



EUROPEAN COMMISSION
HEALTH & CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE-
GENERAL
Directorate C - Public Health and Risk Assessment

Directives pour les interventions dans le traitement de la toxicomanie – fiches d’information

Version française du résumé du rapport final:
Modèles de bonnes pratiques dans le traitement de la toxicomanie en Europe
("Moretreat")
AGREEMENT NUMBER - 2006329

15 novembre 2008

Adresse de correspondance:

Centre for Interdisciplinary Addiction Research (CIAR)

Director: Prof. Dr. C. Haasen

Department of Psychiatry, UKE

Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Phone: + 49 40 42803 7901, Fax: + 49 40 42803 8351

haasen@uke.uni-hamburg.de, www.zis-hamburg.de



Projet: Modèles de bonnes pratiques dans le traitement de la toxicomanie en Europe
("Moretreat")

Consortium

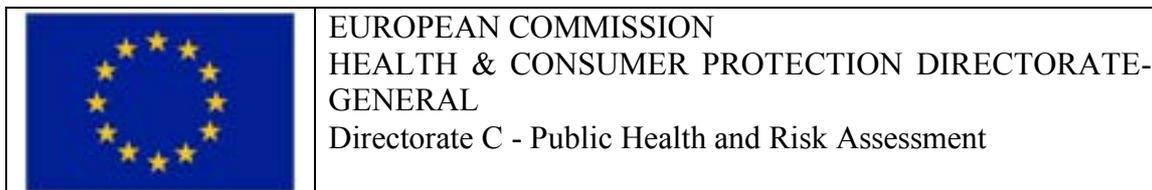
Coordinateur et co-bénéficiaires

Coordinateur

<i>CIAR Hamburg</i>	Prof. Dr. C. Haasen Dr. P. Degkwitz Dr. H. Zurhold B. Schulte K. Thane Prof. Dr. H Stöver	haasen@uke.uni-hamburg.de p.degkwitz@uke.uni-hamburg.de zurhold@uke.uni-hamburg.de b.schulte@uke.uni-hamburg.de k.thane@uke.uni-hamburg.de hstoever@uni-bremen.de
----------------------------	--	--

Co-bénéficiaires

<i>SU Stockholm</i>	Prof. Dr. B. Olsson M. Lovstrom	borje.olsson@sorad.su.se marikalovstrom@hotmail.com
<i>IPiN Warsaw</i>	Prof. Dr. J. Moskalewicz K. Dabrowska	moskalew@ipin.edu.pl dabrow@ipin.edu.pl
<i>KCL London</i>	Prof. Dr. M. Gossop Dr. J. Witton	m.gossop@iop.kcl.ac.uk John.Witton@iop.kcl.ac.uk
<i>MUW Vienna</i>	Prof. Dr. G. Fischer J. Hoedlmoser M. Galovic	Gabriele.Fischer@meduniwien.at Julia-Hoedlmoser@gmx.at marian.galovic@uv-medizin.at
<i>TU Dresden</i>	Prof. Dr. J. Rehm Prof. Dr. A. Uchtenhagen	Jtrehm@aol.com uchtenhagen@isgf.unizh.ch
<i>ITACA Rome</i>	Dr. Dr. A. Samokhvalov Dr. M. Coletti A. Camposeragna R. Accettura	avsamokhvalov@yahoo.ca coletti@itacaeurope.org a.camposeragna@itacaitalia.it rita.accettura@gmail.com



Le contenu de ce rapport ne reflète pas nécessairement l'opinion de la Commission Européenne. Ni la Commission ni aucune autre personne agissant en son nom ne sera responsable d'aucun usage qu'on pourra faire de l'information contenue dans cette publication.

Sommaire

<i>Directives pour les interventions dans le traitement de la toxicomanie – fiches d'information</i>	4
1. Interventions et thérapies brèves pour l'abus de drogues illicites	4
2 Renforcement de la motivation pour le changement dans le traitement de la toxicomanie.....	7
3 Interventions dans les maladies hématogènes	9
4 Traitement de maintien	16
5 Interventions psychosociales	20
6 Desintoxication	23
7 Traitement dans le système de justice pénale.....	28
8 Traitement de clients toxicomanes avec des troubles concomitants.....	31
9 Traitement pour stimulants	35
10 Grossesse et situation parentale	39
11 Aspects systémiques du traitement de la toxicomanie.....	41
Références.....	43

Directives pour les interventions dans le traitement de la toxicomanie – fiches d'information

Dans la suite, les directives pour les plus importantes interventions de traitement de la toxicomanie sont présentées comme courtes versions (fiches d'information) en français. Les « Directives pour l'amélioration du traitement de la toxicomanie » détaillées sont présentées dans le rapport final du projet « Modèles de bonnes pratiques dans le traitement de la toxicomanie en Europe ('Moretreat') ». Elles sont disponibles seulement en anglais.

1. Interventions et thérapies brèves pour l'abus de drogues illicites

A Définition et objectifs

1 Définition du problème

L'abus de drogues illicites est devenu un problème social et médical important au cours des dernières décennies. En dépit de nombreuses tentatives de réduire la consommation de drogues en Europe, le nombre de toxicomanes reste élevé, de même que le nombre de conditions médicales urgentes, chroniques et invalidantes liées à la consommation de drogues. La forte prévalence de l'usage de drogues illicites et les troubles liés à l'usage de drogues se traduit en fortes demandes de traitement qui ne peuvent pas être satisfaites complètement par des institutions spécialisées en toxicomanies. Pour cette raison, diverses institutions de soins de santé primaires non spécialisées en toxicomanies deviennent les premiers prestataires de l'aide médicale pour ces personnes. Les services de traitement spécifiques dans ces institutions exigent la mise en oeuvre de modèles de traitement à durée limitée, simple et économique comme brèves interventions et thérapies.

2 Buts et objectifs des brèves interventions et thérapies

Les brèves interventions sont des pratiques cliniques à courte durée d'une seule ou de quelques séances avec le but principal d'analyser le problème du client et de le motiver à réduire au minimum les méfaits résultant de son abus de substance, soit directement au cours de l'intervention ou indirectement en se rendant dans un traitement d'abus de substance ultérieur.

Le bref traitement est un procès d'évaluation systématique et centrée, d'engagement du client et de la mise en oeuvre rapide de stratégies de change réelles. En général, le bref traitement consiste en plus de séances que la brève intervention, et il diffère également

en ce que son but est de fournir aux clients des outils lui permettant de changer ses attitudes fondamentales et de surmonter une diversité de problèmes sous-jacents.

B Base d'évidence

1 La disponibilité des données

Il existe à présent un grand nombre d'études et de méta-études analytiques qui prouvent l'efficacité des brèves interventions et thérapies pour diverses catégories de patients et types divers d'abus de substance, y inclus l'abus de plusieurs substances. Tandis que les rapports des interventions psychosociales se concentrent surtout sur l'abus de cannabis et de stimulants, la littérature sur l'abus des opiacés est dédiée surtout au traitement de maintien.

2 Résultats principaux

La recherche concernant l'efficacité de diverses techniques psychothérapeutiques a montré des résultats mitigés mais surtout positifs pour la thérapie d'amélioration de la motivation, une haute efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale en dehors et en combinaison avec MET, des effets positifs des thérapies de famille et sociales et la convenance d'interventions pharmacologiques dans certains cas.

C Recommandations

1 Thérapie du renforcement de la motivation

L'évidence de l'efficacité de la thérapie de renforcement de la motivation est multiple et diverse, surtout pour l'abus de cannabis et de stimulants et moins pour les opiacés. Certaines études ont trouvé une faible efficacité pour MET, tandis que la plupart témoignent une efficacité élevée.

Le renforcement de motivation doit inclure un élément d'information et doit être basé sur les points-clefs suivants:

- Complications médicales et troubles y relatifs, communs aux principaux types d'abus de substance affectant le fonctionnement mental et physique.
- Aspects économiques de l'usage de drogues – sommes dépensées pour les drogues et bénéfices économiques de l'abstinence.
- Aspects sociaux de l'usage de drogues – problèmes sociaux, familiaux et professionnels liés à la consommation de drogues.
- Situation légale des drogues. Conséquences légales potentielles de l'acquisition, de la consommation et de la possession de drogues ainsi que les conséquences légales d'activités et de situations d'urgence.
- Dépendance aux drogues et l'avoue par le patient.

2 Thérapie cognitivo-compartementale

Il existe ample évidence de la haute efficacité de la thérapie cognito-comportementale pour le traitement d'abus de substances. La plupart des patients qui pratiquent un abus de substance ont un certain modèle de consommation. Cela peuvent être certaines situations, certains amis ou connaissances ou certains événements de la vie. Par conséquent, il existe certains déclics psychologiques associatifs qui sont sûrs de mener le patient dans la tentation de continuer à consommer la substance.

L'analyse de ces déclics, une meilleure compréhension des origines psychologiques de l'addiction engendrant le développement de l'aptitude de surmonter le problème résulte en taux d'abstinence relativement élevés dans la plupart des études y relatives.

3 Thérapie sociale et familiale

Un grand nombre d'études de la mise en oeuvre de techniques à base familiale et/ou sociale ont prouvé leur efficacité de surmonter la déprivation sociale et de faciliter le procès de traitement. Ainsi, il est désirable que les amis et la famille soient inclus dans le traitement.

Les buts principaux et résultats potentiels d'intégrer la famille et les amis dans la thérapie sont les suivants:

- Créer les circonstances psychologiquement favorables pour le traitement;
- Encourager et inspirer le patient;
- Prévenir les récidives "accidentels" et
- Accroître la socialisation du patient.

4 Interventions pharmacologiques

Bien que le traitement pharmacologique ne soit pas partie des brèves interventions, certaines complications médicales ou troubles y liés peuvent avoir lieu ou peuvent être prédits. Ainsi, les interventions pharmacologiques sont parfois nécessaires, soit pour surmonter un problème médical actuel, soit pour prévenir de tels problèmes.

Le traitement pharmacologique doit également être employé pour améliorer la condition médicale générale du patient.

5 Techniques à choisir

Toutes les techniques psychothérapeutiques décrites dans les instructions sont efficaces. Puisque l'évidence clinique leur atteste une efficacité complémentaire et cumulative, nous recommandons leur implémentation combinée.

6 Nombre de séances et durée de traitement

Tandis que l'évidence actuelle rapporte l'efficacité d'interventions à une seule séance, l'efficacité est augmentée si l'on utilise des thérapies à plusieurs séances.

2 Renforcement de la motivation pour le changement dans le traitement de la toxicomanie

A Définitions et objectifs

1 Définition du problème

L'interview motivationnel est un style de conseil fondé sur les hypothèses suivantes:

- L'ambivalence au sujet de l'usage de substances (et du changement) est normale et constitue un obstacle important dans la motivation de récupération.
- L'ambivalence peut être résolue en travaillant avec les motivations et valeurs intrinsèques de votre client.
- L'alliance entre vous-même et votre client est une collaboration entre partenaires à laquelle vous apportez tous les deux une expertise importante.
- Un style de conseil empathique et supportant, mais aussi directif fournit les conditions dans lesquelles le changement peut se produire. (Les arguments directs et la confrontation agressive pourraient avoir tendance à augmenter l'attitude défensive du client et réduire la probabilité de changement de son comportement.)

L'approche de motivation (MoAp) a commencé comme modèle « transthéorique » pour approfondir la compréhension de la motivation au changement chez les toxicomanes et les alcooliques.

Le MoAp (et ses applications cliniques) porte sur le thème de l'attitude du patient, ses actions et réactions quand il est confronté avec les avantages et désavantages de sa consommation.

2 Buts et objectifs

Les approches motivationnelles sont fondées sur les hypothèses suivantes concernant la nature de la motivation:

- La motivation est la clé du changement.
- La motivation est multidimensionnelle.
- La motivation est dynamique et fluctuante.
- La motivation est influencée par les interactions sociales.
- La motivation peut être modifiée.
- La motivation est influencée par le style du clinicien.
- C'est la tâche du clinicien de susciter et de renforcer la motivation.

