

SOINS

BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE D'AIDE ET DE SOINS

5

TABLE DES MATIÈRES

●	AVANT-PROPOS	2
①	ASSUÉTUDES ET SOINS	3
①.1	Soins	3
①.2	Qu'entend-on par «bonnes pratiques» ?	8
①.3	Principes et standards de qualité en matière de traitement des assuétudes	10
②	LES DIFFÉRENTS TYPES ET NIVEAUX D'INTERVENTIONS	12
②.1	Approches du soin : multi/interdisciplinarité	12
②.2	Dépistage, diagnostic, orientation	19
②.3	Prise en charge thérapeutique	24
②.4	Soins et services non-spécialisés	35
②.5	Traitements pharmacologiques	39
②.6	Auto-support	45
②.7	Interventions à distance	48
②.8	Travail environnemental	50

③	COMORBIDITÉS ET TROUBLES CONCOMITANTS	54
③.1	Comorbidités psychiatriques	54
③.2	Soins et VIH	59
③.3	Soins et hépatite C	64
④	PUBLICS SPÉCIFIQUES	68
④.1	Soins en milieu carcéral	68
④.2	Soins et genres	74
④.3	Soins et minorités ethniques	83
④.4	Soins et jeunes	87
④.5	Soins et populations âgées	92
⑤	ENJEUX ET PERSPECTIVES	96

AVANT-PROPOS

Le travail d'Eurotox consiste à améliorer la compréhension du phénomène de l'usage des drogues en Wallonie et à Bruxelles.

L'objectif est d'informer au mieux les acteurs de terrain, les administrations, les politiques et les médias sur les aspects socio-épidémiologiques, sanitaires, légaux et contribuer aux débats de société en lien avec cette problématique.

Depuis plus de 15 ans, Eurotox remplit la fonction d'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues et assure la mission de Sous-point focal du réseau REITOX (Réseau Européen d'Information sur les drogues et les toxicomanies), pour l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT). Depuis 2018, l'asbl a également été désignée comme service de support drogues par la COCOF.

Dans le cadre de nos missions, nous assurons le fonctionnement d'un système de collecte et d'analyse de données, et nous proposons diverses publications, dont un rapport régulier sur l'usage de drogues.

POURQUOI CES LIVRETS THÉMATIQUES ?

Nous proposons des publications sous la forme de livrets thématiques afin de fournir des informations pertinentes, actualisées et digestes relatives à un produit et/ou à une thématique spécifique en lien avec l'usage de drogues. L'idée est de faciliter la dissémination des sujets abordés, en fournissant un support informatif et

opérationnel dynamique, adapté aux besoins actuels.

POURQUOI CE LIVRET SUR LES BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE SOIN ?

Ce livret a pour objectif d'aborder les bonnes pratiques de soins aux usagers de drogues problématiques, c'est-à-dire de pratiques qui reposent sur des preuves scientifiques ou sur un consensus d'experts lié à l'expérience de terrain. Le partage des bonnes pratiques, de leurs principes et de leurs stratégies, est important pour améliorer la connaissance, la compréhension de ces soins et pour soutenir les actions de terrain. Face à la multiplicité des projets, le livret a été structuré en quatre parties. La première consiste en une introduction générale aux usages de drogues, aux soins et à la notion de bonnes pratiques. La deuxième partie présente des pratiques de soin, la troisième se concentre sur quelques situations spécifiques récurrentes et la quatrième propose un focus sur des publics spécifiques.

Ce livret fournit un éclairage, donne des pistes et des idées, mais il ne prétend ni être exhaustif, ni proposer des formules infaillibles. Les pratiques présentées sont étayées par des évaluations solides, ou font l'objet d'un consensus, mais leur efficacité peut varier en raison du multidéterminisme propre aux comportements humains et aux spécificités individuelles. Elles s'envisagent dans un parcours de soin global, reposant

sur les besoins de la personne et sur sa demande.

Il fonctionne en complémentarité avec la bibliothèque interactive du site d'Eurotox, que vous retrouverez sous l'onglet «Bonnes pratiques». Cette bibliothèque contient des études, des guidelines ainsi que des outils professionnels. Elle se veut évolutive et dynamique, grâce à la participation des différents acteurs de terrain. Nous invitons le lecteur à nous faire parvenir des documents ou des projets non mentionnés afin de pouvoir actualiser la bibliothèque et de renforcer ainsi le partage de connaissances liées aux bonnes pratiques de soins.

Ce livret cite par ailleurs quelques repères bibliographiques. Les documents disponibles sur le site d'Eurotox sont reconnaissables par le symbole ★.

Bonne lecture !

Le soin des usages problématiques de drogues a longtemps souffert, et souffre encore, de manière variable selon les régions du globe et selon les politiques prônées, de ne pas être un objet clinique comme les autres. À l'époque contemporaine, son histoire s'entremêle à celle de la prohibition de l'usage de drogues, avec tout ce qu'elle charrie de tabous, d'interdits, de croyances et, en corollaire, d'inconnues. L'interdiction de l'usage de la majorité des substances psychoactives en Belgique et la réprobation sociale de certains comportements ont créé des discriminations à l'égard des usager-ère-s de drogues¹. La recherche scientifique et l'implémentation des pratiques psycho-socio-sanitaires, l'argent et l'énergie qui y ont été consacrés, ont hérité de cette histoire. Aujourd'hui, il y a consensus au sein des institutions internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou l'Organisation des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) : l'offre de soin aux usager-ère-s de drogues doit être motivée par son efficacité sur le bien-être

1 Dans leur déclaration conjointe du 27 juin 2017 pour mettre fin aux discriminations dans les établissements de soins, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les Nations Unies (NU) recensent l'usage de drogues comme une cause de discrimination récurrente dans les structures de soin.

des personnes et s'inscrire dans le respect des droits humains.

VARIÉTÉ DES USAGES ET PROBLÈMES DE SANTÉ

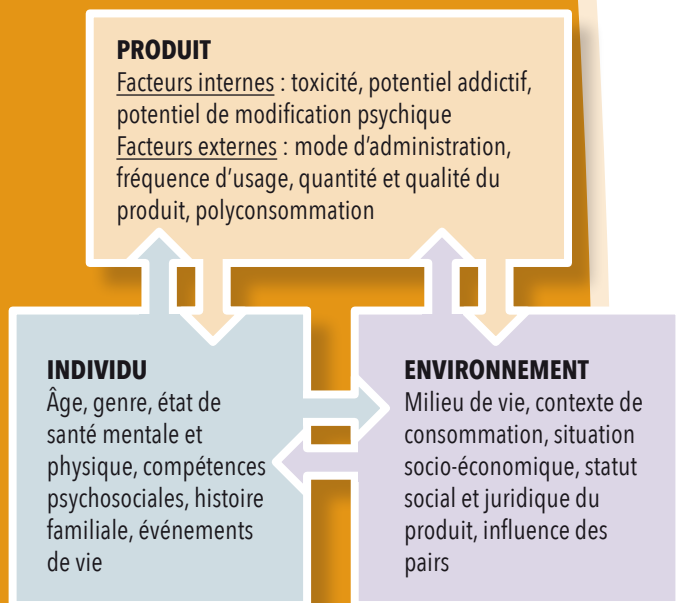
La consommation de drogues est **motivée par la recherche d'un mieux-être**. Chaque substance psychoactive possède, à des degrés divers suivant le produit, un **potentiel hédonique** (procurer du plaisir), un potentiel **thérapeutique** (apaiser une souffrance) et un potentiel **social** (facilitation des interactions sociales et intégration sociale), susceptibles de répondre à cette recherche. Au-delà de ces trois grandes dimensions, l'usage peut aussi répondre à des codes culturels, à des motivations identitaires, à une recherche d'amélioration des performances ou encore à une recherche spirituelle. Il importe donc de prendre en compte cette diversité des usages de drogues pour intervenir avec pertinence.

La consommation de produits psychoactifs **peut entraîner des effets indésirables et des dommages** physiques, psychologiques, sociaux : **elle comporte donc des risques**. Ils proviennent non seulement de la **nature pharmacologique** du produit et de son **degré de dangerosité**, des **caractéristiques de consommation**, mais aussi des caractéristiques **individuelles** de l'usager-ère et du **contexte** de consommation. Les facteurs externes au produit peuvent accroître son degré de dangerosité ou provoquer d'autres

complications, par exemple la transmission d'infections virales par voie intraveineuse pour les usager-ère-s de drogues par injection (UDI). Ainsi, les problèmes de santé peuvent être ponctuels et circonscrits en raison d'un usage à risques ou de la consommation de produits aux effets imprévisibles (e.g. de l'héroïne coupée au fentanyl, une pilule d'ecstasy contenant de la PMMA), mais l'usage peut parfois nécessiter un traitement global dans la durée en raison de sa chronicité. Toutefois, la grande majorité des usages ne devient pas problématique (UNODC, 2011). Les usages problématiques s'accompagnent de souffrances et difficultés multiples.

Nous entendons ici par **drogue** toute substance psychoactive, qu'elle soit licite (alcool, médicaments psychotropes...) ou illicite (cannabis, cocaïne, héroïne, MDMA...).

LE MODÈLE TRIVARIÉ



Alors que, durant la majeure partie du XXe siècle, les modèles d'approche théorique des drogues et, en conséquence, les pratiques de soin, se sont longtemps focalisés sur le produit, le modèle trivarié est désormais recommandé comme grille d'analyse et guide des pratiques de prévention, de réduction des risques et de soin des usages problématiques. Il découle lui-même du modèle bio-psycho-social, plus largement utilisé en médecine. À la fois modèle théorique et outil diagnostique et thérapeutique, il considère que les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux interagissent en permanence sur l'état de santé d'une personne. Il est actuellement le modèle théorique le plus abouti pour analyser les problèmes de santé liés à l'usage de drogues et leur trouver une solution thérapeutique.

Les **comportements d'usages** sont généralement distingués comme suit :

- > **Usage simple** : exploratoire ou occasionnel, pouvant parfois entraîner des dommages ;
- > **Usage à risques** : de fréquence plus régulière ou lié à la recherche d'épisode intense, il demeure contrôlé mais il est susceptible d'engendrer des risques ;
- > **Usage abusif** : répétitif, il provoque des dommages de nature diverse (accident, dispute conjugale, perte de l'emploi, dégradation physique, arrestations, etc.)
- > **Dépendance/addiction** : chronique et vécu comme indispensable, l'usage se caractérise par deux processus s'alimentant réciproquement : une perte de contrôle de la consommation du produit (tolérance élevée, état de besoin) et une modification profonde du rapport au monde, autrement dit de la perception de soi, du temps, du rapport à autrui.

À cette variété des comportements d'usage, se superpose la **dimension expérientielle des usages**, elle-même multiforme :

- > L'utilisateur cherche à minimiser les effets, à les modérer ou à les maximiser ;
- > L'utilisateur ressent de la satisfaction, de l'insatisfaction ou une ambivalence vis-à-vis de l'expérience de consommation.

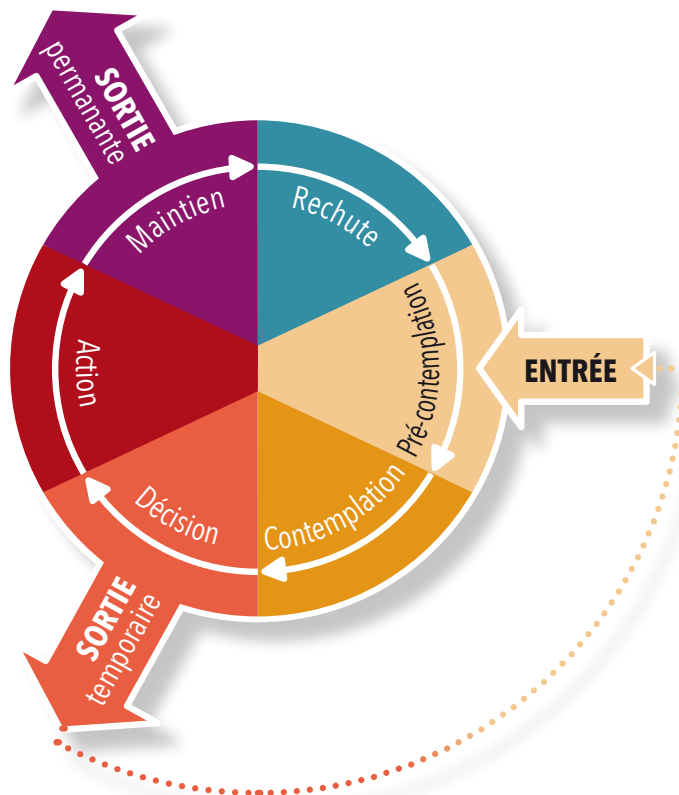
LE SOIN : QUAND ? POUR QUI ? POUR QUOI ?

Les manifestations cliniques des usages de drogues sont très hétérogènes. Quelle est la frontière entre un usage de drogues qui nécessite du soin et celui qui n'en nécessite pas ? L'usage addictif est-il une maladie primaire ou secondaire ? Il n'est pas toujours possible de donner une réponse claire à ces questions.

Le soin peut être impulsé à la demande de la personne, mais aussi par une injonction thérapeutique ou par l'influence d'un tiers. En outre, le parcours de soin, sa durée et son déroulement sont largement influencés par la motivation de la personne, ses ressources ainsi que ses vulnérabilités. Le modèle transthéorique du changement, conceptualisé par Prochaska et DiClemente en 1982, illustre le processus cyclique de l'usage de drogues et les différents stades de changement par lesquels peut passer l'usager-ère de drogue. À ces stades correspondent des caractéristiques de consommation ainsi que des processus psychologiques spécifiques, qui vont influencer les comportements ainsi que la demande de soin et son maintien.

Dans ce livret, nous qualifierons les **usages de drogues concernés par le soin**, d'usages problématiques, c'est-à-dire ayant des effets négatifs sur la santé de la personne et sur son bien-être (physique, psychologique et social), et témoignant le plus souvent d'une perte de contrôle de la consommation.

LES SIX ÉTAPES DU CHANGEMENT SELON J. PROCHASKA ET C. DICLEMENTE



*La reprise de la consommation comme la rechute font partie du traitement.
Elles signalent un besoin d'adapter le traitement.*

LES DÉTERMINANTS PRINCIPAUX DE LA DEMANDE DE SOIN

- › la reconnaissance d'une détérioration de l'état de santé ou de la situation de consommation
- › la disponibilité et l'organisation des services de soin
- › la connaissance de ces services
- › la confiance dans ces services
- › les mécanismes de financement des soins de santé
- › l'accessibilité générale des services

ADDICTION

Formulé par le psychiatre anglais Aviel Goodman, le concept d'addiction décrit le processus suivant :

Échec, dans la durée, à contrôler le comportement et répétition de celui-ci en dépit des conséquences négatives, observables par :

1. **Impossibilité de résister** aux impulsions à réaliser le comportement
2. Sensation croissante de **tension** précédant immédiatement le début du comportement
3. **Plaisir ou soulagement** pendant
4. Sensation de **perte de contrôle** pendant

Auxquels s'ajoutent au moins 5 des 9 critères suivants :

- › esprit orienté quotidiennement vers la réalisation du comportement
- › tentatives répétées pour limiter, maîtriser ou rompre le comportement
- › temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre
- › dépassement de l'intensité et de la durée des épisodes par rapport au souhait d'origine
- › apparition fréquente des épisodes quand l'individu doit exercer des responsabilités professionnelles, scolaires, ou respecter des engagements familiaux ou sociaux
- › privation d'activités sociales, professionnelles ou récréatives à cause du comportement
- › poursuite du comportement malgré la compréhension du sujet des problèmes graves ou persistants (social, psychologique, biologique, financier) induits par le comportement
- › tolérance marquée, nécessitant d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet désiré malgré un comportement de forte/de même intensité
- › agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de déroulement du comportement

Le concept a donné naissance à une discipline, qui occupe aujourd'hui une place centrale dans la réflexion et la gestion socio-sanitaire des usages de drogues : «Champ d'investigation théorique et pratique centré sur les comportements autoaliénants des êtres humains [...], l'addictologie est à la croisée de toutes les disciplines qui s'intéressent à l'homme et à ses conduites (psychologie, neurobiologie, clinique...), mais aussi aux substances qu'il consomme pour s'automodifier (pharmacologie, histoire des drogues...) et aux contextes qui interagissent sur ces conduites (sociologie, géopolitique, économie, anthropologie culturelle...）」 (Alain Morel, «Addictologie», in Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Larousse, 2004

À partir des besoins, des difficultés et des souffrances que la personne rapporte, le personnel soignant et celle-ci déterminent le ou les objectif(s) du soin et les facteurs sur lesquels agir. Le traitement peut s'orienter vers les complications somatiques, psychopathologiques, les complications d'usage (abus ou dépendance), et les comorbidités repérées. Dans le cas d'une addiction, le soin consistera à rétablir le contrôle de la consommation, par sa diminution, sa cessation ou par une alternative, comme le traitement de substitution, et à soutenir la démarche de changement par des interventions psychosociales destinées à travailler le rapport au monde de l'usager-ère.

