le pouvoir des médecins. De telles institutions risqueraient de ressembler à celle qui avaient déjà tant nuit aux malades psychiatriques (une loi de la fin des années 70 dans le Piemont interdisait l'affectation de personnel de santé ou de services exclusivement à l'addiction à l'héroïne pour cette même raison).

Chez ceux qui s'opposent à la « drogue d'état », on trouve aussi des désaccords. Au sein du parti communiste, deux positions s'affrontent, représentées par deux intellectuels. Le premier, Luigi Cancrini, était parmi les premiers théoriciens de l'addiction. En 1982, il publiait l'essai légendaire « Ces merveilleux fous volants dans leurs drôles de machines ». Dans les décennies suivantes, Cancrini maintient son opposition aux traitement de substitution alors même que les preuves scientifiques convainquent la plupart des médecins récalcitrants. La seconde est Laura Conti, qui avait fondé le mouvement écologique contemporain en Italie.

En août 1980, la bataille législative sur les médicaments de substitution se poursuit. Aniasi, le successeur socialiste d'Altissimo, signe un décret qui autorise la distribution de méthadone en pharmacie, même lorsque celle-ci est prescrite par des médecins de ville. Le décret engendre plusieurs problèmes. En reportant l'autorisation d'autres médicaments de substitution, il délégitime les traitements par morphine intraveineuse. Un petit nombre de médecins privés et de services publics dans certaines villes italiennes (notamment Naples et Florence) s'appuyaient sur cette forme de traitement pour soigner leurs patients. Les praticiens prescrivaient des traitements à base de morphine non seulement parce que la méthadone n'étaient pas disponible en pharmacie (conformément aux mesures de l'année précédente), mais aussi parce qu'ils pensaient que pour les cas les plus difficiles, la morphine était plus efficace que la méthadone pour éviter les substances de rue. Une rumeur qui circulait juste avant le nouveau millénaire attribuait l'incidence relativement basse de VIH chez les usagers de drogues napolitains au traitement par morphine intraveineuse.

C'est ainsi que le décret Aniasi force un grand nombre d'Italiens à choisir leur camp. Certains s'y opposent parce qu'il encourage la diffusion d'une « drogue d'état » plus facilement accessible ; d'autres pour la raison inverse qu'il délégitime l'utilisation de morphine ; d'autres encores le soutiennent car il représente un « moindre mal ». Les défenseurs du décret expliquent souvent qu'un meilleur accès à la méthadone dissuaderait l'utilisation de morphine, et expriment leur ferme opposition à l'utilisation de la morphine dans les traitements.

Dans ce contexte politique tendu, une négociation difficile s'engage pour amender ou faire opposition au décret. Francesco Pocchiari, directeur de l'Institut Supérieur de Santé, propose alors une résolution. En octobre 1980, la commission de pharmacopée de l'institut publie une opinion favorable à « l'utilisation expérimentale de la morphine », c'est-à-dire une utilisation sujette à conditions et à des évaluations qui pourraient guider les politiques futures. En octobre 1980 donc, le second décret Aniasi est signé. Celui-ci légalise l'utilisation expérimentale de morphine. (Cette utilisation persiste dans les années 1980, exclusivement dans les institutions urbaines déja agréées.)

Mais ce n'est pas la fin du débat. Juste après que les décrets sont signés, des manifestants protestent car les packs de méthadone ne se trouvent pas en pharmacie.

De plus, selon les situations, les mesures sont soit trop strictes — comme c'est le cas, par exemple, dans la région toscane, historiquement communiste, et notamment à Florence, où le personnel des services publics avait acquis une expérience considérable dans l'utilisation des substances de substitution, morphine inclue —, ou trop peu sévère comme dans la région catholique de Vénétie, où les autorités régionales continuent d'interdire la morphine et créent des restrictions étroites à l'utilisation de la méthadone. Au début des années 1980, dans le Piémont, une circulaire régionale établie la dose maximale quotidienne de méthadone à 40 mg, bien en-dessous des doses prescrites auparavant, et en-dessous aussi des doses recommandées par les études scientifiques.

Il faut aussi rendre compte d'un fait étrange : dans le nouveau département d'addictologie de l'hôpital San Giovanni à Rome, les médecins utilisaient la kétamine pour soigner leurs patients dépendants d'héroïne de rue (expérience qui a été reprise dans plusieurs endroits du monde quelques décennies plus tard). Quelqu'un avait suggéré que la kétamine pourrait servir de remplacement à la méthadone quand les médecins n'ont plus été en mesure de prescrire des agonistes opiacés.

À la fin des années 1980, l'Institut Supérieur de Santé intervient dans le débat en publiant un avis sur les traitements de substitution. Étant donné le contexte politique, ce document ne pouvait pas se permettre de présenter les traitements prolongés par opiacés comme un soin adapté à l'addiction. De fait, le communiqué commence avec un avertissement: ces traitements sont « en-dehors du cadre des traitement médicaux officiels à proprement parler », et ils « impliquent une situation d'urgence » dans laquelle un patient qui n'est pas prêt à abandonner l'utilisation de drogues de rue s'expose à des risques élevés de maladie ou même de mort. Cependant, l'institut affirme que, même si « ceux qui administrent un traitement doivent toujours avoir comme objectif la diminution progressive des doses », le processus de sevrage « ne peut être décidé selon un formule préétablie ». Le document indique ensuite que lorsqu'un patient refuse de diminuer ses doses, les professionnels de santé, surtout ceux du service public, ne peuvent attribuer cette décision à une trop faible volonté de guérison de la part des patients. D'une certaine manière, on peut voir ici une anticipation involontaire d'un des principes fondateurs de la réduction des risques.

À ce moment-là, l'expérience vécue des patients ainsi que leur droit à l'autodétermination gagnent de l'importance. Aussi, le document soulève l'ambiguïté d'un terme comme « traitement de maintenance » pour parler de traitements qui n'ont pas de fin préétablie. Dans le meilleur des cas, le terme « aura une valeur purement sémantique, et dans le pire des cas (et plus fréquemment), il endommagera l'application des meilleures pratiques ». Ici, le document critique (en grande partie pour apaiser le gouvernement) la philosophie de Dole, qui proposait d'utiliser la méthadone indéfiniment dans une interprétation minimaliste, organiciste, et indivisible de l'addiction.

Il faut bien noter qu'à cette époque, personne en Italie ne pensait à la méthadone comme un moyen de prévention de l'overdose. De fait, cependant, les dosages élevés, une confiance bien établie avec le patient, et l'absence d'obstacles administratifs réunissaient les conditions nécessaires pour que la plupart des usagers fréquentant un centre de traitement soient protégés.

À partir du milieu de années 80, et jusqu'à la première moitié des années 90 (au cœur de la crise du VIH !), un « prohibitionnisme des traitements » généralisé et tenace émerge en Italie. D'un côté, il y a l'offensive politique contre les « amis des petites doses », une expression du premier ministre Bettino Craxi lorsqu'il revient des États-Unis. Il s'était épris de la « war on drugs » de Reagan. Après sa rencontre avec Rudolph Giuliani à New York, Craxi abandonne la philosophie libertaire du parti socialiste, convaincu que sévir contre les dealers et les trafiquants n'est pas suffisant, et qu'il faut aussi punir les usagers. Cette nouvelle position vient contredire la loi en vigueur à l'époque, qui considère la possession de petites doses non passible de peine. De l'autre côté, plusieurs membres des communautés thérapeutiques (catholiques, en majorité) décrient la méthadone comme « drogue d'état ».

Dans plusieurs régions italiennes, des restrictions légales à la méthadone font leur apparition (comme, par exemple, la loi piémontaise précédemment citée). Le taux de mortalité par overdose, en-dessous de 100/an depuis 1985, commence à grimper et atteint un maximum historique de 500/an en 1999.

La nouvelle initiative du gouvernement Craxi arrive à son apogée avec la loi Jervolino-Vassalli (n°162, 1990). Cette loi, qui remplace la loi d'inspiration socialiste de 1975, est toujours en vigueur aujourd'hui avec quelques légères modifications. Le mouvement prohibitionniste atteint son sommet d'abord avec cette loi, qui définit la consommation comme passible de peines (mesure abrogée par referendum en 1993), et ensuite avec le décret

Italie : dates d'introduction

Méthadone	1975
Buprénorphine	1999
Buprénorphine + naloxone	2007
Traitement à l'héroïne	N/A
TSO en prison	1990

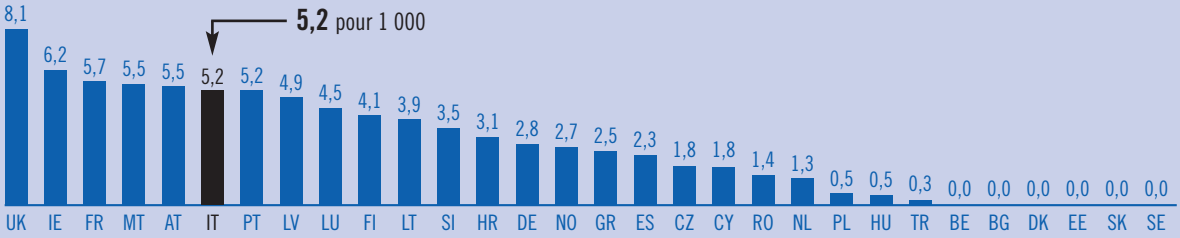
Source : EMCDDA, Statistical Bulletin, 2018, www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/hsr

L'Italie en un coup d'œil

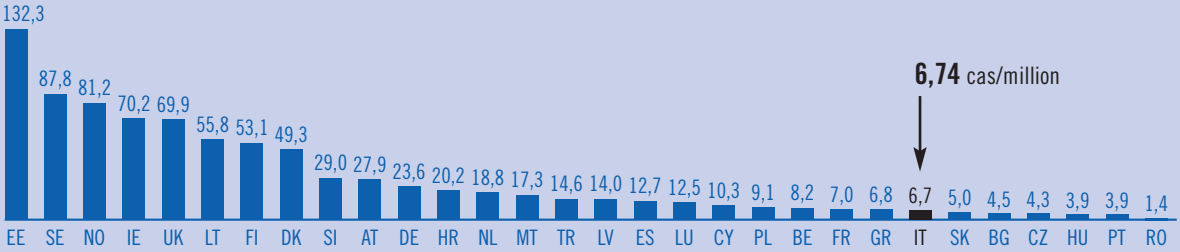
205 200 (180 000 – 230 000) **usagers d'opiacés à risque élevé**

62 868 usagers suivant un traitement de substitution

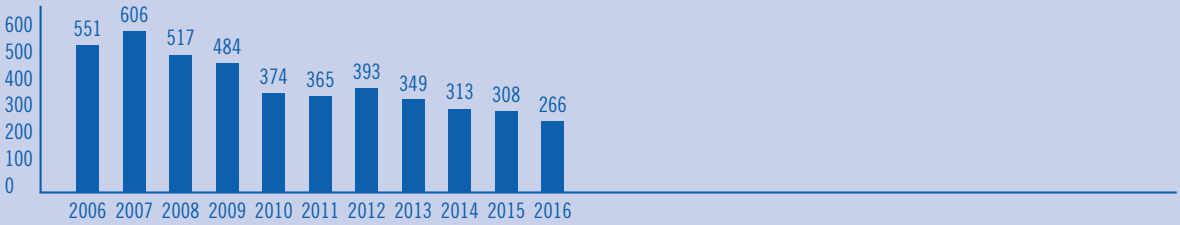
Opiacés / Usage d'opiacés à risque élevé (taux /1 000)



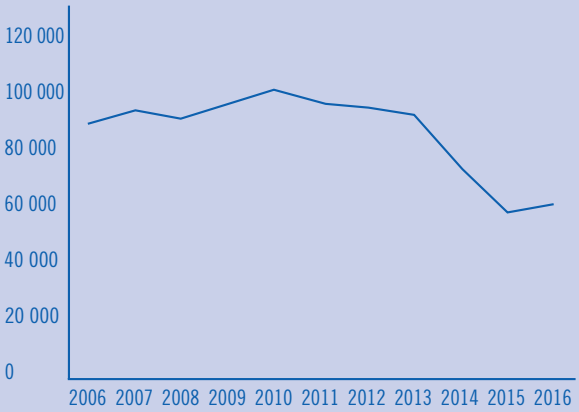
Taux de mortalité liée aux drogues / Estimations nationales parmi les adultes de 15 à 64 ans



Évolution de la mortalité liée aux drogues

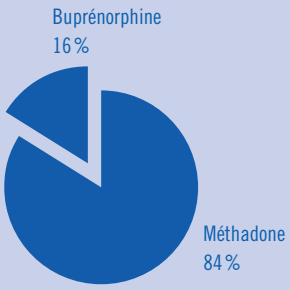


Évolution du nombre de patients suivant un traitement de substitution



Quelle substitution ?

Méthadone	53 070
Buprénorphine	9 798



Source : adapté à partir de : EMCDDA, Country Drug Report, 2018, www.emcdda.europa.eu/edr2018

445 du ministère de la santé, qui restreint la méthadone aux traitements progressifs à court terme.
La possibilité d'autoriser les traitements à base de morphine est enterrée à ce moment-là : « Seule la méthadone sous forme de sirop, utilisée comme médicament de substitution pour des programmes de traitement d'addiction aux opiacés, est autorisée. » La loi oblige à intégrer les traitements pharmaceutiques à des traitements psychosociaux: « Les programmes de substitution doivent toujours faire partie d'un traitement plus large qui inclura des consultations régulières, que ce soit pour suivre l'état de santé du patient ou pour lui fournir un suivi psychologique, social, ou de réinsertion. » La loi présente la méthadone comme un traitement de second choix: « Les traitements à la méthadone sont réservés aux patients pour qui d'autres traitements n'ont pas mené à l'abstention d'héroïne ou d'opiacés. » La possibilité de confier les médicaments aux patients est révoquée : « L'administration de traitements de substitution se fera en présence du médecin, ou du personnel médical officiellement désigné par le médecin, dans les locaux de l'institution médicale. Si cela est impossible pour des raisons de santé, l'administration peut se faire à résidence. Le personnel médical, formé en traitement de substitution, doit certifier en engageant sa propre responsabilité que le traitement a bien été administré au patient. Les programmes extérieurs sont interdits. »
De plus, la loi abandonne toutes les conclusions de Vincent Dole, ainsi que toutes les preuves scientifiques recueillies entre 1964 et 1990 sur l'efficacité de la maintenance par la méthadone: « Le traitement de substitution sera administré pour une durée préétablie adaptée au patient. Le personnel médical administrera le traitement avec les dosages les moins élevés permettant la détoxification. »
Le référendum de 1993, en retirant au ministère de la santé son pouvoir de signer des décrets sur les traitements pharmacologiques, rend obsolètes ces mesures législatives qui représentent le « prohibitionnisme de traitement » le plus radical des 50 dernières années.
Au début des années 90, le terme de « réduction des risques » n'apparait pas en Italie. Les médecins décrivent et traitent les overdoses comme une conséquence inévitable de l'addiction (voire comme un acte plus ou moins suicidaire), et presque personne ne suggère que l'overdose pourrait être évitée de manière rationnelle par une utilisation adéquate des agonistes opiacés.
Les choses changent surtout grâce à une prise de conscience généralisée de l'importance de la prévention et de la réduction des risques suite à l'épidémie du VIH parmi les UDVI. Dans la première moitié des années 90, les premiers distributeurs de seringues à usage unique et les premiers programmes d'échange de seringues font leur apparition. En 1994, le premier groupe d'intervention auprès d'addicts actifs, Unità Stradale, est constitué.
En 1993 et 1994, moins de la moitié des patients qui reçoivent des soins (90 % d'entre eux pour une addiction à l'héroïne) sont sous traitement pharmacologique.
Les choses commencent vraiment à changer dans la deuxième moitié des années 1990, grâce aux raisonnements plus rationnels et scientifiques du personnel de la Ser.T (Servizio Tossicodipendenza), les centres de soins en addictologie. Cette évolution est aussi due à la diffusion progressive de pratiques de réduction des risques comme le Take Home Naloxone, et à la ténacité de certains membres du personnel médical qui continuent sans relâche à s'informer des dernières recherches scientifiques, et à moderniser leurs pratiques en conséquent.
Des études soutenues par certains observatoires régionaux pour les addictions contribuent aussi à cet éveil à la réduction des risques. Petit à petit, ces études laissent leurs marques dans la conscience commune, et révèlent clairement l'insuffisance des institutions Ser.T, surtout si on les compare aux recommandations de la littérature scientifique contemporaine.
Le pourcentage de patients sous traitement pharmacologique s'est élevé à 73 % en 2001. Les doses, en revanche, mettent plus longtemps à atteindre des niveaux suffisants. Dans le Piémont, jusqu'en 2000, la dose moyenne reste autour de 40 mg/jour, et certaines institutions refusent toujours d'utiliser la métadone. De plus, plusieurs Ser.T imposent un parcours du combattant exténuant à leurs patients, en les renvoyant d'un service à l'autre pendant des jours voire des semaines avant de leur fournir un traitement par la méthadone. Dans les années 2000, la dose moyenne nationale a augmenté de moins de 40 mg/jour à presque 60 mg/jour.
La prévention de l'overdose est l'objet d'une attention renouvelée après cette découverte, évidente après coup: la méthadone, quand elle est prescrite entre 40 et 80 mg, peut induire un tel état de saturation des récepteurs qu'une overdose d'héroïne devient extrêmement improbable. Il en va à peu près de même avec la Buprenorphine.
Les doses de méthadone ont encore augmenté en Italie dans les 15 dernières années, et ont finalement atteint les niveaux prescrits par la littérature scientifique (la moyenne en Italie et maintenant au-dessus de 60mg). Il nous faut acquérir une compréhension claire des effets protecteurs à court terme du traitement par méthadone pour pouvoir l'utiliser le plus tôt possible dans des contextes de soin informels comme le travail de rue et les centres d'accueil.
Un cadre très simple régit encore de manière informelle l'utilisation de la méthadone, avec les trois objectifs suivants selon les dosages:

– De 20 à 40 mg: simple suppression des principaux symptômes de l'état de manque.
– De 60 à 80 mg: la saturation des récepteurs empêche l'overdose et élimine entièrement les symptôme du manque.
– Au-dessus de 80 mg: effet anti-craving, suppression des symptômes du manque, prévention de l'overdose.