B Base d'évidence

1 Description générale de la situation actuelle en ce qui concerne les données disponibles

Motivational Interviewing est une méthode bien connue, scientifiquement éprouvée de conseiller les clients, développée par Miller et Rollnick et considérée comme une stratégie d'intervention utile pour les problèmes et maladies liés au mode de vie.

Bien que la demande de traitement de la toxicomanie continue de dépasser largement la disponibilité, des changements dans l'économie des soins de santé mettent plus de pression sur les prestataires et leurs clients. Ceux qui paient demandent de plus en plus la preuve que les services fournis ne sont pas seulement efficaces mais aussi coût-efficaces. Les cliniciens et les programmes sont de plus en plus contestés s'ils n'utilisent pas les méthodes actuelles confirmées par la recherche. Le financement public est rare, et les tiers payeurs exercent une grande pression à ce que les traitements fournis soient plus courts, moins coûteux et plus efficaces.

En somme, on demande aux cliniciens de réaliser plus avec moins de ressources.

2 Brève description des résultats principaux de toutes les études

L'intégration des approches et interventions motivationnelles dans les programmes de traitement pourrait être une réponse pratique et efficace à beaucoup de ces problèmes. Des recherches récentes (Brown and Miller, 1993; Kolden et al., 1997; McCaul and Svikis, 1991) soutiennent l'intégration de modules de motivational interviewing dans des programmes visant à réduire l'attrition, de renforcer la participation du client au traitement, et d'accroître la réalisation et le maintien des résultats positifs par rapport au comportement. D'autres études ont montré que les brèves interventions utilisant des stratégies motivationnelles et les interviews motivationnels sont plus efficaces que l'absence de traitement ou d'être placé sur une liste d'attente, et ne sont pas inférieures à certains types de soins plus vastes (Bien et al., 1993a, 1993b; Noonan and Moyers, 1997). Un examen du rapport coût-efficacité des traitements pour les troubles de la consommation d'alcool a conclu que les brefs conseils de motivation sont parmi les modalités de traitement les plus efficaces, sur la base d'évidence bien fondée d'essais cliniques rigoureux (Holder et al., 1991). La brève consultation motivationnelle était aussi l'intervention la moins coûteuse avec le meilleur rapport coût-efficacité des 33 interventions évaluées. Bien que cette étude ne soit qu'une approximation qui a besoin d'un examen plus approfondi, la même étude a révélé une corrélation négative entre l'efficacité et les coûts pour les formes les plus traditionnelles de traitement des troubles dus à la consommation d'alcool, et elle a mis en évidence une tendance croissante à favoriser les soins ambulatoires efficaces plutôt que les soins stationnaires ou résidentiels, moins efficaces ou moins étudiés, mais beaucoup plus coûteux (Holder et al., 1991).

Comme déjà noté, MI augmente l'effet d'un autre traitement, mais n'a pas été l'objet d'une étude randomisée. Le bref traitement destiné à renforcer la motivation semble avoir le même effet qu'un traitement plus extensif. Les études, à l'exception de Project MATCH, ont surtout recruté des patients avec un faible niveau de dépendance à l'alcool.

C Recommandations

- MI est considéré être une grande aide pour les professionnels du traitement de la toxicomanie. Puisque la motivation au changement est un facteur prédictif pour un traitement adéquat, MI peut être utilisé pour mesurer le comportement et les aptitudes du patient vers un traitement.
- MI est fondé sur l'évidence et ses résultats peuvent être évalués.
- L'approche du MI pourrait être inclus dans plusieurs traitements pour accroître leurs résultats
- MI devrait être utilisé dans les traitements haut-seuil.
- Le corpus théorique de MI devrait être connu par tous les cliniciens, même s'ils ne sont pas directement impliqués dans les interventions basées sur MI.
- MI devrait être conçu comme un premier module de traitement pour évaluer l'attitude du patient par rapport à un traitement résidentiel ou semi-résidentiel, un traitement psychosocial (résidentiel ou non) en milieu pénitentiaire, un traitement psychosocial en général.

3 Interventions dans les maladies hématogènes

A Définitions et objectifs

1 Problème et définition

Les consommateurs de drogues, et plus particulièrement les injecteurs de drogues (IDUs), sont exposés au risque de se contaminer avec des maladies hématogènes (BBD). Ce sont surtout le virus de l'immunodéficience humaine (HIV) et l'hépatite C (HCV), ainsi que d'autres hépatites (HBV et HAV) et la tuberculose, mais d'autres infections sont également très répandues. En 2005, environ 3.500 nouveaux diagnostics de HIV dans l'Union Européenne remontaient à l'injection de drogues (EMCDDA 2007a). La prévalence de HIV parmi les IDUs diffère d'un pays à l'autre et va de presque zéro à 40%, et la prévalence de l'hépatite C (HCV) parmi les IDUs va de 30% à 98% dans l'Union Européenne (EMCDDA 2007a).

HCV est un virus avec des complications hépatiques potentielles dévastatrices; environ 80% deviennent chroniques, tandis que 20% se débarrassent du virus (Wright and

Tompkins 2006). Les jeunes IDUs contractent HCV déjà au début de leur carrière de drogués (EMCDDA 2007a).

Les interventions dans les maladies hématogènes ont été développées comme partie intégrale de la politique de la réduction des méfaits avec le but général de minimiser les méfaits et réduire les risques liés à l'usage de drogues. A l'égard de la prévention des maladies hématogènes, les interventions principales sont

- services d'échange d'aiguilles et de seringues,
- locaux pour la consommation des drogues,
- tests et vaccination et
- information et éducation.

2 Buts et objectifs de l'intervention

En général, les interventions concernant les maladies hématogènes ont pour but de réduire la transmission de maladies hématogènes dans les consommateurs de drogues. Le but principal des services d'échange d'aiguilles et de seringues est la réduction du partage du matériel utilisé dans la préparation et l'injection des drogues et, par conséquent, la réduction de la transmission de l'HIV, des hépatites B et C, et d'autres infections hématogènes (Morissette, Cox et al. 2007; Ritter and Cameron 2006; Trimbos institut 2006). Le but principal des tests et des vaccinations est de fournir accès au dépistage pour les hépatites B et C et HIV, et pour l'immunisation contre l'hépatite afin de prévenir les maladies hématogènes. Les locaux de consommation des drogues ont pour but de réduire le surdosage de drogues et la mortalité, et d'établir le contact avec les clients difficiles à accéder ainsi que de réduire la nuisance publique.

3 Groupe de clients servi

- Les services d'échange d'aiguilles permettent un accès facile à tous les injecteurs de drogues.
- Les tests pro-actives pour les maladies infectieuses et les vaccinations s'adressent à tous les consommateurs de drogues problématiques qui pourraient pratiquer le partage de matériel d'injection ou des rapports sexuels non protégés (Trimbos institut 2006).
- Les groupes-cibles spécifiques pour les tests, les vaccinations et les consultations sont les toxicomanes séropositifs, les nouveaux et jeunes injecteurs, les prisonniers, les travailleuses du sexe, les migrants etc.
- Les groupes-cibles des locaux de consommation de drogues sont surtout les drogués à risque élevé et les drogués marginalisés.
- L'information et l'éducation s'adressent aux consommateurs de drogues, leur famille, leurs amis et aussi au grand public.

B Résultats-clefs concernant l'évidence pour les interventions dans les maladies hématogènes

L'évidence de l'efficacité des mesures prises pour réduire les méfaits est plutôt rare en général comparé à la recherche médicale contrôlée. La base de l'évidence est méthodologiquement limitée en quelques points.

1 L'évidence pour l'échange d'aiguilles et seringues

- Il existe forte évidence que la disponibilité augmentée d'aiguilles et de seringues a considérablement contribué au contrôle de l'HIV parmi les injecteurs de drogues (Henderson, Vlahov et al. 2003; Emmanuelli, Desenclos et al. 2005; Bravo, Royuela et al. 2007).
- L'utilisation de l'NSP est nettement associée aux bénéfices de l'amointrissement du comportement à risque relatif au HIV, par exemple moins de partage de matériel d'injection.
- Les programmes d'échange d'aiguilles semblent être moins efficaces dans la prévention des infections d'hépatite C.
- La régression lente de la prévalence de l'HCV est attribuée au comportement à risque continué, la faible utilisation des services NSP et le profil de risque élevé des clients NSP (p.e. à cause de l'injection de cocaïne).
- Il existe quelque évidence que l'augmentation de l'accès à et de l'utilisation des services NSP sont efficaces dans la réduction de la fréquence de l'usage de drogues, la transition de l'injection au fumer, et l'enrôlement et la rétention dans le traitement de drogues.

2 La recherche sur les tests et la vaccination montre l'évidence suivante:

- Il n'existe pas de preuve claire pour l'efficacité des tests pour les maladies hématogènes et les consultations comme interventions isolées. Les résultats actuels indiquent que les tests pour les maladies hématogènes puissent être efficaces pour réduire les infections HIV en tant qu'ils réduisent le comportement à risque en conséquence des tests et des conseils.
- Les tests et les conseils pourraient augmenter le nombre de drogués enrôlés au traitement médical ou toxicomane (Trimbos institut 2006; Samet, Walley et al. 2007).
- La vaccination contre l'hépatite virale B s'est montrée très efficace dans la prévention de l'infection par l'hépatite B après l'achèvement du premier cours de 3 vaccinations.
- La vaccination contre l'hépatite B semble avoir également une influence positive sur le sérostatus de l'hépatite C.

3 La recherche sur les locaux de consommation de drogues montre les résultats suivants:

- Il est prouvé que l'état de santé se stabilise avec des résultats positifs.
- La (ré-) intégration dans les services de drogues a en effet lieu.
- Les locaux de consommation en effet réduisent la nuisance publique dans le voisinage.

4 Recherche sur l'information et l'éducation :

- L'information et l'éducation peuvent aider à réduire les risques liés aux drogues, surtout en combinaison avec d'autres stratégies préventives.

C *Recommandations*

1 Location

- Afin d'offrir un accès facile aux services d'échange d'aiguilles et de seringues, il devrait y avoir une gamme complète de ces services au niveau local, y compris les zones rurales.
- Les services ambulatoires de drogues, les traitements de drogues, les centres de soins de santé, les prisons, les médecins généralistes et d'autres services sont des sites appropriés pour les tests, les conseils et les vaccinations liés aux maladies hémotogènes (Matic, Lazarus et al. 2008), mais aussi pour l'information et l'éducation.
- Depuis que les tests rapides existent, qui réduisent le temps entre le test et le résultat, et où les tests et les conseils sont offerts dans des locaux qui conviennent aux clients, les tests volontaires ont augmenté considérablement (WHO 2007).
- La vaccination ciblée pour les injecteurs de drogues semble être le plus efficace si elle a lieu au courant d'un programme d'entretien à la méthadone, dans les services d'échange de seringues ou dans d'autres locaux de la communauté qui offrent la prévention de maladies infectieuses (Edlin, Kresina et al. 2005).

2 Personnel et compétences

- Les compétences professionnelles dans les locaux d'échange d'aiguilles et de seringues et dans les locaux de consommation de drogues comprennent la connaissance sur les modes d'injection et les conseils de réduction des méfaits et de consommation à moins de risques.
- Les agences de drogues spécialisées et les services d'échange d'aiguilles devraient engager du personnel médical, p.e. des infirmières, qui peuvent traiter des infections moins graves ou offrir des examens de santé de base.
- Il faut offrir au professionnels de la santé l'entraînement nécessaire qui lui permet de comprendre les dynamiques de l'usage de drogues et de l'addiction (Edlin, Kresina et al. 2005).

