



emcdda.europa.eu

Substitution treatment

EMCDDA 2000 selected issue

In EMCDDA 2000 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union

Questions particulières

Ce chapitre étudie trois questions spécifiques relatives au problème de la drogue en Europe: les traitements de substitution, la répression des infractions liées à la drogue et les problèmes des femmes toxicomanes et de leurs enfants.

Traitements de substitution

Les traitements de substitution ont fait leur apparition dans l’UE à la fin des années 60 en réponse au début de la consommation d’opiacés. Avec l’extension de ce type de consommation, les services de substitution ont suivi, même si les pratiques variaient considérablement — et continuent de le faire. La législation correspondante, les pratiques de prescription et l’organisation générale des services de substitution diffèrent aussi beaucoup au sein de l’UE.

Ces traitements consistent à prescrire aux usagers de la drogue une substance de «substitution» semblable ou identique à la drogue habituellement consommée. Une distinction est faite entre la désintoxication — réduction progressive de la quantité de drogue jusqu’à ce que sa consommation soit nulle — et l’administration de doses d’entretien — fourniture à l’usager d’une quantité suffisante pour réduire le comportement à risque ou tout autre dommage connexe durant une période plus longue. Les consommateurs d’héroïne (ou d’autres opiacés) consti-

tuent l’essentiel des patients, les usagers de drogues autres que les opiacés se voyant plutôt prescrire des produits de substitution pour désintoxication. La présente section se concentre exclusivement sur le traitement pour dépendance aux opiacés.

Produits de substitution

Les produits de substitution sont soit des agonistes — qui activent les récepteurs d’opiacés du cerveau, créant ainsi l’effet d’une consommation de drogues — ou des agonistes-antagonistes — qui, tout en activant les récepteurs d’opiacés du cerveau, limitent ou suppriment simultanément l’effet d’autres opiacés ou opioïdes pris simultanément. Certaines substances comme la buprénorphine combinent les caractères agoniste et antagoniste. Les produits de substitution utilisés pour traiter la dépendance à l’héroïne sont soit des opiacés — substances dérivées du pavot somnifère telles que la morphine ou la codéine, de même que l’héroïne produite à partir de la morphine — ou des opioïdes — substances synthétiques à effet analogue à celui des opiacés, telles que la buprénorphine ou la méthadone.

Tableau 1

Produits de substitution utilisés dans l’UE				
Produit de substitution	Caractéristiques de la substance	Pays signalant l’usage de cette substance (1)	Prix moyen estimé par semaine de traitement (en euros) (2)	Utilisation pour désintoxication ou entretien
Buprénorphine	Opioïde agoniste-antagoniste à action très longue	Belgique, Danemark, France, Italie, Autriche, Royaume-Uni	65	Les deux
Dihydrocodéine	Opioïde agoniste «faible» semi-synthétique à action brève	Belgique, Allemagne, Luxembourg	40	Les deux
Héroïne	Opiacé «fort» agoniste à action brève	Pays-Bas, Royaume-Uni	200	Suivi
LAAM	Opioïde synthétique agoniste à action très longue	Danemark, Allemagne, Espagne, Portugal	45	Les deux
Méphénon [®]	Opioïde synthétique agoniste à action prolongée	Luxembourg	8	Les deux
Méthadone	Opioïde synthétique agoniste à action prolongée	Tous les pays membres de l’UE	20	Les deux
Morphine à libération lente	Opiacé agoniste à action prolongée	Autriche	40	Les deux

(1) Les produits de substitution signalés dans moins de vingt cas ne sont pas indiqués ici.

(2) Entretien d’un usager à: 8 mg de buprénorphine par jour; 1 500 mg de dihydrocodéine par jour; 400 mg d’héroïne par jour; 350 mg de LAAM par semaine; dix comprimés de méphénon[®] par jour; 50 mg de méthadone par jour; 400 mg par jour de morphine à libération lente.

L'effet dans le temps des produits de substitution varie, ce qui influe sur leur mode d'administration. La substance à action la plus prolongée est le lévoalpaacétylméthadol (LAAM), dont la fréquence d'utilisation peut être réduite à trois fois par semaine. La morphine à libération lente peut être administrée tous les deux jours, alors que la méthadone et le méphénon^R (méthadone en comprimés) doivent être pris tous les jours. L'héroïne et la dihydrocodéine doivent être pris au moins tous les deux jours.

Le tableau 1 montre que la méthadone reste le produit de substitution le plus communément utilisé dans l'UE, bien qu'elle n'ait plus le statut exclusif qu'elle avait autrefois. D'autres produits sont apparus depuis qui, en dépit de leurs caractéristiques diverses, servent à la fois pour la désintoxication et l'entretien.