La méthadone est surtout utilisée selon ce modèle aujourd'hui en Italie. Cependant, le personnel médical ne connait pas assez bien les traitements, et ne peut donc pas communiquer de façon adéquate avec les patients. Les médecins se retrouvent à pousser leurs patients à augmenter les doses pour atteindre les standards prescrits par des « bonnes pratiques » tout au plus théoriques, alors que les patients ne cherchent qu'à supprimer leurs symptômes de manque et non pas la saturation des récepteurs. C'est donc l'opposé du « prohibitionnisme de traitement » qui sévissait quand les médecins chercher à baisser les dosages. À la place d'un parcours vers l'abstinence, le personnel médical cherche à instaurer une utilisation des TSO légitime, moins dangereuse, et plus contrôlée (du point de vue clinique).

Pour se faire une idée de l'utilisation des opiacés en Italie, les resources disponibles sont notamment les données de saisies des substances illicites. Nous avons aussi les estimations d'utilisations problématiques de drogues (Problematic Drug Use, PDU), un des cinq « indicateurs clef » utilisés par l'OEDT pour rendre compte des tendances d'usage problématique de drogue de façon comparable et scientifique. Les estimations indique une diminution récente de consommateurs d'opiacés en Italie. La prévalence a baissé de 7,7‰ (7,4-8,0 ≈ 299 000 usagers) en 1996 et de 8,1‰ (7.8-8.3 ≈ 312 000 usagers) en 2004, à 5,2‰ (4,5-5,7 ≈ 203 000 usagers) en 2014, l'estimation la plus récente. Ces données proviennent du Statistical Bulletion de l'OEDT, 2004-2015.

L'Italie est un des cinq pays avec le taux de PDU le plus élevé, comme l'indique le dernier Rapport Européen sur les Drogues, publié par l'OEDT.

Les données officielles pour les usagers d'opiacés, fournies par le Système d'Information National pour les Addictions (Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze, SIND) rattaché au ministère de la santé, indiquent une baisse régulière du nombre d'usagers recevant des soins pour une addiction aux opiacés depuis 2010. Il y a eu une inversion de cette tendance en 2015 ; après avoir baissé régulièrement de 130 000 en 2012 à moins de 100 000 en 2014, le chiffre a de nouveau dépassé la barre des 100 000. Les addicts aux opiacés représentent 70,1 % des patients dépendants. En 2015, parmi les près de 50 000 nouveaux cas traités par les services de la Ser.T, 53 % l'étaient pour une addiction aux opiacés.

Le dernier rapport national disponible sur le site de l'OEDT indique les tendances pour les TSO en Italie de 2006 à 2015. En 2006, 91 503 patients recevaient des soins. Ce nombre a passé la barre des 100 000 en 2010, puis a oscillé entre 90 000 et 100 000 jusqu'à 2013. Les données suivantes, comme l'indique le rapport, souffrent de sérieuses sous-estimations après que le système de reccueil de donnés ait changé. Le nouveau système a rendu impossible le recueil de données adéquates pour les deux ou trois premières années de sa mise en place. En 2015, le nombre de patients recevant un traitement par TSO aurait chuté jusqu'à atteindre seulement un peu plus de 60 000. Même si on prend en compte la baisse du nombre de patients en TSO, ce nombre n'est pas réaliste. Globalement, le taux de mortalité par overdose pour toutes les substances est en baisse très nette. Cette tendance est confirmée par différents modèles et systèmes de recueil de données.

En Italie, les épisodes d'overdose sont enregistrés par une antenne du ministère de l'intérieur: le Registro Speciale (RS) de Mortalité, rattaché à la gestion centrale des services anti-drogue (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, DCSA). Ce groupe note tout événement à la suite duquel les forces de polices sont réquisitionnées, sur la base de preuves circonstancielles (des signes « sans ambiguité » d'intoxication par substances psychoactives). Selon les données de la DCSA de 1999, où 1 002 décès par overdose ont été rapportés, toutes substances confondues, les nombres ont chuté jusqu'en 2003, avec 517 décès. De 2004 à 2007, la tendance s'est stabilisée, oscillant entre 551 et 653.

Les années suivantes, le taux a de nouveau baissé pour atteindre son point le plus bas en 2011 (365 mort). Il y a eu une petite augmentation en 2012 (393), puis, en 2015, le taux a atteint son minimum historique (305).

Les cas de décès par overdose d'opiacés diminuent suivant la tendance générale. Depuis 1999, où 470 décès sont attribués à l'héroïne, le phénomène a diminué, de façon non-linéaire, et atteint 280 décès en 2005 (la seule année où la tendance s'inverse), 154 décès en 2010 (une diminution de 34,7 % par rapport à l'année précédente), et finalement 101 décès en 2015.

Bibliography

Beccaria F., Camposeragna A., Giglio A., Jarre P., Rolando S., Ronconi S., Vecchio S., Zuffa G. in "Preventing opioid overdose deaths A research on the Italian naloxone distribution model" "Methadone and prevention of OD" pagg. 17-19, Forum Droghe, 2016

Bignami G. Fuoriluogo, marzo 2002 "L'alba del metadone"

EMCDDA
www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/italy/treatment_lv

Governo Italiano
www.iss.it/binary/drog/cont/Relazione_1999.pdf

Governo Italiano
www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/21/0493_rapporto_droghe.pdf

Take Home Naloxone : un mouvement pionnier

Susanna Ronconi / association Forum Droghe

En Italie, la Take Home Naloxone (THN) a fait partie des premières interventions de réduction des risques dans les années 1990. Ce programme a radicalement transformé le statut des usagers et le rôle de leurs familles et de leurs communautés dans la prévention des overdoses.

La Take Home Naloxone n'est pas une initiative récente ; ce programme a été créé en Italie au milieu des années 1990. Nous voulions distribuer de la naloxone, une drogue pouvant sauver la vie dans des situations d'overdoses d'opiacés, aux usagers et aux membres de la communauté. Aujourd'hui, après plus de vingt ans, la THN est de nouveau d'actualité grâce à une campagne dédiée à la diffusion de cette pratique. Les débats et les initiatives autour de la THN se sont renouvelés, en particulier pour rendre la naloxone disponible aux professionnels (non-médicaux inclus) et aux usagers eux-mêmes dans le contexte des services et interventions de réduction des risques.

En ce moment même, des réseaux d'usagers, de professionnels, et de membres de la société civile[1] organisent des campagnes et mettent au point des projets visant à rendre la naloxone plus accessible dans toute l'Europe et dans le monde. L'EMCDDA a même mené une étude préliminaire dans ce sens,[2] et l'OMS a publié des recommandations pour la distribution de naloxone.[3] De plus, l'accessibilité de la naloxone par voie nasale augmente les chances de voir ce médicament devenir plus facilement disponible et accessible (voir *Swaps* n° 80 p. 29).

Le plaidoyer pour la diffusion de la naloxone est urgent et nécessaire. À ce jour, seulement quelques pays ont autorisé la vente de naloxone sans ordonnance, ce qui rend difficile la mise en place d'un plan de prévention détaillé et généralisé parmi les usagers qui prenne en compte leurs capacités, la qualité de leurs relations interpersonnelles, et leur responsabilité.

Pionniers de la naloxone

L'Italie est la pays qui a entretenu ce programme de réduction des risques depuis le plus longtemps, et de la manière la plus étendue et la plus soutenue, ce qui a engendré des résultats positifs. À partir de 2016, nous avons diffusé notre modèle et notre expérience dans l'espoir d'inspirer d'autres programmes dans des contextes différents. Après avoir mené une enquête qualitative pour identifier les points forts et mesurer l'efficacité du programme, nous avons publié des recommandations.[4]

Nous voulions aussi combler un écart : à cause du manque de soutien politique, les services de réduction des risques se sont développés irrégulièrement dans les vingt régions italiennes. Certaines régions offrent de très bons services et d'autres n'ont développé aucun pro-

[1] *www.eurohrn.eu/index.php/overdose-campaign ; www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/models_of_community_report.pdf ; www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/study_report_euroHRN_II.pdf ; www.opensocietyfoundations.org/publications/stopping-overdose ; www.naloxoneinfo.org*

[2] *www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/naloxone-effectiveness*

[3] *WHO (2014) : la gestion commune des crises d'overdoses, in www.who.int*

[4] *Prévenir les décès liées aux overdoses d'opiacés – une enquête sur le modèle italien de distribution de la naloxone : www.fuoriluogo.it/ricerca/naloxone/#.WsMsCvlubIU (versions anglaise et italienne). Cette étude a été coordonnée par l'association Forum Droghe et menée en partenariat avec Ecletica, le département de pathologies addictives ASL ex Torino 2, le département des pathologies addictives ASL Torino 3, les départements des addictions ASL Napoli 1. Franca Beccaria, Antonella Camposeragna, Paolo Jarre, Sara Rolando, Susanna Ronconi, Angelo Giglio, Stefano Vecchio et Grazia Zuffa ont constitué l'équipe de recherche. Rapport dressé par Susanna Ronconi, avec les contributions de Paolo Nencini. L'étude a reçu le soutien partiel du programme de santé publique de l'Open Society Foundation et le soutien inconditionné d'Indivior Italia SrL.*

Susanna Ronconi est experte en recherches qualitatives. Elle mène des formations et supervise des interventions dans le domaine de l'addiction, des ressources humaines, de la marginalisation urbaine, et des milieux carcéraux. Auparavant, elle a coordonné des services d'intervention pour les usagers de drogues et les travailleurs du sexe. Avec ses partenaires, elle a promu ITARRD, le réseau italien de la réduction des risques. Elle est membre de Forum Droghe, qu'elle représente en tant que déléguée italienne auprès du forum de la société civile sur les drogues à Brussels. Parmi ses dernières publications figurent « Les drogues et l'autorégulation : notes à l'attention des travailleurs et des usagers » publié chez Ediesse en 2017 ; « Pas seulement des molécules : les preuves biographiques et les stéréotypes chimiques » ; « Cocaïne : usage contrôlé » publié en 2010 ; « Recluse : les femmes en prisons et la différence du genre » publié en 2014 par Ediesse ; « Santé inégale » (dans le Compte rendu sur les droits globaux de la Società INformazione en 2016).

gramme. De la même manière, le gouvernement italien n'a pas investi dans l'évaluation ou la recherche sur les programmes de THN. Ce qui veut dire que paradoxalement, jusqu'en 2016, le pays ayant accumulé le plus d'expérience dans ce domaine était aussi le pays ayant mené le moins de recherche sur le sujet.

La THN a démarré au début des années 1990, quand l'Italie faisait face à une épidémie dévastatrice : les overdoses d'opiacés et la diffusion du VIH parmi les usagers de drogues par voix intraveineuse ont décimé les populations d'usagers. Pour se faire une idée, il y a eu 470 overdoses fatales en 1999 et seulement 101 en 2015, une tendance à la baisse qui s'est prolongée jusqu'à maintenant. Dans les années 1990, la politique nationale hyperprohibitionniste privilégiait l'abstinence, et n'offrait aucune aide aux usagers qui refusaient l'abstinence. En 1990, une nouvelle loi renforçant la pénalisation est adoptée à l'instar de la « war on drugs », puis largement contestée par une coalition d'associations, de professionnels, d'experts légaux, et d'usagers. En trois ans, ce mouvement atteint trois objectifs : un référendum populaire abroge les aspects les plus répressifs de la loi de 1990 ; la méthadone et les interventions de réduction des risques deviennent couramment accessibles ; et les premiers programmes expérimentaux comme l'échange de seringues apparaissent.

Grâce à ce mouvement novateur, nous avons commencé à distribuer la naloxone aux usagers par le biais de nos interventions à bas seuil. Les premières expériences se déroulent de 1992 à 1995 dans le Piémont et le Lazio. La naloxone n'était pas encore disponible sans prescription nominative. Mais certains médecins de centres publics d'addiction qui avaient été témoins du risque élevé encouru par les usagers ont engagé leur propre responsabilité pour autoriser la distribution de naloxone. Ceci montre, encore une fois, que l'innovation requiert du courage et de l'intégrité, et que nous ne pouvons pas nous contenter de suivre la norme quand celle-ci est inadéquate. Grâce aux efforts d'un certain nombre d'usagers, d'associations et de professionnels, le ministère de la santé a enfin autorisé deux mesures : la naloxone est devenue accessible à tous sans prescription ; et en tant que médicament pouvant sauver la vie, toutes les pharmacies étaient obligées de l'avoir en stock.

Empowerment pour les usagers et leur communauté

L'accessibilité de la méthadone, et plus généralement les interventions de réduction des risques, ont représenté un changement de paradigme radical. Le concept de consommation sécurisée impliquait que les risques n'étaient non pas des « caractéristiques intrinsèques » de substances, mais des risques potentiels, relatifs, contextuels, et progressifs. Cette idée a renversé le double paradigme sous-tendant toutes les politiques prohibitionnistes : le paradigme moral (les usagers sont des déviants qui ne peuvent pas échapper à leur destin tragique s'ils ne mettent pas fin à leur comportement) et la paradigme de la maladie (les usagers sont des malades chroniques et ont peu ou pas de capacité à contrôler leur consommation).

Peu à peu, le second paradigme s'était traduit en une forme de médico-centrisme radical, une approche qui prêtait tous les pouvoirs aux propriétés chimiques des substances, et qui minimisait le « set » (les caractéristiques et les capacités de l'individu) et le « setting » (le contexte, la culture, et les rituels de la consommation autorégulée). La réduction des risques et le THN, au contraire, considèrent les usagers comme des acteurs sociaux capable de savoir, d'apprendre, et de modifier leur comportement, selon une approche proposée par Norman Zinberg, pour qui la substance, le set, et le setting sont des variables inséparables. Pour Zinberg, le concept d'« apprentissage social » prend en compte ce que les autres paradigmes refusent de voir : les usagers peuvent apprendre à connaitre et à gérer les drogues. Ils peuvent autoréguler leur consommation et réduire le risque au point de la rendre compatible avec leur vie de tous les jours. Le succès de la réduction des risques ne peut être séparé de ce changement de perspective : la THN ne serait pas efficace si les usagers n'étaient pas (ou pas vus comme) des sujet actifs capables d'apprendre, de coopérer, et de transformer leur comportement.

Ce concept d'empowerment s'applique aussi au réseau des amis, de la famille, et des proches de l'usager. Administrer une drogue qui sauve la vie fait partie de la définition de l'OMS de la promotion de la santé : une communauté de citoyens peut se charger de son propre bien-être et de sa santé en normalisant et en diffusant des pratiques de base comme l'intervention non-professionnelle en situation d'urgence. Cette position existe depuis longtemps, et s'il a été difficile de l'appliquer au domaine des drogues, c'est à cause des préconceptions morales : on considère que les usagers manquent de capacités et de savoirs, et on ne s'attend pas à ce qu'ils s'en « sortent par leurs propres moyens », et certainement pas sans assistance professionnelle. Au contraire, les usagers ont montré des capacités et des savoirs évidents (comme le montrent notre recherche ainsi que la littérature scientifique internationale), et ils peuvent s'investir dans des processus d'apprentissage et d'acquisition de savoirs.