- La meilleure pratique est d'assurer la présence de personnel adéquatement formé qui possède les aptitudes et connaissances nécessaires pour conseiller les clients par rapport aux virus hématogènes, les tests et vaccinations et d'autres traitements.

3 L'environnement de traitement

- La bonne pratique ne se réduit pas à la distribution d'aiguilles et de seringues stériles, mais combine le NSP avec les conseils, les conseils par rapport aux risques, les soins de santé primaires pour les infections moins graves, la prévention de surdosage et les conseils en matière de logement, d'aide sociale ou questions juridiques. Il faudrait aussi offrir aux consommateurs de drogues de brèves interventions et des traitements structurés.
- Tous les services devraient fournir des information et des conseils sur l'accès à un dépistage systématique pour les hépatites B et C et l'HIV. Les consommateurs de drogues qui ne savent pas qu'ils sont infectés ne peuvent pas profiter du traitement, des soins et de l'assistance qui peuvent considérablement améliorer leur santé et leur qualité de vie.
- Les tests pour les maladies hématogènes exigent que les professionnels soigneusement préparent les clients pour les tests en leur fournissant de l'information et des conseils sur les implications des tests pour l'hépatite et l'HIV. Les conseils pré- et post-test est partie essentielle des tests afin de discuter avec le client la procédure du test et les mesures à prendre après avoir reçu le résultat.
- Tests et conseils doivent être volontaires et confidentiels.

4 Accès

- Afin de rendre plus facile l'utilisation de tests et de vaccination, les services devraient garantir un accès facile et nombreux, bas seuil, sans frais et confidentiels.
- Ces services d'accès ouvert doivent être sensibles aux différents groupes, p.e. les consommateurs de drogues jeunes, les femmes, les migrants etc. En général, il faut garantir à tous les clients un accès égal aux tests pour la hépatite et l'HIV, les conseils pré- et post-test, vaccination contre la hépatite B et autre traitement médical des maladies infectieuses (National Treatment Agency 2002).
- Les services d'échange d'aiguilles et les locaux de consommation de drogues doivent être accessibles à bas seuil autant que possible. Cette forme de service libre d'accès comprend des services drop-in, sans liste d'attente, des exigences d'identification minimales et des contacts informels avec le personnel.
- La vaccination pour l'hépatite B doit être disponible pour tous les consommateurs de drogues problématiques.

5 Evaluation

- L'évaluation est une partie importante de la prévention liée aux tests pour les maladies hématogènes, parce qu'elle produira des informations essentielles pour le processus de planification des soins.
- En plus, des bilans de santé et des informations sur la santé devraient être fournis régulièrement aux clients. De même, des informations concernant la réduction de risques et la transmission de maladies hématogènes (HIV, HBV, HCV) devraient être fournis continuellement. Les usagers de drogues doivent recevoir des conseils sur la façon de prévenir les comportements nocifs.
- Concernant les services NSP, il est de bonne pratique de procéder à une évaluation de base des clients lors de leur première visite. L'évaluation préliminaire devrait porter sur le profil d'utilisation de drogues et l'histoire d'injection, l'état de santé, le comportement à risque et l'histoire des transferts à un traitement ou d'autres services.
- Pour les tests et vaccinations, une plus large évaluation des risques est nécessaire qui inclut plus d'information sur l'histoire de partage de matériel d'injection, l'histoire de comportement sexuel risqué, histoire d'emprisonnement, de la consommation d'alcool, des tests précédents pour hépatite et HIV, et contact précédent avec les services de santé pour le dépistage de maladies hématogènes.

6 Gestion

- Il est d'une importance majeure à mettre en oeuvre une approche compréhensive en fournissant du matériel d'injection stéril, des préservatifs, des conseils sur la réduction des méfaits, premiers secours et options pour transferts à un traitement structuré (National Treatment Agency 2002).
- Les prestataires des services d'échange d'aiguilles doivent être à même de reconnaître les personnes ayant des problèmes de santé physique ou de graves problèmes de santé mentale et de les référer au traitement le plus approprié.
- En prison, les vaccinations pour les hépatites B et C, les tests et les conseils doivent être liés à des services de traitement médical et de drogues.
- Il faudrait offrir aux consommateurs de drogues des tests volontaires et confidentiels combinés aux conseils pré- et post-test centrés sur le client. Les conseils doivent inclure une évaluation individualisée des risques de comportement.
- Les compétences principales liées à la gestion comprennent (Edlin, Kresina et al. 2005) la minimalisation des barrières de participation aux tests, à la vaccination et au traitement en permettant la flexibilité dans l'observance des rendez-vous et en offrant des visites informelles.
- En plus, les clients doivent être informés sur les traitements appropriés si nécessaire et sur les effets néfastes des traitements. L'accès et l'observation d'une thérapie antirétroviral peut être amélioré si les consommateurs de drogues participent à un programme de traitement soit médical soit psychosocial (Altice, Springer et al. 2003;

Kapadia, Vlahov et al. 2008). Tous les deux ont eu un effet d'amélioration sur l'observation d'un traitement HIV parmi les consommateurs de drogues.

7 Le parcours de soins

- Les parcours de soins intégrés acceptent que les clients viennent de leur propre accord ou qu'ils soient référés par une diversité de services. Les éléments de soins pour les consommateurs de drogues comprennent une gamme d'interventions préventives couvrant l'évaluation du comportement à risque, conseils pré- et post-test, des offres ou assignations pour des tests d'hépatite et d'HIV et la vaccination contre les hépatites A et B.
- La coordination des soins exige que les services spécialisés pour les consommateurs de drogues coopèrent étroitement avec les services non spécialisés. Une étroite liaison avec les services de la santé mentale et les offres de soins psychiatriques est recommandée, puisque beaucoup de IDUs souffrent de désordres psychiatriques comorbides.
- Puisque les services d'échange d'aiguilles et les locaux de consommation de drogues ont prouvés être des points d'accès à un traitement ultérieur, il faut offrir aux clients le transfert à une diversité de programmes de traitement structurés, par exemple de brèves interventions de motivation, les conseils, la détoxification, le traitement de substitution avec soins psychologiques et réhabilitation.
- Les clients qui demandent le traitement pour une infection hématogène ou pour d'autres problèmes de santé doivent être assignés au traitement approprié.
- Si les tests et vaccinations ne sont pas disponibles sur lieu, il faut informer les clients où les tests HBV, HCV et HIV sont effectués, et les clients qui veulent se faire examiner doivent être dirigés à d'autres services tels que les praticiens, les services de la santé publique ou des services AIDS spécialisés etc.
- Les clients souffrant d'une hépatite C sont en danger de contracter également une hépatite B. Pour cette raison, il est important d'assurer que les clients avec hépatite C et qui n'ont pas l'hépatite B reçoivent la vaccination HBV.
- Les pays doivent augmenter l'accès au traitement antiviral pour les injecteurs de drogues et garantir des standards d'accès et de traitement égaux indépendamment du sexe, de l'âge, de l'orientation sexuelle, de la consommation de substances, d'emprisonnement et du statut migratoire.
- Information et éducation doivent être disponibles dans tous les genres de services et pour les différents groupes-cibles.

8 Standards

- Les standards comprennent l'assurance de la qualité et l'efficacité des services d'échange d'aiguilles. Une approche de cette tâche est de transférer les résultats d'évaluation dans la pratique.

- Pour les services de la réduction des méfaits, il est recommandé de développer des standards de travail et des méthodes spécifiques – à moins qu’ils n’existent déjà - afin de garantir des normes minimales de qualité.
- Les données doivent être collectées d’une manière standardisée en utilisant les indicateurs des cinq clefs de l’EMCDDA pour surveiller la réduction des méfaits.
- Pour le dépistage et la gestion des maladies infectieuses, un nombre de guides existe au niveau national (Canada, Ecosse) et international (WHO, UNAIDS). Pour adresser le problème des infections HIV non diagnostiquées, WHO et UNAIDS ont publié un nouveau guide pour les tests HIV informés et volontaires et les conseils dans les centres de la santé (WHO/UNAIDS, 2007).

9 La surveillance de la performance et des résultats

- En ce qui concerne les performances, il est de bonne pratique de considérer les interventions visant à évaluer, prévenir et gérer les maladies hématogènes comme partie intégrante du traitement.
- La surveillance de la performance et des résultats surveille la collection d’information et l’évaluation des services d’échange d’aiguilles.
- La surveillance de la performance comprend l’élaboration et la mise en œuvre de protocoles d’évaluation appropriés pour les services de la réduction des méfaits (Trimbos institut 2006).

4 Traitement de maintien

A *Définition et objectifs*

1 Problème et définition

Le traitement de la toxicomanie par la prescription d’un médicament de substitution (agonistes et antagonistes), pour lequel cross-dépendance et cross-tolérance existent, avec le but de réduire ou d’éliminer l’usage d’une substance particulière, surtout si elle est illicite, ou de réduire les méfaits résultant d’une méthode d’administration particulière, les dangers pour la santé (p.e. le partage d’aiguilles), et les conséquences sociales (Demand Reduction – A Glossary of terms, UNDCP).

2 Buts et objectifs

- Le traitement de la dépendance aux opiacés consiste en des interventions pharmacologiques et psychosociales avec l’intention de réduire ou de cesser l’utilisation des opiacés et de réduire les méfaits associés avec les opiacés.
- Les objectifs du traitement de maintien à agonistes comprennent: réduction ou cessation par rapport aux opiacés illicites, réduction ou cessation des risques

d'injection et des risques de virus hématogènes, réduction du risque de surdosage, réduction de l'activité criminelle et amélioration de la santé psychologique et physique.

- Le traitement de maintien aux agonistes opioïdes est reconnu de plus en plus pour être la stratégie de gestion la plus efficace. Le traitement de maintien aux agonistes est indiqué pour tous les patients toxicomanes en mesure de donner un consentement éclairé et pour lesquels des contre-indications spécifiques n'existent pas.
- Au cours des dernières années, la valeur du traitement psychosocial a également été démontrée, surtout en combinaison avec la pharmacothérapie, soit dans le contexte de traitement de maintien aux agonistes opioïdes, de retrait d'opiacés ou de la prévention de récidives.

B Base d'évidence

- Le traitement de maintien à la méthadone est connu pour réduire l'envie de drogues ainsi que la morbidité associée à la dépendance aux opiacés. En plus, l'issue du traitement de maintien à la méthadone semble être améliorée par l'augmentation des doses et la fourniture de soutien psychosocial adéquat.
- Les revues Cochrane ont découvert que l'efficacité du traitement de maintien à la buprénorphine est comparable au maintien à la méthadone avec des avantages relatifs à certains milieux de traitement, au dosage tous les deux jours, à un meilleur profil de sécurité et un syndrome de sevrage plus doux.
- La morphine à libération lente pourrait se révéler comme une alternative au traitement de substitution à la méthadone et la buprénorphine.
- Un développement plutôt nouveau est la prescription d'héroïne aux patients chroniques, résistant au traitement et dépendant à l'héroïne dans quelques pays d'Europe. Le traitement de substitution assisté par l'héroïne pourrait être une option efficace pour les patients avec dépendance chronique qui ont échoué dans d'autres traitements. Cependant, cela exige des ressources considérables, comme les patients habituellement injectent trois fois par jour sous conditions contrôlées aux centres de traitement, qui doivent avoir de longues heures d'ouverture et des exigences élevées au personnel et à la sécurité.
- La codéine (Dihydrocodeine = DHC) est un agent analgésique disponible pour le traitement de maintien dans un petit nombre de pays européens. A cause d'une biodisponibilité plus courte comparé à d'autres agonistes opioïdes, le traitement à la codéine pourrait exiger une surveillance plus étroite comme elle doit être administrée plus d'une fois par jour.
- Le composé buprénorphine/naloxone contient la buprénorphine, un agoniste partiel au μ -récepteur opioïde, ainsi que la naloxone, un antagoniste au μ -récepteur opioïde. Il existe seulement un nombre limité d'études comparatives, mais la buprénorphine/naloxone semble avoir une efficacité pareille à celle de la

buprénorphine seule, tandis que la buprénorphine/naloxone pourrait être moins probable d'être mal utilisée par voie intraveineuse.