La langue anglaise distingue soigner «*cure*» de prendre soin «*care*». Alors que le *cure* désigne le traitement au sens de la suppression d'un mal défini précisément, le *care* est cette dimension relationnelle du «prendre soin», qui vise le bien-être global de la personne. Ces deux dimensions sont entrelacées dans la prise en charge des troubles de l'usage de drogues.

Il n'y a pas de parcours «type» dont on puisse s'inspirer pour proposer le modèle de prise en charge «optimal»: face à des trajectoires variées, il faut assurer une offre de soins diversifiée afin d'adapter chaque prise en charge aux besoins de la personne.

Quitter trop tôt le parcours de soin arrive fréquemment : la stabilisation de la consommation ou de l'abstinence risque alors d'être insuffisante pour permettre aux changements entrepris de perdurer, d'où l'importance de garder et d'impliquer le/la patient-e dans son traitement.

CONTINUUM DES INTERVENTIONS

La majeure partie des consommateurs n'a pas recours à des soins (OEDT, 2000, 2002). Tous les usagers de drogues n'ont pas besoin d'un traitement, ou ne le souhaitent pas. Par ailleurs, les usagers en demande de soin et de traitement ont généralement des besoins divers.

La prévention² et la réduction des risques³ offrent d'autres stratégies pour créer du lien avec l'utilisateur et le soutenir dans son droit à la santé, que son usage soit problématique ou non. Elles visent à éviter le développement des usages problématiques auprès d'un large public, et servent également à outiller l'utilisateur problématique dans sa relation au produit. Prévention, réduction des risques et soin sont des démarches complémentaires, dont la combinaison est recommandée auprès des usagers confrontés à un usage problématique.

-
- 2 La prévention désigne les actions visant à développer le bien-être d'une personne, le maintien d'un bon état de santé de la personne et à éviter le développement des usages problématiques de drogues. Elle repose sur une démarche pédagogique auprès d'un large public, consommateur ou non : informer sur la santé, renforcer les compétences psychosociales des individus...
 - 3 La RDR cherche à limiter les risques pour les usager-ère-s de drogues qui ne peuvent pas ou ne veulent pas s'abstenir de consommer. Approche de bas seuil et non-jugeante, elle donne à l'utilisateur-ère les moyens d'agir sur sa santé et sur son environnement, en lui laissant l'auto-détermination de son mode de vie et d'assistance. Elle lui reconnaît par ailleurs une expertise, un rôle de relais et d'auto-support parmi ses pairs. Dans une perspective de soin, la RDR apprend à l'utilisateur-ère à prendre soin de soi, y compris en cas de reconsommation.

POUR EN SAVOIR PLUS

Eurotox (2016). *RDR. Bonnes pratiques en réduction des risques*. Bruxelles : Eurotox asbl.★

Chauvet M. et al., (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives*. Montréal : Le Centre de Réadaptation en Dépendance de Montréal★

OEDT (2017). *Health and social responses to drug problems. A European guide*. Luxembourg: EMCDDA.★

Morel A. (nd). *Balises cliniques et conceptuelles des soins en addictologie*. Boulogne : Le Trait d'Union.★

Morel A., Couteron J.P. et Fouillard P. (2010). *L'aide-mémoire de l'addictologie*, Paris : Dunod.

En Union Européenne, pour des raisons politiques mais aussi économiques, la référence aux bonnes pratiques, reposant sur des critères de qualité et sur des normes minimales, est de plus en plus encouragée, et ce dans différents domaines. Les bonnes pratiques en matière de drogues rencontrent la volonté de la communauté scientifique internationale de définir les politiques des drogues en fonction de connaissances scientifiques (Déclaration de Vienne, 2010).

Concrètement, les bonnes pratiques en matière de santé sont des outils, des guides ou des recommandations sur les savoir-faire et savoir-être efficaces, à destination des professionnels socio-sanitaires. Elles sont proposées comme aides à la décision, avec pour finalité l'amélioration de l'efficacité des interventions, ou, tout au moins, des moyens déployés. Ces bonnes pratiques peuvent être identifiées comme telles sur base des preuves scientifiques existantes (*evidence-based practice*). En l'absence de telles informations, elles peuvent résulter d'un consensus entre expert-e-s sur ce qui est estimé pertinent et efficace dans une série de situations précises. L'implémentation des outils de bonnes pratiques peut parfois faire l'objet d'une évaluation spécifique. Une fois leur faisabilité et leur efficacité établies, les bonnes pratiques sont rassemblées et diffusées sous forme de méthodes claires et transférables.

Ces bonnes pratiques existent sous de multiples formes : il peut s'agir de questionnaires standards, de protocoles guidant la mise en place d'un projet, de recommandations de comportements considérés comme adéquats dans une situation donnée, d'une check-list pour guider un entretien ou poser un diagnostic, etc.

L'identification et le partage des bonnes pratiques permettent de visualiser progressivement l'étendue des connaissances, de repérer les inconnues et les lacunes, d'améliorer l'atteinte des objectifs, de pérenniser et de diffuser des manières de faire et ainsi, de créer une synergie entre les acteurs de terrain. Néanmoins, le recours aux bonnes pratiques ne doit pas être conçu comme une fin en soi, sous peine de mener peu à peu à la mise en place d'interventions standardisées et décontextualisées, et d'engendrer un appauvrissement des pratiques.

Le modèle de l'étude randomisée contrôlée, sur lequel s'appuient le plus souvent les pratiques *evidence-based*, ne se prête pas à toutes les interventions et ce pour de multiples raisons (méthodologiques, économiques, éthiques...). Par conséquent, une absence de preuve d'efficacité ne doit pas être confondue avec une preuve d'absence d'efficacité. En outre, lorsqu'une étude randomisée contrôlée met en évidence l'efficacité d'une intervention,

il ne faut pas oublier que cette efficacité est relative (à celles de groupes soumis à d'autres interventions ou à un placebo) et n'est jamais absolue : une intervention *evidence-based* n'obtient jamais un taux d'efficacité de 100 %. Dans ce contexte, espérer pouvoir un jour trouver LE traitement idéal des addictions est probablement une illusion, car la diversité des êtres humains et de la spécificité de chaque problématique peuvent entraîner des réponses variables à un même traitement.

Par conséquent, les bonnes pratiques ne doivent pas être considérées comme des recettes à appliquer aveuglément et sans discernement. Elles ne doivent pas occulter la complexité du travail avec l'être humain et la nécessité d'une prise en charge individualisée, qui s'adapte aux spécificités de chacun. De ce point de vue, la bonne pratique la plus élémentaire consisterait donc aussi à cultiver la diversité des pratiques, afin que chaque personne en souffrance puisse trouver la forme d'aide qui lui convient au moment où elle éprouve le besoin d'être aidée.

Les outils de bonnes pratiques doivent ainsi se concevoir et s'appréhender dans le cadre d'une pratique réflexive et autocritique, capable de s'accommoder aux propriétés fluctuantes des environnements sociaux, des usages et des comportements. Ils ne sont pas non plus à considérer comme

des références exclusives, sous peine de freiner voire de censurer les pratiques innovantes (qui n'ont généralement pas encore fait l'objet d'une évaluation ou d'un consensus). Enfin, il convient de rappeler que le professionnalisme en action sociale et sanitaire est gouverné par une obligation de moyens et non par une obligation de résultats. Se focaliser exclusivement sur les méthodes d'action dont l'efficacité est avérée reviendrait ainsi à nier tacitement le libre arbitre et la part d'imprévisibilité du comportement humain. Il paraît donc indispensable d'entretenir un débat permanent et vigilant sur les normes de qualité de l'action publique, les critères qui les régissent et sur les valeurs qui les sous-tendent.

POUR EN SAVOIR PLUS

› www.emcdda.europa.eu/best-practice_en
Texte de la déclaration de Vienne (juillet 2010).★

Autrique M., Demarest I., Goethals I., De Mayer J., Ansseau M. et Vanderplasschen W. (2016). *Processus de consensus sur des normes de qualité minimales et idéales pour la prévention, le traitement et la réduction des risques des problèmes de toxicomanie* (COMIQS.BE). Bruxelles : BELSPO et SPF Santé Publique.★

OEDT (2012). *Réduction de la demande de drogue : preuves scientifiques mondiales pour actions locales*. Luxembourg: EMCDDA.★

OEDT (2011). *Guidelines for the treatment of drug dependence: an European perspective*. Luxembourg: EMCDDA.★

Uchtenhagen A. et Schaub M. (2011). *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUS. Final Report*. Zurich: Research Institute for Public Health and Addiction.★

PRINCIPES ET STANDARDS DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE TRAITEMENT DES ASSUÉTUDES

Quel que soit le parcours de l'usager et quelles que soient les interventions proposées, le traitement gagne à reposer sur des lignes directrices, que chaque institution et professionnel doit idéalement s'approprier. Les principes énoncés ici sont extraits des publications mentionnées en fin de section.

PRINCIPES

- Considérer les usages problématiques de drogues comme des troubles complexes et multidéterminés, exigeant une prise en charge multidisciplinaire et interdisciplinaire
 - Favoriser la détection et l'intervention précoces
 - Combiner et intégrer les soins en fonction de la triangulation personne-contexte-produit(s)
 - Faciliter la disponibilité et l'accessibilité des traitements, afin de permettre le soutien de la personne dans son processus de changement dès qu'elle en fait la demande et afin d'agir rapidement sur l'amélioration de sa santé
 - Supprimer les barrières financières à l'accès aux soins
 - Intégrer les différents besoins de l'individu, en évitant de centrer l'intervention uniquement sur sa problématique d'usage
- Établir un diagnostic, des objectifs thérapeutiques et une mise à disposition des moyens les plus pertinents
 - Planifier les interventions et assurer une évaluation régulière de leur pertinence
 - Adapter le traitement aux spécificités de la personne et des milieux de vie dans lesquelles elle évolue
 - Intégrer à l'offre de soin le dépistage des comorbidités psychiatriques, fréquentes chez les usager-ère-s problématiques, leur traitement ou la réorientation vers une structure les intégrant
 - Faciliter l'accès au dépistage du VIH, des hépatites, de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, en particulier chez les usager-ère-s de drogues par injection
 - Évaluer la prise de drogues pendant le traitement de manière à ajuster les interventions, voire les médicaments
 - Prévoir la possibilité de plusieurs mois de traitement et d'un travail de post-cure sur le long terme si l'usager-ère est en demande
 - Assurer la disponibilité d'un continuum de soin, en favorisant et en visant l'autonomisation de la personne
 - Ne pas envisager de soutien au sevrage sans accompagnement psychosocial
 - Respecter les droits humains et la dignité du/de la patient-e, y compris en milieu carcéral

- Favoriser l'utilisation d'une terminologie neutre, précise et respectueuse des personnes
- Développer la gouvernance clinique⁴
- Travailler activement à la déstigmatisation des usager-ère-s de drogues

STANDARDS DE QUALITÉ DE L'UNION EUROPÉENNE

Désireuse d'impulser l'implémentation des bonnes pratiques, l'Union européenne a établi des standards minimaux de qualité. Il s'agit de principes ou des règles considérés comme des critères de mesure de la qualité d'un projet. Concernant le traitement, ces standards concernent la structure, les interventions proposées et leurs modalités (réduction des comportements à risques et des usages problématiques, amélioration de l'état de santé des usagers, rapport coût-efficacité et coût-bénéfice...). Certains de ces standards sont contestés en raison de leur inadéquation aux réalités financières ou professionnelles du secteur de la santé et du social, mais aussi à cause d'une formulation trop générique pour être opérationnelle.

4 La gouvernance clinique désigne l'ensemble des moyens par lesquels une institution ou un acteur de soins assurent la qualité de ceux-ci en se référant aux meilleures pratiques cliniques : recherche et développement, formation du personnel, transparence des pratiques, audit du fonctionnement et des pratiques, efficacité clinique, gestion des risques.

STANDARDS DE QUALITÉ POUR LES STRUCTURES

ACCESSIBILITÉ

- › En transport en commun
- › Financière
- › Délai d'attente limité
- › Services intermédiaires possibles immédiatement (endéans les 14 jours)
- › Horaires flexibles
- › Continuité du traitement
- › Existence de services à bas seuil pour les patient-e-s non-motivé-e-s ou rencontrant des difficultés à s'insérer dans les structures
- › Forte limitation des critères de sélection des patient-e-s

ENVIRONNEMENT ADÉQUAT

- › Pièce disponible pour recevoir et conseiller individuellement
- › Adaptation des lieux aux questions de genre
- › Séparation entre les jeunes consommateur-riche-s avec consommation modérée et patient-e-s avec addictions sévères
- › Sécurité prévue pour les overdoses, les feux, les agressions

DIAGNOSTIC

- › Formation de l'ensemble de l'équipe au dépistage

FORMATION PROFESSIONNELLE DES INTERVENANT-E-S

- › Recommandation aux pouvoirs publics : bien intégrer les usages de drogues et les dépendances dans le cursus de l'ensemble des filières sociales et sanitaires

TRANSDISCIPLINARITÉ DES ÉQUIPES

- › Au moins trois professions différentes représentées

STANDARDS DE QUALITÉ POUR LES INTERVENTIONS

- › Évaluer l'histoire de l'usage de la substance et du soin (étape et sévérité de l'usage essentielles à connaître)
- › Évaluer le statut somatique et social
- › Inclure les facteurs environnementaux et de développement, la situation judiciaire, les contextes sociaux et culturels
- › Évaluer le statut psychiatrique
- › Proposer un planning de soin individualisé, en fonction des besoins et des objectifs de la personne
- › Informer et obtenir un consentement éclairé
- › Tenir un fichier patient écrit, documenté et actualisé progressivement
- › Surveiller le planning et réviser le traitement périodiquement
- › Confidentialité
- › Respect de la vie privée
- › Protéger des sanctions judiciaires
- › Collaborer au quotidien avec les autres services nécessaires
- › Assurer une formation continue du personnel
- › Assurer une durée suffisante du traitement
- › Proposer une approche globale

STANDARDS DE RÉSULTATS

- › Stabilisation ou amélioration de l'état de santé
- › Stabilisation ou insertion sociale
- › Diminution ou cessation de l'usage de drogues
- › Évaluation de la fréquentation du service
- › Évaluation des taux de rétention en traitement
- › Évaluation interne du fonctionnement
- › Évaluation externe du fonctionnement

POUR EN SAVOIR PLUS

Haasen, C. et al. (2008). *Models of good practice in drug treatment in Europe. Final report*. Hambourg: Centre for Interdisciplinary Addiction Research.★

Uchtenhagen A. et Schaub M. (2011). *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS. Final Report*. Zurich: Research Institute for Public Health and Addiction.★

UNODC (2012). *Treatnet. Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services*. New York: ONU. ★

UNODC et OMS (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion Paper*.★

Groupe Pompidou (2017). *Traitements agonistes opioïdes. Principes directeurs pour la révision des législations et réglementations*. Groupe Pompidou: Conseil de l'Europe.★

LES DIFFÉRENTS TYPES ET NIVEAUX D'INTERVENTIONS

2.1 APPROCHES DU SOIN : MULTI / INTER-DISCIPLINARITÉ

Le traitement vise à la fois à soulager rapidement les souffrances et à travailler sur le long terme les interactions entre produit, personne et environnement. Il gagne à proposer une approche intégrée, reposant sur une conception globale de la personne et sur un travail en réseau multi et interdisciplinaire. Il s'axe autour de :

- › Un travail thérapeutique (voir II.3) ;
- › Un travail médical, incluant éventuellement un traitement pharmacologique (voir II.5) ;
- › Un travail environnemental (voir II.8).

La réussite du traitement dépend principalement :

- › De la nature et de la gravité des problèmes du/de la patient-e, et de leur identification ;
- › De l'adéquation des modalités de traitement (durée, environnement, programme) aux besoins, au profil et à la situation de la personne ;
- › De l'accessibilité et de la disponibilité des services ;
- › De la qualité de la relation entre la personne et les intervenants ;
- › De la motivation du patient et de ses ressources (économiques, sociales, cognitives, etc.).

FAUT-IL PRIVILÉGIER LES PROGRAMMES GÉNÉRAUX OU CEUX SPÉCIFIQUES À DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ?

Les deux approches existent et comportent chacune des avantages, décrits ci-dessous. Les programmes spécifiques à un produit sont recommandés pour les consommateurs-rice-s de cannabis car ils facilitent l'entrée en traitement (OEDT, 2015).

	Programme général	Programme spécifique à un produit
Forces	<ul style="list-style-type: none"> › Privilégie l'universalité des symptômes de dépendance et des motivations au traitement › Cible les besoins liés à des vulnérabilités, à des spécificités du public › Ne nécessite pas de multiplier les programmes spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> › Cible les besoins liés au produit › Similarité de l'expérience lors des thérapies de groupe › Risque réduit de mélanger des publics à des stades d'usages différents (en particulier, les jeunes)

TRANSDISCIPLINARITÉ ET TRAVAIL EN RÉSEAU

Une fois l'objectif thérapeutique établi, celui-ci gagne à être mis en commun et partagé par l'ensemble des intervenant-e-s. Les professionnel-le-s ont de cet objectif une perception et une pratique liées à leur discipline. Le maillage vise à leur permettre de dessiner une vision multidimensionnelle du soin et de proposer au/à la patient-e un encadrement global, où tous œuvrent dans la même direction, avec cohérence.