Introduction de traitements de substitution dans l'UE

Après une expérience en 1994-1997 consistant à prescrire de l'héroïne à des toxicomanes chroniques essentiellement pour une maintenance, la Suisse continue d'utiliser de l'héroïne comme alternative à la méthadone. L'expérience suisse a conduit à un débat sur la prescription d'héroïne dans tous les États membres de l'UE, et, bien que des expériences semblables aient été proposées dans plusieurs d'entre eux, seuls les Pays-Bas les ont réellement lancées en 1997, tandis que, en

Allemagne, le cadre juridique de telles expériences n'a été approuvé qu'en 1999. Les expériences françaises utilisant la buprénorphine en 1996 ont conduit à des tentatives analogues à petite échelle au Danemark (1998), en Allemagne (1999) et en Autriche (1997) et à l'obtention d'une licence pour ce produit au Royaume-Uni en 1999 et en Allemagne en 2000. Les expériences utilisant le LAAM se sont répandues à partir du Portugal en 1994 à l'Espagne, en 1997, et au Danemark, en 1998.

Tandis que le tableau 2 confirme à nouveau la prédominance de la méthadone, il illustre également le temps qu'il a fallu pour que ce produit soit introduit dans tous les pays de l'UE. Bien que, dans certains pays, de nouveaux produits de substitution soient toujours utilisés à titre expérimental, leur importance s'accroît.

Une évaluation du traitement ambulatoire à la méthadone en Allemagne, conduite de 1995 à 1999 par l'Institut de recherche thérapeutique (IFT) de Munich, a indiqué une baisse de la consommation de drogues avec une amélioration des aptitudes et des relations sociales durant la période considérée.

Une étude conduite en 1997 aux Pays-Bas a montré que jusqu'à 90 % des patients consommant une dose moyenne journalière de 50 mg de méthadone prenaient aussi de la cocaïne et de l'héroïne et que 70 % consommaient de l'alcool. Les premiers résultats d'une étude lancée par le ministère de la santé sur l'effet de différents dosages de méthadone sur des groupes expérimentaux indiquent que le groupe ayant reçu les doses les plus élevées se stabilisait davantage, avec une détérioration moins fréquente de sa santé et de ses aptitudes sociales et même une tendance plus fréquente à l'amélioration.

En Autriche, une évaluation conduite en 1997 a indiqué que la buprénorphine peut être prescrite aux femmes enceintes car les enfants nés de mères prenant cette substance ne manifestent pas de syndromes de sevrage comme ceux de mères prenant de la méthadone.

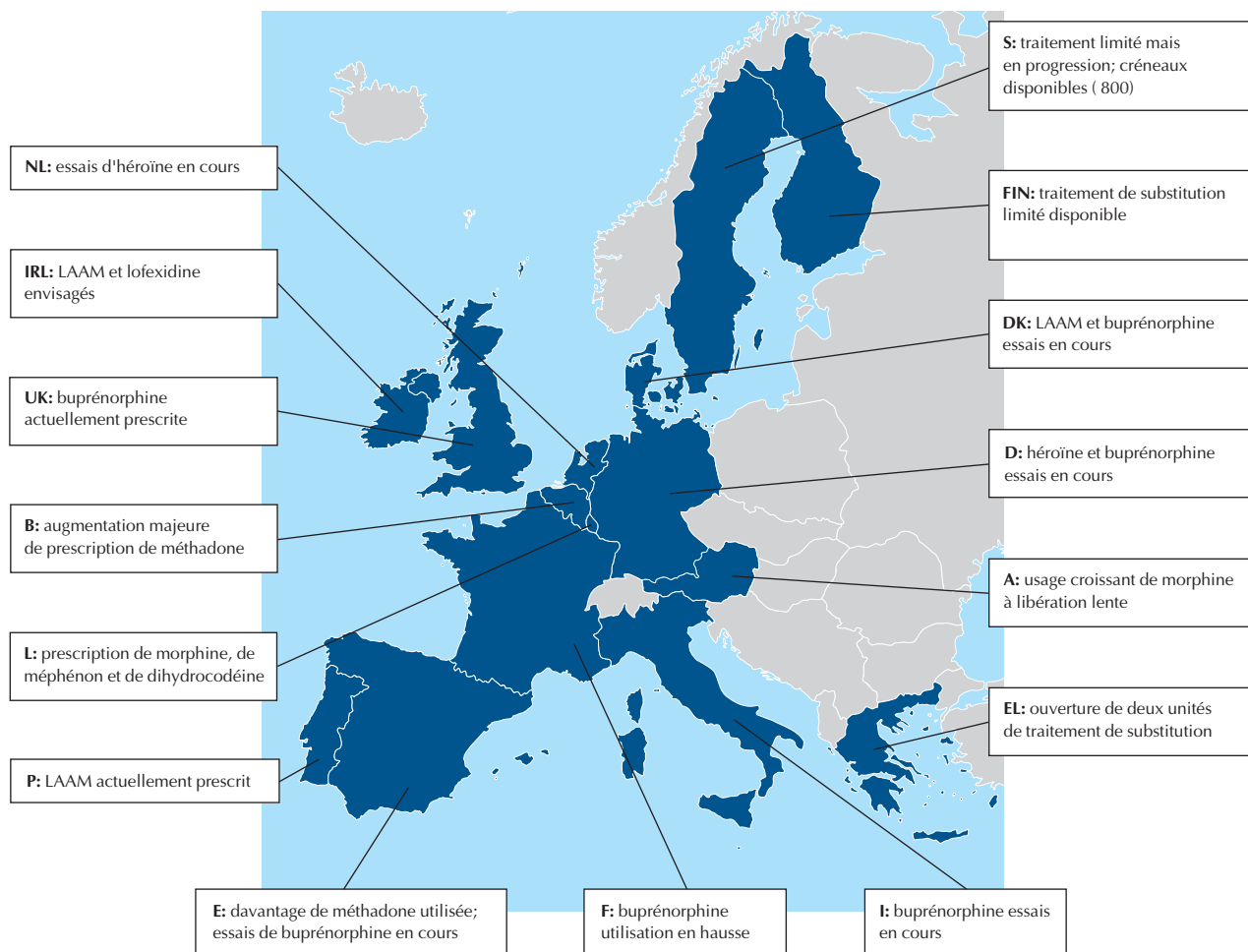
Alors que les expériences de substitution au LAAM ont échoué aux Pays-Bas au début des années 90 parce que les toxicomanes refusaient d'y participer, le Portugal a fait état de résultats positifs dans l'ensemble, avec 64 % des 99 participants restant fidèles au programme. Une étude de suivi portant sur 38 patients a montré que 61 % n'ont pas rechuté.

