



emcdda.europa.eu

Successful treatment

EMCDDA 2002 selected issue

In EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

drogues dans le cadre de programmes de substitution est évidemment considéré comme plus important que l'inconvénient de l'usage concurrent d'autres drogues. En Suède, toutefois, les polyconsommateurs ne sont pas acceptés dans le traitement à la méthadone quelle que soit la gravité du problème d'héroïnomanie.

La comorbidité psychiatrique est souvent diagnostiquée chez les polyconsommateurs. On relève au Danemark, aux Pays-Bas et en Autriche un nombre élevé, et probablement croissant, de polyconsommateurs admis en hôpitaux psychiatriques.

Il existe peu de recherches sur l'efficacité du traitement des polyconsommateurs. Généralement, l'adaptation du traitement à chaque cas spécifique contribue à la réussite du traitement. L'étude *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) au Royaume-Uni montre que, après un an, les usagers d'opiacés consommant fréquemment des stimulants à l'arrivée étaient parvenus à réduire de façon importante les niveaux de consommation d'opiacés et de stimulants (Gossop, e.a., 1998). En Grèce, les programmes de substitution indiquent que les interventions de traitement contribuent à réduire la polytoxicomanie (Kethea et NSPH, 2001).

Le développement de programmes de traitement spécifiques pour les polyconsommateurs est considéré comme nécessaire dans le rapport national allemand, et le Royaume-Uni suggère de diffuser des exemples de bonnes pratiques. La Finlande souligne la nécessité d'assurer des formations, et quelques activités pour former le personnel soignant à s'occuper des polyconsommateurs sont déjà en cours.

Usagers de drogues à des fins récréatives

Certains pays (Espagne, France et Italie) ont lancé de vastes campagnes médiatiques pour mettre en garde contre la polytoxicomanie dans les milieux festifs. En Italie, une campagne de ce type a été soutenue par des initiatives locales lors d'événements importants rassemblant des jeunes. Toutefois, on ne mentionne pas toujours des substances spécifiques ni clairement les conséquences de la consommation. Dans d'autres pays (Belgique, Allemagne, Pays-Bas, Autriche et Royaume-Uni), ces avertissements et conseils en matière de santé sont proférés par des usagers de drogues ou des groupes de pairs et d'entraide.

Les projets de test de pilules peuvent informer les usagers sur le contenu dangereux et imprévu des pilules sur site, par le biais de magazines et d'affiches ou par l'internet. Par exemple, à l'automne 2000, le projet autrichien «*ChEck iT!*» a décelé plusieurs pilules vendues

comme de l'ecstasy contenant du PMA/PMMA et a immédiatement placé des avertissements sur site et sur l'internet (Kriener, e.a., 2001). En novembre 2001, le projet néerlandais DIMS, par exemple, fournit une alerte précoce sur les pilules contenant du PMA.

Les traitements destinés aux consommateurs de plusieurs drogues dans le milieu festif sont quasiment inexistantes. Une raison pourrait être que la plupart des services de drogues ne sont équipés que pour traiter les problèmes d'opiacés et de dépendance graves.

Questions politiques

Les rituels et les contrôles sociaux auxquels se plient les polyconsommateurs pour atteindre les effets recherchés tout en limitant simultanément les risques doivent être étudiés pour mieux comprendre les circonstances sociales et environnementales qui contribuent aux risques parmi les différents groupes d'usagers (Boys, e.a., 2000; Decorte, 1999; Akram et Galt, 1999).

La prévention, notamment dans les milieux festifs, devrait comprendre des orientations claires et des conseils sur les risques encourus en cas de polytoxicomanie. Il est nécessaire de disposer de connaissances davantage fondées sur des constats probants afin de déterminer quels sont les meilleurs soins possibles pour les polyconsommateurs et notamment pour les usagers à problème souffrant de troubles mentaux.