Dans ce projet, le principe de réduction des risques que

→

nous avons le plus appliqué est son ordre de priorité : le plus important est de protéger la vie et la santé des usagers. Ensuite, nous avons appliqué l'idée selon laquelle il ne peut exister des objectifs fixés à l'avance et ordonnés par des professionnels (encore moins par la législation), mais que chaque objectif dépend des souhaits des usagers pour eux-mêmes, pour leur bien-être, et pour leur santé. Nous devons accepter les décisions des usagers dans le contexte du style de vie qu'ils désirent. Les objectifs de consommation plus sécurisée se retrouvent dans cette injonction. Cette approche implique de reconcevoir la relation entre client et médecin en s'éloignant du contexte traditionnel des traitements sans drogues : dans la réduction des risques, cette relation est moins asymétrique. Les patients peuvent décider de leur propre parcours, et ils sont considérés du point de vue de leurs capacités plutôt que de leurs limites.

Cet aspect est particulièrement présent dans la THN. Nous acceptons la décision des usagers de vivre avec des substances potentiellement dangereuses. Nous investissons dans leurs savoirs, dans la capacité des acteurs (à prévenir les risques d'overdoses, à intervenir quand d'autres sont en danger, et à éviter les overdoses fatales), et dans l'expansion de cette capacité à se protéger. Quand les intervenants de réduction des risques distribuent la naloxone, ils offrent aussi une formation sur sa bonne utilisation.

Nous accordons aussi beaucoup d'importance aux relations horizontales établies entre les usagers (auto support). Nous reconnaissons leur réseau social et favorisons ces liens dans des contextes sociaux et d'usages de drogues. Ceci implique de les soutenir et de les renforcer en communiquant de façon informelle sur la qualité des substances existantes sur le marché et de lancer l'alerte sur des substances qui provoquent l'overdose. Enfin, nous cherchons à transformer l'environnement social (le « setting ») pour encourager l'intervention et réduire le risque. Ceci implique d'informer et de former d'autres services et intervenants, la police, et les familles.

La distribution en pratique

Le modèle italien de prévention d'overdoses d'opiacés se base sur deux types d'interventions à grande échelle : pour la prévention, c'est l'accès garanti et généralisé à la méthadone de substitution. Pour les situations d'overdoses potentiellement fatales, c'est un réseau de services d'urgence et de réduction des risques, de programmes d'assistance, de services d'accueil, et la THN. En Italie, les pharmacies jouent un rôle un peu secondaire, en partie parce que la relation entre pharmacien et usager reste conflictuelle. Les services à bas seuil, par contre, sont très efficaces.

Pour autant, dans les contextes de réduction des risques, l'approche des « interventions groupées » — où plusieurs services et interventions obtiennent de meilleurs résultats en associant leurs efforts — n'est pas assez développée. En Italie, par exemple, nous n'avons pas encore pu ouvrir de salle de consommation à moindre risque pour des raisons idéologiques. Le testing existe mais reste rare. La tâche cruciale de limitation des overdoses fatales repose donc uniquement sur la THN.

En 2016, sur 104 structures de réduction des risques, 57 distribuaient la naloxone aux usagers.[5] Tous les ans, au total, 15 000 flasques sont distribuées, ce qui représente 272 flasques par structure en moyenne. La même enquête estime qu'un visiteur sur cinq a reçu une flasque, et que dans une visite sur 39 (qui incluent des sessions de conseil et d'orientation, le renvoi à un autre service, la distribution de matériel stérile et la récupération de matériel usé, la distribution de préservatifs, le dépistage, le traitement, etc.), une flasque de naloxone est distribuée. À chaque fois que 2,4 flasques de naloxone sont distribuées, les patients reçoivent un formation sur son utilisation (chiffre satisfaisant, vu que plusieurs client ont déjà utilisé la naloxone et n'ont pas besoin de formation).

Le nombre de flasques distribuées diminue : en 2005, 80 clients sur 100 ont reçu de la naloxone pour seulement 20 sur 100 en 2015. Le personnel médical explique ce phénomène de plusieurs manières. Certaines sont objectives, comme la diminution du nombre de consommateurs d'opiacés, en particulier par voix intraveineuse, parmi leurs clients. Ils parlent aussi de la proportion croissante d'usagers de longue date qui possèderaient déjà de la naloxone comparée au petit nombre de nouveaux usagers. D'autres facteurs sont liés aux changements de perception du risque : d'un côté, la baisse du taux de mortalité liés aux overdoses entraine une baisse d'attention de la part des politiques et de l'administration médicale comparé aux années 1990. D'un autre côté, les nouvelles générations de poly-consommateurs qui consomment des opiacés (sans que ce soit leur drogue principale) perçoivent moins le risque d'overdose. Quoi qu'il en soit — et là-dessus le personnel médical et les usagers sont d'accord — les nouvelles tendances de consommation et de poly-consommation mettent le modèle de THN au défi. Aujourd'hui, nous testons de nouveaux modèles d'intervention adaptés aux risques qui découlent de cette nouvelle culture de consommation, comme la naloxone par voix nasale et de nouveaux modèles de communication.

[5] *Forum Droghe - CNCA (2016) : réduire les dommages et limiter le risque, in DPA – Dipartimento Politiche Antidroga (2016), un communiqué au parlement sur les données liées aux addictions de drogues en Italie (2015 et premier semestre 2016) in www.politicheantidroga.gov.it*

Réussites et difficultés

Les facteurs de réussite du modèle italien de la THN dépendent de la capacité des professionnels de santé et de réduction des risques à intervenir. Ils ont été capables d'associer des formations et des sessions d'information (individuels ou en groupe) à la distribution de naloxone, ce qui a permis d'établir un système efficace de réseaux sociaux et d'apprentissage social : selon les recherches, par exemple, la THN a clairement permis de sauver plus de vies par l'intervention de co-usagers, mais aussi d'augmenter la conscience du risque et la capacité à le prévenir parmi les populations formées. Ce fait réfute les critiques de la THN apparues dans la littérature,[6] selon lesquelles la possession d'un médicament pouvant sauver la vie porterait les usagers à encourir des risques plus élevés. Au contraire, les usagers les plus au courant, ceux qui portent toujours de la naloxone sur eux et l'ont utilisée le plus souvent, sont ceux qui adoptent les comportements de réduction des risques — et pas seulement par rapport à l'overdose.

Un deuxième facteur de réussite est que la THN en elle-même renforce l'empowerment : elle valorise et encourage les réseaux sociaux, les compétences, et les capacités des usagers, ce qui favorise la création de liens forts entre les professionnels de santé et les usagers. Les études montrent que 75 % des sauvetages réussis sont effectués par un pair, ce qui montre l'importance cruciale des réseaux d'usagers. La majorité des professionnels de réduction des risques confirment que la présence directe d'un pair portant de la naloxone prédit la survie lors d'une overdose, plus encore que la présence d'un service professionnel d'intervention aux alentours.

Un troisième facteur est la possibilité de se procurer la naloxone sans prescription. Évidemment, l'accès libre à un médicament est une condition sine qua non pour diffuser son usage à tous les consommateurs de drogues, à leurs proches, et aux citoyens ordinaires. En plus de ce libre accès qui permet à chacun d'administrer la naloxone, la loi italienne ne pénalise pas les interventions en situation d'urgence, et sanctionne ceux qui auraient pu intervenir et ne l'ont pas fait.

Le quatrième facteur est la naloxone elle-même : c'est un produit sûr qui ne présente pas d'effets secondaire néfastes. Il suffit de suivre quelques indications simples lors de l'administration pour éviter les risques de rechute opiacée — et donc les risques d'une seconde overdose — après l'intervention. Parmi les usagers interviewés, 70 % ont montré qu'ils connaissaient bien ces indications.

Enfin, le coût : en Italie, la naloxone est assez bon marché. Pour les clients ordinaires, le médicament coûte en moyenne 4,20 euros. Dans une pharmacie d'hôpital, qui fournit les services de réduction des risques, elle coûte environ 2 euros. Les arguments économiques n'ont donc aucun poids pour limiter ou exclure ce type d'intervention. Un avantage remarquable du modèle italien est que nous distribuons la naloxone aux usagers gratuitement.

La THN dépend du dispositif de réduction des risques, et ces deux systèmes ont les mêmes limites. Les services de réduction des risques sont irrégulièrement répartis sur le territoire italien car, pour des raisons idéologiques, ils ont toujours manqué de soutien politique. Le plan national contre les drogues n'a pas adopté la réduction des risques comme principe fondamental, et il n'inclut aucune mesure dans ce sens. Jusqu'en 2017, les administrations régionales géraient tous les problèmes liés à l'addiction. Elles pouvaient prendre des décisions et règlementer toutes les affaires de santé publique (mises à part quelques mesures nationales). C'est ce qui a créé la répartition inégale des services : dans quatre régions sur vingt, il n'existe aucun service de réduction des risques. Deux régions n'ont jamais partagé leurs données. Seules six régions offrent des programmes et services fiables. Les six autres régions ont des systèmes imprévisibles et peu fiables (selon des données datant de 2015[7]). De plus, moins d'un tiers des structures ont des financements garantis, et la plupart des structures n'ont de visibilité que sur un à deux ans.

Il y a eu quelques changements en 2017 : certains programmes de réduction des risques sont entrés dans le *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA), ce qui veut dire que toutes les régions sont obligées d'offrir ces services. C'est un grand pas en avant pour le mouvement de la réduction des risques. Dans les mois qui viennent, nous devrons appliquer cette mesure politique de façon concrète. La THN sera un des services de réduction des risques disponibles à tout citoyen italien de toutes les régions. Ceci devrait considérablement améliorer la prévention des overdoses.

La THN dans le monde

Notre programme de THN pourrait être développé dans n'importe quel contexte. Aujourd'hui, nous faisons circuler notre expertise accumulée sur notre modèle pour prêter main forte à la campagne globale pour la THN. Dans certains contextes, il sera nécessaire de reclasser ce médicament : les études ont maintenant été assez nombreuses pour justifier qu'on fournisse la naloxone sans prescription.

Dans chaque région, il sera important de bien regarder le contexte culturel, les modèles de consommation, et les

[6] *Bazazi A.R., Zaller N.D., Fu J.J., Rich J.D. (2010), Prévenir les overdoses d'opiacés : une analyse des objections à la Take-Home Naloxone in http://muse.jhu.edu/article/400754*

[7] *Forum Droghe - CNCA (2016), cit*

perspectives locales sur les usagers de drogue. Il nous faut adopter des mesures de réduction des risques pour « apprendre à voir » et à valoriser les compétences sociales, et pour envisager les usagers de drogue dans leur capacité à promouvoir la santé publique. Enfin, nous devons faire rentrer les politiques de drogues dans le paradigme de la promotion de la santé et l'extraire de la dichotomie désuète du modèle de la déviance et de l'usage de drogue comme maladie mentale, qui nous contraint à un déterminisme biologique sclérosé.

Dans les derniers chapitres de nôtre enquête sur la THN en Italie, nous avons tiré des conclusions utiles sur les points forts (et quelques points faibles) de notre modèle en utilisant le point de vue du personnel médical et des usagers. À partir de ces observations, nous avons publié des recommandations de bonnes pratiques pour la THN sur trois domaines : l'application concrète, la recherche, et la politique.

En bref : nous devons investir dans les compétences et les réseaux des usagers ; nous devons investir dans le système de réduction des risques et dans les compétences du personnel médical ; et nous devons chercher à créer une collaboration utile entre les deux. Nous devons faire confiance en la capacité des usagers à s'autoréguler et à apprendre. Nous devons créer un environnement (c'est à dire des normes sociales et des structures d'accompagnement) qui reconnait et valorise les usagers. Nous devons créer des services et des programmes qui facilitent l'apprentissage et la responsabilisation des usagers. Personne ne peut adopter des comportements responsables sans avoir la liberté de le faire ou sans être reconnu comme citoyen de la communauté. C'est pour cela que les limitations externes (mesures punitives, répression, stigmatisation) affaiblissent et entravent les pratiques d'autorégulation. Dans un monde où la consommation de drogue a été normalisée au point d'être compatible — dans la plupart des cas — avec la vie sociale, l'autorégulation et l'éducation sont les moyens les plus concrets, les plus plausibles, et les plus durables de gérer le phénomène. Sans les compétences et l'implication des usagers, il n'y a pas de futur.

Les initiatives catalanes pour la réduction des risques

Joan Colom Farran / directeur du programme pour la prévention, le contrôle et le traitement du VIH, des MST et de l'hépatite virale au centre d'addictologie de l'agence de santé catalane

La Catalogne est devenue leader en réduction des risques, notamment en étendant radicalement l'accès aux traitements de substitution et avec des mesures comme les salles de consommation, la naloxone, et les programmes d'échange de seringues.

La méthadone, un « système qui marche »

En Espagne — et en particulier en Catalogne — la substitution est une tradition ancienne. À la fin des années 1970, la loi espagnole fournissait déjà un cadre autorisant les traitements de substitution. Les patients devaient présenter des pièces justificatives approuvées par l'inspecteur de santé pour avoir accès aux médicaments de substitution.

En 1985, une nouvelle loi a transformé les conditions d'accès aux traitements à la méthadone. Au milieu des années 1980, l'Espagne avait introduit des réformes qui limitaient l'accès à la méthadone. Mais la Catalogne a réussi à outrepasser ces mesures. Le traitement à la méthadone est devenu gratuit, public, et très facile d'accès. Une addiction aux opiacés est suffisante pour entamer un programme de substitution. Il suffit de dire à son médecin : « Je voudrais suivre un programme pour contrôler mon addiction. » Si un tel programme n'est pas incompatible avec la santé du patient, le médecin pourra prescrire le traitement. Ce système est en place depuis les années 1980.

Au début, la sécurité était la première préoccupation. Au début des années 1980, la plupart des centres impliqués dans la distribution de méthadone étaient dotés de lourds systèmes de sécurité, et ressemblaient plus à des banques qu'à des centres de santé. Après les années 1980, ces centres ont essayé de créer un environnement plus accueillant pour leurs patients.

La méthadone est distribuée dans les centres de consultation, les hôpitaux, les pharmacies, et les prisons. En Catalogne, nous avons aussi des unités mobiles et des bus qui prennent en charge la distribution de médicaments de substitution. Selon les patients, on peut prescrire des doses suffisantes pour plusieurs jours et jusqu'à un mois.

La méthadone est aussi disponible en prison. En Catalogne, nous adhérons au principe d'égalité des soins en milieu carcéral. Évidemment, les prisonniers doivent prendre leurs médicaments en présence de professionnels pour éviter la contrebande et l'émergence d'un marché noir. Dans la communauté, il n'existe pas de marché noir car la méthadone est gratuite et facile d'accès. Bien sûr, certains patients obtiennent des produits pour autrui, mais en général l'accès à la méthadone gratuite rend la notion de marché noir caduque.