C *Recommandations*

1 L'environnement du traitement

- Les programmes et interventions de traitement pharmacologique doivent être intégrés ou liés à d'autres services médicaux et sociaux et à des interventions qui garantissent la possibilité de transfert des patients à d'autres modalités de traitement au fur et à mesure que les besoins de traitement changent.
- Les hommes et les femmes peuvent être traités dans la même institution pourvu que les besoins culturels et sexospécifiques soient considérés.

2 Choix de traitement et de dosage

- La méthadone doit être considérée comme le traitement optimal et la buprénorphine réservée aux patients où la méthadone n'est pas désirée, inappropriée ou non efficace, ou chez qui l'on prévoit une autre amélioration de la qualité de vie effectuée par la buprénorphine. La buprénorphine pourrait être une option plus sûre, mais il n'existe pas encore d'évidence suffisante pour promouvoir sa valeur comme étant supérieure à celle de la méthadone.
- La buprénorphine est efficace pour le traitement de la dépendance aux opiacés et, le cas échéant, devrait être offerte comme alternative à la méthadone. Les motifs de recours à la buprénorphines comprennent: réponse antérieure à la buprénorphine ou manque de réponse à la méthadone; courte durée d'action de la méthadone dans le passé; interaction entre la méthadone et autres médicaments; effets néfastes spécifiques de la méthadone; disponibilité du traitement; préférence du patient.
- En ce qui concerne les patients traités par la pharmacothérapie de maintien à l'agoniste, les cliniciens doivent être encouragés d'utiliser des doses de méthadone adéquates, 60-120mg.
- En ce qui concerne les patients traités par la pharmacothérapie agoniste, les cliniciens doivent être encouragés d'utiliser des doses de buprénorphine entre 8 et 24 mg.
- Afin d'optimiser le recrutement dans, et le maintien en traitement d'entretien agoniste, les politiques et règlements doivent permettre des structures de dosage souples sans restriction concernant les doses et la durée de traitement.
- La méthadone et la buprénorphine ne conviennent pas pour les personnes souffrant d'une décompensation hépatique (par exemple cirrhose avec ictère et ascites) parce qu'elles pourraient précipiter l'encéphalopathie hépatique. Elles pourraient aussi empirer l'asthme aigu et d'autres causes de l'insuffisance respiratoire.
- D'autres contre-indications énumérées par le fabricant sont: dépression respiratoire sévère, alcoolisme aigu, blessure à la tête, pression intracrânienne élevée, colite ulcéreuse, colique biliaire, colique rénale.

3 Diagnostic et évaluation

- Le diagnostic de la dépendance aux opiacés et d'autres conditions médicales doit être effectué par un personnel de soins médicaux formé. Si le diagnostic conduit à un traitement de maintien à agoniste, il doit être effectué par un médecin formé. Les conditions sociales doivent être déterminées par des travailleurs sociaux ou par du personnel formé dans les conditions sociales.
- L'histoire du patient et l'usage de drogues auto-signalés sont fiables en général, mais pour faire un diagnostic de toxicomanie ils doivent être corrélés à d'autres méthodes d'évaluation y compris l'histoire de la part de la famille et des amis, l'examen clinique et des enquêtes pertinentes.
- Une évaluation détaillée et individuelle des besoins de traitement comprend: les expériences passées de traitement; l'histoire médicale et psychiatrique; les conditions de vie; les questions juridiques; la situation professionnelle; ainsi que les facteurs culturels et sociaux qui pourraient influencer l'usage de drogues.
- Les patients doivent avoir une preuve d'identité avant de commencer le traitement avec des médicaments contrôlés. Le patient doit être en mesure de donner un consentement éclairé avant le traitement.
- Des tests de dépistage volontaires devraient être offerts dans le cadre d'une évaluation individuelle, accompagné de conseils pré- et post- test.
- Tous les patients qui n'ont pas été exposés à l'hépatite B devraient être vaccinés, en considérant un schéma de vaccination accélérée pour améliorer le taux d'achèvement.
- Des tests de grossesse volontaires devraient être offerts dans le cadre d'une évaluation individuelle.

4 Gestion

- Dans certains cas, une intervention simple et à court terme comme l'aide au retrait des opiacés se traduira par une amélioration immédiate et durable.
- Toutefois, dans de nombreux autres cas, le traitement devra être considéré comme un processus à long terme ou même à vie, avec à l'occasion des récurrences. L'objectif des services de traitement dans de tels cas est non seulement de réduire ou de cesser l'usage des opiacés, mais aussi d'améliorer progressivement la santé et le fonctionnement social des drogués, afin de les encourager à essayer de nouveau, ou à éviter certaines des plus graves conséquences de l'usage de drogues.

5 Interventions psychosociales

A Définition et objectifs

1 Définition ou définition du problème

Le traitement psychosocial est un domaine en expansion dans le contexte du traitement de la toxicomanie. Il n'y a pas de méthode unique mais un ensemble de différentes formes d'interventions psychosociales offertes aux clients. Il existe un grand nombre de méthodes psychosociales pour la toxicomanie; à première vue, ces méthodes semblent très différentes, mais elles ont certaines choses en commun:

- Concentration sur les abus
- Le traitement est structuré autour du patient/ du traitement
- Temps suffisant pour le traitement
- Concentration sur l'abus et sur les facteurs psychologiques (Fridell 2007).

Les méthodes psychosociales peuvent être divisées en méthodes d'appui, méthodes ré-éducatives et méthodes ré-constructives ou à orientation psychodynamique (Berglund et al, 2001 p. 12).

2 Buts et objectifs

L'idée à la base du traitement psychosocial est la coopération entre le thérapeute et le client. La signification de cette coopération est d'éviter la confrontation directe et par contre bâtir l'interaction sur la confiance et la compréhension. Une partie très importante du traitement est que le patient doit être actif et découvrir sa situation spécifique par l'auto-exploration et la collecte de données. Ces données forment une base pour les discussions dans les séances avec le thérapeute. Le rôle du thérapeute est de partager ses connaissances des différents facteurs qui pourraient être des raisons importantes pour l'abus de drogues ou d'alcool. Le but en est que le client comprenne ces raisons et soit capable de comprendre pourquoi il a ces problèmes et qu'est ce qu'il peut faire à ce sujet. Une partie importante du traitement est de sensibiliser davantage le consommateur de drogues problématique sur les conséquences négatives de la dépendance et de développer par contre un plus grand contrôle de soi-même, de devenir plus calme et plus actif quand il s'agit de choix de vie. Les différentes formes de traitement comprennent des jeux de rôles et la pratique concrète par rapport aux différents domaines et qualifications sociaux, par exemple ne pas être en retard pour les rendez-vous, acheter des aliments et le contact avec les administrations sociales.

Les programmes de traitement stationnaire pour l'abus de drogues et d'alcool sont désignés pour traiter le désordre d'abus de drogues et d'alcool. Le but est d'assister le toxicomane à se libérer de la drogue, mais aussi de l'assister à créer un contexte social.

Le traitement stationnaire a lieu dans des milieux très différents et comprend des placements à long terme et à court terme dans des institutions de traitement stationnaire,

dans les prisons et d'autres institutions pénitentiaires, des institutions involontaires et des maisons à temps partiel.

B Base d'évidence

- Une grande partie du matériel de cet aperçu provient de la méta analyse du conseil de l'évaluation des technologies dans les soins de santé suédois (SBU 2001, Berglund et al. 2001), une initiative avec le but d'établir une plateforme de pratique basée sur l'évidence.
- Un résultat important est que le traitement psychosocial per se a un effet sur la toxicomanie, mais qu'aucune des formes de traitement psychosocial n'est supérieure aux autres (cf p.e. Socialstyrelsen, 2007, Shulte et al. 2006, Berglund, 2003).

C Recommandations

1 Consultation

- La consultation peut être utilisée efficacement dans différents milieux et combinaisons pour réduire la consommation de drogues et améliorer la retenue en traitement.
- La consultation structurée peut mener à la modération de l'usage de cannabis et de cocaïne.

2 Thérapie cognitivo-comportementale

- CBT peut être fourni dans beaucoup de milieux différents, p.e. soins de santé privés au sein du système de soins de santé primaires, soins hospitaliers et résidentiels, etc.
- Le traitement pour l'abus de drogues devrait toujours inclure une composante psychosociale.
- Homework compliance peut être utilisé en CBT pour améliorer les résultats.
- Le traitement psychosocial a un effet sur la toxicomanie, mais aucune des formes de traitement psychosocial n'est supérieure aux autres. Les formes de traitement familial dynamique et CBT sont plus efficaces quand la participation au traitement est continuée.

3 Approche du renforcement de la communauté

- L'approche du renforcement de la communauté peut être effectuée dans les programmes stationnaires et en combinaison avec des bons, mais aussi dans le contexte de traitement ambulatoire.
- L'approche du renforcement de la communauté (CRA) en combinaison avec des bons comme renforcements positifs peut réduire la consommation de cocaïne.

4 Thérapie de group

- Il est important que les participants du groupe prennent charge de leur problème.
- Si tous les membres du group se trouvent dans une situation semblable, il peut être plus facile de discuter les problèmes et de recevoir l'assistance du groupe.
- La thérapie de groupe est particulièrement efficace pour le traitement des dépressions.

5 Interview motivationnel

- Les fournisseurs de soins doivent essayer de comprendre les réactions logiques basées sur les expériences antérieures du patient, et à partir de là lui montrer la différence entre la situation vécue et celle que le patient voudrait avoir.
- Les méthodes de l'interview motivationnel (MI) se sont prouvées efficaces surtout pour ceux qui avaient peu de motivation au début et une dépendance moins sévère.
- L'interview motivationnel (MI) peut être utilisé pour rehausser efficacement la motivation, le taux de rétention et la réduction de la consommation.
- L'interview motivationnel peut aider même comme intervention à une seule séance.

6 Thérapie de prévention de la rechute

- La prévention de la rechute fortement structurée semble être plus efficace que les interventions moins structurées en ce qui concerne les consommateurs de cocaïne avec dépression comorbide.
- Aux personnes qui ont rechuté devraient être proposées une évaluation urgente. L'accès immédiat à un traitement devrait être envisagé.

7 Gestion de la contingence

- Le personnel doit être formé dans "des méthodes de test appropriées proche du patient et dans la gestion de la contingence".
- Des bons et prix peuvent être utilisés comme renforcement dans le court terme pour réduire la consommation de la cocaïne.
- L'ampleur et l'immédiateté de renforcement peuvent être critiques pour l'efficacité des bons.
- La gestion de la contingence en liaison avec la pharmacothérapie pourrait augmenter la rétention et la compliance du traitement de la dépendance aux opiacés.

8 Le programme à 12 étapes

- Le programme à 12 étapes peut être appliqué en milieu stationnaire et en milieu ambulat.
- Le programme à 12 étapes peut servir de contrôle pour d'autres interventions.

9 La gestion de cas

- La gestion de cas généralisée pourrait être appropriée pour améliorer la participation et la retenue au traitement. Elle peut être combinée à d'autres interventions ou à des modèles de case management plus intensifs ou spécialisés.
- Case management intensif est le plus efficace pour les consommateurs de drogues extrêmement problématiques. Il est aussi efficace pour le traitement d'ivrognes publiques chroniques et pour les individus à double diagnostic.
- Dans le case management, la perspective des forts d'une personne pourrait aider à améliorer la participation et la retenue au traitement parmi les personnes sans ou avec très peu de motivation de changer.