Pour mieux comprendre les risques pharmacotoxicologiques de certaines associations, la priorité est pour les médecins hospitaliers de suivre les patients suspectés d'intoxication en matière de drogues et de fournir des informations basées sur des preuves concernant les problèmes de santé grave et à long terme.

Traitements réussis

Dans le plan d'action antidrogue de l'UE (2000-2004), le troisième objectif stratégique consiste à «augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès». Malgré l'absence de données cumulées à l'échelle européenne mesurant directement l'état d'avancement vers cet objectif, de multiples évaluations ont été menées en Europe pour déterminer si le traitement des toxicomanies était efficace et lequel donnait les meilleurs résultats. Le bilan des traitements réussis est présenté ici selon le type de traitement utilisé: le traitement du syndrome de sevrage, l'abstinence sans traitement pharmacologique et le traitement médicalement assisté. Les critères de réussite varient au sein des différents types de traitements et sont également liés à la réinsertion et à la réadaptation sociales des patients après le traitement.

Questions particulières

Traitement du syndrome de sevrage

Le traitement du syndrome de sevrage, ou désintoxication, est en général considéré comme la première phase du processus de traitement complet. Cette intervention vise, dans un premier temps, à un sevrage physique, grâce auquel le patient n'est plus en état de manque, et dans un deuxième temps, à transférer ou à orienter le patient vers l'abstinence sans traitement pharmacologique. En Suède et en Finlande, cette étape est obligatoire pour commencer tout traitement à la méthadone.

Le traitement du syndrome de sevrage a fait l'objet d'évaluations dans tous les États membres et la Norvège, mais, globalement, il reste le traitement le moins évalué. D'une manière générale, le traitement du syndrome de sevrage avec des médicaments tels que la naltrexone, la clonidine, la lofexidine ou la buprénorphine s'est avéré efficace dans la baisse de signes et de symptômes de sevrage, bien que les effets des différents types de syndrome de sevrage varient selon les médicaments (Greenstein, e.a., 1997). La méthadone est largement utilisée pour le traitement du syndrome de sevrage bien que des résultats de recherches suggèrent que la méthadone offre des atouts dans la thérapie de maintenance.

Le traitement du syndrome de sevrage sans médication, appelé «sevrage brutal», est utilisé, bien qu'on ne sache pas dans quelle mesure. Il n'existe pas non plus de rapports sur les effets et les résultats du traitement du syndrome de sevrage sans médication, contrairement au traitement du syndrome de sevrage médicalement assisté. Le tout récent concept de désintoxication rapide à l'aide de la naltrexone sous narcose complète (quelquefois appelé «traitement de sevrage express») doit faire l'objet de recherches plus approfondies.

Une méthode suivie au Portugal associant la délivrance de naltrexone à une psychothérapie a permis, après trois mois de traitement, d'améliorer de façon significative les variables sociodémographiques et psychologiques, ainsi que les comportements à risque (Costa, e.a., 2000). À titre expérimental, un traitement de désintoxication des consommateurs de méthadone à la naltrexone sous narcose totale a été mené en Allemagne. Les patients ont été dans l'ensemble satisfaits du traitement, mais 50 % d'entre eux ont souffert de fortes gênes durant le premier mois du traitement. Six mois après la fin du traitement, un tiers des patients n'avaient pas consommé de drogues dures (Tretter, e.a., 2001).

Bien que certaines interventions de traitement du syndrome de sevrage aient fait l'objet d'une évaluation, il est nécessaire de mieux connaître le pour et le contre des différentes modalités et de connaître de manière plus

approfondie le type de traitement du syndrome de sevrage le mieux adapté à chaque patient.

Abstinence sans traitement pharmacologique

L'abstinence sans traitement pharmacologique, par des techniques physiques et sociales, vise en premier l'abstinence et, à long terme, l'absence d'état de manque chez le patient. Le critère essentiel de réussite dans l'abstinence sans traitement pharmacologique est de parvenir à la fin du traitement à l'abstinence prévue, bien que d'autres critères, tels que l'amélioration du bien-être psychologique, social et économique du patient, soient également importants. La réduction de la criminalité et des comportements à risque ainsi que l'amélioration de l'état de santé et du bien-être du patient constituent autant de retombées positives non négligeables.