Dans les dix dernières années, la buprénorphine a fait son apparition dans la substitution en Espagne. Mais la majorité des patients continuent d'utiliser la méthadone. Sur ce point, l'Espagne est assez différente de la France. Les traitements de substitution y ont été autorisés plus

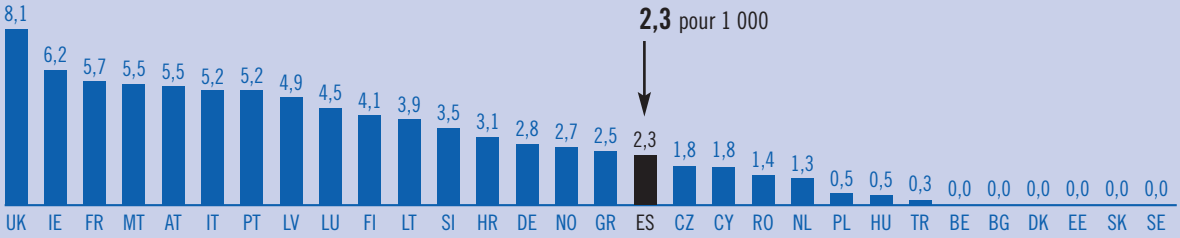
→

L'Espagne en un coup d'œil

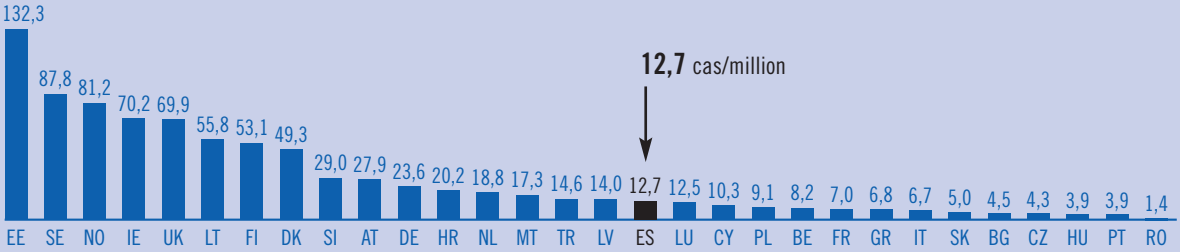
70 471 (48 102 – 92 840) **usagers d'opiacés à risque élevé**

59 264 usagers suivant un traitement de substitution

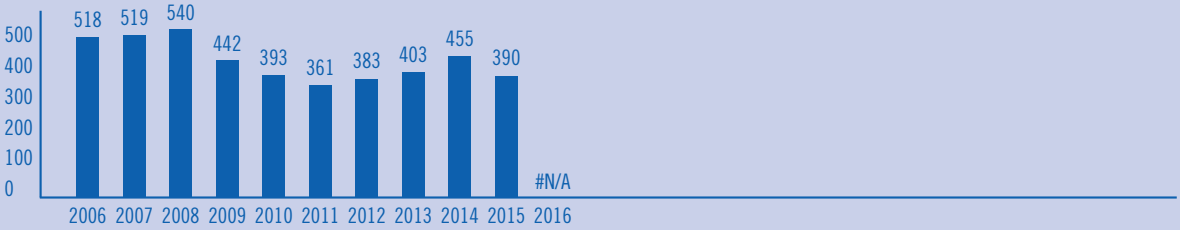
Opiacés / Usage d'opiacés à risque élevé (taux /1 000)



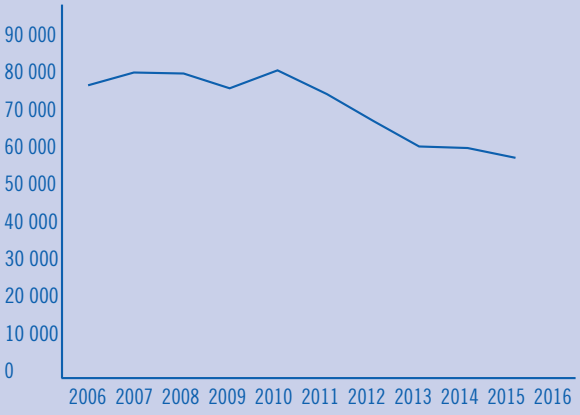
Taux de mortalité liée aux drogues / Estimations nationales parmi les adultes de 15 à 64 ans



Évolution de la mortalité liée aux drogues

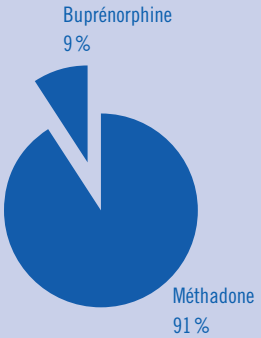


Évolution du nombre de patients suivant un traitement de substitution



Quelle substitution ?

Méthadone	54 110
Buprénorphine	5 154



Source : adapté à partir de : EMCDDA, Country Drug Report, 2018, www.emcdda.europa.eu/edr2018

Espagne : dates d'introduction

Méthadone	1990
Buprénorphine	1996
Traitement à l'héroïne	2003
TSO en prison	1998

Source : EMCDDA, Statistical Bulletin, 2018, www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/hsr

tôt (1990). Au début, seule la méthadone par voie orale était disponible. Comme la méthadone est apparue plus tôt, elle s'est intégrée dans plusieurs structures et processus sanitaires (cliniques, hôpitaux, centres de santé, pharmacies, etc.). Les médecins et les patients sont habitués à la méthadone, ce qui l'a rendue difficilement remplaçable. Elle fait maintenant partie d'un système qui marche.

Mais le vrai problème avec la buprénorphine reste le prix : elle est chère, et la sécurité sociale ne la rembourse pas intégralement. Elle n'est remboursée que pour les patients sous un certain seuil de pauvreté. Les autres patients paient une partie de leur traitement, comme ils le font pour d'autres maladies chroniques comme le diabète ou l'hypertension. La méthadone, en revanche, est toujours entièrement gratuite.

La durée du traitement n'est pas limitée légalement ; elle dépend de l'évolution de la santé du patient. Certains patients poursuivent leur traitement cinq ou dix ans ; d'autres l'arrêteront au bout d'un an. Dans le modèle précédent, les centres de consultation visaient l'abstinence. Maintenant, les patients ont le choix de continuer leur traitement ou de l'interrompre à n'importe quel moment. Les patients les plus âgés ont souvent suivi un traitement pendant une période considérable de leur vie, tout comme les patients diabétiques qui prennent de l'insuline presque toute leur vie.

La réduction des risques en Catalogne

On nous avait prédit que les traitements à la méthadone augmenteraient l'incidence d'overdose, mais cela ne s'est pas produit. Nous avons observé une baisse considérable du nombre de décès liés à l'overdose en Catalogne sur les 30 à 40 dernières années. En 1992, 160 personnes sont mortes d'overdoses contre 48 en 2017. Ceci est sans doute lié aux mesures importantes de réduction des risques comme la distribution de naloxone et les programmes de formation aux premiers secours en cas d'overdose. En 2017, nous avons sauvé 119 personnes en situation d'overdose dans nos salles de consommation à moindre risque.

Nos autres initiatives de réduction des risques incluent les centres à bas seuil, les centres d'accueil, l'accompagnement social, l'accès au traitement pour le VIH et le VHC, les programmes d'échange de seringues, l'éducation à l'injection et au *safer sex*.

Nous sommes la seule région espagnole où l'on peut avoir accès aux soins très facilement, sans aucun justificatif. Nous reconnaissons l'importance des organisations d'usagers et soutenons les groupes, en particulier quand ils fournissent un accompagnement à leurs membres.

Nous avons aussi un plan d'action pour les zones de trafic et de consommation. Nous avons répertorié 14 zones de consommation par voie intraveineuse.

La première salle de consommation a ouvert ses portes en Espagne en 2001. Ça a été une étape difficile, car il existe beaucoup d'hypocrisie autours de ce type de programme. Nous avons dû nous battre contre des points de vue stigmatisant profondément les consommateurs. Nous avons aussi été confrontés au phénomène NIMBY (Not In My Back Yard) : les riverains sont bien d'accord que les salles représentent une mesure nécessaire et utile, mais refusent de l'implanter dans leur quartier. Aujourd'hui, cependant, nous recensons 100 000 injections par an dans toutes nos salles de consommation.

Faire baisser l'incidence d'overdoses

En Catalogne, nous utilisons la naloxone dans deux situations : en combinaison avec la buprénorphine, et comme mode de prévention des overdoses d'opiacés. La Catalogne a mis en place un programme unique de prévention d'overdose par la naloxone. Aujourd'hui, 7 000 usagers et 1 500 professionnels sont formés.

Une personne formée en prévention d'overdose aura appris à facilement reconnaître les comportements qui augmentent les risques d'overdose. Dans ce cas, nous formons ces personnes à dire : « Attention, tu es dans une situation critique ; si tu continues à consommer, tu t'exposes potentiellement à une overdose. » C'est la prévention initiale.

Les personnes formées apprennent aussi à s'occuper de quelqu'un qui montre des symptômes d'overdoses. Par exemple ils savent placer une personne en position latérale de sécurité et ils ont appris à appeler les secours dans cette situation.

Enfin, les personnes formées peuvent utiliser les kits de naloxone distribués. Ils contiennent une dose de naloxone, de l'eau, des seringues, des gants, des lavettes, et un masque pour le bouche-à-bouche. Ils incluent aussi de la documentation à but informatif et éducatif. Nous avons

→

distribué 8 700 kits de naloxone en sept ans. C'est un programme unique qui n'existe pas dans le reste du pays.

Ce qu'il reste à faire

Bien que nous n'offrions pas encore de médicament sous forme retard, certaines études sont en cours pour étudier les options qui s'offrent à nous, comme la méthadone sous forme retard ou la buprénorphine sous forme de patch. Des travaux sont aussi effectués sur la diacétylmorphine sous forme retard. Nous voudrions aussi utiliser des formes orales d'héroïne pour les patients qui ne répondent pas aux traitements par la méthadone ou la buprénorphine.

Nous fournissons plus de 750 000 seringues par an aux usagers par voie intraveineuse, mais nous espérons en distribuer beaucoup plus à l'avenir. Nous voudrions aussi étendre notre programme de distribution de naloxone, qui a déjà rencontré un certain succès.

Dans le cas de la méthadone, nous avons réussi à créer un système qui fonctionne, dans lequel les patients ont facilement accès au traitement dont ils ont besoin. Il n'existe aucune liste d'attente pour les traitements à la méthadone. Ce qu'il faut faire maintenant, c'est s'assurer que les usagers aient un parcours qui leurs permettent de se réinsérer dans leur communauté, d'organiser leur temps libre, et de trouver du travail. Nous avons besoin de programmes de réinsertion pour ces patients.

Sur les nouvelles formes de drogues, nous restons vigilants. Nous avons une équipe qui surveille le type de drogues en circulation dans la rue. Nous obtenons des échantillons de chaque nouvelle drogue mise en circulation — comme les nouveaux produits synthétiques opiacés ou cannabinoïdes. Nous les analysons en laboratoire et si elles ne sont pas encore répertoriées, nous les déclarons à l'OEDT.

Aujourd'hui, notre inquiétude ne se focalise plus seulement sur les dealers, mais aussi sur les nouveaux modes de distribution. Des « sels de bains » marqués « dangereux pour la consommation humaine » peuvent arriver chez vous dans une enveloppe, mais cela n'empêche personne de les consommer.

Notre travail le plus important à l'avenir sera de placer les êtres humains (plutôt que les substances) au centre de nos préoccupations. Nous devons continuer à faire comprendre au public, aux politiques, et aux décisionnaires que nous avons affaire à une maladie chronique tout comme le diabète, et que cette maladie requiert le même genre de soins sur le long terme.

La réduction des risques au Portugal : une vue d'ensemble

Luis Patricio / psychiatre, Lisbonne

Plusieurs transformations ont récemment eu lieu au Portugal dans les domaines de la réduction de la demande et dans le traitement de l'addiction. En tant que clinicien et acteur de longue date dans le domaine de la médecine et de la santé, je livre mon opinion sur ces transformations le plus honnêtement possible.

Les centres de traitement, un début laborieux

Dr. Luis Patricio psychiatre consultant pour le ministère de la Santé portugais. Il a été chargé de l'application clinique de la naltrexone et de la buprénorphine. Il a proposé les mesures de la loi de 2001 sur la réduction des risques. Il dirige la clinique d'addiction à la Casa de Saúde de Carnxide.

Depuis les années 1970, le problème soi-disant « contemporain » de la drogue est une réalité sociale visible et croissante au Portugal. Les consommateurs de drogues illicites ne sont pas bien intégrés dans le système de santé ou dans les instituts psychiatriques ordinaires.

Le premier traitement contre l'addiction arrive au Portugal en 1973. Cordeiro, un psychiatre venant de Suisse, crée la Consultation pour les Adolescents et l'Addiction, au sein du service de psychiatrie de l'école de médecine de Lisbonne à l'hôpital Santa Maria.

C'est seulement en 1977 que le gouvernement a initié des mesures de prévention et de traitement. Sous l'égide du ministère de la justice, trois structures ont ouvert leurs portes dans les trois premières villes portugaises. Avant 1986, trois ONG ont commencé à offrir trois différents modèles de traitement en milieu résidentiel.

En 1987, des transformations considérables ont lieu au niveau du gouvernement. Un programme interministériel est créé, et le ministère de la santé conduit les premières études en addictologie. Le Centre Taipas à Lisbonne, avec ses huit antennes, devient le premier et le plus grand centre de pilotage. Au début, le centre reçoit 100 nouveaux patients tous les mois, des héroïnomanes dans la plupart des cas. Le ministère de la santé a continué d'ouvrir des centres de traitement dans le reste du pays.

En 1992, au Meeting International de Taipas, des professionnels de santé de 20 pays ont officiellement reconnu les personnes dépendantes comme des patients. En 1993, des travailleurs sociaux intervenant dans les rues de Coimbra ont mis en place un programme d'échange de seringues en collaboration avec les acteurs et les élus locaux.

De 1994 à 2000, le ministère de la santé continue de créer des services pour les addictions, couvrant les villes les plus importantes du Portugal métropolitain et étendant l'accès aux traitements de substitution. La méthadone est aussi autorisée en pharmacie et dans les ONG inscrites auprès du ministère de la santé.

En 1999, une autre transformation dans les quartiers de trafic et de consommation de plusieurs villes, à commencer par le plus grand marché de drogues de Lisbonne, voit le jour : le développement radical des interventions sociales et de santé publique. Depuis, les élus locaux ont développé les programmes à bas seuil dans le reste du pays.

En 2000, le réseau public de services médicaux du ministère de la santé couvrait toutes les régions du Portugal continental. Plus de 40 nouveaux centres ont ouvert, en plus de centaines de places gérées par la communauté des ONG. Des milliers d'héroïnomanes, principalement dans les grandes villes, ont reçu des traitements.

→

Portugal : dates d'introduction

Méthadone	1977
Buprénorphine	1999
Traitement à l'héroïne	N/A
TSO en prison	1999

Source : EMCDDA, Statistical Bulletin, 2018, www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/hsr

Le Portugal s'est emparé du problème de la drogue par le biais du concept de « réduction de la demande ». On a donc étendu l'accès aux structures de soin pour les personnes dépendantes et facilité les interventions, en particulier pour les usagers problématiques d'opiacés. Il est important de se rappeler que l'addiction à l'héroïne était la première cause de renvoi vers un service d'addictologie au Portugal.

En 2000, le climat socio-politique est devenu tel qu'il est devenu possible de faire passer une loi pour la réduction des risques et une loi pour la décriminalisation de la consommation. Ces deux lois ont été votées en 2001. De 2000 à 2005, après une période de stagnation, les programmes de réduction des risques et de traitement, parmi lesquels la facilitation des traitements de substitution à la méthadone et la possibilité de trouver une place parmi les communautés thérapeutiques, ont continué de s'étendre à travers le pays.

Ce qui a eu des effets positifs : la prévalence du VIH et la mortalité liée aux overdoses d'héroïne ont considérablement baissé parmi les usagers. Nous avons aussi observé une stabilisation de la consommation d'héroïne. Ceci est le résultat de plusieurs années d'efforts et de lourds investissements dans des projets sociaux et médicaux pour les patients vivant avec des addictions.

Dans tous les cas, l'abus d'alcool a toujours été et reste l'addiction la plus considérable et la plus nuisible dans la société portugaise, avec une augmentation inquiétante des consommations abusives parmi les adolescents et les jeunes adultes. La consommation croissante de cannabis, d'alcool, de cocaïne, et de nouveaux produits de synthèse nous préoccupent beaucoup.

De 1977 à 2007, plusieurs traitements médicamenteux sont devenus accessibles au Portugal pour l'addiction à l'héroïne.

1977 - Méthadone
1986 - Clonidine (contre les symptômes de l'état de manque)
1987 - Guanfacine (contre les symptômes de l'état de manque)
1988 - Naltrexone (inhibiteur des opiacés)
1989 - Tramadol (analgésique opiacé)
1994/2000 - LAAM (Levo alfa acetyl methadol)
1995/1996 - Naltrexone forme pilule
1999 - Buprénorphine
2007 - Buprénorphine + Naloxone.

La demande de drogue, 2007-2017

Dans le domaine de la demande, l'idée selon laquelle la loi de 2001 sur la décriminalisation aurait légalisé la consommation personnelle de drogues illicites est devenue assez répandue. Ceci n'est pas vrai. Les consommateurs sont surpris lorsque les forces de l'ordre confisquent leurs substances illégales. Aujourd'hui, en réalité, lorsque la police saisit un individu détenant des substances illicites, ils ont tendance à confisquer la drogue, à demander aux usagers de la détruire, et à fermer les yeux sur la consommation. Légalement, dans cette situation, l'usager devrait être envoyé dans une des 18 commissions nationales de dissuasion. Mais ceci ne se produit que très rarement.

La consommation en public a considérablement augmenté dans le contexte récréatif. Dans les grandes villes, nous avons pu observer des scènes ouvertes d'adultes, notamment dans des bars où les usagers consomment de la cocaïne, de la free base, de l'alcool, et des produits de synthèse.

Dans certaines villes, on peut observer des espaces de consommation et d'abus en scène ouverte où les usagers consomment héroïne, cocaïne, free base, cannabis, produits synthétiques, benzodiazépines, méthadone, buprénorphine, et bien sûr alcool. Ces substances peuvent être achetées à plusieurs endroits ou même livrées à domicile. Dans certains lycées et universités, l'abus de substances légales et illégales est évident. Dans certaines écoles et leurs alentours, les étudiants consomment souvent du cannabis. La consommation par les professeurs n'est pas rare.

Dans des festivals de musique de plus ou moins grande envergure, couverts ou extérieurs, l'abus de substances légales et la consommation récréative de substances illégales sont une réalité permanente. Dans ces endroits, les équipes de réduction des risques n'interviennent que très rarement. La consommation de drogues illicites est aussi évidente en milieu carcéral.