Le personnel nécessaire peut comprendre du personnel médical et infirmier, des travailleur-euse-s sociaux, des *counselors* et des psychologues. Tou-te-s devraient être formé-e-s à la gestion de crise, à des

techniques d'écoute et d'accompagnement spécifique à leur public, ainsi qu'aux problèmes de santé mentale, au vu du nombre élevé de comorbidités psychiatriques chez les usager-ère-s de drogues problématiques.

Lorsque la multidisciplinarité n'est pas possible au sein d'une structure, où qu'elle est partielle, il est important de développer un travail en réseau afin que la multidisciplinarité soit *extra-muros*. Il est également judicieux de proposer un travail intersectoriel (avec les secteurs du logement, de l'emploi, du social, de l'aide à la jeunesse, etc.) en raison des différents déterminants et facteurs pouvant être associés à l'usage problématique de drogues et susceptibles de l'entretenir.

ADAPTER LE PARCOURS À L'USAGER-ÈRE

1. Stades de changement, ambivalence et motivation

Quand un ou une usagère de drogues décide de commencer un traitement, elle s'apprête à modifier profondément son quotidien et entame un parcours long, échelonné de moments de motivation, de découragement, de reconsommation. Son traitement et les interventions qu'il comporte seront influencés et adaptés en fonction de ce cheminement, que le modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente (1982) permet de baliser.

Le comportement des intervenant-e-s gagne à s'articuler à ces stades de changements.

Par ailleurs, l'initiation du changement de comportement, sa stabilisation et son maintien sont des moments thérapeutiques aux objectifs distincts. Les interventions, voire les dispositifs de soin, peuvent varier en conséquence.

Stades	Manifestations	Que faire ?
Pré-contemplation	L'usager-ère ne perçoit pas son usage comme problématique et met en place des mécanismes de déni	<ul style="list-style-type: none"> > Instaurer une stratégie de réduction des risques
Contemplation	Ambivalence entre les avantages tirés de la consommation et les conséquences négatives ; réflexion sur des changements de consommation	<ul style="list-style-type: none"> > Réaliser un entretien motivationnel
Préparation	Détermination de l'usager-ère à organiser un changement, à penser un plan d'action	<ul style="list-style-type: none"> > Valoriser les décisions de changement > Soutenir la recherche d'une stratégie efficace (objectifs, ressources, planifications)
Action	Modifications du style de vie, avec ressenti des difficultés	<ul style="list-style-type: none"> > Soutien, encouragement
Maintien	Consolidation Risques élevés de rupture du cycle de changement	<ul style="list-style-type: none"> > Évaluer les situations à risques > Préparer un plan d'urgence pour y faire face > Valoriser les efforts
Reconsommation / rechute	Reprise de la consommation, isolée ou régulière	<ul style="list-style-type: none"> > Dédramatiser > Être tolérant > Adapter > Mobiliser les soutiens
Sortie	Réussite du processus	<ul style="list-style-type: none"> > Soutenir

TRAVAILLER EN COMMUN : LES QUESTIONS À SE POSER

- > Quelle place et quel rôle pour l'usager-ère dans ce parcours ?
- > Quelles interventions sont nécessaires pour l'aider dans ses objectifs de soin ?
- > Comment décliner l'objectif commun en objectifs spécifiques à chaque intervention ?
- > Quelle modalité les intervenants mettent-ils en place pour dialoguer entre eux et avec le patient ?
- > Qui coordonne le parcours de soin, le dialogue et l'adaptation du parcours ?

LE CASE MANAGEMENT, CONTINUITÉ ET «SUR MESURE»

Utilisé de manière plus large en travail social, le *case management* est une adjonction au traitement qui consiste à soutenir la coordination et la continuité d'un traitement global et intégratif. Une personne référente s'assure du bon déroulement du traitement et évalue l'adéquation des interventions et leurs effets sur la personne soignée, qu'elle peut ajuster avec le/la patient-e si c'est pertinent. L'objectif est de contrer la fragmentation des soins, d'assurer à la personne l'accès aux ressources dont elle a besoin, de maintenir la personne en traitement et de permettre une évolution adéquate des interventions en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses feedbacks.

C'est particulièrement recommandé auprès des usager-ère-s confronté-e-s à des dépendances sévères, des jeunes avec troubles de l'usage et des usager-ère-s ayant des comorbidités psychiatriques.

Pratique plus implémentée dans les pays anglo-saxons, son efficacité repose sur son intégration dans le réseau de soin existant. Elle nécessite une formation adéquate et une supervision adaptée. En Belgique, elle manque de protocoles, de financement et de cadre clairement définis.

2. La diversité des dispositifs

Les dispositifs de soin envisageables sont nombreux. Ils varient selon le cadre, la place de l'intervenant-e, celle du groupe de pairs et celle de la personne. Chacun-e apporte une réponse différente par rapport à :

- › La capacité de la personne à prendre soin d'elle, à demander de l'aide, à collaborer
- › L'influence de l'environnement social, aggravant ou protecteur
- › Les comorbidités en présence
- › La substance utilisée et les risques éventuels du sevrage.

BRÈVE TYPOLOGIE DES DISPOSITIFS

Aide ambulatoire	Accompagnement et soin à des endroits et à des moments bien déterminés La personne reste dans son milieu de vie L'accueil peut être bas seuil ou conditionné	<i>Il est actuellement recommandé par de nombreuses autorités car il permet d'aider la personne et de soutenir son changement directement, sans affecter ses conditions de vie. Ce type d'aide permet une bonne couverture géographique et horaire lorsqu'il s'intègre également dans des services non spécialisés. Ce n'est pas, cependant, toujours souhaitable ou possible, notamment pour les personnes vivant en rue, ou face à une personne qui présente des comorbidités psychiatriques importantes.</i>
Service hospitalier	Traitement en hôpital, nécessaire en cas de suivi médical ou infirmier élevé À privilégier lors de : <ul style="list-style-type: none">› Fortes comorbidités psychiatriques ou physiques empêchant le parcours en ambulatoire ou en résidentiel non-hospitalier ;› Désintoxication nécessitant une surveillance et une expertise médicale, en particulier certains cas de désintoxication à l'alcool.	
Centre / unité de crise	Accueil et soin rapide, pour intervenir sur une situation de crise physique, psychologique ou sociale (décompensation aiguë d'une maladie psychiatrique, absence d'hébergement...) Il peut être ambulatoire, résidentiel ou hospitalier.	
Centre de transition	Centre résidentiel transitoire, de court séjour, qui aide à la mise en place ou à la confortation d'un projet de soin ou d'insertion à un moment où le patient a besoin d'accompagnement et de rupture avec son environnement Ces centres s'adressent à des personnes socialement et psychiquement vulnérables, en précarité, dans un objectif de construction de la démarche de soin.	
Centre thérapeutique résidentiel	Centre proposant à des personnes sevrées ou stabilisées un programme thérapeutique important pendant une période plus ou moins longue. Le suivi est individualisé mais s'inscrit dans une vie en collectivité. Il n'inclut pas une psychopédagogie communautaire.	
Communauté thérapeutique	Lieu de vie pour un séjour relativement long, qui s'appuie sur une psychopédagogie communautaire. La routine quotidienne est modifiée et rythmée par une vie en groupe de résidents-pairs (participation à la gestion du lieu, prise de décision en commun, hiérarchie entre soignant-e et soigné-e amoindrie) : la communauté sert de levier de soin, d'entraide, et de réinsertion.	

Centre intégré	Lieu qui conjugue différentes stratégies de soin et de réduction des risques, de manière à apporter une réponse globale et adaptable (centre de jour, hébergement, consultations médicales, comptoir d'échange de seringues...).
Appartement thérapeutique	Dispositif résidentiel individuel : après l'arrêt de la consommation, logement pour personne suffisamment autonome, prête à tester une indépendance tout en étant accompagnée et en ayant accès à différents services d'aide.
Centre de jour	Lieu accueillant des personnes sevrées ou stabilisées, afin de renforcer leur stabilisation par des activités en groupe ou individuelles. La personne remplacé par: peut ou non participer aux tâches de la vie quotidienne du centre (course, préparation des repas...), selon les modalités de fonctionnement.

POUR FAVORISER LA RÉTENTION EN TRAITEMENT :

- > Développer/soutenir la motivation intrinsèque
- > Utiliser un système de rappel des rendez-vous responsabilisant (lettres personnalisées, appels...)
- > Bref délai d'entrée en traitement
- > Entre l'évaluation des besoins et l'entrée en traitement, phase d'induction structurée (par exemple, une session d'explication du traitement, une séance questions-réponses sur les craintes de la personne, une séance abordant les représentations sociales des usages de drogues...)
- > Prendre le temps de bien expliquer le traitement, ses modalités, ses justifications
- > Apprendre aux patient-e-s à gérer les crises et les reconsumations

POUR ÉVALUER L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT :

- > Évaluer le niveau de consommation du produit (diminution, augmentation ou abstinence)
- > Évaluer les symptômes de sevrage et le *craving*⁵
- > Réaliser une évaluation de l'état psychologique au début de la prise en charge et en suivre l'évolution
- > Évaluer l'observance du traitement
- > Évaluer les changements de comportements et de modes de vie
- > Évaluer le degré de satisfaction du/de la patient-e

.....
5 Le *craving* désigne le phénomène psycho-physiologique d'envie irrésistible de consommer le produit.

DES BALISES POUR LA PRATIQUE

L'importance de l'alliance thérapeutique

Tout-e soignant-e, quel que soit son champ d'intervention, gagne à développer et à nourrir une alliance thérapeutique avec l'usager-ère de drogues. Facteur majeur dans l'efficacité d'un traitement, l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire la collaboration entre soignant-e et soigné-e pour atteindre un objectif commun, contribue à renforcer l'adhésion au traitement et la motivation au changement (voir II.3).

La reconsommation des personnes abstinentes

Les usager-ère-s de drogues et les soignant-e-s peuvent percevoir très différemment une reconsommation lors du traitement ou le non suivi des recommandations de soin. L'absence d'observance du traitement peut parfois susciter des réactions extrêmes chez les intervenant.e.s, en particulier non spécialisé.e.s : l'usager-ère victime, prisonnier-ère de son produit ; l'usager-ère « sans foi ni loi » manipulateur-riche, menteur-euse. Les patient-e-s évoquent, eux, des difficultés d'adaptation, un cadre ne leur convenant pas, ou pas tout le temps, et des effets indésirables (anxiété, stress, dépression...) auxquels ils/elles répondent par des stratégies qui peuvent parfois rompre avec les prescriptions des soignant-e-s. Ces représentations

sont importantes à connaître, car leurs divergences peuvent créer des tensions dommageables pour l'alliance thérapeutique. Il est aussi important de considérer la reconsommation non pas comme un échec mais comme un processus normal sur lequel s'appuyer pour améliorer le traitement.

Recommandations :

- › Obtenir le consentement éclairé du/de la patient-e
- › Soutenir la motivation intrinsèque
- › Miser sur la responsabilisation et non sur la culpabilisation
- › Prévoir des moments de débats entre patient-e-s et soignant-e-s sur les pratiques
- › Se former à la communication non-violente en santé
- › Recourir à des stratégies de prévention de la rechute

Gérer l'agressivité et le mensonge

L'usager-ère de drogues menteur-euse et agressif-ive est une représentation répandue. L'effet des substances, l'état de manque, les troubles psychiatriques ou les souffrances liées aux contraintes environnementales peuvent certes influencer le comportement de l'usager-ère. L'équipe soignante peut en amont des interventions anticiper les tensions, pour les éviter et apprendre à les désamorcer efficacement :

- › Être attentif-ive au climat socio-émotionnel du lieu de soin (aménagement, accueil, vocabulaire non stigmatisant...);
- › Préparer l'accueil : communiquer les stratégies de soin de manière claire et explicite, faciliter l'expression des patient-e-s ;

- › Se former aux attitudes sécurisantes pour les personnes soignées ;
- › S'assurer de la cohérence des pratiques par la coordination des différent-e-s intervenant-e-s ;
- › Poser un cadre clair, avec des limites définies et compréhensibles ;
- › Élaborer des protocoles internes de traitement des situations de violences identifiées ;
- › Promouvoir et développer des pratiques de médiation ;
- › Se former à identifier les différentes phases d'une crise pour y ajuster la réponse professionnelle, à contenir les personnes agressives par des techniques d'apaisement, à verbaliser.

Le suivi du sevrage

Le sevrage, appelé parfois la désintoxication, consiste à arrêter la consommation d'un ou plusieurs produits, de manière abrupte ou dégressive. Il s'agit d'une période de transition entre la consommation et l'abstinence, qui doit être préparée, planifiée et supervisée⁶. La planification est cruciale pour éviter un échec, voire une mise en danger de la personne. C'est pourquoi il n'est pas forcément conseillé de poursuivre cet objectif en début de prise en charge.

Cette cure est une étape qui s'inscrit dans un accompagnement global. Elle doit s'accompagner d'un travail psychologique et environnemental simultané, visant à soutenir le changement entrepris. Elle débute par une phase préparatoire, qui travaille sur la motivation de la personne, organise concrètement le sevrage, prépare

6 Elle diffère en cela d'un arrêt forcé et momentané suite à une hospitalisation ou à une privation de liberté par exemple, et d'une diminution de la consommation.

Plutôt que de demander au/à la patient-e si le traitement est efficace, on lui demandera comment le traitement peut être amélioré et comment il peut correspondre aux besoins de la personne.

le physique et le mental. Doivent être abordés les risques du sevrage et les stratégies pour les réduire. Un bilan clinique et biologique est nécessaire.

La privation du produit entraîne des symptômes de manque, variables selon les produits et selon l'intensité de la consommation. Le rôle de l'intervenant est alors de prévenir et d'apaiser les éventuelles douleurs physiques ainsi que les troubles psychiques causés par l'interruption de la consommation.

Cette cure peut se dérouler en cadre ambulatoire ou résidentiel. Le personnel soignant devrait proposer de manière préférentielle un sevrage en ambulatoire, excepté pour les patients qui ont déjà échoué avec un tel dispositif, pour ceux qui ont besoin de soins infirmiers ou médicaux (comorbidités, problèmes de santé importants), pour ceux qui requièrent un poly-sevrage ou dont l'exclusion sociale entraverait les avantages du sevrage en ambulatoire. Si le sevrage résidentiel peut comporter des avantages pour un public assez diversifié, le sevrage hospitalier doit être réservé aux cas nécessitant une grande expertise médicale (polyconsommation incluant de l'alcool) ou une lourde prise en charge (comorbidités sévères). Dans le cas d'une dépendance aux opiacés, le sevrage ultra-rapide sous anesthésie peut être proposé aux patients très motivés (ayant les moyens financiers !) qui redoutent particulièrement le sevrage classique ou ne veulent pas envisager un traitement de substitution. Il ne doit toutefois pas être envisagé sans un suivi ambulatoire. Chaque dispositif doit permettre un suivi rigoureux, de manière à engager l'individu dans le traitement, et offrir une prise en

L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE

L'injonction thérapeutique est une mesure de soins qui peut être ordonnée par un-e magistrat-e, notamment en cas d'usage illicite de stupéfiants ou de consommation abusive d'alcool. Elle peut être proposée comme alternative aux poursuites pénales ou à titre de peine.

La personne sous injonction thérapeutique doit justifier d'une prise de contact avec un service lui proposant un projet thérapeutique ou une guidance psychosociale. À Bruxelles, le choix de cette structure est soumis à l'approbation du Tribunal d'application des peines (TAP). La personne ou le service qui accepte d'assurer le traitement de l'usager-ère doit adresser des rapports de suivi réguliers au TAP et à l'assistant-e de justice⁷.

Spécificités

L'une des spécificités du soin sous contrainte est qu'il ne peut pas se fonder uniquement sur la demande et la motivation au changement du/de la patient-e : celles-ci sont souvent peu présentes car la décision d'entreprendre une démarche thérapeutique provient des autorités pénales et non pas de l'individu lui-même. Une autre spécificité concerne la place du/de la thérapeute⁸:

- Il/elle est désigné-e à la fois comme soignant (aide) et comme agent de contrôle (injonction) ;
- Il/elle est placé-e dans la situation paradoxale d'aider un-e usager-ère de drogues qui n'est - à priori - pas en demande de traitement ;
- Il/elle est confronté-e à des difficultés concernant l'alliance thérapeutique qui est nécessaire au traitement.

De quels moyens les professionnel-le-s dispose-t-ils, dans leur pratique clinique, pour aborder ces enjeux de contrainte, d'alliance thérapeutique et de motivation ? Une approche peut notamment consister à :

- Considérer la contrainte comme faisant partie intégrante de la demande de soins et l'utiliser comme levier thérapeutique ;
- Construire l'alliance thérapeutique, en reconnaissant autant les objectifs de l'usager-ère (échapper à la contrainte) que ceux du demandeur (abstinence) ;
- Évaluer l'impact de la contrainte sur l'usager-ère ; comprendre son point de vue ; déterminer sa motivation interne⁹ et son implication dans le soin qui lui est imposé.