Les évaluations relatives à l'abstinence sans traitement pharmacologique ont montré que, jusqu'à un certain point, cette pratique parvenait à atteindre ses objectifs (Gossop, e.a., 2001). Les résultats de cette évaluation varient de façon considérable, mais, en général, 30 à 50 % des patients admis en traitement le terminent avec succès. Une étude danoise conclut que, selon le type d'intervention d'abstinence sans traitement pharmacologique, le taux de réussite des traitements oscille entre 17 et 58 % (Pedersen, 2000).

Une autre notion largement reconnue est le lien entre la durée du traitement et les résultats obtenus. En d'autres termes, plus le traitement par abstinence est long, plus les résultats sont satisfaisants. Une étude allemande confirme cette idée en suggérant une corrélation directe entre taux de rétention/durée du traitement et résultats obtenus (Sonntag et Künzel, 2000). Des recherches ont tenté d'identifier le seuil à partir duquel les résultats positifs à la suite du traitement sont susceptibles de s'améliorer. Il ressort d'une étude que, un an après la fin du traitement, les patients hospitalisés pendant les 90 jours du traitement ont obtenu de meilleurs résultats concernant l'abstinence d'opiacés et de stimulants, et la réduction de l'injection de drogues, que ceux qui l'avaient arrêté avant (Gossop, e.a., 1998). Une étude grecque confirme que les patients ayant arrêté le traitement après trois mois n'ont diminué leur consommation ultérieure d'héroïne que de 11 %, contre 76 % pour ceux qui avaient continué le traitement pendant un an (Kethea-NSPH, 2001).

Quant à l'efficacité à long terme, une étude autrichienne a conclu qu'un plan de traitement mettant l'accent sur des interventions sociales et psychothérapeutiques augmentait sensiblement les compétences sociales et la satisfaction subjective des patients, d'où leur meilleure stabilité à long terme (Wirth, 2001).

La *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) (étude nationale des résultats relatifs à la recherche sur les traitements) a été lancée en 1994 à la demande du ministre britannique de la santé pour mesurer l'efficacité des services de traitement des toxicomanies au Royaume-Uni. NTORS a sélectionné 1 075 patients pour le projet en 1995 et les a suivis sur une période de cinq ans consécutifs. Un échantillon aléatoire stratifié de 650 patients a été sélectionné et suivi dans le cadre de quatre modalités de traitement différentes: ambulatoire, résidentiel, réduction de la méthadone ou maintien à la méthadone. Le principal enseignement de l'étude est que l'état des individus traités s'améliore sensiblement, selon des paramètres tels que la prise de drogues, la fréquence des injections, le partage de seringues et la santé mentale des individus. L'ensemble de la cohorte cumulée a montré des améliorations en termes de prise d'héroïne, quelque 75 % consommant régulièrement de l'héroïne, contre quelque 40 % dans les quatre à cinq ans qui suivent. La consommation régulière de méthadone sans ordonnance est passée de 30 % en début de traitement à moins de 10 %, et le partage de seringues avait diminué, passant de quelque 20 % en début de traitement à environ 5 %. Les résultats relatifs à la santé mentale ont également statistiquement montré une nette amélioration entre l'état des patients en début de traitement et quatre à cinq ans plus tard.

Des évaluations concernant l'abstinence sans traitement pharmacologique ont été effectuées à travers toute l'Europe, appliquant diverses méthodologies, et fournissant un bon aperçu de ce traitement, en particulier au cours de la dernière décennie. Des recherches plus approfondies demeurent néanmoins nécessaires dans certains domaines afin de mieux appréhender les phénomènes apparus récemment. L'efficacité de l'abstinence sans traitement pharmacologique chez les cocaïnomanes, les consommateurs d'amphétamines, ainsi que chez d'autres catégories de population spécifique, en est un exemple. Quelques études à grande échelle permettent également d'évaluer le nombre de patients ne rechutant pas à long terme après un traitement réussi.