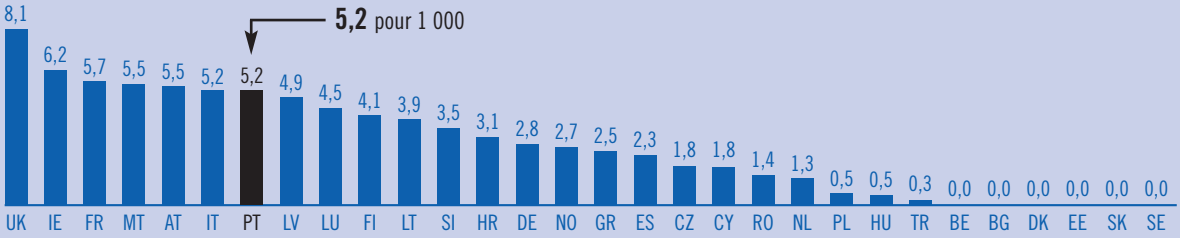
L'apparition de « Smart Shops », depuis 2010, a augmenté l'offre de produits synthétiques légaux au Portugal, malgré l'annonce par l'OEDT en mai 2010 d'une interdiction en Europe de plusieurs produits. Au Portugal,

Le Portugal en un coup d'œil

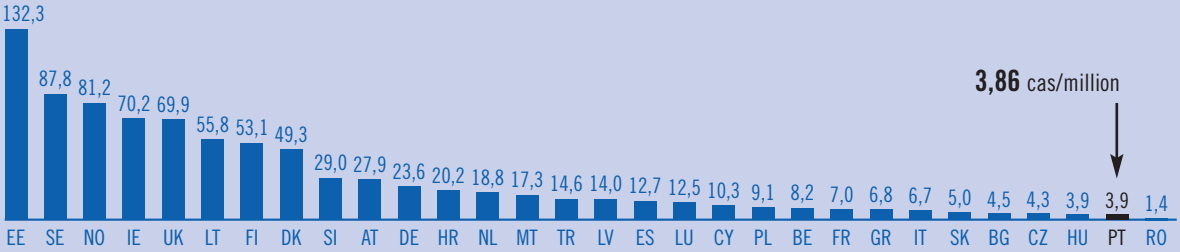
33 290 (24 070 – 48 565) **usagers d'opiacés à risque élevé**

16 368 usagers suivant un traitement de substitution

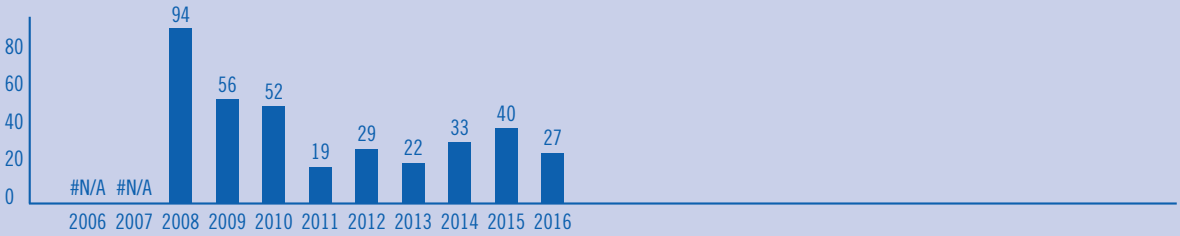
Opiacés / Usage d'opiacés à risque élevé (taux /1 000)



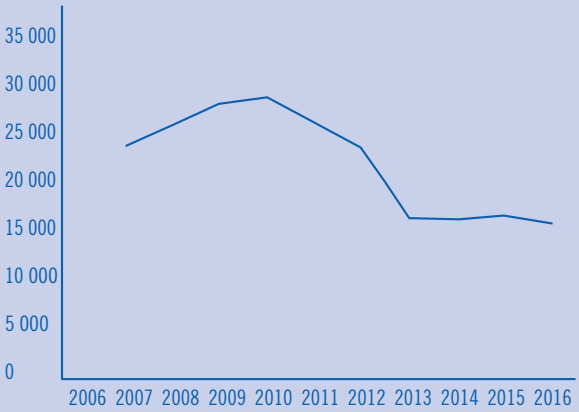
Taux de mortalité liée aux drogues / Estimations nationales parmi les adultes de 15 à 64 ans



Évolution de la mortalité liée aux drogues

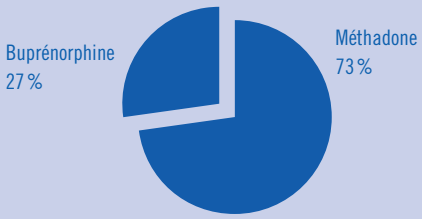


Évolution du nombre de patients suivant un traitement de substitution



Quelle substitution ?

Méthadone	11 371
Buprénorphine	4 127



Source : adapté à partir de : EMCDDA, Country Drug Report, 2018, www.emcdda.europa.eu/edr2018

certaines substances sont devenues illégales en 2013, mais il est encore possible de les acheter « aux bons endroits » en ville ou sur le net. Les professionnels inexpérimentés sont souvent surpris par l'importance des dommages engendrés par ces Smart Shops.

Inégalité des services

Nous avons observé une disparité dans la qualité des services de traitements, une conséquence des mesures à grande échelle et à évolution très rapide du ministère de la santé. Ces mesures comprennent les programmes de réduction des risques et les structures thérapeutiques des ONG.

Il faut trouver une solution au problème du manque de préparation et de formation parmi nos équipes médicales, qui ne réussissent pas à communiquer avec les services de santé locaux. Il faut combler l'écart de traitement dans les communautés thérapeutiques.

Le contexte bien connu de la crise économique et le contexte moins bien connu de la crise technique, la baisse importance du nombre de médecins qualifiés en addictologie, nous permettent de comprendre comment la relation entre médecin et patient s'effrite.

De plus, nous devrons surpasser les difficultés suivantes dans le contexte des politiques de réduction des risques :

– Les programmes d'échange de seringues ont été réduits. Il n'existe plus de programme aujourd'hui qui fonctionne tous les jours dans les quartiers à forte consommation. Dans certains de ces quartiers, ces programmes n'ont jamais existé. Il n'existe pas de distributeurs automatiques. En prison, il n'existe pas de programme d'échange de seringues.

– Les kits de naloxone n'ont jamais été distribués où que ce soit.

– Les scènes ouvertes d'injection (que ce soit de l'héroïne traditionnelle, de la cocaïne, ou du midazolam sous forme de pilules écrasées) se sont de nouveau banalisées.

– Bien que la loi de réduction des risques de 2001 ait rendu possible l'existence de salle de consommation, il n'en existe aucune au Portugal aujourd'hui.

– Les programmes de réduction des risques ne doivent pas être financés selon le nombre de patients pris en charge, mais selon les bienfaits constatés des programmes de traitement.

– Les programmes de réduction des risques doivent être améliorés pour prévenir la poly-consommation simultanée, les doubles interventions, le manque d'intégration des systèmes d'information, et le détournement de médicaments prescrits.

– Nous voyons aussi une hausse des comportements à risque, particulièrement en lien avec l'alcool (dont des cas réguliers de comas éthyliques chez les adolescents) et avec la consommation de substances inconnues.

– Les éthylotest salivaires n'ont jamais été implémentés.

– Les programmes de drug testing en milieu festif sont très rares, malgré la hausse évidence et généralisée de la consommation.

De même, nous devons surmonter les difficultés suivantes dans le domaine des traitements opiacés:

– L'existence de réponses thérapeutiques inégales (particulièrement pour les traitements de substitution aux opiacés), la prescription fréquente de doses infra-thérapeutiques et la pratique médicale de la substitution sans formation adéquate se retrouvent dans les taux très bas de réussite des traitements.

– Plusieurs patients à qui on prescrit trop peu de méthadone continue à consommer des doses excessives de d'alcool et de cocaïne.

– L'abus, le détournement, et la consommation simultanée de médicaments prescrits augmentent.

– Pendant trop longtemps, les doses à emporter à domicile ont augmenté le risque. On note en particulier des flacons de méthadone de mauvaise qualité qui engendrent des pertes considérables du médicament.

– Des listes d'attente trop longues pour les traitements à haut seuil ont poussé les patients à accéder à la méthadone par le biais de traitements à bas seuil.

Autres caractéristiques

La méthadone requiert une ordonnance obligatoire de la part d'un centre de ministère de la santé. Au départ, la méthadone est délivrée sur place mais par la suite, il peut y exister des prescriptions pour l'emporter à domicile pour une à deux semaines. La méthadone ne peut être délivrée que dans les services d'addiction du ministère de la santé, dans des pharmacies ou des ONG agréées par le ministère. Il n'existe pas de méthadone dans les hôpitaux publics ou privés, où les patients n'ont pas la possibilité d'entamer un traitement. Si un patient requiert de la méthadone dans un contexte d'urgence, celle-ci peut être fournie — on l'espère — par un service d'addiction de la région. Évidemment, ce n'est pas un mode opératoire optimal.

La buprénorphine et la buprénorphine + naloxone requièrent des ordonnances médicales. Tous les médecins peuvent la prescrire, et les patients peuvent la retirer en pharmacie. Elle est partiellement remboursée par la sécurité sociale. Il en va de même pour la naltrexone et le tramadol. La naloxone sous forme de spray n'est pas encore disponible.

Dans les régions continentales du Portugal, les inégalités de traitement sont les plus élevées entre les régions litto-

rales et les régions intérieures. Dans la région autonome de Madère, il manque des médecins dans les services d'addiction. Dans la région autonome des Açores, il existe aussi de fortes inégalités entre les neufs îles.

La comorbidité

Beaucoup de services d'addiction n'ont pas l'expertise nécessaire pour soigner les polyconsommations, et se focalisent uniquement sur l'addiction principale. Certaines équipes en addictologie rencontrent de grandes difficultés quand elles acceptent des patients cocaïnomanes et alcooliques ou des patients consommateurs de produits synthétiques et souffrant d'addictions comportementales.

En plus des ressources humaines peu préparées, certaines situations difficiles ne se sont pas améliorées, comme la stigmatisation, la distance et le manque de mobilité, les difficultés économiques pour les déplacements et l'accès aux soins, et le manque de financements permettant de mettre en œuvre des projets de réinsertion. Paradoxalement, les situations les plus évidemment dramatiques d'abus d'alcool, de consommation d'héroïne et de cocaïne, ou de consommation à scène ouverte se sont produites à Lisbonne, à quelques kilomètres du ministère de la santé et de l'OEDT.

Nous avons effectué des transformations importantes, en particulier dans notre compréhension des conditions d'addiction et dans les traitements médicamenteux et sociaux des addictions. Malgré des investissements lourds au Portugal, certaines stratégies n'ont pas porté leurs fruits. Les pratiques inadéquates dans les programmes de maintenance à la méthadone sont restées les mêmes, et certains programmes résidentiels continuent de fonctionner sans support technique adapté.

Les pratiques de dosages insuffisants de méthadone ou de buprénorphine restent trop fréquentes, malgré la formation dispensée à travers le pays (continent et îles) par le programme international du Quality Patient Care Network. Le programme QPMC a formé 25 médecins formateurs pour les 18 régions portugaises. Dans les îles, tous les formateurs ont fait circuler la formation. Sur le continent, seulement la moitié des personnes formées ont partagé leur formation. Peut-être que le stigma qui entoure encore les traitements de substitution explique que les professionnels ayant accepté une formation ont ensuite refusé de la transmettre. Quoi qu'il en soit, nous devons mettre à jour nos pratiques pour accompagner les patients à gérer leur santé et leur autonomie.

La Suisse, leader en traitements assistés à l'héroïne

Frank Zobel / directeur adjoint d'Addiction Suisse
Barbara Broers / médecin responsable Unité Dépendances, Hôpitaux Universitaires de Genève
Tous deux sont membres de la Commission fédérale pour les questions liées à l'addiction (CFLA)

Historiquement, la Suisse a mené le jeu dans l'accessibilité et la variété des traitements de substitution proposés, en particulier par l'échelle de son programme de substitution à l'héroïne. Alors que la génération des médecins aptes à prescrire ces médicaments part à la retraite, il devient de plus en plus urgent de normaliser les traitements à l'héroïne.

En Suisse, les TSO sont régis par la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup), dont l'article 3e précise qu'ils sont soumis à autorisation par les cantons.[1] La prescription d'héroïne fait exception puisqu'elle requiert une autorisation fédérale et a des critères d'accès et de mise en œuvre spécifiques, notamment la dispensation dans une clinique spécialisée. L'Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants (OAStup), définit quant à elle les buts des TSO, qui sont définis de manière assez large.[2]

Des recommandations nationales, développées par la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM),[3] encadrent la dispensation des TSO et sont périodiquement remises à jour. Les traitements, y compris avec prescription d'héroïne, sont remboursés dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Les TSO sont autorisés en Suisse depuis le milieu des années 1970 mais ont d'abord été dispensés avec un objectif d'abstinence et un haut seuil d'accessibilité. Avec la crise de l'héroïne et la diffusion du VIH/sida, les directives ont été révisées et, dès la fin des années 1980, les TSO sont devenus le traitement « first choice » pour la dépendance aux opiacés avec un objectif primaire de réduction des risques. On comptait ainsi 1 800 personnes ayant accédé à un TSO durant l'année 1987 et quatre ans plus tard ce nombre atteignait déjà près de 11 000. Il a continué à augmenter avant de se stabiliser vers la fin des année 1990. En 2016, on recensait environ 17 700 personnes ayant eu accès à un TSO usuel et 1 750 personnes ayant eu accès à la prescription d'héroïne durant l'année. La Suisse est le seul pays à avoir développé cette dernière modalité de TSO de manière aussi conséquente.

En général et en comparaison européenne, on peut dire que les TSO sont largement développés et encouragés en Suisse, avec un objectif primaire de réduction des risques. Des professionnels se plaignent parfois de certaines contraintes qui sont imposées pour ces traitements mais dans l'ensemble c'est un système qui semble assez bien fonctionner.

La Suisse connaît une très large palette de pratiques dans le domaine des TSO, qui vont de la prescription de méthadone par des médecins généralistes avec dispensation en pharmacie jusqu'à une prise en charge plus complète en centre spécialisé, avec prescription et dis-

[1] *La Suisse est une Confédération regroupant 26 cantons qui disposent tous de pouvoirs étendus, notamment en matière de santé.*

[2] *Éloigner la personne traitée du milieu de la drogue; prévenir la criminalité liée à l'approvisionnement en drogue; faire évoluer la personne traitée vers des formes de consommation de substances psychoactives présentant un risque faible; amener la personne traitée à réduire sa consommation de produits de substitution jusqu'à s'en abstenir.*

[3] *www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/drogen/sucht/substitutionsgestuetzte-behandlungen-bei-opioid-abhaengigkeit.pdf.download.pdf/BAG_Brosch_SGB_f(8)_def.pdf*

pensation sur place de diacétylmorphine. Les TSO usuels peuvent aussi être initiés ou poursuivis en milieu carcéral. Une prison suisse dispose d'une unité pouvant prescrire la diacétylmorphine (héroïne).

Les généralistes au premier plan

Les médecins généralistes jouent depuis toujours un rôle très important dans les TSO et ce sont eux qui mettent sans doute en œuvre la majorité des traitements. En général ils prennent un nombre limité de patients en TSO (10 au maximum selon les recommandations). Certains médecins, surtout dans les grandes villes, se sont spécialisés dans ce domaine et comptent de très nombreux patients mais il est difficile de connaître la part du total des TSO qu'ils prennent en charge.

Les médecins doivent annoncer toute prescription de TSO (comme des prescriptions de benzodiazépines de longue durée pour les dépendances) à leur médecin cantonal, afin notamment d'éviter les doubles prescriptions. Selon les cantons, une formation en médecine de l'addiction est proposée, mais à ce jour il n'y a pas d'obligation de formation pour pouvoir prescrire les TSO.

Les centres et cliniques spécialisées en Addictologie, publics et privés, soutiennent les médecins généralistes et prennent en charge les patients les plus problématiques ou certains dont c'est le premier accès à un tel traitement. De tels centres ne sont toutefois pas disponibles dans toutes les régions et peuvent être remplacés ou complétés par les réseaux de médecins travaillant dans les addictions (COROMA, FOSUMOS, FOSUMIS) qui ont été créés dans différentes régions de Suisse, à l'origine principalement pour offrir un appui aux médecins prescrivant des TSO. La Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM) élabore aussi les recommandations liées aux TSO et développe la formation et la formation continue des médecins dans ce domaine.

Les TSO se sont aussi diffusés dans les centres de traitement résidentiels, traditionnellement orientés vers l'abstinence, avec toutefois toujours des exceptions.