7 Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones asbl. Assuétudes : un cheminement singulier dans la cité. Le Tribunal de l'application des peines et l'aide contrainte. Revue Santé conjugulée, no 59, janvier 2012. <http://www.maisonmedicale.org/Assuetudes-un-cheminement-564-.html>

8 Cottencin, O. (2010). Injonction de soins en addictologie : quels outils thérapeutiques proposer ? *La Lettre du Psychiatre*, Vol. VI, 78-81.

9 Magrinelli Orsi, M. et Brochu, S. (2012). Du sable dans l'engrenage : la motivation des clients sous contrainte judiciaire dans les traitements pour la toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 8, 141-185.

charge continue, du support, ainsi qu'une évaluation visant à maintenir l'abstinence.

Parfois envisagée durant les premiers jours, la privation de sorties et de visites lors des cures en institution ne repose pas sur une efficacité démontrée scientifiquement.

Le soutien relationnel de l'ensemble du personnel, disponible et compétent, appuie le bon déroulement de la cure. Lors de la sortie, le cadre environnemental joue un rôle important dans le maintien de l'abstinence : la création d'un environnement favorable à la stabilité doit être anticipé et préparé avant la sortie. Des soins spécifiques peuvent être envisagés pour cette période, notamment un séjour post-cure, mais leur mise en place dépend de la situation de l'usager.

Un sevrage rapide ou accéléré est généralement déconseillé, à cause des risques de lourds symptômes de sevrage, des risques de reconsommation et d'overdoses mortelles.

Certaines personnes essaient le sevrage seules. Il convient de les informer le plus précisément sur les effets du manque, leur durée et sur les stratégies pour les supporter. Il est recommandé de les encourager à maintenir un contact avec un service spécialisé ou leur médecin généraliste pendant cette période. Si cette démarche concerne une dépendance à l'alcool, il faut particulièrement les prévenir du risque de crise d'épilepsie et de *delirium tremens* : syndrome de sevrage alcoolique le plus grave, pouvant durer plusieurs jours et entraîner la mort, le *delirium tremens* nécessite une assistance médicale.

Le sevrage forcé n'est pas recommandé. Inefficace, il peut se révéler nuisible en fragilisant un usager qui, sans motivation, risque de recommencer abruptement à consommer, avec les risques que cela entraîne (comportements à risque, surdose).

Le suivi en post-cure

Quand l'usager-ère a été hospitalisé-e ou a été sevré-e, un suivi post-cure permet de le/la soutenir durant la phase de stabilisation. Ce moment est crucial car l'usager-ère est désormais confronté-e à sa liberté de consommer. Ce suivi repose sur un travail psychosocial, qui peut si nécessaire être complété par la prescription de médicaments.

POUR EN SAVOIR PLUS

HAS (2010). *Recommandations de bonnes pratiques. Prises en charge des consommateurs de cocaïne*, Paris: Haute Autorité de Santé.★

Meunier, D. et Bettendorf, C. (2013). *Les pratiques professionnelles concernant les dispositifs de soin résidentiels du secteur médico-social en addictologie. De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées*. Paris: Fédération Addiction, 2013.★

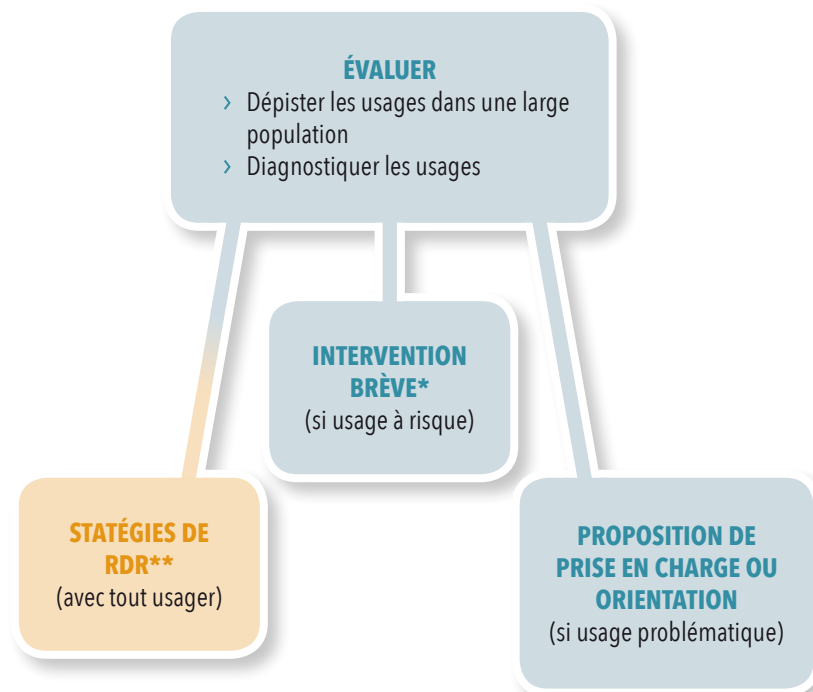
Pilling, S., Hesketh, K. et Mitcheson, L. (2010). *Routes to Recovery: Psychosocial Interventions for Drug Misuse*. Londres: NHS.★

Schettino, J., Leuschner, F., Kasten, L., Tossmann, P. et Hoch, E. (2015). *Treatment of cannabis-related disorders in Europe*. Luxembourg: EMCDDA, 2015.★

DÉPISTAGE, DIAGNOSTIC, ORIENTATION

Le dépistage et le diagnostic des usages abusifs ou addictifs sont des **étapes cruciales** dans le parcours de l'usager-ère : ils revêtent un intérêt clinique, pronostique et thérapeutique. Ils sont surtout l'occasion d'informer la personne, à créer un dialogue avec elle, à initier ou renforcer son parcours de changement. Ils permettent aussi d'orienter si nécessaire l'usager-ère vers l'offre de soins la plus adaptée. La personne se dirige vers une structure en fonction de ses connaissances des dispositifs, de sa mobilité, de l'influence des tiers et de son parcours personnel. La soutenir en dressant une vue globale de ses besoins et des possibilités peut influencer positivement sur son parcours de soin.

Pourtant, différentes études montrent que ces pratiques ne sont **pas suffisamment répandues dans les services généralistes**, et que les intervenant-e-s ne sont pas **assez outillé-e-s**. Ce constat participe au phénomène de détection tardive des conduites addictives. Le manque de temps et de formation des intervenant-e-s, l'organisation des services médicaux, l'absence de travail en réseau, la saturation des services ou la peur de fragiliser l'alliance thérapeutique en abordant des questions taboues restent actuellement des freins à leur développement dans les structures non spécialisées en assuétudes, qui sont pourtant quotidiennement en contact avec des personnes ayant développé un usage problématique.



* Ces interventions sont particulièrement efficaces pour développer des stratégies de diminution des risques auprès des usager-ère-s à consommation peu sévères mais à risque (voir II.3)

** Voir Eurotox, RDR. Bonnes pratiques en réduction des risques, 2016.

Pourtant, implanter ces pratiques est nécessaire pour au moins deux raisons. La première est la difficulté des usager-ère-s à reconnaître leurs consommations au vu de la stigmatisation des troubles addictifs et des conséquences judiciaires, professionnelles, familiales... potentielles. Ils abordent très peu de manière spontanée leur consommation, y compris non problématique, avec les intervenant-e-s qu'ils/elles rencontrent. Améliorer la santé des usager-ère-s passe donc par la **création des conditions de dialogue bienveillant et de repérage** autour de ces questions. Deuxièmement, la détection précoce est une condition à l'**intervention précoce**, qui

anticipe la demande de soin avant que la problématique ne s'aggrave, dans le but de diminuer les risques et de préserver la santé et le bien-être de l'usager-ère. Or, actuellement, la latence entre le début de la consommation et la première demande de traitement est assez élevée et varie en moyenne de 12 ans à 20 ans, selon le produit (Stévenot & Hogge, 2018¹⁰).

10 Stévenot, C. & Hogge, M. (2018). L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2017. Eurotox asbl : Bruxelles.

DÉPISTER

Si la décision de soin revient à l'usager-ère, hormis lors du soin sous contrainte, les intervenant-e-s de première ligne sont idéalement positionnés pour détecter les usages de drogues problématiques ou à risque et en tenir compte dans leurs interventions. Un dépistage précoce permet par ailleurs d'anticiper la survenue de complications et d'influer sur les prises de risque.

Indices auxquels prêter attention :

- › Histoire familiale d'usage problématique de produit(s) ;
- › Survenue récente d'événements de vie stressants ou traumatismes anciens majeurs ou non résolus ;
- › Perte de vie sociale ;
- › Diagnostic de maladie mentale ;
- › Comportements et attitudes laissant présager un usage problématique ou à risque (ex. problèmes financiers, demande régulière de certificats médicaux les lundis, signes ostensibles telles qu'une odeur d'alcool, une mydriase, des yeux rouges,...) ;
- › Incapacités physiques et cognitives ;
- › Usage qui a commencé précocément ;
- › État de santé associé à un usage de drogues.

Le repérage est plus efficace lorsqu'il s'inscrit dans une pratique routinière.

DIAGNOSTIQUER

La singularité de chaque usager-ère nécessite une anamnèse et un diagnostic fouillés, qui va au-delà du seul examen des critères diagnostiques des manuels diagnostiques de référence (DSM-V, CIM-10). L'étape diagnostique doit être réalisée par une personne formée à cet exercice. Ceci conforte l'importance de soutenir et développer la mise en place de formation de base et continue telles que celles dispensées par exemple par le le réseau alto, la SSMG ou encore le Réseau d'Aide aux Toxicomanes (R.A.T. asbl) (voir infra) pour les intervenant-e-s de première ligne et de seconde ligne qui souhaitent s'investir dans l'évaluation et la prise en charge des usager-ère-s. À partir du moment où l'intervenant-e s'estime non compétent-e (manque de formation ou situation trop complexe), il est alors préférable de réorienter la personne vers un service spécialisé.

La situation sociale, médicale et psychologique de l'usager-ère sera évaluée. Ce travail nécessite du temps,

qu'il est indispensable de prendre au vu de l'importance du diagnostic sur la détermination du parcours de soin. Il ne s'agit pas uniquement de poser un diagnostic au sens médical du terme, mais d'identifier précisément la nature et la gravité de la problématique de consommation et des problématiques psycho-médico-sociales associées.

Certain-e-s addictologues ajoutent un **bilan expérientiel**, afin d'intégrer les questions de satisfaction et de souffrance. Ce bilan explore le mode de vie, les alternatives possibles, la description de la satisfaction obtenue, recherchée ou perdue dans le mode de vie actuel et les moyens possibles pour augmenter la satisfaction ou apporter des changements, souhaitables et accessibles, à ce mode de vie. L'utilisation d'outils, tels que l'*Addiction Severity Index*, peut aider à caractériser la sévérité de la problématique d'usage et des conséquences biopsychosociales (pour une adaptation française, voir infra).

Il est intéressant aussi de connaître les **réseaux sur lesquels la personne peut compter**, ses capacités à faire appel à des professionnel-le-s, sa **littératie en santé**¹¹, la manière employée pour payer les substances (revenus, revenus familiaux, vol, prostitution, détournement d'argent).

Il existe des **ressources utiles** sur les questions liées au dépistage et à l'accompagnement des usagers d'alcool et de drogues dans le cadre du travail de première ligne non-spécialisé :

- › www.reseualto.be/
- › www.ssmg.be/cellules-specifiques/alcool?id=220
- › www.rmlb.be/pages/midis-thematiques

11 Le concept de littératie en santé désigne la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie. D'après Rootman I. & Gordon-El-Bihbety D. (2008). Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé. Ottawa : Association canadienne de santé publique.

ANAMNÈSE	EXAMENS MÉDICAUX
Histoire personnelle	Si doute partagé par le/la médecin et par le/la patient-e sur les produits consommés, un examen des urines peut être discuté
Environnement, milieu et conditions de vie	
Histoire de la consommation , dont : <ul style="list-style-type: none"> > L'âge de début > Fréquence et quantité > Mode de consommation > Dépenses financières > Situations à risques rencontrées, dont celles liées au mode d'administration, les comportements sexuels à risques > Une attention accrue aux overdoses et accidents > Polyconsommation, dont l'alcool, fréquente : à rechercher systématiquement ! 	Examen cardio-vasculaire et respiratoire
	Selon le mode de consommation : <ul style="list-style-type: none"> > En cas d'injection, infections dermatologiques locales > En cas de sniff, examen ORL
Histoire du soin et des stratégies préalablement mises en place pour réduire, arrêter ou réguler la consommation ou ses risques	Dépister les maladies transmissibles : <ul style="list-style-type: none"> > VIH > Hépatites > Infections sexuellement transmissibles
Position dans le parcours de changement	Examen bucco-dentaire (en particulier chez les usager-ère-s de cocaïne et d'opiacés)
Comorbidités psychiatriques : <ul style="list-style-type: none"> > Idées délirantes > Anxiété > Dépression > Idées suicidaires 	

DANS QUELS SERVICES ?

L'ensemble des services médicaux et sociaux sont concernés, en particulier la 1^{ère} ligne, y compris les professionnel-le-s en milieu scolaire et pénitentiaire, la médecine préventive, les services de santé au travail et les centres psycho-médico-sociaux. Le/la médecin généraliste, au contact d'une grande partie de la population, a un rôle central dans le dépistage, l'intervention brève et l'orientation. Il s'avère qu'il/elle est régulièrement le/la seul-e intervenant-e accompagnant l'usager-ère (Vanmeerbeek et al., 2015). Les visites prénatales sont aussi des moments importants pour dépister les usages.

UNE BONNE PRATIQUE : LES ÉQUIPES DE LIAISON AU SEIN DES URGENCES

Recommandées par l'OMS, les équipes de liaison au sein des urgences se composent d'une équipe médicale, de référent-e-s psychologiques et de spécialistes des assuétudes. Elles stabilisent les personnes qui arrivent en urgence à cause de problèmes liés à leur usage, puis évaluent leur état et les orientent vers des services de soin adaptés.

Leur avantage est triple :

- > Elles surveillent le/la patient-e en crise, et leurs lits multifonctionnels désengorgent les lits d'urgence
- > Elles permettent de capter et orienter des patient-e-s qui n'étaient pas forcément en demande de soin pour leur problématique d'assuétudes
- > Les patient-e-s sont alors dans un état d'esprit propice au changement et ressentent une motivation accrue pour une intervention

CERTIFICAT INTERUNIVERSITAIRE ALCOOLOGIE

Initiative récente de la Société scientifique de médecine générale, ce certificat de formation continue pluridisciplinaire vise à outiller les médecins généralistes face aux problèmes de dépendance à l'alcool. Ces acteur-ric-e-s de terrain ont été ciblé-e-s car, en première ligne, ils/elles ont un contact privilégié avec les usager-ère-s et peuvent coordonner une approche multimodale. La formation dure un an, à raison de 8 modules d'un jour et demi.

QUELLE ATTITUDE ?

Lorsque l'on travaille dans une structure généraliste, le dépistage des usages problématiques est une démarche qui doit être proactive. Les signes de consommation ne seront pas forcément visibles et tendront à être dissimulés en raison de leur caractère non désirable sur le plan moral.

Le travail de repérage précoce et d'évaluation nécessite un comportement empathique et non-jugeant, une attitude ouverte qui ne banalise ni ne dramatise la consommation. Or cette attitude n'est pas naturelle ou permanente. Le professionnel peut s'aider par des questions ouvertes, le développement d'une conscience situationnelle¹² et lutter contre les biais cognitifs par le recueil d'un maximum d'informations objectives. Durant l'entretien, il est conseillé de se concentrer sur ce qui est amené par le/la patient-e, de rebondir sur ce qui est dit, de le reformuler et de structurer les informations. Des attitudes telles que le jugement, la confrontation, l'étiquetage ou la menace risquent fortement de susciter de la résistance chez la personne et sont dès lors à proscrire.

Un travail en amont sur ses propres représentations et sur ses capacités d'écoute active ou réflexive est également un atout. Si la consommation est jugée comme à risque, une intervention brève peut être envisagée (voir II.3). En cas d'identification d'une réelle problématique de consommation, une prise en charge

.....
12 La conscience situationnelle est l'aptitude à percevoir, à comprendre et à se projeter (à envisager les évolutions probables). Elle est particulièrement utile dans les situations de non-dits, d'absence d'informations...

spécifique ou une réorientation seront proposées.

QUELS OUTILS ?

Les intervenant-e-s du secteur non spécialisé peuvent rencontrer des difficultés à identifier des usages problématiques. Par exemple, certain-e-s médecins se fient uniquement aux quantités consommées, et d'autres considèrent par défaut qu'un usage de produits illicites est toujours problématique (Vanmeerbeek et al., 2015). La formulation des questions est déterminante pour obtenir des informations claires. Des termes tels que «Consommez-vous beaucoup ?», «souvent», «de manière

exagérée» restent subjectifs : personnel soignant et patient-e-s ne les entendent pas de la même manière.