10 Traitement stationnaire et résidentiel

- Les milieux résidentiels et stationnaires devraient offrir les mêmes interventions que les institutions communales.
- Tous les traitements psychosociaux devraient être effectués par des professionnels.
- Les programmes à courte durée et d'autres programmes moins intensifs sont mieux adaptés aux clients moins problématiques.

6 Desintoxication

A *Définition et objectifs*

1 Définition du problème

Désintoxication désigne un ensemble d'interventions visant à gérer l'intoxication aiguë et le retrait, de sorte que les effets des drogues soient éliminés des toxicomanes d'une manière sûre et efficace. La désintoxication est souvent utilisée comme une première étape dans la carrière du traitement de la toxicomanie du patient et a l'objectif de fournir un soulagement symptomatique de la privation alors que la dépendance physique à la drogue est éliminée. Une série de milieux ont été utilisés pour la désintoxication, y compris des unités résidentielles spécialisées en toxicomanie, des divisions psychiatriques d'hôpitaux, programmes résidentiels de réhabilitation, des services et prisons basés dans la commune. Les différents milieux peuvent convenir à différents toxicomanes dans différentes circonstances ou convenir à la même personne à différents stades de sa carrière. Il faut aussi se rappeler que la désintoxication n'est pas toujours couronnée de succès, surtout à la première tentative.

Les opioïdes, la cocaïne et les benzodiazépines sont les principales drogues problématiques adressées par les programmes de désintoxication. Le European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) a estimé une prévalence moyenne de l'usage problématique des opiacés entre quatre et cinq cas pour 1.000 de la

population âgée de 15-64 ans en Europe et en Norvège. Le EMCDDA estime en outre que ce taux indique que 1,5 million de personnes en Europe pratiquent un usage problématique de drogues. Des estimations similaires de la cocaïne ne sont pas disponibles pour l'ensemble de l'Europe mais seulement pour trois pays, l'Italie, l'Espagne et le Royaume-Uni. Les estimations de ces pays sont entre trois et six consommateurs problématiques de cocaïne pour 1000 adultes de 15-64 ans.

Les benzodiazépines ne sont pas souvent la principale drogue signalée par ceux qui viennent pour un traitement, mais sont largement utilisés par les usagers de drogues à problème. Par exemple, environ 25% des clients en traitement enregistrés par le UK Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS) ont indiqué utiliser des benzodiazépines (Home Office, 2007).

2 Buts et objectifs

L'objectif de la désintoxication est d'éliminer ou de réduire la gravité des symptômes de sevrage d'une manière sûre et efficace lorsque l'utilisateur physiquement dépendant cesse de prendre des drogues (WHO, 2006). Les programmes de désintoxication devraient inclure les éléments suivants:

- Une évaluation de l'état psychologique, psychiatrique, social et physique des patients selon un programme d'évaluation bien défini
- Une évaluation du degré d'abus et/ou de dépendance des classes de drogues pertinentes, notamment des opioïdes, des stimulants, d'alcool et de benzodiazépines
- Définir un programme de soins et d'élaborer un plan de soins afin de procéder à une évaluation des risques
- Prescrire des médicaments d'une manière sûre et efficace pour atteindre le retrait de substances psychoactives
- Identifier les comportements à risque et offrir des conseils pour réduire au minimum les dommages
- Evaluer les besoins de traitement à plus long terme des patients et fournir un plan approprié de soins après la décharge
- Evaluer les patients et les orienter à d'autres traitements si nécessaire
- Suivre et évaluer l'efficacité des interventions prescrites
- Offrir des transferts à d'autres services en cas de besoin (NTA)

B Evidence - la gestion de désintoxication aux opiacés

1 La méthadone

Le médicament le plus profondément testé pour la désintoxication des opiacés est la méthadone, un agoniste opioïde à longue durée d'action. La désintoxication avec des doses de méthadone progressivement réduites montre moins de symptômes de sevrage et moins d'abandon de traitement que le placebo. La méthadone a montré un meilleur profil d'événements indésirables, notamment en ce qui concerne l'hypotension comparé

à la clonidine, et les taux d'achèvement comparé à la lofexidine. Les études existantes n'indiquent pas de différence entre la buprénorphine et la méthadone pour les taux d'achèvement de la désintoxication, mais il n'y a pas de données disponibles pour comparer les résultats de l'abstinence.

2 Buprénorphine

Les études disponibles indiquent que l'efficacité de la buprénorphine par rapport à la retenue en traitement, l'usage de drogues illicites et la suppression de symptômes de sevrage est comparable à celle de la méthadone, bien que la désintoxication avec la buprénorphine peut être effectuée plus rapidement comparé à la méthadone. Il n'y a non plus de grandes différences en ce qui concerne l'achèvement du retrait.

3 Dihydrocodéine

Une évidence limitée suggère que la dihydrocodéine est moins susceptible de conduire à l'abstinence et à l'achèvement de traitement que la buprénorphine dans la désintoxication.

4 Clonidine et lofexedine

Une importante étude récente a révélé qu'il n'y a aucune preuve que la clonidine soit plus efficace que la lofexidine pour la gestion du retrait des opiacés et, en raison du profil d'effets secondaires plus élevé, a suggéré que la clonidine ne soit pas utilisée en pratique courante. L'efficacité clinique de la lofexidine est comparable à celle de la clonidine, mais a un léger avantage parce qu'elle a moins d'effets secondaires et en particulier moins d'hypotension posturale.

5 Buprénorphine et naloxone

Il a été démontré que la désintoxication rapide avec la buprénorphine-naloxone est sûre et bien tolérée par les patients avec des résultats positifs pour les taux de retenue en traitement, achèvement de désintoxication et abstinence en traitement.

6 Autres médicaments pour le traitement symptomatique

La désintoxication d'opiacés correctement conduite ne mène normalement pas à un grand inconfort pour le patient. Cependant, les patients recevant des doses adéquates de désintoxication peuvent encore se plaindre de symptômes de sevrage tels que diarrhée ou insomnie, qui peuvent être traités avec des médicaments d'appoint. Toutefois, il n'existe pas de preuve systématique pour aucun des médicaments indiquant qu'il améliore les résultats.

7 Interventions psychosociales en combinaison avec la désintoxication

La majorité des études sur les interventions psychosociales combinées avec la désintoxication incluent des techniques de récompenses au cours de la désintoxication

en communauté. Le système de récompenses dans ces études a généralement commencé après la stabilisation et continuait durant le processus de la désintoxication jusqu'à l'achèvement du traitement. Les patients profitant du système de récompenses étaient plus susceptibles d'être abstinents à la fin du traitement et d'achever le traitement que les autres patients. Ce résultat a été constaté pour les programmes de désintoxication à court terme aussi bien que pour ceux à plus long terme.

8 Gestion de retrait des benzodiazépines

Le peu d'évidence disponible favorise une approche à étapes vers la désintoxication des benzodiazépines. Les personnes à faible dose de dépendance aux benzodiazépines n'ont normalement pas besoin d'un traitement spécial. Au début de l'abstinence, ces personnes doivent être soutenues et réassurées que les effets de retrait seront bientôt réduits ou vont disparaître. Si l'intervention minimale reste sans effet, alors le retrait progressif supervisé peut être initié. L'objectif du traitement pour la désintoxication des benzodiazépines devrait être la prescription d'un régime de réduction pour une période limitée. Des thérapies d'appoint telles que les interventions psychosociales structurées, des conseils, des groupes de soutien et de détente pourraient être utiles pour modifier des cognitions négatives liées à la cessation des médicaments, assurer l'éducation des patients et fournir des techniques cognitives et comportementales pour la réduction de l'anxiété et l'amélioration du sommeil au cours de retrait.

9 Gestion de la désintoxication des stimulants

Des antidépresseurs tels que la fluoxétine ont été utilisés pour gérer les épisodes dépressives associées au retrait des stimulants. Il n'y a pas d'évidence que les antidépresseurs aient un effet quelconque sur les effets de retrait des stimulants quel que soit le type d'antidépresseur utilisé.

C Recommandations

En raison de la base limitée d'évidence pour la désintoxication de la cocaïne et des benzodiazépines, les recommandations suivantes se rapportent surtout à la désintoxication des opiacés.

1 Accès aux soins

La désintoxication doit être aisément accessible pour les personnes dépendantes qui ont exprimé leur choix informé et raisonnable de devenir abstinents. Des informations devraient être disponibles sur les critères d'accès aux programmes de désintoxication. Le matériel doit décrire pour quelles personnes le service est destiné et quels sont les délais d'attente probables pour l'entrée.

2 Durée du programme

La plupart des traitements de désintoxication aux opiacés à la méthadone utilisent un plan de réduction linéaire avec diminution régulière de doses égales à partir d'une dose initiale individuelle jusqu'à zéro. Les programmes de traitement durent généralement de 10-28 jours. Bien que la recherche suggère que de plus longues périodes de traitement avec une période critique de 28 jours peuvent prévoir de meilleurs résultats, il y a peu d'évidence à l'appui de plans de désintoxication plus longs qui pourraient conduire à des symptômes résiduels continuant après la terminaison du traitement.

3 Setting

La désintoxication des opiacés pour patients hospitalisés devraient fournir 24 heures de surveillance, d'observation et de soutien pour les patients qui sont en état d'ébriété ou de l'expérience de retrait.

Les programmes à base communautaire devraient être offerts à ceux qui envisagent la désintoxication, à l'exception de ceux qui

- N'ont pas profité d'une désintoxication à base communautaire antérieure
- Ont besoin de soins médicaux et/ou infirmiers à cause de majeurs problèmes comorbides de santé physique ou mentale
- Ont besoin d'une désintoxication complexe de drogues multiples
- Ont actuellement de grand problèmes sociaux qui limitent les bénéfices de la désintoxication à base communautaire (NICE, 2007).

Les soins résidentiels de devraient normalement être considérés que pour les personnes qui ont besoin d'un niveau élevé de soutien médical et/ou infirmier pour de graves problèmes comorbides de santé physique ou mentale ou qui ont besoin d'une désintoxication concomitante de l'alcool et d'autres drogues nécessitant un niveau élevé d'expertise en soins médicaux et infirmiers (NICE, 2007).

La désintoxication résidentielle ne devrait normalement être considérée que pour les personnes qui ont de significants problèmes comorbides de santé physique ou mentale ou qui ont besoin d'une désintoxication séquentielle de l'alcool ou d'opiacés ou d'une désintoxication concurrente d'opioïdes et de benzodiazépines. Elle pourrait également être prise en considération pour ceux qui ont un niveau de dépendance moins grave, par exemple ceux qui n'ont que récemment commencé la consommation de drogues et qui pourraient profiter de l'environnement résidentiel pendant et après la désintoxication.

4 Evaluation

Les personnes qui se présentent pour la désintoxication des opiacés devraient être évaluées pour établir la présence et la gravité de la dépendance aux opiacés, ainsi que l'abus et/ou la dépendance à d'autres substances, y compris l'alcool, les benzodiazépines et les stimulants.

L'évaluation doit comprendre

- L'examen des urines pour aider la confirmation de l'usage/dépendance d'opioïdes et d'autres drogues
- Une évaluation clinique des signes de retrait si présent
- L'enquête de l'histoire de l'usage de drogues et de d'alcool et des épisodes de traitement précédents
- Un examen des problèmes de santé physique et mentale actuels et précédents
- L'évaluation des risques d'auto-mutilation, de perte de tolérance aux opiacés et de l'usage abusif de drogues ou d'alcool comme réponse aux symptômes de sevrage aux opiacés
- Une évaluation des circonstances sociales et personnelles actuelles
- La considération de l'impact de l'abus de drogues sur les membres de la famille et les dépendants
- L'élaboration de stratégies visant à éviter le risque de rechute.

5 Compétences du personnel

La désintoxication communautaire devrait être coordonnée par des praticiens compétents en soins primaires ou spécialisés. La désintoxication résidentielle devrait comprendre des équipes multidisciplinaires avec l'accent sur le personnel médical et infirmier.