La méthadone a été la première substance autorisée pour les TSO dans les années 1970 et c'est encore aujourd'hui le médicament de premier choix. En 2012, on estimait qu'environ 85 % des TSO (hors héroïne) recourraient à cette substance. La Buprénorphine à haut dosage est autorisée et remboursée depuis 2001 mais elle n'a que peu remplacé la méthadone dans les TSO, n'atteignant jamais 10 % des prescriptions. D'autres substances, notamment la codéine ou l'oxycodon sont aussi utilisées.

Une nouvelle préparation de morphine retard (Sevrelong®) est autorisée depuis quelques années pour les TSO et elle est de plus en plus souvent prescrite quand il y a des contre-indications à la méthadone. Le Suboxone a été autorisé très récemment.

Comme mentionné ci-dessus, la diacétylmorphine (héroïne) fait l'objet de règles spécifiques et s'adresse avant tout aux usagers pour qui les autres TSO n'apportent pas les résultats escomptés. Elle a été introduite la première fois en 1994 et complètement institutionnalisée en 2011. Sa prescription représente environ 9 % de l'ensemble des TSO.

Le faible taux de pénétration de la buprénorphine à haut dosage est probablement lié, comme dans d'autres pays européens, au sentiment que la méthadone permet de meilleurs résultats dans les TSO. Tant les médecins que les patients semblent préférer la méthadone.

Distribution et durée

La plupart des médecins généralistes collaborent avec des pharmacies pour la délivrance des TSO. Toute prescription doit se faire avec une ordonnance spéciale (carnet à souches). La pharmacie qui délivre les produits de substitution doit elle aussi être annoncée au médecin cantonal. Dans les cliniques et cabinets spécialisés la délivrance se fait généralement sur place, mais pour certains patients qui travaillent ou qui vivent loin, la délivrance peut se faire en pharmacie. La fréquence de délivrance dépend de la situation médico-psycho-sociale du patient, et varie le plus souvent entre une fois par jour (notamment au début du traitement) et une fois par semaine. Une remise pour une durée de 3-4 semaines pour des vacances peut être faite.

En général, le médecin suit la demande du patient, mais il n'y a pas de durée minimale ou maximale de traitement exigée. Les recommandations de la SSAM montrent que les médecins suisses considèrent en général qu'il s'agit d'un traitement de longue durée.

La plupart des patients en TSO en Suisse suivent un traitement depuis assez longtemps ou sont d'anciens patients. Les nouvelles demandes de traitement sont relativement peu nombreuses.

Parfois des patients demandent un sevrage des TSO. La SSAM recommande de prendre de telles demandes au sérieux mais aussi d'explorer les motivations de patients, notamment en raison des risques de reprise d'usage d'opioïdes et d'overdoses. Elle recommande une certaine prudence et, le cas échéant, d'opérer une réduction lente de la prise des produits de substitution. Il faut aussi régulièrement aborder, avec les patients, les avantages et désavantages des TSO.

Mésusages et défis du modèle suisse

Une récente étude sur le marché des opiacés dans le canton de Vaud[4] a montré qu'il existait un petit marché inter-

[4] *www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/Rapport_MARSTUP_1.pdf*

usagers pour les produits de substitution mais que celui-ci n'a rien d'un marché organisé. La thématique de la diversion sur le marché noir a parfois été discutée, y inclus dans les médias, mais elle n'est plus un thème depuis de nombreuses années. Comme il n'y a pas de liste d'attente pour les TSO en Suisse et les traitements sont remboursés par l'assurance maladie de base, la demande pour ces produits sur le marché noir est restreinte.

Le détournement de benzodiazépines, particulièrement la midazolam (Dormicum®), qui est mélangé avec l'héroïne, est une thématique récurrente, principalement dans la partie francophone du pays. Des mesures de contrôles sont mises en œuvre par les cantons pour limiter les prescriptions.

On a une vision assez limitée des overdoses et de leurs causes en Suisse du fait de la structure fédérale qui fait que chaque canton/région a ses propres pratiques d'investigation et d'enregistrement. Le nombre de décès liés à la drogue, dont on pense que la majorité est liée aux opiacés, est resté stable entre 2010 et 2015 à environ 130 cas par an. Ce chiffre est souvent comparé aux 300-350 décès par an connu au milieu des années 1990.

Il faut aussi savoir que, en dehors des TSO, il existe différentes autres mesures de réduction des risques en Suisse, notamment une douzaine de structures avec des locaux de consommation supervisés. Si un usager fait une overdose dans un tel lieu, il sera immédiatement pris en charge par le personnel formé puis par les services d'urgence.

La Suisse dispose d'une longue expérience avec les TSO et les mesures de réduction des risques en général. En comparaison internationale, c'est un des pays — et peut-être le pays — qui a développé la plus large palette de mesures dans ce domaine. Cela n'empêche toutefois pas que certaines contraintes, notamment vis-à-vis de la prescription d'héroïne, pourraient être réduites. L'exceptionnalité de ce type de traitement n'a certainement plus la même raison d'être qu'il y a vingt ans. Une certaine « normalisation » des TSO, à travers la réduction des contraintes et règles, reste donc possible.

L'un des défis des TSO en Suisse pourrait être le renouvellement des médecins qui prescrivent ces traitements. En effet, une cohorte de prescripteurs ayant de nombreux patients sous TSO, qui ont commencé à travailler dans ce domaine dans les années 1980, prend sa retraite à l'heure actuelle. L'importance sociale et sanitaire de cette thématique étant largement inférieure à ce qu'elle était il y a trente ans, l'intérêt des médecins pour les TSO s'est aussi réduit.

Trampoline : une nouvelle mode de la bière

Cédric Fazan / directeur de la fondation Tremplin

En Suisse, un centre d'accueil à bas seuil veut changer la manière qu'ont ses bénéficiaires (souvent des polyconsommateurs) de boire la bière — d'abord en transformant son propre règlement sur la consommation d'alcool, puis en impliquant les bénéficiaires dans la fabrication d'une bière qui leur ressemble.

Sommes-nous capables de proposer des prestations innovantes et adaptées aux réalités de consommation de psychotropes en favorisant à la fois la réduction des risques dûs à ladite consommation et la conscience citoyenne des personnes en grande précarité sociale ? Cette question nous anime depuis longtemps et nous avons tenté d'apporter une piste d'intervention nouvelle et bousculante.

En effet, depuis deux ans, les personnes en précarité sociale et en situation d'addiction de notre canton peuvent acheter de la bière au sein du Seuil, notre centre d'accueil à bas seuil d'accessibilité. Mieux, ou pire selon les opinions, cette bière est fabriquée pour eux et ils la brassent eux-mêmes depuis le mois de mai 2017 chez un artisan-brasseur professionnel de la place.

La diffusion dans la presse de ce projet de réduction des risques et de promotion de la citoyenneté n'a laissé personne indifférent. Les réactions anti et pro ont été aussi violentes pour le premier camp, minoritaires heureusement,[1] qu'enthousiastes et encourageantes pour le second. Mais pourquoi la Fondation le Tremplin,[2] une institution de rétablissement et de réinsertion sociale et professionnelle pour personnes en situation d'addictions et vulnérabilité sociale, se met-elle à produire le toxique qui marginalise ses bénéficiaires ? Pire comment ose-t-elle encourager les usagers polytoxicodépendants à brasser leur propre bière ?

Pour tenter de répondre à cette question a priori fort légitime et saisir les enjeux se cachant derrière ce que d'aucun ont nommé la « ligne rouge », il nous faut faire un bref retour à la genèse du projet.[3]

Le défi de l'alcool au Seuil

Nous sommes en novembre 2013. Notre Fondation compte six secteurs dédiés au rétablissement et à la réinsertion sociale et professionnelle. L'un d'entre eux, le centre à bas seuil d'accessibilité « Au Seuil », a pour mission la création et le renforcement du lien social et la réduction des risques en matière de consommation de stupéfiants légaux et illégaux.[4] La pratique depuis plus de trente ans est de bannir la consommation d'alcool à l'intérieur du centre d'accueil, mais d'autoriser celle de tabac. Pourtant, le centre est assimilé aux établissements publics et est soumis depuis plusieurs années à la loi cantonale qui les régit. Si l'exclusion de la fumée ne fait plus débat dans le grand public en Suisse, le centre d'accueil est un cas particulier, une sorte de zone privilégiée, voire une zone de non-droit. Cet état de fait est probablement dû d'une part à une volonté exprimée d'accueillir

[1] *Trois réactions outrées dans la presse locale ; deux quant au fait qu'une institution addiction produise un toxique et une réaction sur la question de l'utilisation de deniers publics.*

[2] *www.tremplin.ch*

[3] *Pour toutes les étapes, nous sommes évalués par une équipe de la Chaire de Travail social de l'Université de Fribourg. Le projet se déroule sur 3 ans.*

[4] *La Loi fédérale sur les Stupéfiants autorise l'utilisation, entre autre, de local de consommation sécurisée. Leur mise en œuvre est, elle, soumise à l'approbation cantonale. Ainsi, Fribourg est un des cantons qui n'a pas recours à cet outil. Notre pratique a mis l'accent sur la réduction des risques sociaux.*

des personnes polydépendantes, perçues comme les plus précarisées, lesquelles fument en très grande majorité. Mais il existe une autre raison, jamais questionnée : il s'agit de garantir le calme dans le centre en évitant les bagarres, dont le principal déclencheur identifié est l'alcool. Et en effet, cela fonctionne conformément aux prévisions : les usagers qui amènent de l'alcool à l'intérieur sont momentanément exclus (sans avoir causé quelque problème que ce soit), les bagarres se déroulent en conséquence dehors, plusieurs fois par semaine et les fumeurs sur alu (dragon chaser) mobilisent les rares WC… ce qui déclenche des échauffourées à l'intérieur avec les usagers qui ont consommé des litres de bières dehors. Un délice et un casse-tête.

Face à cette situation inextricable entre des valeurs de non-exclusion et la réalité dure des situations des personnes accueillies, la nouvelle direction a opté pour un renversement de pratique.

Certes les personnes accueillies sont polyconsommatrices, en situation de grande précarité économique et sociale et ont développé des mécanismes de défense parfois rugueux, mais leur consommation ne leur fait pas perdre leurs droits humains et citoyens. De quel droit, les professionnels que nous sommes décidions à leur place de ce qu'ils seraient capables de faire ou non ? Ils ont des droits, mais ne les revendiquaient peu, maladroitement ou pas. Ils ont des devoirs que nous avions décidé de ne pas leur demander d'exercer. Ils étaient des « citoyens de 2e catégorie » et nous renforcions cette image détériorée par nos pratiques professionnelles. Plus grave encore, les bénéficiaires ont intégré cet état de fait et s'auto-excluaient eux-mêmes. Nous étions, et sommes toujours, déterminés à leur permettre de changer leurs perceptions d'eux-mêmes et leurs rapports à autrui et à renverser les idées reçues. Nous avons donc imaginé un projet en 4 étapes : externalisation de la fumée, autorisation de l'alcool au Seuil, production d'une bière standardisée pour eux et brassage par les consommateurs eux-mêmes.

1re étape : interdiction de fumer (janvier 2014)

Objectif annoncé : les usagers peuvent assumer leur citoyenneté, ce qu'ils revendiquent à juste titre, en assumant leurs droits et devoirs. Nous, lieu d'accueil et les autres unités de la Fondation, sommes là pour les accompagner dans leurs situations. Des permanences sociales assurées par des assistants sociaux sont mises sur pied au sein du centre trois fois par semaine, afin de répondre à leurs questions, leurs problématiques sociales et administratives en complément de l'action sociale apportée jusque-là.[5] Annoncée en décembre 2013, en table ronde, devant une trentaine d'usagers, la décision est différemment appréciée. D'un côté, une majorité reconnaît l'intérêt de la démarche, mieux la salue et nous remercie avec émotion, et de l'autre, certains usagers se sentent exclus. La nouvelle direction présente depuis seulement un mois les mépriserait-elle ? Ils ne viendraient plus, c'était décidé. La réalité a démenti leur intuition, le nombre moyen de repas est passé de 70 par jour à plus de 110. Le matériel de consommation échangé est stable et l'offre d'autres types de matériel (pailles, alu, etc.) a vu le jour via un groupe de pairs. L'ambiance est plus saine, presqu'apaisée.

Par contre, très vite, nous avons constaté l'effet pervers de notre décision : les utilisateurs du lieu, s'ils appréciaient le nouvel intérieur, tendaient à rester devant le centre… à boire davantage d'alcool. Nous vivions l'effet ballon : en évacuant la fumée, nous avions restreint l'accès au centre et évacué les problèmes dehors. Les quantités ingérées d'alcool s'avéraient énormes à nos yeux. De quelques cannettes de 50 cl de bière en promotion à 50 centimes suisses[6] l'unité à plusieurs litres par jours (15 litres pour les « grands buveurs » entre 7 h et 15 h !), leur état somatique, psychique et social nous inquiétait. Par ailleurs, les bières consommées, outre leur prix dangereusement bas (un franc suisse le litre), sont fortement dosées en alcool.[7] Le fait que la très grande majorité des usagers du Seuil sont sous traitement médicamenteux et/ou de substitution et qu'ils « sur-consomment » des stupéfiants achetés au marché noir achevait de nous alarmer et de nous encourager à l'innovation.

2e étape : tolérance de l'alcool (mars 2015)

Objectif annoncé : resserrer le lien éducatif et offrir un lieu sécure, éviter les bagarres à l'extérieur, diminuer le stress, responsabiliser les usagers et améliorer leur image face à la population et au voisinage.

Cette fois aussi, nous l'avons annoncé lors d'une table ronde au Seuil. Les réactions étaient vives de la part des bénéficiaires : ils ne seraient pas capables de « se tenir », l'Armageddon était annoncée. Auto-exclusion quand tu nous tiens ! Une minorité nous remerciait de la confiance que nous leur accordions et se sentaient prêts à ce renversement de pratique. Avec le recul, nous n'avons constaté qu'une seule chose : la tolérance de la consommation d'alcool au Seuil a été un « non-événement ». Même pas une petite rixe, rien !

Nous avions préparé l'équipe éducative à ce changement de paradigme et la réalité du terrain nous donnait raison : les usagers étaient tout-à-fait capables de consommer leurs boissons alcoolisées à l'intérieur sans tout casser.

[5] *Le Seuil dispense les prestations de base en matière de réduction des risques : un accueil inconditionnel et anonyme, des possibilités de douches et lessives, des repas bon marché, de l'orientation bio-psycho-sociale, des activités sportives et culturelles, etc. www.tremplin.ch/seuil*

[6] *1 Franc suisse vaut environ 0,845 euros.*

[7] *Une des bières vendues en grande surface à CHF 0,75/50cl a une teneur de 13,6 % en alcool.*

BIÈRE ARTISANALE BRASSÉE À FRIBOURG
LA BIÈRE DU TREMPLIN DEPUIS 2016
La Trampoline
LA BLONDE
FONDATION LE TREMPLIN

Ils ne vidaient plus leur cannette d'un trait pour rentrer au Seuil, mais en pouvant la consommer dans nos murs, ils buvaient moins vite. Les bagarres ont rapidement diminué en intensité et se sont espacées. Mieux, certains usagers jouent le rôle de « modérateurs » dedans comme dehors. Le lien éducatif est apaisé, resserré et nous avons davantage de temps pour accompagner les personnes dans d'autres moments que ceux liés à la consommation et à la violence.

3e étape : vente de notre premier bock (août 2015)

Objectif annoncé : standardiser le produit tant consommé, garantir un faible taux d'alcool et offrir une bière artisanale de caractère et forte en goût, travailler avec le sentiment d'appartenance des usagers face au Tremplin et « réinvestir » la notion de plaisir.

Après avoir emmené nos collègues d'une attitude de contrôle et de sanction de la présence d'alcool au Seuil à celle de la tolérance de l'alcool à l'intérieur, nous leur demandions d'en servir et d'en vendre ! Un artisan brasseur relève le défi de ciseler une bière exclusive pour le Seuil, selon nos critères. Une première tentative est soumise aux consommateurs. Elle leur plaît, mais trop liquide et ils ne la « sentent » pas. Nous gardons le goût et décidons de plafonner le taux d'alcool à 4,5 %. Elle est vendue à prix coûtant, soit un franc suisse le bock de 25 cl, donc quatre fois plus cher qu'une bière de grande surface. Nous avons mis un soin particulier à l'emballage : un nom qui s'impose, « la Trampoline », un verre ballon imprimé, un sous-bock, des présentoirs avec les activités culturelles et sportives du centre, les nouveautés et les prix. Pour nombre d'entre eux, leur mode de consommation a changé. Nous visions un renforcement de leur citoyenneté, une plus grande normalité dans leur rapport au lieu et un respect accru envers eux-mêmes et leur environnement. Les premiers constats sont positifs. Nous n'avons jamais imaginé « guérir » une personne polydépendante avec la Trampoline, cependant, certains témoignent de changements troublants. Les premiers retours font état d'une amélioration de leur perception d'eux-mêmes, d'une gestion (contrôlée ?) de leur consommation par l'alternance de Trampoline et de bières plus fortes, d'un levier de discussion avec eux quant à leur consommation par le biais du concept de « plaisir » et également une modification positive de notre regard sur eux.