Afin d'aiguiller les intervenant-e-s et d'étayer les phases de dépistage et diagnostic, des outils standardisés existent. Ils déterminent des seuils de gravité et proposent des actions concrètes possibles en fonction des réponses obtenues. Certains sont transversaux, tandis que d'autres se concentrent sur un produit ou sont destinés à un public spécifique (femmes, adolescent-e-s, ...). Alors que certains sont assez simples à s'approprier et peuvent convenir à tout-e intervenant-e de première

QUELQUES EXEMPLES

ASSIST > Détecte 9 substances psychoactives
(questionnaire élaboré par l'OMS) > Évalue la consommation des 3 derniers mois
> Évalue les risques

QMICA > Concerne les addictions avec ou sans produit
Questionnaire de > Détecte l'intensité de la consommation
Mesure de l'Intensité des > Une version pour chaque type de problématique
Conduites addictives

> Toute substance
TOP – Treatment Outcome Profile > Consommation du dernier mois
> Aborde les risques liés à l'injection
> Tient compte des problèmes de criminalité, de santé et du fonctionnement en société

Échelles de dépistage par produit > AUDIT : alcool
> CAST : cannabis
> ECAB : benzodiazépines

La plupart de ces questionnaires (et bien d'autres) peuvent être téléchargés sur les sites suivants :

- > www.test-addicto.fr/liste_tests.html
- > www.resapsad.org/page/echelles-et-questionnaires
- > <http://grepca.free.fr/index.php/publications/tests/199-qmica>

ligne, d'autres requièrent une formation ou une expertise en assuétudes.

Si ces outils sont utiles à la pratique, il ne faut pas perdre de vue que leurs qualités psychométriques (sensibilité, spécificité, etc.) ne sont pas parfaites et qu'ils ne peuvent se substituer à un entretien détaillé avec la personne, permettant de contextualiser les comportements, d'identifier la/les fonctions de la consommation dans l'économie individuelle et d'en estimer les conséquences sur le plan biopsychosocial. Les outils de dépistage sont particulièrement utiles aux intervenant-e-s qui ne sont pas spécialisé-e-s dans la détection et la prise en charge des problématiques d'assuétudes, et permettent d'améliorer le repérage et l'orientation précoces des personnes ayant un usage problématique.

Pour l'usager-ère, remplir ces questionnaires peut déjà être l'occasion de poser un regard critique sur son usage, de l'objectiver, et de recevoir un feedback.

ORIENTER

Lorsque l'identification et la caractérisation de l'usage problématique et de ses conséquences ont été effectuées, commence alors un travail d'éducation, d'orientation ou de prise en charge. L'évaluation doit produire un document écrit qui sera utilisé comme base au traitement et à l'identification des besoins. Lorsque la personne ne peut être directement prise en charge dans la structure où l'usage problématique a été identifié, elle devra être orientée vers une structure adaptée à ses besoins, d'où l'importance du travail en réseau entre le secteur spécialisé et non

spécialisé. L'orientation peut aussi avoir lieu dès qu'un-e intervenant-e non spécialisé-e suspecte un usage problématique, s'il/elle ne se sent pas qualifié-e pour «diagnostiquer» la problématique. Il/elle peut alors proposer au/à la patient-e de se diriger vers une structure spécialisée qui caractérisera la problématique et proposera une prise en charge si nécessaire. L'enjeu sera de le/la convaincre et de le/la motiver à effectuer cette démarche.

Il importe bien entendu de tenir compte aussi des attentes de l'usager-ère et des options envisageables pour lui/elle, qui peuvent être de différentes natures et varier fortement d'une personne à l'autre y compris au cours du temps (cf. le modèle transthéorique du changement, voir II.1).

POUR EN SAVOIR PLUS

Adaptation française de l'*Addiction Severity Index*. Laboratoire de Psychiatrie. Université Victor Segalen.



HAS (2014). *Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Rapport d'élaboration*. Paris: Haute Autorité de Santé.★

Fédération Addiction (2015). *Le défi de l'intervention précoce*. Cahiers thématiques de la Fédération Addiction, N°14.★

Righetti, V. et Favrod-Coune, T. (2010). Questionnaires de dépistage et d'évaluation des consommations de substances psychoactives. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1821-1825.★

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE¹³

Une prise en charge optimale d'une addiction requiert une **approche pluridisciplinaire et individualisée** en raison de la variabilité des causes et conséquences du trouble, des facteurs qui l'entretiennent et de leur intrication. Le travail du/de la thérapeute doit s'articuler avec celui des autres intervenant-e-s impliqué-e-s *intra* ou *extra-muros* dans la prise en charge de la personne (assistant-e social-e, éducateur-riche, médecin, etc.) en raison de la nature multidimensionnelle (bio-psycho-sociale) des addictions. Cette articulation **interdisciplinaire** est facilitée par les interventions, les réunions d'équipe et le travail en réseau, et peut être formellement assurée par les dispositifs de *case management* (voir II.1). Ce travail en collaboration est assuré dans le respect de la personne et conformément aux conditions d'exercice du secret professionnel et du secret partagé.

QUELLES SONT LES APTITUDES DE BASE DU THÉRAPEUTE ?

Une formation et un diplôme ne suffisent pas à conférer au/à la thérapeute les qualités qui feront de lui ou d'elle un-e bon-ne thérapeute. Quelle que soit l'approche thérapeutique sur laquelle il/elle s'appuiera, le/la thérapeute devra réunir et entretenir au cours de sa pratique un certain nombre d'attitudes et aptitudes relationnelles (écoute active, neutralité bienveillante, empathie, etc.). Des formations spécifiques ou des jeux de rôle peuvent faciliter leur acquisition. Un ancrage solide de ces aptitudes réclame un travail réflexif, car elles peuvent être mises à rude épreuve par la dure réalité à laquelle peuvent renvoyer les récits de vie des personnes ayant développé une assuétude (réalité susceptible d'entrer en conflit avec le système de représentations et de valeurs du/de la thérapeute).

Quel que soit le domaine d'intervention, devenir un-e bon-ne thérapeute n'est pas une simple question de temps et d'accumulation d'expériences professionnelles, car le nombre d'années de pratique ne semble pas être un déterminant essentiel du niveau d'expertise, même s'il y contribue. Jennings & Skovholt (1999)¹⁴ ont tenté d'identifier les aptitudes communes à un panel de thérapeutes¹⁵ reconnu-e-s par leurs pairs comme d'excellent-e-s

praticien-ne-s. Sur base d'entretiens qualitatifs, ces auteurs sont parvenus à dégager les aptitudes partagées par ces thérapeutes, qu'ils ont regroupées en trois dimensions (cognitive, émotionnelle et relationnelle) complémentaires. Ces aptitudes peuvent être présentes en début de carrière, mais elles s'affineront à mesure que le/la praticien-ne assimilera les expériences professionnelles, au cours d'un processus réflexif visant l'amélioration de sa pratique.

Les travaux influents de Carl Rogers et de l'Approche Centrée sur la Personne ont aussi permis d'identifier trois attitudes du/de la thérapeute, qu'il estime comme étant les conditions nécessaires et suffisantes au travail thérapeutique et qui sont assez similaires à certaines aptitudes identifiées par Jennings & Skovholt : la congruence (authenticité émotionnelle du/de la thérapeute), le regard positif inconditionnel (attitude positive, non-jugeante et d'acceptation) et l'empathie (une attitude entre la sympathie et l'antipathie, qui consiste à comprendre sans adhésion ni jugement). Ces attitudes relationnelles sont particulièrement importantes, et peut-être même indispensables à toute relation d'aide efficace envers les personnes pouvant être habituées à l'inconsidération et à l'exclusion. Elles sont bien entendu recommandées quelle que soit l'approche thérapeutique et quelle que soit la problématique traitée.

Au-delà de ces aptitudes génériques, le/la thérapeute doit forcément avoir de bonnes connaissances sur les addictions et sur les produits et maîtriser les approches et techniques de prise en charge qu'il/elle souhaite proposer. Il/elle doit aussi s'engager dans un processus de formation

¹³ Le titre de psychothérapeute est protégé en Belgique depuis 2016. Dans le présent document, le travail psychothérapeutique est envisagé dans sa dimension descriptive, sans référence explicite aux conditions d'exercice de cette fonction.

¹⁴ Jennings, L. & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 3-11.

¹⁵ Il s'agissait de six docteurs en psychologie, de trois travailleurs sociaux ayant un diplôme de master, et d'un psychiatre. Ils travaillaient dans des cadres et avec des orientations théoriques variables, et avaient en moyenne 30 ans de pratique professionnelle.

APTITUDES COGNITIVES

- › apprentissage et formation en continu
- › s'appuyer sur les expériences professionnelles passées (succès, échecs, obstacles...)
- › intérêt et estime pour la complexité et l'ambivalence de la condition humaine

APTITUDES ÉMOTIONNELLES

- › réceptivité émotionnelle (interactions non-défensives, remise en question)
- › s'investir dans son propre bien-être émotionnel
- › conscience de l'impact de son état émotionnel sur la qualité de la prise en charge

APTITUDES RELATIONNELLES

- › ouverture, écoute active, compassion, bienveillance
- › capacité à faire appel à ses aptitudes interpersonnelles au cours des thérapies
- › conviction dans les capacités de changement du/de la patient-e et dans l'importance d'une alliance thérapeutique solide

continue et respecter les prescriptions du code déontologique de sa profession. Il existe en Belgique francophone plusieurs formations de base à destination des professionnel-le-s souhaitant s'investir dans le travail avec des usager-ère-s de substances psychoactives, ou désireux-euses d'apprendre une méthode de prise en charge spécifique. Certaines formations en ligne sur les addictions peuvent également fournir une initiation complémentaire (voir par exemple www.fun-mooc.fr).

QUELLES SONT LES ÉTAPES DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE ?

La première étape du travail thérapeutique consistera généralement à examiner la demande du/de la patient-e : qu'est-ce qui amène la personne à entrer en consultation, quels sont les symptômes et les problèmes éprouvés, ses attentes, ses craintes ? La demande ne sera pas toujours très claire, et il reviendra au/à la thérapeute d'aider la personne à l'énoncer. Elle peut parfois émaner d'un tiers, en cas d'injonction thérapeutique (voir II.1) ou de traitement impulsé par un proche. Dans ce cas, le/la thérapeute devra en examiner la légitimité et, le cas échéant, aider la personne à prendre conscience de la perte de contrôle

de sa consommation et des conséquences sur sa santé, ses relations sociales, ses activités et son bien-être.

Certain-e-s praticien-ne-s préfèrent initier les entretiens par l'anamnèse (voir II.2), de manière à laisser d'emblée à la personne l'occasion de «se raconter», d'exprimer sa souffrance et de décrire son histoire et son parcours dans l'addiction. Cela permet de créer un premier lien ainsi qu'un climat favorable à l'énonciation de la demande. Le déroulement du premier entretien peut aussi parfois être chamboulé en raison d'une situation de détresse psychologique. L'analyse de la demande et l'anamnèse doivent aussi permettre d'évaluer le niveau de conscience du/de la patient-e ainsi que sa motivation au changement. Selon le contexte de travail et le/la patient-e, une phase diagnostique plus formelle pourra être envisagée si elle n'a pas été réalisée initialement par un autre professionnel. Elle visera à déterminer précisément la nature et la gravité des troubles. Elle est particulièrement recommandée en cas de suspicion de comorbidités psychiatriques (voir III.1). Il conviendra aussi d'identifier les leviers motivationnels et les facteurs individuels qui faciliteront la rétention en traitement, ainsi que ceux qui favoriseront le risque de rechute.

Une fois ce travail préliminaire réalisé, le/la thérapeute disposera des informations nécessaires pour fixer avec la personne un objectif thérapeutique (abstinence, reprise de contrôle en vue d'une consommation modérée, substitution, ...) qui se déclinera souvent en objectifs intermédiaires dont l'atteinte, plus aisée, motivera le/la patient-e. L'objectif thérapeutique pourra aussi faire l'objet d'ajustements en cours de traitement

ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Conditions / facilitateurs

Attitudes (bienveillance, empathie, authenticité, etc.)
Gestes, postures et paroles en accord avec ces attitudes
Équilibre entre relation symétrique et complémentaire
Déconstruction des représentations (stigmatisation, préjugés)
Reconnaissance du savoir du/de la patient-e
Confiance dans les capacités et ressources du/de la patient-e
Faire preuve de professionnalisme et d'assurance

si nécessaire, parallèlement à une évolution de la demande. La fixation avec la personne de cet objectif et des moyens mis en œuvre pour l'atteindre formalisera ce que l'on appelle communément l'alliance thérapeutique. De nombreux travaux ont mis en évidence que la qualité de l'alliance thérapeutique est un déterminant crucial du succès d'une prise en charge, quelles que soient l'approche thérapeutique et la pathologie¹⁶. Il convient donc de l'instaurer rapidement, en particulier si la prise en charge est contrainte, et d'être attentif-ive à son éventuel affaiblissement au cours de la prise en charge. L'anamnèse et l'objectif thérapeutique peuvent aussi orienter le choix des modalités de prise en charge.

16 Voir par exemple Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

LES PRINCIPALES APPROCHES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

Les prises en charge ayant un niveau d'implémentation élevé dans les institutions qui les dispensent (via par exemple des manuels et protocoles encadrant la mise en place du traitement) semblent plus efficaces que celles qui ne bénéficient pas de ce type d'implémentation¹⁷. Il est donc utile de baser le travail de prise en charge sur des manuels ou guides de bonnes pratiques permettant de baliser et de faciliter le travail thérapeutique. Nous présentons ci-dessous les approches et méthodes de prises en charge des assuétudes les plus courantes en décrivant brièvement les principes, ainsi que les principales conditions nécessaires à leur bon déroulement. L'information sera bien évidemment sélective et excessivement synthétique. Nous renvoyons dès lors le/la lecteur-ice intéressé-e aux guides de bonnes pratiques plus spécifiques qui seront référencés en fin de chapitre.

17 Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 53-72.

Thérapies psychosociales

Ces formes de prises en charge à dimension collective visent à renforcer les compétences psychosociales des patient-e-s (restauration du lien social, des capacités d'entraide, etc.) et à développer/restaurer leur sentiment d'auto-efficacité ainsi que l'estime de soi, dans une démarche d'autonomisation progressive, de réinsertion sociale et d'*empowerment*¹⁸. Elles permettent aussi de développer un réseau social sur lequel la personne pourra s'appuyer pour prévenir les rechutes. Ces approches à dimension communautaire (on parle aussi de sociothérapie) sont généralement dispensées de manière complémentaire à une prise en charge plus individualisée. Elles partagent bon nombre de points communs avec les groupes d'auto-support (voir II.6). Leur bon déroulement exige que les usager-ère-s soient tou-te-s responsabilisé-e-s par la démarche, et qu'un climat de confiance et de sécurité soit instauré. Le/la thérapeute doit également maîtriser les techniques d'animation et de dynamique de groupe. Les thérapies psychosociales sont fortement développées dans les communautés thérapeutiques, mais elles peuvent également être un outil complémentaire proposé par une structure de prise en charge ambulatoire. Elles sont particulièrement indiquées lors de la prise en charge des personnes désinsérées et marginalisées, et peuvent à certains moments se dérouler dans les lieux de vie des usager-ère-s.

18 Approche visant à permettre aux personnes d'acquérir plus de pouvoir d'action et de décision sur leur environnement et leur vie.

LES THÉRAPIES PSYCHOSOCIALES

Les principes	Les objectifs	Les pratiques
Sécurisation	Créer un espace communautaire sécurisant	Établir des règles claires et les faire respecter
Participation	Stimuler la participation de chacun	Motiver les inactif-ive-s, freiner les plus actif-ive-s, l'animateur-riche reste à l'arrière-plan
Collaboration	Restauration du lien social	Proposer des activités d'entraide et d'échange où la parole et la place de chacun-e est respectée
Responsabilisation	Stimuler le savoir-être	Renforcer les bonnes attitudes, cadrer le contrôle social
Autonomisation	Renforcer les compétences sociales	Jeux de rôle, mise en situation et appui sur les usager-ère-s «avancé-e-s» pour favoriser l'apprentissage social (apprentissage vicariant, facilitation sociale)
Valorisation	Renforcer le sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi	Reconnaissance des points communs et des compétences de chacun-e

Thérapies psycho-éducatives

Les thérapies psychoéducatives visent à fournir aux patient-e-s les ressources leur permettant de comprendre leurs problématiques de consommation et les phénomènes internes que celles-ci génèrent (sentiment de culpabilité, *craving*, etc.). Elles visent aussi à leur apprendre des techniques concrètes leur permettant de gérer les situations favorisant le risque de faux-pas ou de rechute. Elles s'articulent autour d'une dimension psychologique (écoute, soutien, renforcement de la motivation),

pédagogique (informer les patient-e-s de manière à ce qu'ils/elles comprennent leurs propres problèmes et assimilent les aides proposées) et cognitivo-comportementale (fournir des outils concrets pour apprendre à gérer pensées, émotions et situations à risque). Dans la pratique clinique, elles s'articulent souvent sur le modèle du cycle du changement de Prochaska & DiClemente (voir I.1). Elles se déclinent en une série d'approches ayant chacune leurs spécificités, que nous allons aborder successivement.