7 Traitement dans le système de justice pénale

A Définitions et objectifs

Chaque jour, plus d'un demi million de personnes sont emprisonnées dans 27 pays de l'UE. La prévalence de la toxicomanie dans les différents pays varie de 10 à 48% parmi les hommes détenus et de 30 à 60% parmi les femmes détenues. Par conséquent, les questions de santé sont d'une importance primordiale du point de vue de la santé publique.

L'objectif de cette directive est l'identification et la description des meilleures pratiques fondées sur l'évidence en termes de traitement de la toxicomanie en prison. Il met l'accent sur les usagers de drogues illicites et, en particulier, les usagers problématiques, qui sont soumis à des programmes de prévention, de traitement et de la réduction des méfaits, offerts dans le cadre du système de justice pénale. Le terme «prison» est utilisé pour tous les lieux de détention, peu importe si la personne est détenue par la police, attend le procès ou est en maison d'arrêt ou en prison pour les détenus condamnés.

B Base d'évidence

Pour résumer les résultats des études présentées dans les directives, on peut dire que la majorité des services offerts dans une communauté peuvent être utilisés en milieu pénitentiaire après les modifications nécessaires, y compris le traitement visant à l'abstinence, le traitement des maladies infectieuses, les programmes de maintien à la méthadone (MMP) et des mesures pour réduire les méfaits. Un nombre d'études a confirmé que le MMT ainsi que les stratégies de réduction des méfaits ne produisent pas d'effets secondaires graves et non-intentionnels, ce que l'administration pénitentiaire avait craint ou anticipé. Néanmoins, la spécificité du milieu prisonnier doit être considérée, les besoins des prisonniers doivent être respectés et leur capital social utilisé dans le procès de traitement. Assurer la continuité des soins après la libération est de la plus haute importance.

C Recommandations

1 Tests de maladies infectieuses

Les tests de maladies infectieuses et la vaccination sont des outils très importants pour promouvoir et sauvegarder la santé en prison. La vaccination contre l'hépatite A et B est fortement recommandée pour les prisonniers.

2 Le dépistage des drogues

Bien que le dépistage joue un rôle important dans la mise en œuvre de la politique par rapport aux drogues en prison, les tests obligatoires doivent être appliqués avec précaution, puisqu'ils sont plutôt chers et peuvent être contreproductifs en raison d'une aggravation des tensions entre les détenus et le personnel.

3 Le traitement des maladies infectieuses

Les autorités pénitentiaires doivent veiller à ce que les prisonniers reçoivent des soins, du support et du traitement équivalents à ceux disponibles pour les personnes vivant au sein de la communauté, y compris la thérapie anti-rétrovirale (ART). Le traitement des prisonniers infectés d'HIV avec ART aura un effet non seulement sur la santé de l'individu mais aussi sur la santé publique à l'extérieur de la prison. Il a été prouvé que le traitement de l'hépatite C est possible et couronné de succès également en prison.

4 Programmes orientés vers l'abstinence

Les programmes orientés vers l'abstinence devraient être offerts à tous ceux qui sont susceptibles d'accepter une approche sans drogues. Toutefois, il est important pour les systèmes pénitentiaires de développer des stratégies spécifiques pour le traitement de la toxicomanie en prison (p.e. des ailes sans drogues) plutôt que de refléter simplement les stratégies qui existent dans la communauté. En général, il y a un consensus croissant

que les programmes de traitement de la toxicomanie en prison peuvent être efficaces s'ils sont fondés sur les besoins et les ressources des prisonniers et sont d'une durée et d'une qualité suffisantes.

5 Désintoxication

La littérature sur cette question n'est pas suffisante pour formuler des recommandations. En général, la désintoxication avec médication adéquate n'est que rarement disponible dans les prisons à travers l'Europe.

6 Le traitement de substitution

Le traitement de substitution dans les prisons est fortement recommandé. Il peut réduire le partage du matériel d'injection, mener à une réduction de l'usage des opiacés et à la diminution de la violence liée aux drogues dans les prisons ainsi qu'à une réduction des crimes à la suite de la libération. Plusieurs études ont indiqué que les effets secondaires souvent redoutés par le personnel pénitentiaire, tel qu'un marché noir pour la méthadone, n'ont pas eu lieu. Une dose suffisamment élevée (plus de 60 mg) semble aussi être importante pour augmenter le taux de retenue. Les délinquants qui participent à un traitement de substitution en prison sont plus susceptibles de poursuivre le traitement après la libération, et leurs taux de réadmission en prison sont nettement inférieurs.

7. Echange d'aiguilles

Les programmes d'échange de seringues en prison (PNEP) devraient être offerts à ceux qui n'acceptent pas un traitement sans drogues ou un traitement de substitution. Un nombre d'aperçus ont recueilli des preuves pour l'efficacité de PNEP, une nouvelle discussion sur la mise en œuvre est donc nécessaire. L'évidence indique que la mise en œuvre de ces mesures est possible et faisable sans problèmes de sécurité et sans problèmes par rapport à une augmentation de la consommation de drogues injectables ou une augmentation de l'usage de drogues en général.

8 Provision de désinfectants

Il n'y a pas de preuve que la décontamination aux désinfectants soit efficace dans la communauté et, par conséquent, il semble peu probable qu'elle soit efficace en prison. La désinfection comme un moyen de prévention du HIV est plus ou moins efficace et est considérée comme stratégie secondaire aux programmes d'échange de seringues.

9 La fourniture de préservatifs

Les préservatifs sont probablement la méthode la plus efficace pour prévenir les infections sexuellement transmissibles. Aucun effet adverse grave n'a été trouvé pour la provision de préservatifs en prison, et la provision de préservatifs semble possible dans toutes sortes de milieux pénitentiaires.

10 Case management

Les données disponibles ne fournissent pas d'évidence convaincante de son efficacité. Néanmoins, certains effets positifs ont été constatés tel que la réduction de l'usage de drogues et des taux de rechute, l'augmentation de la participation et de la retenue au traitement et moins de violation de conditions judiciaires.

11 Besoins des clients

Les programmes offerts en prison doivent être fondés sur les besoins et ressources individuelles des clients et sur leurs objectifs, que ce soit la substitution ou l'abstinence, et fournir un soutien adéquat à cet égard. Les besoins des femmes doivent être adressés spécifiquement.

12 La continuité des soins

La solidité de la réussite d'un traitement de toxicomanie en prison exige un continuum de soins qui accompagne le prisonnier toxicomane à partir du milieu correctionnel jusqu'aux processus réintégratives du traitement fondé dans la communauté. Il est fortement recommandé de faciliter des liens personnels entre le prisonnier et un traitement après sa libération.

13 Les compétences du personnel

Les détenus ont le droit de recevoir des soins médicaux state of the art. Pour garantir ce droit, le personnel devrait recevoir une formation professionnelle comprenant non seulement les issues médicales ou thérapeutiques, mais aussi les attitudes à l'égard des prisonniers toxicomanes.

8 Traitement de clients toxicomanes avec des troubles concomitants

A Définitions et objectifs

1 Définition du problème

- Trouble concomitant (COD) se réfère à la présence de l'usage de substance (abus ou dépendance) et en même temps d'un trouble.
- Le diagnostic d'un trouble concomitant est confirmé si au moins un trouble de chaque type s'est établi indépendamment de l'autre.

2 Relevance du problème

- La concomitance d'une maladie mentale grave et d'un trouble de l'usage de substances est très répandue; environ la moitié des patients en traitement psychiatrique et toxicomane souffrent des deux types de trouble.

- Les clients avec COD représentent un problème majeur de la santé publique, qui prévoit de mauvais résultats de traitement par rapport au respect des médicaments, co-morbidités physiques, mauvaise santé, dysfonctionnement social et mauvaise qualité de la vie.
- Les clients avec troubles concomitants ont aussi de plus mauvais résultats par rapport aux taux de rechute, hospitalisation, dépression et risque de suicide.
- Les taux des troubles mentaux augmentent à mesure que le nombre de troubles toxicomanes augmente de façon à rendre plus compliqué le traitement.

B Evidence pour traitement efficace

- La recherche actuelle indique qu'au moins trois types d'interventions sont probablement efficaces pour les clients avec abus de drogues et double diagnostic: conseils en groupe, contingency management et traitement résidentielle à long terme.
- Les effets des conseils en groupe sont cohérents à travers plusieurs types de groupe, suggérant un effet non-spécifique basé sur des éléments communs tels que l'intervention cognitivo-compartmentale, l'éducation, le développement de compétences et le soutien par les pairs.
- Les interventions du contingency management ont tendance à se concentrer étroitement sur l'usage de substances, mais les résultats semblent montrer une amélioration d'autres facteurs, tels que le logement et l'emploi. Les améliorations effectuées par le contingency management ne sont probablement pas liées à la motivation et autres facteurs cognitifs, ce qui pourrait être un avantage pour les clients avec COD.
- Le traitement d'abus de substance résidentiel à longue durée est efficace dans la réduction de l'usage de drogues et de la criminalité.
- D'autres interventions ont eu des effets plus faibles sur les résultats de l'usage de substances, mais conduisent souvent à des améliorations dans d'autres domaines. Par exemple, le case management intensif est efficace en ce qui concerne l'engagement et la rétention des clients avec COD en traitement ambulatoire. Le traitement communautaire assertif est une approche prometteuse pour le traitement des troubles mentaux car il réduit le nombre de ré-hospitalisations et améliore la qualité de vie.

C Recommandations

1 Directives pour les éléments principaux des interventions

Les principes ci-après reflètent l'évidence et l'expérience de modèles par rapport à la meilleure façon de fournir un traitement COD dans les centres de traitement des toxicomanies.

- Fournir un accès

Une politique de porte ouverte devrait être mise en œuvre dès le premier contact avec le système de service pour tous les clients avec COD.

- Dépistage et évaluation complète

Les objectifs de l'évaluation sont d'obtenir une idée complète des besoins et problèmes par un processus continu. Le dépistage est un processus formel de tests pour déterminer si des mesures ultérieures sont justifiées à l'heure actuelle par rapport à un trouble spécifique et, dans ce contexte, la possibilité de la concomitance d'usage de substances et de troubles mentaux.

Une évaluation de base consiste dans l'assemblage d'informations qui puissent fournir l'évidence de COD et des diagnostics de troubles mentaux et d'usage de substances; évaluer les problèmes, les handicaps et les forts; évaluer la volonté de changer; recueillir des données pour orienter les décisions en ce qui concerne le niveau de soins nécessaire.

- L'adoption d'une approche multi-problèmes, individuelle et progressive

Comme les personnes avec COD ont généralement toute une gamme de problèmes de santé mentale, médicaux, d'usage de substances, familiaux et sociaux, les services de traitement devraient être en mesure d'intégrer les soins pour répondre aux problèmes multidimensionnels.

Les clients passent par plusieurs phases empiriquement identifiées y compris l'engagement, la stabilisation, le traitement et le suivi de soins ou soins continus. L'usage de ces phases permet de développer et d'employer des protocoles de traitement efficaces et appropriés au stage.

Puisque les troubles concomitants surviennent dans un contexte de problèmes personnels et sociaux, les approches qui s'adressent à des problèmes spécifiques de vie dès le début du traitement sont importantes.

Les services pour les clients avec des troubles mentaux plus graves devraient être adaptés aux besoins et au fonctionnement individuels.

- Assurer un niveau approprié de soins adapté au traitement

Il faudrait établir un cadre pour favoriser la consultation, la collaboration et l'intégration entre les systèmes de traitement de la toxicomanie et de la santé mentale afin de délivrer les soins appropriés à chaque client avec COD (liés à la combinaison et la gravité des problèmes).

- Assurer la continuité des soins

Comme le rétablissement en cas de COD est à processus à longue durée, les principes suivants doivent être observés: Un plan de traitement doit être mis au point qui assure la continuité des soins au fil du temps. Il est important de renforcer la participation continue dans ces établissements de soins à long terme.