4e étape : les usagers brassent leur propre bière

Objectif annoncé : ouvrir des places de mini-jobs exigeants en termes d'horaires (Rendez-vous à 6 heures du matin), de savoir-faire et d'hygiène, modifier leur rapport au produit et les faire participer dans une autre posture à la vie du Seuil.

Une étape imprévue : la Trampoline, de par son concept et son goût, est sollicitée dans des lieux d'accueil, type bistro social ou lieux socio-culturels. Nous avons relevé le défi et la Trampoline est disponible en bouteilles dans des lieux socio-culturels « partenaires » de la démarche. Les consommateurs sont devenus des « consom'acteurs », puis de vrais producteurs dans l'économie libre ! Mais un problème émerge : que faire du bénéfice ? Nous investissons une partie pour l'autofinancement du projet, mais il reste toujours une somme (minime, certes, mais présente quand même). Notre évaluateur nous a soufflé une réponse jugée géniale par nos bénéficiaires : ladite somme est provisionnée et quelques fois dans l'année, les brasseurs attribuent un don à une association ou à un projet dans le domaine social, culturel ou éducatif. Un acte de citoyenneté !

Au vu des nombreuses visites et sollicitations qu'il suscite, ce projet innovant intéresse les collègues en Suisse et au-delà de nos frontières. S'il a déclenché des réactions, quelques-unes parfois angoissées, il a eu le mérite d'interroger nos valeurs sur des questions cruciales de citoyenneté et d'éthique, d'exclusion-inclusion, de droits humains, de pénalisation de la consommation et de régulation des marchés (légaux et illégaux), de réduction des risques et d'éducation sociale.

Au vu de l'augmentation des personnes fréquentant nos structures, nous faisons le constat que nos réponses, si elles font leurs preuves avec le plus grand nombre, laissent une partie des personnes en précarité se vitrifier dans leur situation. Nous pouvons soit nous accrocher à nos convictions et nous contenter de l'existant, soit tenter de reprendre les « problématiques à zéro ». Nous nous devons d'être inventifs et d'oser bousculer ce qui paraît évident au risque d'être nous-mêmes bousculés. Ce projet nous a obligés à répondre de nos interventions face aux pouvoirs publics, nos partenaires institutionnels et au grand public en dépassant les fausses croyances et certaines certitudes parfois moralisantes et enfermantes. Peut-être même que cette dynamique d'intervention pourrait être transposée pour d'autres produits pour garantir une qualité du produit et responsabiliser les consommateurs-citoyen, qui sait ?

Dommages liés à l'usage de drogue en Europe : anciens et nouveaux défis face aux décès évitables et prématurés

Isabelle Giraudon, Dagmar Hedrich, Alessandro Pirona, André Noor, Jane Mounteney
Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT/EMCDDA), Lisbonne

Rapport Européen sur les Drogues, 2018 : tendances et évolutions

Avec au moins 9 100 overdoses, ou décès provoqués par la drogue, en Europe en 2016 — en augmentation de 4 % depuis 2015 — la consommation de drogues illicites représente un véritable défi de santé public (EMCDDA European Drug Report 2018 : Trends and Developments). Les hommes représentent la majorité (79 %) des décès en 2016. L'héroïne et d'autres opiacés sont responsables de la plupart des décès, et les plus grands nombres de victimes ont été reportés parmi les adultes de 35 à 39 ans. Ces décès évitables et prématurés (auxquels il faut ajouter des centaines de morts d'adolescents ou de jeunes adultes au début de leur vingtaine) signifient que nous sommes en train de perdre des milliers d'années de vie en Europe tous les ans.

Bien que les taux de mortalité et d'overdose en Europe sont loin de ceux rapportés aux États-Unis (68 000 morts en 12 mois, dont plus de 45 000 liés aux opiacés) (Ahmad 2018), les overdose fatales et l'identification des menaces à la santé liées à l'évolution du problème des drogues sont devenues des priorités européennes de santé publique.

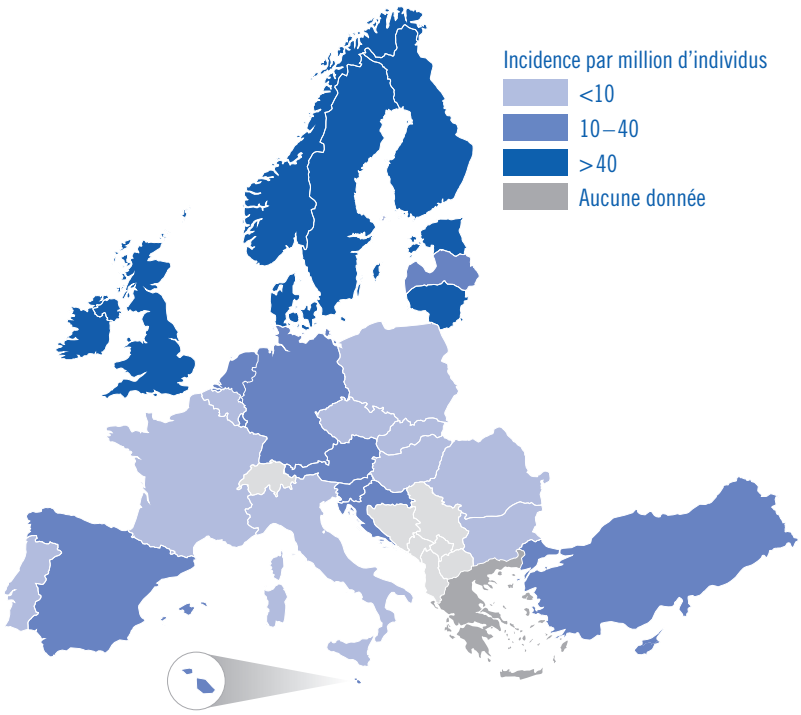
Recueil de données

Les statistiques sur la mortalité dans l'Union européenne, la Norvège et la Turquie sont communiquées à l'OEDT, qui se charge de les rassembler. À cet effet, nous utilisons une définition commune de « mort liée à la drogue » pour toute l'Europe : « un décès survenant peu après la consommation d'une ou plusieurs drogues psychotropes illicites, et directement lié à cette consommation ». Un protocole européen indique les codes de la Classification Statistique Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS à utiliser pour extraire les causes du décès pertinentes à partir des différentes statistiques nationales de mortalité. Ces codes nous informent tant sur l'intentionnalité du décès (accident, suicide, ou intention indéterminée) que sur les substances impliquées. Le protocole précise les cas à prendre en compte quand nous utilisons des sources complémentaires comme les registres spéciaux de mortalité pour les décès liés aux drogues, qui sont établis par la police ou les services médico-légaux.

Bien que la qualité des données se soit améliorée au cours des dernières années, et que la plupart des pays se conforment aux directives communes, nous avons une visibilité limitée quant aux drogues impliquées. Les investigations toxicologiques ne sont pas menées systématiquement au même niveau dans tous les pays de l'Union. Nous avons aussi des problèmes de communication des données, avec seulement 15 des 30 pays ayant communiqué des données standardisées à partir de leurs registres spéciaux sur l'année passée (Bulletin Statistique de l'OEDT, 2018). Il existe aussi des différences dans la façon d'utiliser les rapports toxicologiques qui guident la sélection du codage final de la cause du

→

Figure 1. Taux de mortalité liée aux drogues chez les adultes de 15 à 64 ans
Source : adapté à partir de : EMCDDA, European Drug Report, 2018



décès ; et des différences dans les méthodes de codage d'un pays à l'autre. Dans certains pays, il est donc difficile d'extraire les cas d'overdoses de registres généraux de mortalité. Les données de certains pays sont donc sans doute sous-estimées et les comparaisons simplistes doivent être évitées (England, 2017; Millar, 2017; Leifman, 2017).

Différentes populations de victimes

Tout en gardant à l'esprit ces différences dans le recueil des données, nous pouvons souligner quelques contrastes démographiques entre les populations de différents pays européens touchés par la mortalité liée à la drogue. La proportion d'hommes est considérablement au dessus de la moyenne en Europe du sud-est ; ils représentent 95 % de décès en Turquie, 93 % au Portugal, 90 % en Hongrie et en Italie, et 88 % en Slovénie. Les victimes varient aussi en âge : les morts déclarés sont beaucoup plus jeunes dans certains pays du sud comme la Turquie (âge moyen : 31) et la Roumanie (32), mais aussi dans les pays baltiques comme la Lettonie et l'Estonie (34) comparés à la moyenne européenne de 43 ans.

L'intention présumée des décès (accident ou suicide) varie aussi. Dans beaucoup de cas, l'intentionnalité est indéterminée ou non communiquée. Quand l'information nous était accessible, par contre, le code utilisé pour les intentions suicidaires était deux à cinq fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. L'intention suicidaire est aussi plus souvent notée dans les pays d'Europe du nord comme la Pologne, les Pays Bas, la Belgique, le Danemark, la Suède et la Norvège, où ces cas représentent 15 % ou plus des overdoses annotées d'informations complémentaires. Ceci découle sans doute de différences dans les manières d'établir les circonstances du décès, dans les pratiques de codage, ou dans le niveau de détail des données communiquées ; mais aussi, dans une certaine mesure, de différences dans les populations à risques et dans les modes de consommation à risque élevé d'un pays à l'autre. Cette diversité en termes d'âge, de genre, et d'intentionnalité révèle la complexité des drogues comme problématique de santé publique pour l'Europe, et suggère qu'il n'existe pas de remède simple et unique à tous ses aspects.

Enfin, il existe des différences dans les taux de mortalité par overdose. Il est le plus élevé en Europe du nord, comparé à la moyenne européenne (estimée à 21,8 morts par million d'individus âgés de 15 à 64 ans en 2016) (figure 1). Nous devons être prudents dans nos analyses de ce phénomène, car la proportion de décès liés aux drogues dans la population générale est influencée par des facteurs tels que la prévalence et les modes d'usage de drogues, qui déterminent, respectivement, la nombre d'individus à risque d'une région, et le niveau de risque encouru par cette population. Une analyse approfondie des données liées aux drogues en 2017 en a conclu que les comparaisons simplistes étaient à proscrire, qu'aucun élément contextuel ne pouvait expliquer à lui seul les données et les tendances sur les décès liés aux drogues. Cette analyse prévient aussi qu'aucune mesure unique ne saurait être efficace partout (Millar et McAuley, 2017).

Des tendances communes

Malgré ces différences non-négligeables à travers l'Europe, on y trouve aussi des aspects communs. Le premier est l'implication massive des opiacés dans les décès liés à la drogue.

L'héroïne et d'autres opiacés sont identifiés dans plus de 80 % des décès rapportés. Les décès liés à l'héroïne ont augmenté en Europe, particulièrement au Royaume-Uni, où neuf cas sur dix (87 %) impliquent des opiacés. Il y a eu une ré-augmentation des décès liés à l'héroïne et la morphine en Angleterre et dans le Pays de Galles (une augmentation de 18 % en un an et de 44 % en deux ans). Ceci est reflété en Écosse, où l'on a compté 473 décès liés à l'héroïne ou à la morphine en 2016 (+37 % depuis 2015).

En France, selon le registre spécial de mortalité, l'héroïne est impliquée dans un tiers (30 %) des cas en 2015, le double par rapport à 2012. Comme dans d'autres pays, on trouve souvent d'autres opiacés dans les examens post-mortem. La méthadone est la plus souvent détectée, mais on trouve aussi la buprénorphine (en Finlande), des dérivés de fentanyl (particulièrement en Estonie) et du tramadol.

Bien que les opioïdes soient responsables de la plupart des décès, les stimulants (en particulier la cocaïne, les amphétamines, la MDMA et les cathinones) sont aussi impliqués dans beaucoup d'accidents fatals.

Pour ce qui est de la cocaïne, le crack en particulier, plusieurs pays de l'Europe de l'ouest ont signalé une augmentation des intoxications (fatales ou non), ce qui pourrait être lié à un accès plus facile et une plus grande pureté du produit (OEDT 2018).

En plus de l'impact important des opiacés dans la plupart des pays, les pays de l'Union ont aussi en commun le vieillissement des populations d'usagers. Entre 2012 et 2016, les overdoses fatales dans l'Union européenne ont augmenté dans tous les groupes d'âge au-dessus de 30 ans (figure 2), et ont plus que doublé chez les plus de 50 ans (+ 55%). Le risque accru des opiacés parmi les plus âgés reflète et révèle le phénomène de vieillissement parmi les populations d'usagers d'opiacés en Europe. En tout, nous avons estimé le nombre d'usager d'opiacés à risque élevé en Europe à 1,3 million en 2016. Le vieillissement de ces populations est particulièrement prononcé dans les pays d'Europe de l'ouest et du nord, une conséquence du fait que l'épidémie d'héroïne a commencé plus tôt dans ces régions (entre les années 1970 et 1990) que dans les régions d'Europe de l'est.

Le défi des drogues synthétiques

Dans ce contexte de vieillissement des usagers et d'augmentation des dommages causés par l'héroïne et la cocaïne dans certains pays, les nouveaux produits de synthèse inquiètent et mettent les politiques de drogue actuelles à l'épreuve (Pirona, 2017). Les cannabinoïdes et les opiacés synthétiques inquiètent particulièrement : une enquête à l'échelle européenne, menée en 2017 pour évaluer les risques causés par les cannabinoïdes synthétiques, a conclu que quatre d'entre eux étaient impliqués dans plus de 80 décès en Europe (OEDT, EDR 2018).

Parmi les opiacés, cela fait longtemps que le fentanyl a été identifié comme la substance la plus dangereuse (Mounteney 2015). Cependant, de nouveaux éléments indiquent l'ampleur du problème. Cinq dérivés du fentanyl ont fait l'objet d'une enquête par Europol et l'OEDT en 2017, et l'évaluation du risque a révélé qu'ils avaient été impliqués dans plus de 160 décès. Malgré le développement de la capacité des laboratoires à travers l'Europe à mener des études médico-légale toxicologiques, tous les laboratoires n'ont pas adopté les procédures adéquates pour détecter ces drogues lors d'examens post-mortem. Ceci a sans doute pour conséquence la sous-estimation du nombre de décès impliquant ces nouveaux produits de synthèse (Leifman 2017, Heinemann 2017).

Prévenir l'overdose et sauver des vies : ce qui marche

Les réponses de santé publique aux dommages causés par les drogues ont pour but de réduire la vulnérabilité des usagers en rendant les services pertinents disponibles et accessibles (OEDT, Réponses sanitaires et

Figure 2. Nombre de décès liés aux drogues dans l'Union européenne en 2012 et 2016 (ou année la plus récente), par tranche d'âge

Source : adapté à partir de : EMCDDA, European Drug Report, 2018

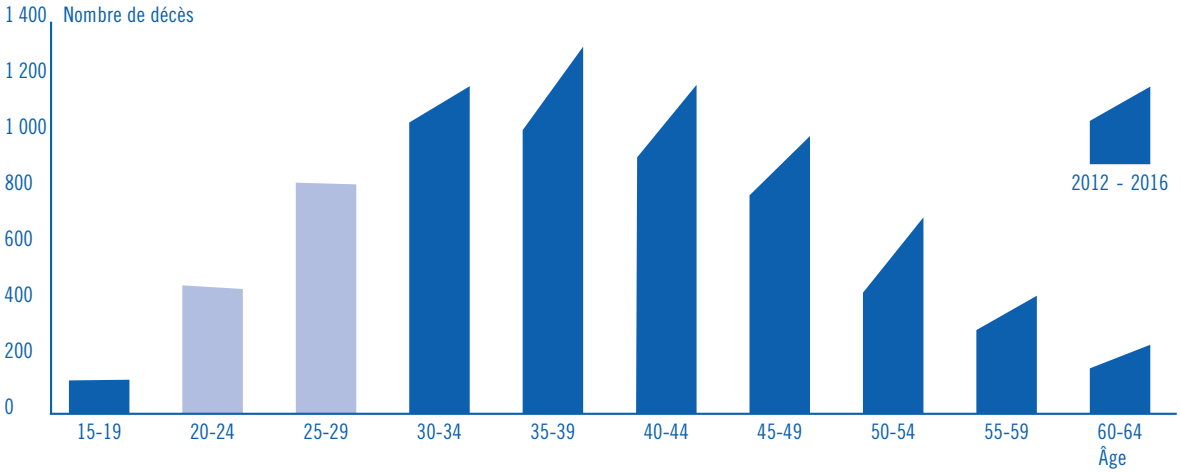
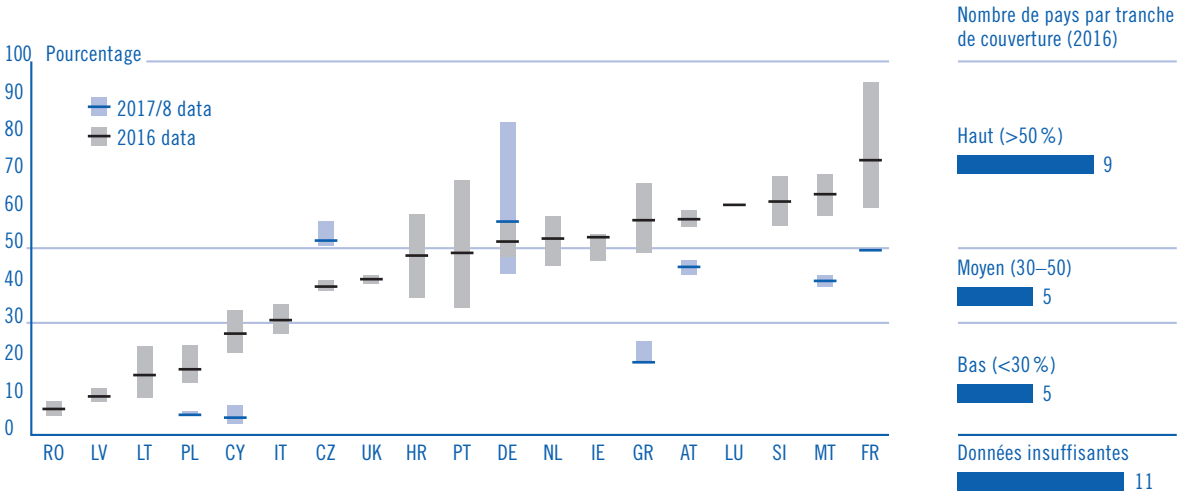


Figure 3. Couverture des traitements de substitution (en pourcentage d'usagers suivant un traitement) en 2016 ou année la plus récente

Source : adapté à partir de : EMCDDA, European Drug Report, 2018

NB : les données sont affichées sous forme d'estimations ponctuelles et d'intervals d'incertitude



sociales aux problèmes de drogues : un guide européen, 2017).