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Les principes	Les objectifs	Les pratiques
Non-jugement	Mettre en confiance	Questions ouvertes pour faire émerger préoccupations, faiblesses, forces et ressources ; écoute active
Collaboration	Empathie et sécurité	Accepter les résistances et ne pas plaider frontalement pour le changement
Hiérarchisation	Modifier la balance motivationnelle	Explorer les avantages et inconvénients du changement
Évocation	Susciter la dissonance entre comportements (et leurs conséquences négatives) et objectifs/valeurs	Favoriser la verbalisation du discours-changement
Autonomisation	Renforcer le sentiment de liberté, de choix et d'auto-efficacité	Écoute réflexive : reformuler les paroles du/ de la patient-e et résumer chaque entretien (effet miroir)

Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une méthode semi-directive au succès grandissant, initialement proposée par Miller (1983)¹⁹ dans le cadre de sa pratique de prise en charge de personnes alcool-dépendantes, puis formalisée par Miller & Rollnick

.....
¹⁹ Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.

(1991)²⁰. Sur base de conversations collaboratives, il vise à développer ou à renforcer la motivation intrinsèque et l'engagement de la personne dans la modification de ses comportements. Il est particulièrement indiqué pour aider quelqu'un à prendre conscience du caractère problématique de sa consommation et pour dissoudre les sentiments ambivalents, ainsi que les résistances au changement. En d'autres termes, il permet de faire progresser la personne à travers les différents stades qui mènent au changement. La première phase du travail thérapeutique consiste à amener le/la patient-e à résoudre son ambivalence, en prenant appui sur les conséquences positives attendues en cas de changement, et en développant/renforçant sa confiance en ses propres capacités. La seconde phase consiste à renforcer l'engagement du/de la patient-e et à l'aider à élaborer un plan de changement. Cette approche n'est pas indiquée avec les personnes qui sont déjà désireuses de changement et qui ont résolu leur ambivalence, et elle semble moins efficace avec les personnes qui n'ont pas suffisamment expérimenté les conséquences négatives de leur consommation. Ce dernier élément pourrait expliquer pourquoi cette approche est parfois difficile à mettre en place avec des adolescent-e-s²¹.

20 Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.

21 Li, L., Zhu, S., Tse, N., Tse, S. & Wong, P. (2016). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111, 795-805.

Intervention brève

L'intervention brève est une forme d'aide qui repose sur les principes de l'entretien motivationnel et qui vise principalement à détecter précocement les personnes présentant une consommation excessive ou à risque, en l'absence de demande d'aide, de manière à leur faire prendre conscience des risques encourus et initier des mécanismes de (auto)régulation. Il s'agit donc d'une démarche opportuniste

particulièrement adaptée à la pratique en médecine générale ou dans une structure d'aide et de soin généraliste (maison médicale, service d'urgence, service d'aide à la jeunesse, etc.). Ce type d'intervention comporte des enjeux sociétaux et de santé publique importants, car il permet effectivement d'enrayer le développement de consommations problématiques. Néanmoins, cet objectif louable ne doit pas évacuer les enjeux éthiques, car il

L'INTERVENTION BRÈVE

Les principes (FRAMES ²²)	Les objectifs	Les pratiques
Feedback	Informar des risques personnels en fonction de la consommation déclarée et de la situation individuelle	Questionnaires d'auto-évaluation (AUDIT-C, DETA, DAST, etc.) et connaissance de l'état de santé du/de la patient-e
Responsabilisation	Renforcer le sentiment de contrôle personnel	Faire comprendre que les possibilités de changement dépendent d'une décision personnelle
Conseil	Fournir des conseils personnalisés	Identifier et proposer le conseil le plus adapté à la situation (abstinence, consommation modérée, RDR...)
Éventail des possibilités thérapeutiques	Présenter des objectifs et des options d'aide et de prise en charge adaptés au/à la patient-e	Fournir une brochure, un outil ou des techniques d'autogestion, orienter vers un site, une association de self-help, un service spécialisé...
Empathie	Accompagner sans juger	Éviter les confrontations, accepter les résistances, soutenir chaleureusement
Auto-efficacité	Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et la confiance dans les capacités de changement	Encourager les patient-e-s à choisir et suivre une stratégie pour modifier la consommation, etc.

22 Les critères de structuration des interventions brèves ont été regroupés sous l'acronyme FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu of ways, Empathy, Self efficacy).

existe un risque que cette démarche soit instrumentalisée par les pouvoirs publics à des fins hygiénistes de dépistage et de «correction» des comportements sur base de considérations morales. Il importe donc que la détection précoce et l'intervention brève soient avant tout proposées comme des outils d'aide à la personne dans le respect de ses choix et de son autonomie.

Concrètement, l'intervention brève consiste à identifier et à motiver les personnes à risque, en une ou plusieurs séances de 5 à 20 minutes, sur base de questions et d'outils permettant à la personne de situer sa consommation et de connaître les risques associés. L'objectif est de conscientiser la personne à l'intérêt de déclencher dès à présent des mécanismes de régulation de manière à ce que sa consommation redevienne modérée. Cette méthode est très utile pour la prise en charge précoce des mésusages d'alcool et de cannabis. En revanche, une réorientation sera souvent nécessaire en cas de dépendance.

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Les TCC peuvent être conçues comme une forme de rééducation comportementale articulée, comme leur nom l'indique, sur un double ancrage théorique. L'ancrage cognitif repose sur le constat que les comportements de consommation sont influencés par des automatismes de pensées biaisées (des distorsions cognitives, des pensées dysfonctionnelles) qui influent sur l'état émotionnel et les prises de décision. Les TCC visent donc prioritairement à modifier ces facteurs endogènes modulables, qui entretiennent l'addiction et inhibent les capacités de changement. L'ancrage comportemental

des TCC repose sur le constat que les comportements de consommation sont également influencés par une série d'éléments contextuels exogènes (stimuli visuel, olfactif ou auditif, etc.) qui peuvent susciter des états mentaux favorables au déclenchement des comportements de consommation. Les TCC visent donc également à supprimer le pouvoir déclencheur de ces facteurs exogènes qui ont façonné ces conditionnements ou, lorsque cette suppression n'est pas possible, à instaurer des stratégies d'évitement ou de *coping*²³. Enfin, en raison des interactions entre émotions et aspects cognitifs et

comportementaux de l'addiction, les TCC proposent également des stratégies spécifiques de gestion des émotions.

Les TCC sont efficaces lorsque la personne est consciente des conséquences négatives de son addiction et qu'elle est motivée à changer ses comportements. Elles sont très structurées, individualisées, et se déroulent classiquement en 4 phases : l'analyse fonctionnelle, la définition de l'objectif thérapeutique, la mise en œuvre du programme de traitement, et l'évaluation de son impact.

LES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

Les principes	Les objectifs	Les pratiques
Apprentissage cognitif	Identifier et modifier les distorsions cognitives	Déconstruire les schémas de pensées pathologiques et implémenter des schémas de pensées sains...
Apprentissage comportemental	Apprendre des comportements d'adaptation en utilisant l'entraînement, le modelage, les mises en situation et la rétroaction.	Jeux de rôle pour apprendre à identifier les situations à risque et réagir adéquatement ; établir des stratégies de <i>coping</i> , d'évitement ainsi qu'un plan d'urgence en cas de dérapage ; modification de certaines habitudes de vie...
Apprentissage émotionnel	Gestion des émotions qui facilitent/précipitent la consommation ; renforcer l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité	Exercices de pleine conscience, de respiration, d'affirmation de soi...

23 Le *coping* peut être défini comme l'ensemble des stratégies déployées par l'individu pour maîtriser ou réduire l'impact des situations stressantes ou menaçantes.

Un des grands enjeux des thérapies psychoéducatives consiste à parvenir à outiller la personne engagée dans l'abstinence de manière à ce qu'elle puisse détecter les situations à risque et y faire face efficacement. Il est donc utile de proposer collectivement ou individuellement aux patient-e-s des modules spécifiques sur cette thématique.

La rechute renvoie à une perte de contrôle de la consommation avec réactivation de la dépendance, faisant suite à une période d'abstinence. Elle est généralement précédée d'un ou plusieurs dérapages (une prise isolée du produit) et d'une période de re-consommation (consommation répétée en l'absence de dépendance). Il existe des déterminants endogènes et exogènes à la rechute, qui interagissent et vont déterminer le risque de dérapage et de rechute pour une personne donnée, à un moment précis et dans un contexte déterminé. Les déterminants exogènes sont des stimuli environnementaux (une odeur, un ustensile utilisé pour consommer le produit, un copain...) qui ont fait l'objet d'une association répétée avec la consommation du produit au point de pouvoir déclencher l'envie de consommer, voire même des symptômes de sevrage chez une personne abstinente, si ces stimuli ont été répétitivement présents lorsque la personne expérimentait des épisodes de sevrage. Les déterminants endogènes sont des états émotionnels transitoires pouvant être induits par des événements (stress, colère, tristesse, euphorie,...) ou des états persistants (anxiété, dépression,...) ainsi que des mécanismes cognitifs (attentes et croyances, sentiment d'auto-efficacité, motivation,...). Ces déterminants endogènes et exogènes sont susceptibles d'induire une envie irrésistible de consommer le produit (*craving*), qui est un médiateur important du dérapage et de la rechute. De récents travaux²⁴ ont expérimentalement montré qu'il existe à la fois des déterminants communs aux usager-e-s d'un même produit (e.g. une bouteille ou l'odeur de l'alcool, une pipe à crack ou le crépitement du caillou) ainsi que des déterminants individuels (e.g. une chanson précise, un proche, une cage d'escalier). Ces déterminants propres à chaque personne induisent un *craving* plus intense et augmente davantage le risque de rechute que les déterminants partagés. Il peut donc être utile de les identifier lors de la prise en charge, en utilisant des outils ayant une bonne validité écologique (e.g. *ecological momentary assessment*).

En cas de violation de l'abstinence, la personne ressentira une dissonance cognitive, un sentiment de culpabilité et de honte ainsi qu'une diminution du sentiment d'auto-efficacité si elle attribue ce dérapage à des facteurs internes stables («je n'y arriverai jamais», «je suis faible et n'ai pas de volonté», «je ne suis qu'un loser»...). Ces attributions l'exposeront fortement au risque de rechute, d'où l'importance d'apprendre aux patient-e-s que le maintien de l'abstinence n'est pas qu'une question de volonté, de manière à ce qu'ils/elles puissent relativiser ces échecs sans se décourager. À l'inverse, si une personne parvient à résister à une situation à haut risque, elle éprouvera un sentiment d'efficacité personnelle qui renforcera sa motivation et sa résistance aux situations à risque ultérieures.

.....
24 Fatseas, M., Serre, F., Alexandre, J.M., Debrabant, R., Auriacombe, M. & Swendsen, J. (2015). *Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues. Addiction*, 110, 1035-1042.

Thérapies psychodynamiques

Les thérapies psychodynamiques sont probablement les formes de prise en charge des addictions les plus anciennes et elles demeurent encore les plus fréquentes en France²⁵. Leur efficacité a pourtant régulièrement fait l'objet de remises en question²⁶, peut-être parce que, en raison de leur popularité, elles sont parfois proposées à tous types de patient-e-s pour traiter diverses pathologies, sans distinction. Il semblerait pourtant qu'elles soient plus indiquées avec les personnes initialement enclines ou désireuses d'entamer une introspection²⁷.

Ces formes de thérapie reposent sur la théorie psychanalytique, qui conçoit l'addiction comme une réponse inadaptée (un symptôme) à une difficulté sous-jacente et inconsciente, liée au rapport de la personne à elle-même et au monde ainsi qu'aux conflits intrapsychiques que ces rapports engendrent. Dans cette approche, l'addiction est le plus souvent considérée comme consécutive à un psychotraumatisme, à un trouble de l'attachement ou encore à un trouble de la personnalité. Il reviendra au/à la

-
25 Morel, A. (2010). Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie. *Théorie et pratique. Psychotropes*, 16, 31-48.
26 Voir par exemple INSERM (2004). *Psychothérapie. Trois approches évaluées. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale*. Paris : Les Éditions INSERM.
27 Beutler et al., 2003, cité par Hendrick, S. (2009). Efficacité des thérapies familiales systémiques. *Médecine & Hygiène*, 30, 211-233.

thérapeute de faire prendre conscience à la personne des dynamiques psychiques en jeu afin qu'elle parvienne à les assimiler et à modifier sa structure psychique.

L'évocation et la prise de conscience sont des processus lents basés sur la parole du/de la patient-e et la libre association d'une part, ainsi que sur l'interprétation et l'analyse du transfert d'autre part. Cette démarche thérapeutique s'inscrit donc dans la durée. Elle n'est possible que si le/la patient-e joue le jeu de la libre association. Or, la parole symbolique peut être déficitaire, en particulier chez les patient-e-s les plus précarisé-e-s. Il conviendra donc au/à la thérapeute de la réhabiliter, ce qui peut nécessiter le recours au préalable à une autre approche (psychosociale par exemple). La parole sera facilitée par la création d'un espace thérapeutique empathique sans pression, sans jugement et sans rapport d'autorité. Enfin, les problèmes sociaux et somatiques occasionnés par l'addiction ne doivent pas être occultés par la recherche de sens propre à l'approche psychodynamique, sous peine de laisser le/la patient-e bien démuni-e face à des besoins urgents.

Thérapies systémiques

Les thérapies systémiques visent à comprendre et à prendre en charge les problématiques d'assuétudes en prenant en compte les systèmes dans lesquels la personne évolue (en particulier le système familial) ainsi que les interactions entre ses membres. L'intérêt de prendre en compte ces systèmes réside dans le fait que les proches peuvent être impliqués dans l'étiologie de la problématique ainsi que dans son maintien. Par exemple, il est bien établi que certains types de dysfonctionnements familiaux (conflits,

LES THÉRAPIES SYSTÉMIQUES

Les principes	Les objectifs	Les pratiques
Ouverture	Développer une vision systémique globale	Ne pas se focaliser sur le seul système familial afin d'intégrer les autres systèmes (scolaire, professionnel, pairs, communautaire...)
Recadrage	Déconstruire rapidement les théories causalistes du/de la patient-e et des proches	Ouvrir les perspectives, souligner la complexité du phénomène, son multidéterminisme et les interactions
Collaboration	Impliquer la famille dans les processus de changement	Faire émerger entraide, solidarité et coresponsabilité dans le changement ; laisser la place à l'invention et à l'improvisation
Homéostasie	La résistance au changement est un mécanisme normal et doit être une cible prioritaire	Ne pas être trop directif en cas de résistance, suggérer les changements en douceur, et viser prioritairement l'établissement d'une alliance thérapeutique
Emotions exprimées	Réduire les interactions négatives lors des séances au profit d'interactions positives	Identifier les attitudes hostiles et les désamorcer, rappeler les objectifs communs, favoriser la recherche de solutions, etc.

négligence, manque de support, etc.) peuvent favoriser l'émergence des conduites addictives chez les adolescent-e-s²⁸. La prise en charge des problématiques d'assuétudes chez les adolescent-e-s doit donc souvent s'envisager sous l'angle de la systémique. De même, il est clairement démontré que l'expressivité émotionnelle familiale est un prédicteur important de la rechute²⁹. Les critiques incessantes ou un manque de compréhension du trouble par les proches,

et en particulier par le/la conjoint-e, ont ainsi tendance à provoquer la rechute, qui en retour exacerbera les critiques, dans une logique circulaire. Les thérapies systémiques se déclinent donc souvent en thérapie familiale. Les thérapies systémiques peuvent explicitement s'appuyer sur le vécu de la personne et des proches, et en particulier sur les souffrances et insatisfactions que la consommation du produit et le mode de vie associé engendrent (gestion expérientielle).

28 Repetti, R.L., Taylor, S.E., & Seeman, T.E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.

29 O'Farrell, T.J., Hooley, J., Fals-Stewart, W., & Cutter, H.S.G. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 744-752.

QUELLE(S) APPROCHE(S) PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE(S) PRIVILÉGIER ?

Les principales approches psychothérapeutiques des addictions relèvent d'écoles de psychologie clinique ayant leur propre cadre théorique et méthodologique. Ces courants ont coexisté au cours d'une histoire parfois jalonnée par des replis identitaires et des conflits idéologiques, encore perceptibles aujourd'hui. De nouvelles techniques de prise en charge spécifiques aux conduites addictives ont peu à peu vu le jour,

LE MANAGEMENT DES CONTINGENCES

Il s'agit d'une thérapie comportementale basée sur une forme élémentaire d'apprentissage, le conditionnement opérant, selon lequel les comportements renforcés positivement ont tendance à se répéter et ceux renforcés négativement ont tendance à s'estomper. Le principe consiste à diminuer l'effet renforçant provoqué par le produit en délivrant au/à la patient-e des récompenses (argent, bons cadeaux, etc.) lorsqu'il/elle atteint certains objectifs (compliance au traitement, assiduité aux consultations, abstinence, etc.). Cette approche, essentiellement utilisée en Amérique du Nord, semble efficace pour initier l'abstinence ou pour renforcer l'adhésion à un traitement médicamenteux³⁰. En revanche, son efficacité sur le long terme est limitée s'il s'agit de la seule modalité de prise en charge, dans la mesure où elle ne favorise pas l'autonomie des patient-e-s.

30 EMCDDA (2016). How can contingency management support treatment for substance use disorders? A systematic review.

telles que l'entretien motivationnel ou le management des contingences, et des approches intégratives combinant plusieurs modalités de prises en charge se sont également développées.