2 Directives pour les interventions et les éléments de programme

Les interventions pour l'usage de substance ainsi que les troubles mentaux ont pour but la gestion ou la résolution des symptômes aigus, du traitement actuel, de la prévention

de rechute ou de la réhabilitation d'un handicap associé à un ou plusieurs troubles, que ce trouble soit mental ou associé à l'usage de substances.

- Maintenir l'alliance thérapeutique

Des directives qui adressent l'alliance thérapeutique devraient faire partie de toutes les interventions.

- Interview motivationnel

Plusieurs stratégies, bien développées et employées avec succès, pour l'amélioration de la motivation dans le domaine de l'abus de substances devraient être adaptées pour le COD.

- Contingency Management (approches de renforcement)

Les approches avec contingency management (CM) affirment que la forme ou la fréquence de comportement peut être modifiée par l'introduction d'un système organisé de conséquences positives et négatives.

- Cognitive–Behavioral Therapy (CBT)

Cognitive–Behavioral Therapy (CBT) utilise les distorsions cognitives du client comme base de la prescription d'activités visant à promouvoir le changement.

- Prévention de rechute (RP)

La prévention de la rechute (RP) s'est révélée être une stratégie de traitement toxicomane particulièrement utile, et elle semble adaptable aux clients avec COD.

- Assurer une médication adéquate

L'usage de médicaments adéquats est un élément essentiel du programme, aidant les clients à la stabilisation et le contrôle de leurs symptômes, ce qui augmente leur réceptivité à d'autres traitements.

- Programmes ambulatoires avec les principaux éléments de Assertive Community Treatment (ACT) ou Community Reinforcement Approach (CRA)

Les programmes de traitement ambulatoires sont au service du plus grand nombre de clients et devraient utiliser les meilleurs modèles de traitement disponibles pour atteindre le plus grand nombre possible de personnes avec COD. Assertive Community Treatment (ACT) et Community Reinforcement Approach (CRA) emploient des activités intensives de contact personnel, l'engagement actif et continu avec les clients et une forte intensité de services. Ces approches devraient être introduites en Europe.

- Intensive Case Management (ICM)

Les objectifs de l'ICM sont d'engager les individus dans une relation de confiance, les aider à répondre à leurs besoins de base (p.e. logement), et les aider à accéder et utiliser les services offerts dans la communauté. L'élément fondamental de l'ICM est le petit nombre de cas pour chaque case manager, ce qui se traduit en services plus intensifs et plus cohérents pour chaque client.

- Modifications dans les établissements résidentiels

Les principes et méthodes des modèles résidentiels (voir directives spéciales pour les interventions psychosociales) doivent être adaptés aux circonstances du client, avec les modifications suivantes: une plus grande flexibilité, traitement plus individualisé et

réduction d'intensité. Un nombre d'options de soins continus (aftercare) doivent être disponibles pour les clients avec COD qui quittent le traitement.

- Aide pour les approches visant à l'aide à soi-même

Ces approches emploient un large éventail de principes de responsabilité personnelle et du soutien par les pairs, souvent des méthodes à 12 étapes qui effectuent un régime de changement systématique.

- Promotion de la coordination et la continuité des soins

La continuité des soins réfère à la coordination des soins tandis que le client se déplace à travers les différents systèmes de services, et elle se caractérise par la cohérence entre les activités de traitement primaire et les services auxiliaires, des transitions sans heurts entre les différents niveaux de soins, et la coordination du traitement actuel avec les épisodes de traitement antérieures.

- Mise en œuvre des interventions intégrées

Les interventions intégrées sont des stratégies de traitement ou des techniques thérapeutiques spéciales qui combinent des interventions pour les deux troubles en une seule session ou interaction ou dans une série d'interactions ou sessions multiples. Les interventions intégrées peuvent inclure une large gamme de techniques.

9 Traitement pour stimulants

A Définition et objectifs

1 Définition du problème

Les utilisateurs de stimulants comprennent les utilisateurs de poudre de cocaïne, de crack et d'amphétamines. A l'heure actuelle, il n'existe pas de paquet complet de traitement qui ait été prouvé capable de conduire à l'abstinence et de prévenir la rechute de l'utilisateur de stimulants. Par conséquent, le traitement pour les utilisateurs de stimulants devrait inclure une phase initiale visant à la cessation de l'usage de stimulants, une seconde phase de prévention d'une rechute et une troisième phase visant à maintenir l'abstinence à travers l'apprentissage de nouvelles compétences pour atteindre ce but. Toutefois, les utilisateurs de stimulants, comme les autres usagers de drogues à problème, pourraient avoir toute une gamme de problèmes médicaux ou d'urgence, des problèmes psychiatriques ou des crises ou divers problèmes sociaux, légaux ou d'emploi qui pourraient avoir besoin de la participation d'un éventail de services au-delà des services de traitement de la toxicomanie.

Des estimations de l'ampleur de l'usage de cocaïne à problème en Europe ne sont disponibles que pour trois pays, l'Italie, l'Espagne et le Royaume-Uni. Les estimations pour ces pays sont entre trois et six usagers de cocaïne problématiques pour 1000 adultes entre 15 et 64 ans.

A l'aide des données du Treatment Demand Indicator, le EMCDDA a enregistré la cocaïne comme drogue à problème secondaire pour environ 15% de tous les clients en traitement ambulatoire. La plupart des pays de l'Europe rapportent une faible proportion d'utilisateurs de cocaïne parmi tous les clients en traitement toxicomane, bien que les Pays-Bas et l'Espagne aient signalé des proportions élevées de 35% et 42% respectivement en 2004.

2 Buts et objectifs

Le traitement pour les utilisateurs de stimulants vise à obtenir la cessation de l'usage de stimulants, de prévenir les rechutes et de maintenir l'abstinence à travers l'apprentissage de nouvelles compétences à atteindre cet objectif. Les programmes pour traiter les abus de stimulants devraient comprendre les éléments suivants:

- Une évaluation de l'état psychologique, psychiatrique, social et physique des patients selon un programme d'évaluation bien défini
- Une évaluation du degré d'abus et/ou de dépendance des classes de drogues pertinentes, notamment des opioïdes, des stimulants, d'alcool et de benzodiazépines
- Définir un programme de soins et d'élaborer un plan de soins afin de procéder à une évaluation des risques
- Prescrire des médicaments d'une manière sûre et efficace pour atteindre le retrait de substances psychoactives
- Identifier les comportements à risque et offrir des conseils pour réduire au minimum les dommages
- Evaluer les besoins de traitement à plus long terme des patients et fournir un plan approprié de soins après la décharge
- Evaluer les patients et les orienter à d'autres traitements si nécessaire
- Suivre et évaluer l'efficacité des interventions prescrites
- Offrir des transferts à d'autres services en cas de besoin.

B Base d'évidence

1 Les données disponibles

Les patients avec un problème d'usage de cocaïne ou d'autres stimulants n'ont généralement pas besoin d'un traitement hospitalier, puisque les syndromes de retrait ne sont pas graves ou médicalement complexes. L'évidence limitée disponible indique que la plupart des patients peuvent être traités efficacement dans des programmes ambulatoires intensifs. Des études ont démontré que les patients auxquels on offre une entrée rapide au traitement sont plus susceptibles de venir aux rendez-vous initiaux.

2 La prescription pour la dépendance aux stimulants

Des antidépresseurs (notamment la désipramine et la fluoxétine), des agonistes de la dopamine (notamment l'amantamide, la bromocriptine et la pergolide) et des

anticonvulsivants (notamment la carbamazépine et la phénytoïne) et des stabilisateurs d'humeur (notamment le lithium) ont été testés pour le traitement de la dépendance à la cocaïne et il n'y a pas de preuve à l'appui de leur efficacité. D'autres médicaments, y compris le modafinil, sont actuellement en cours d'essai.

3 Traitement de maintien

Il n'y a pas de preuve à l'appui d'une thérapie de maintien à stimulants pour les utilisateurs de stimulants. Des études ont montré que la thérapie de maintien à la méthadone ou à la buprénorphine pour les personnes avec des problèmes de dépendance aux opiacés qui utilisent aussi la cocaïne, peut conduire à la réduction de l'usage de cocaïne, un effet qui est renforcé lorsqu'il est utilisé en combinaison avec le système de récompenses ou bien avec la disulfiram.

4 Contingency management

Les résultats de la recherche indiquent que le contingency management est acceptable pour les patients, contribue à la retenue du patient et est efficace dans la réalisation initiale de l'abstinence.

5 Interventions psychothérapeutiques, y compris la thérapie cognitivo-comportementale

Les résultats des études de la thérapie cognitivo-comportementale (CBT) pour la dépendance à la cocaïne sont contradictoires. Tandis qu'une étude a trouvé de meilleurs résultats à long terme pour CBT que pour la gestion clinique, d'autres études n'ont pas trouvé d'effets positifs à long ou court terme pour CBT. Un RCT récent sur les interventions CBT brèves pour les usagers d'amphétamines a constaté que le nombre de séances de traitement avait un effet significatif sur le degré de dépression, et aussi les taux d'abstinence étaient mieux en ceux qui fréquentaient au moins deux fois ou plus (Baker et al., 2005).

6 La prévention de rechute et l'entraînement de compétences

Plusieurs études ont échoué à démontrer une plus grande efficacité de l'entraînement de compétences ou de la prévention de rechute que les approches de contrôle. Les patients avec CST en plus de leur programme de traitement ont connu des rechutes plus courtes et moins graves.

7 Interviews motivationnels

Des études ont montré que les interviews motivationnels pourraient aider les patients à faible motivation initiale ou ambivalents au sujet du traitement.

C *Recommandations*

La base d'évidence pour guider la pratique du traitement est limitée.

1 Accès aux soins

Le traitement doit être aisément accessible pour les personnes qui ont un problème avec les stimulants et ont exprimé leur choix informé et raisonnable de rechercher l'aide. Des informations devraient être disponibles sur les critères d'accès aux programmes de traitement. Le matériel doit décrire pour quelles personnes le service est destiné et quelles sont les délais d'attente probables pour l'entrée. Les services devraient répondre rapidement et positivement aux enquêtes téléphoniques initiales et donner des rendez-vous avec un délai minimum.

2 La durée du programme

Les données limitées disponibles et l'expérience clinique suggèrent que les programmes de traitement d'une durée de 12 à 24 semaines sont généralement utilisés pour le traitement des abuseurs de stimulants. Des études ont montré que les bénéficiaires de traitement parmi les personnes en traitement résidentiel dans une communauté thérapeutique se concentraient sur ceux qui sont restés en traitement pour au moins trois mois.

3 Setting

La majorité des usagers de stimulants sont susceptibles d'être dans un traitement ambulatoire, tandis que les services de gestion de crise peuvent être nécessaires pour certains utilisateurs se trouvant dans une crise aiguë. Les patients avec des multiples besoins sont plus susceptibles de profiter d'une réhabilitation résidentielle intensive qui peut être offerte sur la base de soins de jour.

4 Evaluation

Les personnes qui se présentent à cause d'un usage de stimulants problématique devraient être évaluées pour établir la présence et la gravité de l'usage de stimulants, ainsi que l'abus et/ou la dépendance à d'autres substances, y compris l'alcool. L'évaluation devrait être brève et ciblée pour éviter de devenir un obstacle au traitement pour les utilisateurs de stimulants qui désirent un accès rapide au traitement.

L'évaluation doit comprendre

- L'examen des urines pour aider la confirmation de l'usage de stimulants et d'autres drogues
- L'enquête de l'histoire de l'usage de drogues et d'alcool et des épisodes de traitement antérieurs
- Un examen des problèmes de santé physique et mentale actuels et précédents
- L'évaluation des risques d'auto-mutilation
- Une évaluation des circonstances sociales et personnelles actuelles
- La considération de l'impact de l'abus de drogues sur les membres de la famille et les dépendants

- L'offre d'un dépistage de l'hépatite, du HIV et des infections sexuellement transmissibles
- L'élaboration de stratégies visant à éviter le risque de rechute.