Les pays européens ont mis en œuvre une série de mesures comme l'évaluation du risque d'overdose et le prolongement du soin entre la communauté libre et la prison. Dans l'idéal, les professionnels travaillant dans des contextes de soin, de traitement de l'addiction, et de premiers secours devraient systématiquement assurer la prévention, l'éducation, et l'assistance par rapport aux overdoses. Les interventions d'évaluation du risque d'overdose pourraient encourager une identification plus rapide des usagers à risque élevé.

Vingt-huit des 30 pays (les 28 pays de l'Union, la Norvège et la Turquie) ont rapporté avoir distribué de la documentation sur les risques d'overdose. Plusieurs mesures de prévention ciblent les prisons, comme l'éducation précédant la sortie, le prolongement ou l'initiation de traitements de substitution par voie orale, ou la redirection vers des structures de suivi médical et de traitement en communauté (OEDT, Prévenir les overdoses fatales en Europe, 2017).

Plus généralement, les traitements de substitution, souvent associés à des interventions psychosociales, sont l'approche la plus répandue pour les dépendances aux opiacés en Europe. Cette approche est largement soutenue par les études existantes qui en montrent les résultats positifs en termes de maintien du traitement, de pratiques d'injection, d'usage d'opiacés illicites, et de décès liés à la drogue (Sordo, 2017). En Europe, près de la moitié des usagers dépendant des opiacés suivent un traitement de substitution. On estime qu'en Europe, 636 000 patients ont bénéficié d'un traitement en 2016 (Figure 3). La majorité des usagers d'opiacés en traitement sont des hommes d'âge moyen ou avancé ayant suivi un traitement à long terme depuis plusieurs années. La méthadone est l'opiacé le plus prescrit pour les traitements de substitution (pour 63 % des patients), suivie de médicaments à la buprénorphine (pour 33 % des patients). La méthadone est préférée dans huit des 30 pays.

De nouvelles réponses

Pour compléter cette approche par le traitement, des interventions comme les salles de consommation à moindre risque et les programmes de take-home naloxone (THN) ont été introduits en Europe. Dans les salles, les usagers peuvent consommer leurs produits dans des conditions d'hygiène et de sécurité, en bénéficiant de l'accompagnement direct de professionnels en cas d'overdose. Les salles de consommation contribuent à diminuer les pratiques d'injection risquées et la mortalité par overdose, et aident à améliorer l'accès aux soins médicaux, aux traitements, et à d'autres services sociaux pour les usagers les plus précaires. À l'heure actuelle, 78 salles sont ouvertes dans 56 villes de 6 pays de l'Union et de la Norvège (EMCDDA European Drug Report 2018 : Trends and Developments).

La naloxone est un antagoniste des opiacés qui permet d'interrompre une overdose. Les professionnels l'utilisent depuis des décennies dans des hôpitaux du monde entier en situation d'urgence. Depuis quelques années, il y a eu une expansion des programmes de « take home » ciblant les usagers d'opiacés, leurs pairs, et leurs proches. Les programmes impliquent de distribuer des kits de naloxone à des individus formés à reconnaitre les signes d'une overdose et à y répondre.

En 2017, ces programmes existaient dans 10 des 30 pays européens. Des études montrent que la naloxone est efficace quand elle est distribuée en même temps que des interventions d'éducation et de formation (EMCDDA 2015). Certaines populations particulièrement concernées par le risque d'overdose, comme les personnes récemment sorties de prison et les patients qui abandonnent leur traitement de substitution, pourraient bénéficier de la naloxone. En Estonie, en France, au Royaume-Uni (et en Norvège à partir de 2018), les prisonniers bénéficient déjà de ces initiatives. Bien que la naloxone soit traditionnellement distribuée sous forme injectable, de nouvelles formules d'application nasale viennent d'être introduites en Europe, et pourraient faciliter les interventions de l'entourage.

Prochaines étapes

Des milliers de décès prématurés et évitables liés à la drogue se produisent tous les ans en Europe. L'étendue, l'urgence, et la nature multiforme du problème nécessitent une évaluation plus approfondie des risques d'overdose et des améliorations dans les réponses aux niveaux des systèmes, des services, et des individus. Il justifie aussi une surveillance accrue et des systèmes d'alerte efficaces qui nous permettront de mieux comprendre, contrôler, et faire face à l'épidémie des overdoses fatales. L'évolution du marché des drogues est un défi pour nos services, qui doivent répondre aux besoins d'usagers d'opiacés plus âgés ; mais aussi d'usagers plus jeunes et d'usagers consommant de nouveaux produits. Même si les opiacés (surtout l'héroïne) restent la base des pratiques de poly-consommation qui conduisent à la mort, l'augmentation récente des dommages liés à l'héroïne et à la cocaïne ravive nos inquiétudes. Avec les dommages — encore une fois, sans doute sous-estimés — causés par les nouveaux produits de synthèse comme les opiacés synthétiques, l'évolution du contexte des drogues nécessite des ajustements constants et des évaluations fréquentes de nos actions. Des preuves existent déjà pour justifier les bonnes pratiques de prévention, de réduction des risques, et de traitement. Des initiatives novatrices sont implémentées dans toute l'Europe, et peuvent contribuer à consolider ces preuves et à encourager la diffusion des réponses en Europe.

Remerciements aux experts nationaux et aux points de contact de Reitox ; et à l'EMCDDA, à Federica Mathis, Linda Montanari, Kathy Robertson et Julian Vicente

Ahmad FB, Rossen LM, Spencer MR, Warner M, Sutton P. Provisional drug overdose death counts. National Center for Health Statistics. 2018. Available from www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm

EMCDDA (2010) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Standard protocol to collect data and report figures for the key indicator drug-related deaths (DRD-Standard, version 3.2). EMCDDA, Lisbon, June 2010. Available from www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index107404EN.html

EMCDDA (2015) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 'Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone', EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Available from www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/naloxone-effectiveness_en

EMCDDA (2017) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Health and social responses to drug problems: a European guide. Lisbon, October 2017. Available from www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en

EMCDDA (2017) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Preventing overdose deaths in Europe (Perspectives on drugs). Available from www.emcdda.europa.eu/publications/pods/preventing-overdose-deaths_en

EMCDDA Statistical Bulletin 2018. Available from www.emcdda.europa.eu/data/stats2018_en

EMCDDA European Drug Report 2018: Trends and Developments. Available from www.emcdda.europa.eu/edr2018

EMCDDA Best Practice Portal, 2018. Available from www.emcdda.europa.eu/best-practice

EMCDDA (2018) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Cocaine and crack trends in Europe. Results from a Trendspotter study. 2018 (in press).

Kathleen England. Codification practices of drug related deaths following the WHO revision of ICD coding guidelines related to DRDs – Part I. A review of the Inventory of the national Special Mortality Registries in Europe with a focus on information flow to the General Mortality Registries – Part II. Codification practices in some countries following the WHO revision of ICD coding guidelines related to DRDs – Part III. Available from www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/assessment-drug-induced-death-data_en 2017

Axel Heinemann and Stefanie Iwersen- Bergmann. Analysis of practices of post mortem toxicology of drug-related deaths cases in 28 EU countries, Turkey and Norway 2017. Presentation at the 2017 annual expert meeting of the Reitox DRD experts. October 2017. Available from www.emcdda.europa.eu/meetings/2017/drd

Håkan Leifman. Drug-related deaths in Sweden – Estimations of trends, effects of changes in recording practices and studies of drug patterns. June 2017. Available from www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/assessment-drug-induced-death-data_en 2017

Tim Millar and Andrew McAuley. EMCDDA assessment of drug-induced death data and contextual information in selected countries. June 2017. Available from www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4667/Assessment%20of%20drug-induced%20death%20data.pdf

Jane Mounteney, Isabelle Giraudon, Gleb Denissov, Paul Griffiths. Fentanyls: Are we missing the signs? Highly potent and on the rise in Europe. Int J Drug Policy. 2015 Jul;26(7):626-31. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.04.003. Epub 2015 Apr 17.

Alessandro Pirona, Alessandra Bo, Dagmar Hedrich, Marica Ferri, Nadine van Gelder, Isabelle Giraudon, Linda Montanari, Roland Simon, Jane Mounteney. New psychoactive substances: Current health-related practices and challenges in responding to use and harms in Europe. Int J Drug Policy. 2017 Feb;40:84-92.

Luis Sordo, Gregorio Barrio, Maria Jose Bravo et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ. 2017 Apr 26;357:j1550. doi: 10.1136/bmj.j1550.

PREFACE

1 **Guerres à la drogue en Europe**
Didier Jayle, Gilles Pialoux

FRANCE

6 **La création d'un système de substitution moderne en France**
Didier Jayle, William Lowenstein
11 **PES - SAFE, un programme d'échange de seringues par voie postale**
Florence Arnold-Richez
13 **Médecins du Monde en Géorgie : un programme de réduction des risques et de plaidoyer**
Elisabeth Avril, Véronique Miollany
17 **Éducation à l'injection : l'absence de jugement à l'épreuve**
Marie Jauffret-Roustide, Marie Debrus, Yaelle Dauriol, Aude Wyart

ALLEMAGNE

21 **En Allemagne, une nouvelle circulaire étend les traitements de substitution**
Texte adapté d'une présentation donnée par le Dr. Kenan Maric-Horstmeyer
24 **Les distributeurs automatiques de seringues en Rhénanie-du-Nord-Westphalie**
Daniel Deimel
27 **Échanges de seringues en prison : une controverse qui persiste**
Heino Stöver

ROYAUME-UNI

30 **« Le gouvernement britannique ne nous soutient plus »**
Texte adapté d'une interview avec Alex Stevens
34 **La distribution de naloxone en Écosse**
Andrew McAuley

PAYS-BAS

36 **Substitution aux Pays-Bas : le vieillissement des usagers**
John-Peter Kools
40 **Hépatite C aux Pays-Bas : intégrer les soins aux services d'addiction**
Esther Croes
42 **Salles de consommation aux Pays-Bas : vingt ans de militantisme**
Daan van der Gouwe

ITALIE

44 **TSO en Italie : petite histoire de la réduction des risques**
Paolo Jarre
50 **Take Home Naloxone : un mouvement pionnier**
Susanna Ronconi

ESPAGNE

55 **Les initiatives catalanes pour la réduction des risques**
Joan Colom Farran

PORTUGAL

59 **La réduction des risques au Portugal : une vue d'ensemble**
Luis Patricio

SUISSE

64 **La Suisse, leader en traitements assistés à l'héroïne**
Frank Zobel, Barbara Broers
67 **Trampoline : une nouvelle mode de la bière**
Cédric Fazan

EUROPE

71 **Dommages liés à l'usage de drogue en Europe : anciens et nouveaux défis face aux décès évitables et prématurés**
Isabelle Giraudon, Dagmar Hedrich, Alessandro Pirona, André Noor, Jane Mounteney

Avec les dernières données de l'OEDT
Juin 2018

Retrouvez ces articles en anglais et en français sur vih.org

Swaps voyage en Europe !

Retrouvez ces articles en anglais et en français sur vih.org

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Comité de rédaction

France
Jean-Pierre Daulouède
Michel Gandilhon
Didier Jayle
Marie Jauffret-Roustide
Michel Kazatchkine
France Lert
William Lowenstein
Gilles Pialoux

Europe
Werner Sipp (Allemagne)
Alex Stevens (Royaume-Uni)
Franck Zobel
Jean-Félix Savary (Suisse)
Luis Patricio (Portugal)
Joan Colom Farran (Espagne)
Paolo Jarre (Italie)
John-Peter Kools (Pays-Bas)
Isabelle Giraudon (EMCDDA)

Secrétaire de rédaction
et traducteur
Virgil Blanc
Réalisation graphique
Céline Debrenne
Print
Alliance Reims
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870
Commission paritaire : en cours

SWAPS
Chaire d'addictologie CNAM
2, rue Conté
75003 Paris

swaps@pistes.fr
www.pistes.fr/swaps

En partenariat avec

CRIPS Prévention • Santé • Jeunesse
Île de France
SOS addictions
en parler autrement, agir autrement

Avec le soutien de la Direction générale de la Santé

Liberté • Égalité • Fraternité
République Française
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Grâce à un don de INDIVIOR LTD

INDIVIOR
Focus on you.

Dans ce tout premier numéro européen, *Swaps* présente un compte rendu de l'état de la réduction des risques dans l'Union européenne à travers des perspectives d'experts de plusieurs pays. Malgré son rôle précurseur dans la réduction des risques et dans l'avancement de mesures politiques basées sur les faits, l'Europe et ses pays membres restent ambigus par rapport aux politiques des drogues, au dogme de l'interdit, à la criminalisation de la consommation, a la priorité de la santé, et au rôle des forces de l'ordre.

Dans ce cadre, mieux comprendre l'histoire et l'état actuel de la réduction des risques en Europe et échanger sur les meilleures pratiques sont des initiatives salutaires pour rester vigilants ensemble. Le conservatisme et le populisme qui se développent en Europe représentent une menace directe pour les progrès que nous avons faits avec la réduction des risques.

C'est l'expérience européenne qui a établi l'ensemble indiscutable de preuves de l'efficacité des interventions de réduction des risques pour la prévention du VIH et des hépatites. L'infection par le VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse n'est plus un problème en Europe de l'Ouest.

Cependant, des transformations considérables se sont produites dans les dernières années autour de la problématique des drogues, tant au niveau européen qu'au niveau global. Dans le débat sur les politiques de drogue, le discours public et la mise en œuvre des mesures politiques ont évolué. Je pense qu'il est temps de revenir sur notre terminologie, et de reconnaître la méthadone comme le traitement le plus efficace contre la dépendance aux opiacés, plutôt que de l'appeler « substitution » (ce que la plupart des pays refuseraient de faire), et/ou simple outil de réduction des risques.

Quand je lis ces comptes rendus, je me demande aussi s'il n'est pas temps que le mouvement pour la réduction des risques se détache, d'une manière ou d'une autre, de la médecine et du VIH pour adopter une position plus politique. Réduire le risque, c'est aussi lutter contre des mesures politiques inadaptées ; c'est militer pour la décriminalisation de l'usage, des infractions mineures, et des acteurs non violents dans le trafic de drogues, et pour que le rôle et les comportements des forces de l'ordre changent. Enfin, réduire le risque, c'est aussi redoubler nos efforts pour prévenir les overdoses, comme doivent le faire les États-Unis et le Canada, où le fentanyl est de plus en plus facile d'accès ; et de mener des expériences, le plus rapidement possible, pour mettre à l'essai des modes inexplorés de prévention des dommages liés aux nouveaux produits synthétiques.

MICHEL KAZATCHKINE
Président de l'association Pistes (éditeur de *Swaps* et vih.org)
Membre de la Commission mondiale pour la politique des drogues