Tableau 2 Introduction de traitements de substitution dans l'UE

Pays	Introduction du traitement à la méthadone	Introduction d'autres produits de substitution ⁽¹⁾
Belgique	1994	Usage occasionnel de buprénorphine ⁽²⁾ , dihydrocodéine
Danemark	1970	Buprénorphine ⁽²⁾ ⁽³⁾ et LAAM (tous deux en 1998) ⁽³⁾
Allemagne	1992	Dihydrocodéine (1985), héroïne (1999) ⁽³⁾ , LAAM (1999), buprénorphine (2000) ⁽²⁾
Grèce	1993	Pas de prescription d'autres produits
Espagne	1983	LAAM (1997)
France	1995	Buprénorphine (1996) ⁽²⁾
Irlande	1970	Pas de prescription d'autres produits
Italie	1975	Buprénorphine (1999) ⁽²⁾ ⁽³⁾
Luxembourg	1989	Dihydrocodéine (1994) ⁽³⁾ , méphénon ^R ⁽⁴⁾
Pays-Bas	1968	Héroïne (1997) ⁽³⁾
Autriche	1987	Morphine à libération lente (1997), buprénorphine (1997) ⁽²⁾ ⁽³⁾
Portugal	1977	LAAM (1994) ⁽³⁾
Finlande	1974	Buprénorphine (1997) ⁽²⁾
Suède	1967	Pas de prescription d'autres produits
Royaume-Uni	1968	Buprénorphine (1999) ⁽²⁾

(1) Les dates correspondent à l'année de la décision politique de prescrire le produit.
 (2) La buprénorphine se présente sous forme de subutex^R et non de temgesic^R celui-ci ne contenant que de petites quantités du produit.
 (3) Il s'agit seulement d'une expérience.
 (4) Date inconnue.

Graphique 21 — Vue générale des traitements de substitution dans l'UE



Étendue et structure des services de substitution

Malgré une extension générale dans l'UE au cours des trente dernières années, les traitements de substitution restent rares dans certaines régions et dans certaines structures. En Grèce, en Finlande et en Suède, par exemple, les services n'assurent qu'une couverture géographique limitée et peuvent ne pas toucher des patients potentiels dans d'autres districts. La disponibilité de traitements de substitution dans les prisons varie aussi, tant entre les États membres qu'à l'intérieur de ceux-ci.

Peu d'États membres signalent des traitements de substitution avec hospitalisation limités, bien que les dispositions correspondantes existent en théorie dans l'UE. Ces traitements sont presque exclusivement administrés sous forme ambulatoire, sans doute parce que ce type de traitement est meilleur marché mais aussi parce que son impact sur la vie quotidienne du patient est minimal. Le choix de traitements ambulatoires ignore cependant le fait que les patients qui suivent un traitement de substitution peuvent être aussi bien des individus qui fonction-

nent relativement bien et souvent travaillent que des toxicomanes marginalisés et extrêmement défavorisés qui peuvent nécessiter davantage de soins que ne peut fournir un centre de traitement ambulatoire.

Malgré des progrès substantiels dans l'évaluation des traitements de substitution ces cinq dernières années, la plupart des États membres font encore état d'un manque de contrôle de qualité, de gestion et d'appréciation des différents programmes.

Répression des infractions liées à la drogue

Possession d'héroïne

Dans onze États membres de l'UE, les autorités judiciaires réprimant la possession de petites quantités d'héroïne ou de drogues similaires doivent juger si cette substance est destinée ou non à un usage personnel. La possession de drogue uniquement pour usage personnel est considérée comme un délit moins grave que pour d'autres usages, et les sanctions s'échelonnent, en général, de sanctions