La prise en charge des conduites addictives se prête difficilement à l'évaluation quantitative sur base de paradigmes épistémologiques importés du modèle biomédical. L'abondance de facteurs sur lesquels les prises en charge sont susceptibles d'agir et les nombreux paramètres pouvant contribuer à l'efficacité ou l'inefficacité d'un traitement rendent en

LES APPROCHES ALTERNATIVES

La prise en charge des addictions ne se limite pas aux seules approches que nous avons abordées ici. Celles-ci peuvent en effet se décliner en sous-approches ayant chacune leur spécificité (par exemple, dans le cas des thérapies systémiques, on peut distinguer la thérapie familiale multidimensionnelle, l'approche expérientielle ou encore l'approche constructiviste). La prise en charge est parfois aussi complétée par des modalités d'intervention que nous n'avons pas évoquées ici, qui pourront être proposées de manière complémentaire en fonction des centres d'intérêt et des sensibilités du/de la patient-e : art-thérapie, sophrologie, acupuncture, etc. Elles sont parfois utilisées comme outil d'une approche plus classique (par exemple, exercices de pleine conscience dans le contexte d'une thérapie cognitivo-comportementale). Il n'est pas recommandé de les proposer isolément.

effet l'émergence d'un consensus difficile. Néanmoins, plusieurs méta-analyses mettent en évidence l'efficacité globale de différentes approches ou méthodes thérapeutiques^{31,32,33}. Plutôt que de poursuivre la quête stérile de l'identification de l'approche thérapeutique la plus efficace, un courant de recherche vise à identifier et à comprendre les facteurs de réussite et d'échec attribuables aux caractéristiques des patient-e-s et des thérapeutes, et leur impact sur l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique. Ces caractéristiques sont en effet probablement davantage responsables du succès ou de l'insuccès d'un traitement que les particularités de l'approche thérapeutique en tant que telle.

Dans ce contexte, au-delà des affinités qu'un-e praticien-ne peut naturellement éprouver, les différentes approches thérapeutiques (cognitivo-comportementale, systémique, motivationnelle, psychodynamique...) peuvent être conçues comme des options ou outils complémentaires, sur lesquels le/la thérapeute ou l'équipe peuvent s'appuyer en fonction de la situation clinique et des besoins du/de la patient-e. Le choix de privilégier une approche plutôt qu'une autre ou d'envisager une approche

- 31 Burke, B.L., Arkowitz, H., & Menchola L. (2003). The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843-861.
- 32 Magill, M., & Ray, L.A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 516-527.
- 33 Prendergast, M.L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 53-72.

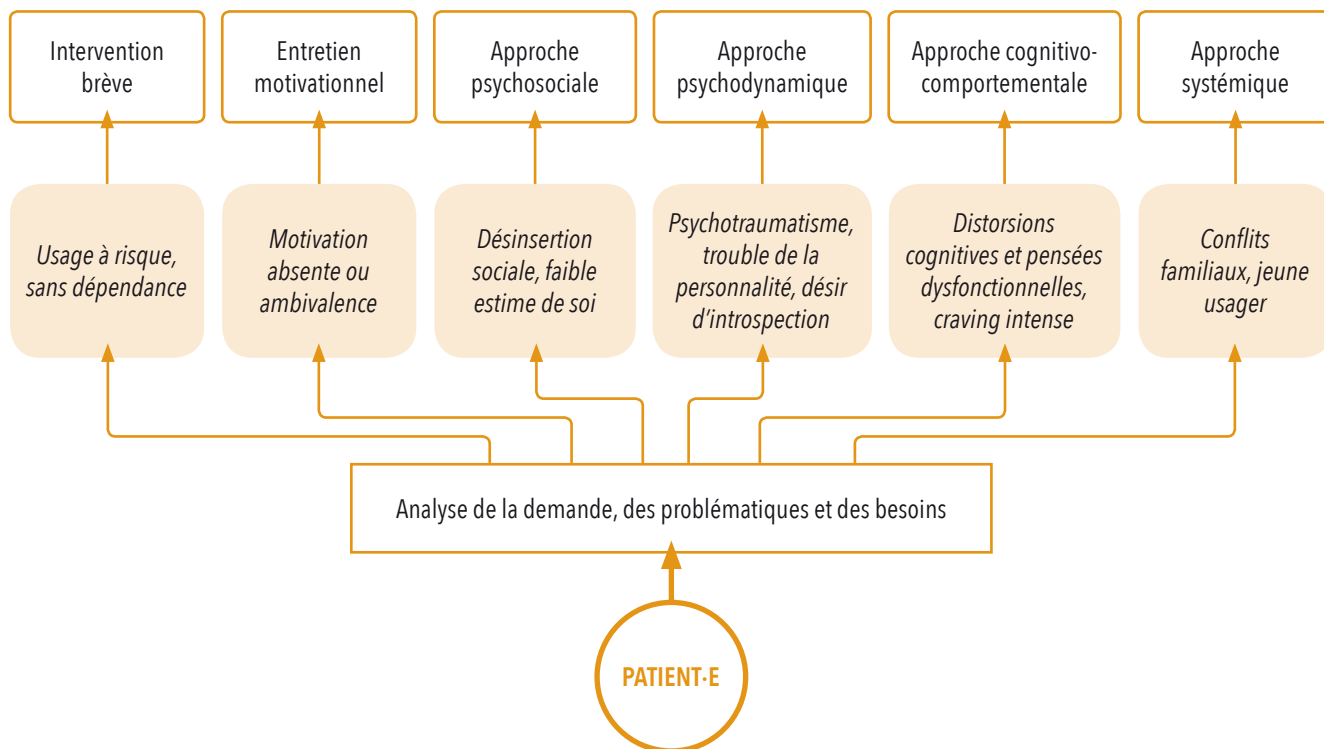
multiple dépendra essentiellement des caractéristiques de la problématique et du/ de la patient-e : s'agit-il d'un usage à risque, d'un usage abusif, d'une dépendance ? La personne est-elle sortie de la phase de lune de miel ? Est-elle consciente du caractère addictif de sa consommation ? Est-elle motivée pour entreprendre une prise en charge ou est-elle plutôt ambivalente ? Quels besoins et quelles attentes exprime-t-elle ? Existe-t-il des psychotraumatismes sous-jacents ? Est-elle insérée socialement ? Quel est le contexte familial ? Quelles tentatives de prises en charge ont déjà eu lieu antérieurement et dans quel cadre

d'intervention ?... Il est donc utile qu'une structure de prise en charge cultive la diversité de son offre thérapeutique, par exemple en engageant des thérapeutes qui travaillent avec des approches variées ou en formant le personnel à des techniques complémentaires. Ainsi, il sera possible de proposer à chaque patient-e des modalités de traitement ajustées à sa situation particulière.

Des modèles modulaires se sont d'ailleurs développés dans des contextes pluridisciplinaires, de manière à ce qu'un-e même patient-e puisse bénéficier d'une prise en charge reposant sur plusieurs axes

thérapeutiques (par exemple, une approche cognitivo-comportementale associée à une thérapie de couple à orientation systémique ainsi qu'à une psychothérapie de groupe axée sur la prévention de la rechute ; un entretien motivationnel conjugué à une prise en charge systémique; ou encore une prise en charge psychodynamique associée à une approche psychosociale). Le choix d'avoir recours à une ou plusieurs approches reposera sur l'analyse de la demande et des problématiques ainsi que sur l'identification des besoins, comme l'illustre la figure ci-dessous (les problématiques mentionnées n'étant bien entendu pas exhaustives).

ILLUSTRATION DE L'APPROCHE MODULAIRE DE PRISE EN CHARGE DES PROBLÉMATIQUES D'ADDICTION



De manière intéressante, certains travaux ont montré que les interventions thérapeutiques sans cadre théorique formel/ rigide unique semblent globalement plus efficaces (Prendergast et al., 2002), peut-être parce qu'elles sont moins formatées et donc plus flexibles dans leur déroulement. Ainsi, elles s'adapteraient mieux aux besoins des patient-e-s, permettant une prise en charge plus individualisée. Enfin, elles bénéficieraient des apports techniques et conceptuels d'autres approches.

Pour terminer, il est utile de rappeler que quelles que soient l'offre thérapeutique, la qualité du traitement et les aptitudes du thérapeute, un certain nombre de

paramètres sur lesquels ne peut agir directement le/la thérapeute sont susceptibles de fragiliser les bénéfices laborieusement acquis avec la personne. L'addiction étant par nature une problématique chronique, la rechute est une règle plus qu'une exception dans le parcours des usager-ère-s. La prise en charge des troubles addictifs est une activité professionnelle qui peut donc se révéler particulièrement énergivore, frustrante et décourageante. Les interventions cliniques permettent d'assimiler de manière plus positive ces expériences professionnelles frustrantes en orientant les réflexions vers la recherche de solutions.

POUR EN SAVOIR PLUS

Morel A., Couteron J.P. & Fouilland P. (2010). *Aide-mémoire addictologie en 46 notions*. Paris: Dunod.

OEDT (2016). *Perspectives on drugs. The role of psychosocial interventions in drug treatment*. Luxembourg: EMCDDA.★

Pilling S., Hesketh K. et Mitcheson L. (2010). *Routes to Recovery: Psychosocial Interventions for Drug Misuse*. Londres: NHS.★

Rossignol V. (2010). *L'entretien motivationnelle : un guide d'intervention*.★

Trautmann F. (2010). *Intervention Guidelines*. UNODC.★

LES INTERVISIONS

Une méthode efficace pour rassembler et partager expériences, compétences et expertises.

Les objectifs	Les règles spécifiques	Un président
Améliorer les ressources du personnel (gestion de l'agressivité des patient-e-s et du stress, confiance en soi, charge de travail...)	Sans les chefs d'équipe/coordonateur	Externe aux équipes
Améliorer la prise en charge des patient-e-s (avis de collègues extérieur-e-s, répartition des tâches, évaluation d'un traitement,...)	Contenu organisé et transparent	Organise les séances (agenda, contenu, procès-verbal...)
Échanger des points de vue entre équipes	Pas trop de participant-e-s (10 maximum)	Assure le bon déroulement des sessions (respect des objectifs, des règles et de l'agenda, distribution équitable de la parole...)
Échanger des bonnes pratiques entre équipes	Savoir-être (écoute active, éviter jugement/réprobation, respecter les émotions, la parole...) mais sans jouer au/à la thérapeute	Ne participe pas aux discussions
Renforcer l'interdisciplinarité	Savoir-faire (questions précises et explicites, focalisation sur l'ici et maintenant, «quoi et comment» plutôt que «pourquoi»,...)	Demande des clarifications si nécessaire et vérifie s'il y a un accord en résumant la contribution des participant-e-s

Quelques possibilités d'intervention en Belgique francophone :

- > Le réseau Alto www.reseualto.be/activites/groupe-locaux/
- > Le réseau WAB www.reseauwab.be/
- > Nadja asbl www.nadja-asbl.be/traitement/index.php
- > R.A.T. asbl www.rat-asbl.be/accueil

SOINS ET SERVICES NON-SPÉCIALISÉS³⁴

Les services et intervenant-e-s sanitaires non-spécialisé-e-s, et en particulier les médecins généralistes (MG), sont les intervenant-e-s de première ligne susceptibles de détecter le plus précocement un usage problématique, car ils/elles sont en contact plus ou moins régulier avec une grande partie de la population. Ils/Elles peuvent aussi répondre aux premières formulations de demande d'aide (dont celles relatives aux traitements de substitution aux opiacés) et en faciliter l'expression, voire les proposer activement au/à la patient-e. Selon une récente étude réalisée en Belgique, le/la MG serait l'unique intervenant-e accompagnant le/la patient-e pour la moitié des personnes souffrant d'addiction et prise en charge en médecine générale (Vanmeerbeek et al, 2015)³⁵. Au-delà de leur mission curative, ils/elles ont aussi un rôle central à jouer dans la prévention des maladies et la promotion de la santé. Il est donc important qu'une grande partie d'entre eux/elles puissent participer au repérage des consommations

34 Alors que chaque service mériterait un encart particulier, nous devons nous limiter ici. Nous avons mis la priorité sur les recommandations aux pharmaciens-ne-s, aux médecins généralistes et aux services d'urgence. Certaines recommandations sont applicables à d'autres professions. Par ailleurs, d'autres sections du livret s'adressent à diverses professions. La bibliothèque numérique contient aussi des outils supplémentaires.

35 Vanmeerbeek, M., Remmen, R., Van Casteren, V., et al. (2015). Up to Date: use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DAa retriEval: résumé. Bruxelles : Politique scientifique fédérale (Belspo).

problématiques ou à risque, et qu'ils/elles puissent participer à leur prise en charge.

INTÉRÊTS À DÉVELOPPER UNE ACTION AVEC LES SERVICES NON SPÉCIALISÉS

- > Contact avec une grande partie de la population
- > Premier-ère-s, voire seul-e-s intervenant-e-s pour la majeure partie de la population
- > Absence d'étiquette «toxicomanie» ou «addictologie» de l'intervenant-e
- > Possibilité d'agir avant la manifestation de signes cliniques liés à l'usage et d'empêcher son aggravation

DU REPÉRAGE PRÉCOCE À L'INTERVENTION PRÉCOCE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Le **repérage précoce** des usages à risque et des usages problématiques est une stratégie proactive qui peut parfaitement s'articuler avec les missions et le cadre de travail des intervenant-e-s de première ligne non spécialisé-e-s en assuétudes, y compris en dehors du secteur médical³⁶ (e.g. travailleur-euse social-e, éducateur-riche, psychologue scolaire, etc.). Au-delà du rôle de ces intervenant-e-s dans le dépistage et l'orientation des personnes vers les services spécialisés (voir II.2), ils ont également un rôle à jouer en matière d'intervention précoce.

36 Selon la SSMG, les médecins sont freiné-e-s dans l'implémentation de cette pratique en raison d'un manque de temps, de savoir-faire, d'une peur de brusquer le/la patient-e et de le/la perdre et d'un manque de conviction dans l'intérêt et la réussite de la démarche.

En cas d'**usage à risque**, l'intervention pourra se décliner en intervention brève, qui vise en une ou quelques séances de 5 à 20 minutes et en l'absence de demande d'aide, à faire prendre conscience à la personne des risques encourus afin qu'elle initie des mécanismes d'auto-régulation de sa consommation (voir II.3). La brièveté de ce type d'intervention facilite son intégration dans les pratiques généralistes. L'efficacité de l'intervention brève semble reposer sur : l'évaluation de la consommation, la délivrance de conseils simples et structurés, et la fixation d'un objectif à atteindre avec le/la patient-e.

1 ^{ère} consultation
<ul style="list-style-type: none"> > Création du lien et du dialogue autour de la problématique > Début de l'évaluation
2 ^e consultation
<ul style="list-style-type: none"> > Poursuite de l'évaluation > Bilan > Conseils
3 ^e consultation
<ul style="list-style-type: none"> > Aide à la décision

En cas de suspicion d'un **usage problématique** ou de **demande d'aide** spontanée, le/la généraliste devra à la fois être à l'écoute de la personne et effectuer un examen clinique permettant d'évaluer la problématique. Il pourra ensuite proposer une réorientation ou un accompagnement de la personne, idéalement dans un contexte de travail en réseau et en se basant sur le modèle trivarié produit-personne-environnement

RISQUES GÉNÉRAUX À CONSIDÉRER LORS DES SOINS AUX USAGER-ÈRE-S

POUR LE/LA PATIENT-E
(EN PARTICULIER SI CONCERNÉ-E PAR LA PRATIQUE D'INJECTION OU DE SNIFF)

› Interactions médicamenteuses

› Présence d'infections pouvant affaiblir l'immunité

Anamnèse, et tests complémentaires en cas de doute

Contacteur le/la médecin ou le/la soignant-e principal-e

Envisager une antibioprofylaxie

Envisager une antibiothérapie en cas de risques infectieux établis

Repérer les infections dentaires et les abcès afin d'éliminer les points d'entrée d'infection potentiels

› Hyperalgésie et/ou réponse réduite aux anesthésiques locaux

Besoin d'un anesthésique adapté au bas seuil de tolérance à la douleur

› Stress et angoisse vis-à-vis des interventions

Informé clairement et objectivement le/la patient-e sur les soins à réaliser

Se former à la gestion du stress

› Rare risque hémorragique chez les usager-ère-s de cocaïne

› Risque d'encéphalopathie en cas d'alcoolodépendance importante

Prescrire de la vitamine B1

POUR LES SOIGNANT-E-S ET LES AUTRES PATIENT-E-S

› Risques de transmission d'infections

Stériliser le matériel

Port de lunettes, masque et gants de protection

(voir I.1). Un entretien motivationnel peut également être envisagé (voir II.3)³⁷.

Malgré la place importante que peuvent jouer les MG en matière de repérage et de prise en charge des addictions, il est fréquent qu'ils/elles ne se sentent pas suffisamment formé-e-s, outillé-e-s, confiant-e-s ou même à l'aise avec la prise en charge et l'accompagnement des patient-e-s. Leur motivation à prendre en charge, s'investir et suivre sur le long terme un-e patient-e dont la consommation est problématique repose sur de multiples facteurs tels que l'âge et l'expérience, la capacité à gérer ses émotions et à se préserver, ou encore la crainte de l'épuisement ou du *burnout* ; l'histoire personnelle du/de la MG, en particulier une expérience d'abus chez un proche, peut autant jouer en faveur de la prise en charge qu'amener à une attitude intransigeante (Vanmeerbeek et al, 2015). La nature licite ou illicite des substances consommées influence également leurs attitudes, les MG étant en général plus à l'aise en cas de problématique liés aux produits licites ou au cannabis qu'en cas d'usage problématique des autres drogues illicites (ibidem). D'où l'importance d'un travail en amont sur les représentations.