5 Compétences du personnel

Le personnel impliqué dans le traitement des utilisateurs de stimulants devrait inclure du personnel médical et infirmier, des assistants sociaux et des gestionnaires de soins, des psychologues et des conseillers. Le personnel devrait être formé dans la gestion des crises, des techniques de conseils spécifiques et en matière de santé mentale.

10 Grossesse et situation parentale

A *Définition et objectives*

- L'abus de substances pendant la grossesse conduit à des conséquences pour la femme enceinte, le fœtus et le nouveau-né de deux manières: conséquences directes dues à l'usage ou l'abus de substances ainsi que conséquences indirectes résultant de l'influence du milieu de vie.
- L'abstinence des opiacés durant la grossesse est difficile à maintenir, mais c'est le but idéal. Le traitement d'entretien aux opiacés est l'approche recommandée durant la grossesse et il paraît qu'il a peu d'effets sur le développement ou autres effets pour ces enfants dans le long terme.
- La poly-toxicomanie de substances licites et illicites conduit à la manifestation d'un syndrome d'abstinence néonatale (NAS). L'incidence de NAS dans les nouveaux-nés de femmes dépendant d'opioïdes est entre 70% et 95%. NAS est caractérisé par une variété de symptômes d'intensité variable: éternuements, bâillement, réflexe Moro hyperactif, dormir après être nourri, tremblements, augmentation du tonus musculaire, saccades myocloniques, pleurer à voix aigue, excoriation, marbrures, saisie généralisée, convulsions, fièvre, transpiration, manque d'air nasal, tachypnée, rétractations, inflammation des muqueuses nasales, difficultés d'alimentation, sucer excessivement, vomissement, diarrhée, retard de croissance, irritabilité excessive et, très rarement, convulsions.

B *Evidence*

- La méthadone dans le contexte de soins complets est associée à plus de soins prénataux, augmentation de la croissance du fœtus et moins de morbidité et mortalité néonatales que serait causé par l'abus continué d'opioïdes.
- Bien que la méthadone soit nettement bénéfique, on a estimé que 60–87% des enfants nés de mères maintenues à la méthadone doivent être traités pour NAS.

- La buprénorphine, approuvée en Europe depuis 1999 pour le traitement d'adultes toxicomanes non-enceintes, pourrait réduire l'incidence et/ou la sévérité de NAS. La buprénorphine est sûre pour la mère et l'enfant et est efficace dans le traitement de la dépendance aux opioïdes pendant la grossesse, bien que les données contrôlées publiées jusqu'à présent soient limitées.
- NAS peut commencer à n'importe quel moment pendant les 24 premières heures jusqu'à 10 jours après la naissance, dépendant de la médication administrée pendant la grossesse ou la substance abusée. Le syndrome de sevrage à l'héroïne dans le nouveau-né commence pendant les 24 premières heures. Avec la méthadone, les symptômes n'émergent qu'après 48 heures. Les symptômes de sevrage sont observés même plus tard si le nouveau-né était exposé à la buprénorphine, des benzodiazépines ou des barbituriques *in utero*.
- Il n'est pas facile à déterminer la substance la plus bénéfique dans le traitement de NAS, puisqu'à présent, il n'existe pas d'études en double aveugle et contrôlées. L'efficacité et la sécurité des traitements aux opiacés dans les nouveaux-nés ont été traités dans un Cochrane Review récent qui conclue que les opiacés sont la thérapie initiale préférée pour NAS, surtout pour les enfants dont les mères usaient des opioïdes pendant la grossesse.

C *Recommandations*

1 Thérapie d'entretien pendant la grossesse

- Le traitement d'entretien à la méthadone est le standard de préférence de la pharmacothérapie. L'évidence concernant la buprénorphine augmente et elle s'est montrée efficace dans des études récentes.
- La méthadone est la thérapie standard de préférence pendant la grossesse, parce qu'il y a plus de preuve sur la sécurité de la méthadone que sur celle de la buprénorphine dans la grossesse. Si les femmes se trouvent en bon traitement par la buprénorphine, alors les risques de transfert à un traitement alternatif devraient être mis en balance avec la sécurité des effets de méthadone.
- Les femmes qui sont dans un traitement devraient être encouragées de rester dans le traitement pendant la grossesse.

2 Management de NAS

- Les cliniciens devraient utiliser des opioïdes ou des barbituriques pour le management de NAS. NAS non traité peut causer des troubles considérables à l'enfant et même des attaques apoplectiques dans de rares cas. Des revues Cochrane indiquent que les opioïdes et les barbituriques sont plus efficaces que les placebos ou les benzodiazépines. Des deux, les opioïdes sont probablement plus efficaces que les barbituriques.

3 L'accès au traitement

- Chaque unité de maternité devrait veiller à ce qu'elle fournisse un service accessible et inconditionnel aux toxicomanes problématiques enceintes, qui est capable d'offrir des soins de haute qualité visant à minimiser l'effet de la toxicomanie de la mère sur la grossesse et le bébé.
- Chaque unité de maternité devrait avoir des liens efficaces avec des unités de soins de santé primaires, des équipes de travail social pour les enfants et les familles et des services de toxicomanie afin de contribuer à sauvegarder les intérêts à long terme du bébé.

4 L'allaitement maternel

- Pour les femmes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine, l'allaitement maternel est sûr et ne devrait pas être empêché. L'allaitement n'est pas recommandé si la mère est infectée par HIV ou le virus de l'hépatite C. Si une mère maintenue à un opioïde désire allaiter son enfant, il faut l'encourager: il peut être utile pour le lien entre la mère et l'enfant et pourrait réduire les symptômes de NAS.

5 Virus hématogènes

- Les toxicomanes enceintes devraient de règle subir des tests, avec leur consentement éclairé, pour le HIV, l'hépatite B et l'hépatite C, et il faudrait prévoir des mesures cliniques appropriées incluant la vaccination hépatite B pour tous les bébés d'injecteurs de drogues. La transmission de ces virus d'une mère infectée à son bébé peut avoir lieu pendant la grossesse ou pendant la naissance ou par l'allaitement.
- La césarienne élective semble réduire considérablement le taux de transmission.

11 Aspects systémiques du traitement de la toxicomanie

A *Définition et objectifs*

Dans toute l'Europe, d'énormes ressources sont engagées dans le traitement de la toxicomanie. Leur proportion par rapport aux dépenses générales de la politique en matière de drogues varie entre environ 50% en Irlande et 90% au Portugal, en Hongrie et en France. Toutefois, la distribution de ces fonds entre les différentes modalités de traitement ne semble pas être liée à des normes pragmatiques fondées sur l'évidence. Par exemple, dans le Royaume-Uni et au Luxembourg, environ 90% de toutes les dépenses vont dans les interventions pour clients ambulatoires, tandis qu'en France, les services résidentiels consomment 60% et en Pologne plus de 80% de l'ensemble des fonds destinés au traitement de la toxicomanie. Cette énorme différence ne peut seulement être attribuée à des situations épidémiologiques différentes. Il est plus

probable que les priorités financières contrastantes reflètent des intérêts acquis, des structures de pouvoir pétrifiées et les traditions de traitement de chaque pays.

Par conséquent, il est urgent d'élaborer des recommandations spécifiques pour le traitement de la toxicomanie afin d'en faire un système d'interventions interconnectées qui offrent l'équilibre optimal entre les besoins individuels de traitement et les résultats individuels. En plus des perspectives au niveau individuel, il faudrait considérer les résultats au niveau de la santé publique, y compris accès satisfaisant au traitement, taux de couverture élevé, rapport coût/bénéfice optimal des différentes modalités de traitement, faible taux de rechute ainsi qu'un taux réduit de la morbidité et de la mortalité liées à l'usage de drogues.

En plus, des indicateurs sociaux devraient être considérés tels que les dépenses d'assistance sociale et les taux de criminalité.

B Evidence

Il n'existe qu'un nombre très bas d'études sur les aspects systémiques du traitement. La recherche se concentre surtout sur la caractérisation de la population en traitement, les approches de traitement individuelles, les problèmes liés à l'usage de drogues au niveau individuel, et même, dans une moindre mesure, sur l'évaluation individuelle et la coordination. Néanmoins, quelques études se concentrent sur les aspects systémiques, et des directives sont fournies par des organisations internationales et nationales qui puissent servir d'arrière plan pour une série de recommandations.

C Recommandations

1 Politique de traitement fondée sur l'évidence

La politique de traitement de la toxicomanie devrait être formulée et adoptée par les autorités responsables aux niveaux nationaux, régionaux et locaux. La politique de traitement devrait être intégrée dans la politique générale en matière de drogues d'une part, et dans la politique générale de traitement d'autre part. Au lieu de promouvoir les approches dominantes de traitement, la politique du traitement de la toxicomanie devrait encourager le développement de systèmes de traitement de la toxicomanie aux niveaux nationaux et locaux, composés d'un réseau coordonné de services d'accès ouvert et structurés. La politique du traitement devrait être fondée sur l'évidence de l'efficacité et de coût-efficacité plutôt que sur les traditions et convictions.

2 Evaluation compréhensive des besoins

L'évaluation des besoins au niveau national et local devrait précéder les décisions visant à élargir ou améliorer le système de traitement. L'évaluation des besoins devrait être méthodologiquement solide mais intégrant la participation des autorités locales ainsi que celle des clients actuels et potentiels. L'évaluation compréhensive comprend non

seulement les données épidémiologiques mais aussi les attentes des utilisateurs potentiels d'un système de traitement ainsi que les ressources de traitement disponibles en mettant l'accent sur les ressources humaines, leur compétence, attitudes et engagements.

3 Mise en place d'un système de traitement différencié

Le système de traitement devrait offrir une gamme de services et être adapté à une gamme de besoins spécifiques des groupes cibles hétérogènes. Le système doit offrir des services qui sont accessibles, d'intensité différente et demandant des engagements divers des clients. Les clients sont très susceptibles d'avoir des besoins au-delà des besoins de la santé incluant les dimensions sociales, juridiques et économiques. Par conséquent, le système de traitement devrait s'étendre sur des secteurs différents : santé, assistance sociale, justice pénale, emploi etc.

4 Continuité des soins et coordination

La coordination entre les différents éléments du système, y inclus la coordination intersectorielle, est indispensable. Elle prend en compte la coordination systémique, c'est-à-dire la répartition appropriée des tâches et ressources ainsi que la coordination des cas individuels. A cette fin, des structures efficaces de communication devraient être établies pour assurer des transferts et une continuité de soins efficaces.

5 Adaptation à des besoins spécifiques

En plus des résultats individuels de traitement, il faudrait considérer en même temps l'impact sur la population. Cela comprend la proportion de la population qui reçoit le traitement dont elle a besoin (taux de couverture), la morbidité et la mortalité dues à des causes liées aux drogues telles que le HIV, l'hépatite, le surdosage, la marginalisation sociale (p.e. les sans-abris, le chômage), les taux de criminalité.

6 L'évaluation et la recherche

La recherche sur le traitement de la toxicomanie en tant que système devrait avoir une place primordiale parmi les programmes de recherche de l'UE et des plans nationaux et régionaux de financement de la recherche. Les études des systèmes de traitement de la toxicomanie n'ont pas besoin d'être coûteuses. Des approches simples sont efficaces et fournissent des informations utiles sur les demandes de traitement, l'évaluation des besoins, traitements adéquats, la faisabilité, l'efficacité et même coût-efficacité. De nouvelles approches doivent être inventées pour étudier la continuité du traitement, le niveau d'intégration du système et l'impact du traitement sur la population.

Références

Pour toute référence, prière de consulter le rapport final du projet « Moretreat ».