Traitement médicalement assisté

Le traitement médicalement assisté (qui inclut le traitement de substitution) utilise des médicaments agonistes ou antagonistes dans la thérapie proposée aux patients. Les médicaments agonistes (par exemple la méthadone) activent les récepteurs d'opiacés dans le cerveau, et les médicaments antagonistes (par exemple la naltrexone) limitent ou éliminent l'effet d'autres drogues illicites consommées. L'objectif du traitement médicalement assisté peut être l'abstinence, mais également de maintenir le patient en traitement médical à long terme. Que la

finalité soit l'abstinence ou la réduction des risques de la toxicomanie, les objectifs intermédiaires communs consistent à réduire la consommation de drogues illicites et les risques de maladies infectieuses, à améliorer l'état mental et physique du patient et à réduire la criminalité liée à la drogue.

La maintenance à la méthadone est le type de traitement médicalement assisté le plus largement pratiqué. Comme l'implique la «maintenance», ce type d'intervention ne vise pas l'abstinence, mais à garder le patient en traitement de maintenance, en réduisant ainsi les activités criminelles, les comportements à risque (et en conséquence les risques de contracter des maladies infectieuses) et en améliorant l'état de santé et la situation sociale.

Le traitement médicalement assisté a été largement évalué dans toute l'Europe et s'est en général révélé efficace pour atteindre des objectifs tels que la réduction de la consommation de drogues illicites, des comportements à risque et de la criminalité. En particulier, l'évaluation des traitements médicalement assistés à la méthadone a démontré leur efficacité dans le cadre de ces objectifs (Lowinson, e.a., 1997; OEDT, 2000), bien que la buprénorphine se soit également révélée efficace. Une revue documentaire structurée des essais à la buprénorphine a montré que son principal atout était de réduire les risques de surdoses et la consommation parallèle de drogues illicites (Berglund, e.a., 2001). Tant pour les traitements à la méthadone que pour les traitements à la buprénorphine, il s'est avéré que des doses suffisantes étaient impératives pour parvenir à des résultats positifs.

Malgré ces semblants de «succès», certains pays considèrent que ni la méthode ni la buprénorphine ne sont parvenues à améliorer suffisamment le bien-être des toxicomanes de rue particulièrement démunis, et ils ont donc envisagé d'autres options.

En février 2002, les résultats d'un essai clinique randomisé avec une coprescription d'héroïne pour des patients sous méthadone ont été publiés aux Pays-Bas. Les groupes cibles de l'intervention étaient des héroïnomanes âgés très dépendants pour lesquels les traitements de maintenance à la méthadone n'étaient pas suffisants. Dans la perspective de définir ce groupe cible, un ensemble de critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis, et les sujets ont été sélectionnés à partir du système local d'enregistrement des traitements de maintenance à la méthadone. Au total, 625 patients traités dans six unités de traitement situées aux Pays-Bas ont été sélectionnés et répartis de façon aléatoire en groupe expérimental et en groupe de contrôle. Premièrement, les patients ont été scindés en fonction de la méthode

Questions particulières

d'administration, d'inhalation ou d'injection, puis subdivisés en fonction de l'intervention — traitement uniquement à la méthadone et traitement associant méthadone et héroïne. Le principal résultat de l'étude a été que, pour les héroïnomanes âgés très dépendants, l'association méthadone-héroïne était plus efficace que le traitement à la méthadone seul, quelles que soient les modalités d'administration. L'étude a également révélé que, à la fin des essais, 30 % des patients du groupe expérimental ne satisfaisaient plus les critères d'inclusion (car leur situation s'était considérablement améliorée), alors que ce taux n'était que de 11 % dans le groupe de contrôle (van den Brink, e.a., 2002).

En Allemagne, un essai de prescription d'héroïne médicale pour les usagers d'opiacés a été développé et affiné au cours de ces dernières années. L'essai qui a débuté au printemps 2002 sera mené pendant trois ans dans sept villes allemandes. La principale question est de savoir si et dans quelles circonstances la prescription d'héroïne pour un groupe très démuné d'usagers d'opiacés peut contribuer à améliorer leur situation sur les plans sanitaire, social et juridique. Les patients de l'essai seront divisés de façon aléatoire en un groupe expérimental et en un groupe de contrôle. Ces groupes seront à leur tour divisés en deux groupes bénéficiant de différents types d'interventions psychosociales — un groupe correspondant à la «gestion de cas» et l'autre à la «psychoéducation». L'étude devrait déboucher sur une plus grande connaissance de l'intervention psychosociale et de son efficacité dans le traitement de la dépendance aux opiacés (<http://www.heroinstudie.de/>).

Au Danemark, une alternative à un projet sur l'héroïne a été lancée pour 2000-2002 dans la perspective de mener des projets pilotes spécifiques pour les toxicomanes en traitement à la méthadone, comprenant des activités psychosociales importantes. L'évaluation qualitative et quantitative permettra d'examiner dans quelle mesure il est possible d'obtenir des résultats similaires, à savoir une meilleure condition sociale, sanitaire et mentale, la réduction des maladies infectieuses et de la criminalité ainsi que le développement des relations sociales.

Conclusions et perspectives futures

La réussite dépend de l'objectif d'un traitement donné, et, par conséquent, cette réussite doit être évaluée en fonction des objectifs définis au départ. De nombreuses recherches ont déjà permis, en confrontant les objectifs et les résultats, de mieux cerner et de connaître l'efficacité et/ou la réussite de différents types de traitements.

Un résultat important est par exemple que les taux de rétention sont essentiels pour la «réussite» du traitement, mais il convient d'accroître les connaissances sur la façon de garder les patients en traitement ou, en d'autres termes, d'identifier les éléments qui en traitement permettent d'améliorer le taux de rétention. Il est très difficile d'identifier les «ingrédients actifs» de tout type de traitement et il est impératif d'améliorer les performances des services de traitement et ainsi d'améliorer les résultats du traitement.

Toutefois, les connaissances théoriques sont une chose, mais la mise en pratique en est une autre. On note par exemple l'importance des interventions psychosociales accompagnant les traitements médicalement assistés, qui, selon la plupart des recherches, contribuent de façon importante au succès, mais qui ne sont pas encore correctement mises en œuvre dans la pratique.

Au cours de ces dernières années, l'accent a été placé sur l'expansion des services de traitement, ce qui a été réalisé dans une large mesure. Le défi est désormais d'étendre l'éventail des services de traitement et d'ajuster les interventions elles-mêmes afin d'accroître leur «réussite».

La consommation de drogues en prison

La présence et la consommation de drogues ont fondamentalement modifié la réalité de la prison au cours des deux dernières décennies et, aujourd'hui, tous les pays européens connaissent des problèmes majeurs en matière de drogues et de maladies infectieuses liées à la drogue en milieu carcéral.

Demande de drogues en prison ⁽⁶¹⁾

Rares sont les informations génériques nationales sur l'usage de drogues, les modèles de consommation et les conséquences parmi les prisonniers. La plupart des données disponibles dans l'UE proviennent d'études ad hoc menées au niveau local auprès d'un petit échantillon de prisonniers, ce qui rend les extrapolations particulièrement difficiles.

Prévalence des usagers de drogues en prison

La population carcérale peut être considérée comme un groupe à haut risque en termes de consommation de drogues. En fait, par rapport à la communauté, les usagers de drogues sont surreprésentés en prison. Dans l'UE, la proportion de détenus déclarant avoir déjà

(61) Voir également le tableau «Proportion des usagers de drogues parmi les détenus dans l'UE» (version en ligne).