En ce qui concerne spécifiquement l'**alcool** ; une enquête réalisée en 2012 par la SSMG révélait certes un intérêt des MG

37 La SSMG et le FARES asbl proposent des formations à l'entretien motivationnel, un outil précieux qui peut être utilisé pour d'autres problématiques que celle des assuétudes.
<http://www.ssmg.be/prevention/en-pratique/entretien-motivationnel>
<https://www.fares.be/fr/formations-a-l-entretien-motivationnel-em/>

pour la consommation d'alcool, mais une inertie diagnostique ainsi qu'un manque d'outillage et de formation sur cette problématique.

Afin d'y pallier, la SSMG propose une série de documents et de capsules vidéos très utiles pour **sensibiliser les MG à la problématique de l'alcool**, et permettant de baliser la démarche diagnostique ainsi que le travail d'accompagnement et de prise en charge.

› www.ssmg.be/cellules-specifiques/alcool

Recommandations

- › Systématiser les questions sur les usages d'alcool (questionnaire AUDIT) et de drogues (questionnaire CAGE) lors de toute anamnèse ;
- › Conseiller, orienter, accompagner lors de la consultation mais aussi dans la durée et en fonction du type d'usage (RDR, intervention brève, ...)
- › Intégrer un réseau professionnel qui pourra combler le besoin de multidisciplinarité et rompre la solitude de la pratique de la médecine générale.

Traitement de substitution et craintes des médecins

Les conditions strictes de la prescription des TSO et la peur des contrôles, des mésusages et des risques judiciaires encourus par les médecins prescripteur-riche-s est un frein à la généralisation de cette pratique³⁸.

38 Jeanmart C. (2009). Les pratiques de substitution des médecins généralistes belges face aux politiques publiques, *Drogues, santé et société*, 8, 233-265.

Il est recommandé aux autorités académiques et politiques de prévoir une législation claire et soutenante à l'égard des médecins prescripteur-riche-s, de s'assurer des moyens suffisants pour soutenir et renforcer leur formation à la fois sur les usages de drogue et sur ce traitement.

LE RÔLE DES PHARMACIEN-NE-S

La pharmacie est un dispositif sanitaire important par rapport aux problématiques d'usage. La neutralité du/de la pharmacien-ne, sa proximité avec les usager-ère-s et son expertise en médication lui confèrent un rôle d'interface entre les médecins et les usager-ère-s. Néanmoins, dans les faits, ils/elles ne sont pas toujours enclin-e-s à accueillir de manière bienveillante les usager-ère-s, pour différentes raisons qui ne sont bien entendu pas inéluctables (représentations négatives, relations conflictuelles passées, etc.).

Les pharmacien-ne-s peuvent interagir de différentes manières :

- › Intervention précoce lors de la délivrance des médicaments ayant, par exemple, des interactions négatives avec l'alcool ;
- › Dispenser les TSO, suivre les patient-e-s et élaborer des protocoles de collaboration avec des médecins partenaires ;
- › Fournir du matériel stérile d'injection : si le premier objectif est de réduire les risques des usages par injection, la distribution du matériel d'injection peut permettre une première accroche par la création d'une relation entre les pharmacien-ne-s et les usager-ère-s, susceptible de mener à une orientation, à un dialogue autour de la promotion de la santé et des usages de drogues, etc.

Il existe en Belgique des **espaces de concertation médico-pharmaceutique** qui ont pour objectif de stimuler la collaboration pluridisciplinaire entre médecins et pharmacien-ne-s. Ils portent notamment sur les questions d'abus et de dépendance, ainsi que sur les traitements de substitution.

- › www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/medicaments/concertation-medico-pharmaceutique/

Des **ressources utiles** (documents, formations, interventions) sur les questions liées à l'accompagnement des usager-ère-s de drogues dans le cadre du travail de première ligne en médecine générale sont disponibles sur le site du réseau Alto.

- › www.reseualto.be/

Des **outils synthétiques d'aide à la décision** («fiche d'orientation») sont également disponibles sur le site du Réseau multidisciplinaire local Bruxelles. Elles ont été élaborées dans le cadre des «Midis thématiques», réunions de formation et d'échange animés par des praticien-ne-s et expert-e-s des questions abordées, et destinés à tous les professionnels de la santé.

- › www.rmlb.be/pages/midis-thematiques

Certains services spécialisés en assuétudes proposent également des **formations** à destination des médecins généralistes ou d'autres intervenant-e-s non-spécialisé-e-s (e.g. RAT asbl, Projet Lama asbl).

D'autres services proposent également diverses formations à destination de ce même public, des jeunes travailleur-s.euses ou encore des adultes-relais, dans une démarche de promotion de la santé (voir <https://feditobxl.be> et www.feditowallonne.be pour un agenda des formations disponibles).

Certaines formations en ligne sur les addictions peuvent également fournir une initiation utile (e.g. le module «Comprendre les addictions» sur www.fun-mooc.fr).

Enfin, soulignons l'importance d'aborder ces questions en amont, lors de la formation de base des futurs professionnels. Des initiatives existent déjà mais mériteraient d'être renforcées.

LE RÔLE DES SERVICES D'URGENCE

Les services d'urgence sont également régulièrement confrontés aux usager-ère-s d'alcool et de drogues, en particulier en raison des comorbidités que l'usage peut générer (surdose, affections respiratoires, infections de la peau et des tissus, décompensation psychotique, ...). Les services d'urgence constituent également un dispositif vers lesquels les usager-ère-s les plus précarisé-e-s ont tendance à se tourner en raison de leur accessibilité. Ces services représentent donc en théorie des lieux opportuns pour proposer ou initier un changement de consommation, puisque l'usager-ère est alors clairement confronté-e aux conséquences négatives de sa consommation. Il serait alors théoriquement plus facile de renforcer sa motivation au changement ou de travailler son ambivalence, et de l'orienter en vue d'une prise en charge. Malheureusement, dans la pratique, il apparait que les usager-ère-s de drogues ne bénéficient pas toujours d'un accueil et d'une prise en charge neutre et bienveillante dans les services d'urgence à partir du moment où ils/elles sont identifié-e-s comme usager-ère-s (par exemple, suite à la révélation d'un TSO lors de l'entretien ou parce qu'ils/elles sont arrivé-e-s avec une lettre de liaison émanant de leur médecin traitant)³⁹. L'occurrence de rapports conflictuels peut même amener un-e patient-e à fuir le service d'urgences alors qu'une hospitalisation s'imposerait, ou peut également amener l'équipe soignante

à ne pas privilégier une hospitalisation alors qu'elle serait requise.

USAGE DE DROGUES ET SITUATIONS D'URGENCE

L'usage de drogues peut provoquer les situations d'urgence suivantes :

- › Urgence somatique (arrêt cardiaque ou respiratoire, hypothermie, hyperthermie, inconscience, convulsion...)
- › Urgence psychocomportementale (crise de panique, d'angoisse, confusion, état d'agitation, délires, paranoïa...)
- › Urgences sociales (violences familiales,...)

Les intoxications aiguës induites par les substances psychoactives nécessitent aussi des prises en charge spécifique.

RESPAAD, Mémento. Prise en charge des urgences en contexte addictologique, 2016. ★

Recommandations

- › Former le personnel à l'accueil des usager-ère-s (travail sur les représentations, etc.)
- › Implémenter certains automatismes d'interventions précoces (intervention brève, partenariats en vue d'une réorientation)
- › Instaurer des équipes de liaison (voir II.2)

POUR EN SAVOIR PLUS

- › www.reseualto.be
- › www.rmlb.be/
- › www.SSMG.be
- › www.intervenir-addictions.fr/milieu-hospitalier/

De Wulf, I., Duquet, N., Puttemans, K. & Saevens, J. (n.d.). *Bonnes pratiques en officine. Accompagnement des patients en traitement de substitution aux opiacés. Conseil & accompagnement en officine.* Bruxelles: Centre de Développement Scientifique des Pharmaciens. ★

Fédération Addiction, Ippsa, RESPAAD (2012). *Alcool, drogues. Quelle conduite tenir face à une consommation de substances psychoactives ? Aide à la pratique,* RESPAAD. ★

RESPAAD (2014). *Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine.* ★

39 Denis, B., Dedobbeleer, M., Benabderrazik, A., Bizimungu, D.G., & Sciera, V. (2009). Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus. *Santé Conjugée*, 47, 7-12.

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Lors du parcours de soin des usager-ère-s problématiques de drogues, les médications peuvent offrir un soutien utile quand la personne envisage une interruption ou une stabilisation de sa consommation. Certains traitements agissent directement sur les symptômes de sevrage ou sur le *craving* afin de les atténuer. Ils peuvent se révéler utiles, en particulier dans le cadre d'une dépendance aux opiacés ou à l'alcool, mais leur efficacité est faible s'ils sont prescrits isolément. Il convient donc de les intégrer dans une approche globale, et de privilégier d'abord l'accueil et l'écoute à l'acte prescriptif, qu'il vaut mieux ne pas poser

dans la précipitation (et qui n'est d'ailleurs pas toujours indispensable). Il n'existe pas de médicament miracle pour traiter les problèmes d'addiction, et croire qu'il puisse un jour en exister est très probablement une illusion.

Plus généralement, les traitements pharmacologiques peuvent être employés à différentes fins :

- › Diminuer l'appétence et donc les risques de rechute, en agissant sur les circuits de la récompense ou en atténuant les effets renforçateurs ;
- › Substituer aux opiacés illégaux ou aux opioïdes de prescription, des opioïdes à longue durée d'action, supprimant les symptômes de sevrage et atténuant le *craving* ;

- › Améliorer l'état psychologique de l'usager, en influant par exemple sur son anxiété ou en traitant un trouble dépressif concomitant, préexistant ou consécutif au trouble de l'usage de drogues et l'entretenant ;
- › Provoquer une aversion envers le produit en raison de l'induction d'effets désagréables en cas de consommation (nausées, rougeurs, palpitations...).

Le recours aux traitements pharmacologiques ne doit pas être systématique. Il s'agit d'une décision à prendre au cas par cas, sur base de la situation et du profil du/de la patient-e. Comme pour toute médication, il conviendra d'évaluer au préalable l'état de santé du/de la patient-e et d'être

METTRE EN PLACE UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Informier et proposer régulièrement les aides pharmacologiques aux personnes dépendantes, en tenant compte des besoins, des attentes de la personne et de leur évolution

Déterminer les modalités en fonction du diagnostic et des réponses de la personne aux questions suivantes :

- › Au nom de qui ? *Une médication, un traitement de substitution ou un sevrage ne devrait être envisagé que face à une demande de la personne*
- › Pourquoi ? *L'objectif thérapeutique précis du patient permet de définir le traitement adapté*
- › À quel produit ? *Le/la patient-e peut souhaiter une médication ou un sevrage sélectif, et non pour l'ensemble des produits consommés*
- › Quand ? *Se séparer des produits est un long cheminement et l'aide médicamenteuse n'est pas toujours la première étape. Cependant, quand la demande est présente, elle doit être prise en considération sans délai.*

Éduquer le/la patient-e à sa médication : fonctionnement, avantages, contraintes, interactions, risques, effets secondaires

Inclure les traitements symptomatiques du manque : antalgiques, spasmolytiques, antinauséux, anti diarrhéiques, sédatifs

Suivre en continu, anticiper et adapter le traitement aux changements de situation (vacances du/de la médecin, hospitalisation du/de la patient-e, incarcération, grossesse...)

Formaliser les modes relationnels avec les partenaires (médecine générale, pharmacie, hôpital, gynécologue...)

Anticiper une éventuelle reconsommation, en raison du risque d'overdose

RECOMMANDATIONS DE L'OEDT

(Best Practice Portal http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en, automne 2017)

Produits	Traitement pharmacologique	
SEVRAGE		
Alcool	Benzodiazépines (Lorazépam...)	<i>Usage quotidien bref (quelques jours) avec évaluation adéquate et dosage dégressif rapide pour éviter le développement d'une dépendance secondaire. En cas de délirium tremens, privilégier une benzodiazépine à longue demi-vie</i>
	Anticonvulsivants (Carbamazépine)	<i>Mais pas d'intérêt à les combiner avec les benzodiazépines</i>
	Vitamine B1	<i>Pour prévenir une encéphalopathie de type Korsakoff</i>
Opiacés	Méthadone	<i>Le plus souvent à envisager en substitution maintenue.</i>
	Buprénorphine	<i>Si un traitement bref est recherché, ou si la dépendance n'est pas clairement établie, privilégier les agonistes adrénergiques alpha-2.</i>
	Agonistes adrénergiques alpha-2	<i>Un sevrage rapide n'est pas recommandé, car haut risque de rechute.</i>
Benzodiazépines	Réduction graduelle des doses consommées	<i>Pour les patient-e-s souffrant de sévères symptômes de sevrage, éventuellement passer d'une benzodiazépine à courte demi-vie à une benzodiazépine à longue demi-vie.</i>
GHB/GBL	Benzodiazépines à haute dose Baclofène en complément	<i>Éviter les benzodiazépines à courtes demi-vies. Bien informer le patient du risque de dépression respiratoire en cas de reprise de GHB ou de consommation importante d'alcool.</i>
Cannabis	Pas de recommandations établies	
Stimulants	Pas de recommandations établies > Il est déconseillé de recourir à des agonistes dopaminergiques, des anticonvulsifs ou des antipsychotiques. > L'intérêt des psychostimulants et des antidépresseurs dans le traitement de la dépendance n'est pas clair . Des études complémentaires sont attendues sur les effets du disulfiram et de la dexamphétamine.	

RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION OU MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

Alcool	Acamprosate Nalméfène/Naltrexone	
	Baclofène	<i>À réserver à des patient-e-s qui n'ont pas répondu à l'acamprosate, aux antagonistes opioïdes, ou ne peuvent les consommer. Ne pas prescrire sans accompagnement thérapeutique soutenu, de préférence interdisciplinaire</i>
Opiacés	Naltrexone orale	<i>Patient-e-s motivé-e-s à l'abstinence, concerné-e-s par des implications majeures (risque de perdre son emploi, libération conditionnelle...)</i>

vigilant aux éventuelles contre-indications, aux interactions médicamenteuses, ainsi qu'aux effets secondaires, dont il faudra surveiller l'apparition au cours du traitement, et envisager si nécessaire une adaptation de la posologie ou une interruption du traitement. Dans le cas des traitements de substitution aux opiacés, il faudra également éviter les sous-dosages, qui favorisent la consommation d'héroïne de rue. Certains traitements doivent être scrupuleusement surveillés, car ils peuvent eux-mêmes être susceptibles de développer une addiction. Pour certains traitements (en particulier ceux à base de benzodiazépines), il conviendra donc de privilégier la prescription de courte durée, en complément à une approche non médicamenteuse. Des outils peuvent être utilisés pour baliser la prescription.

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO)⁴⁰

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) consistent à **prescrire** à des personnes dépendantes à des opiacés illégaux ou pharmaceutiques, **des médicaments à base d'opioïdes** qui agissent sur les mêmes zones du cerveau, suppriment les syndromes de sevrage et réduisent fortement le *craving* et l'appétence pour l'héroïne. Un TSO peut poursuivre différents objectifs sur le long terme, une stabilisation

(reprise de contrôle, diminution des risques) ou une abstinence (d'héroïne, voire de TSO). Couplés à un accompagnement thérapeutique sur le long terme et à une stratégie de soins globale, ils améliorent la qualité et l'espérance de vie des usager-ère-s, et favorisent la rétention en traitement. Ils permettent de diminuer les risques liés à l'injection, à la consommation de produits illégaux et non-contrôlés, et réduisent ainsi la morbidité et la mortalité des usager-ère-s, ainsi que les risques psychosociaux.

Ils sont **particulièrement indiqués** chez les personnes qui souhaitent un accompagnement psycho-médico-social en vue de modifier leur consommation ou qui rencontrent une situation particulière à gérer (grossesse, détention, maladie, perte de revenus, etc.). **En Belgique**, les seuls TSO autorisés sont la buprénorphine (subutex et subuxone) et la méthadone. Ils sont soumis à prescription médicale, vendus en pharmacie et remboursés par la sécurité sociale. Ils sont le plus souvent prescrits dans le cadre d'une prise en charge en médecine générale.

Les TSO exigent un savoir-faire médical. Le dosage est spécifique à chaque individu, et doit tenir compte des besoins, des effets physiques et psychologiques ressentis par le/la patient-e. C'est probablement la difficulté de ce traitement : il se fait littéralement au cas par cas. Il existe des guides pour aider à la prescription des TSO⁴¹.

40 Par souci de clarté, nous emploierons le vocable TSO, actuellement le plus utilisé en Belgique. Cependant, la Groupe Pompidou recommande de remplacer TSO par MATDO (médicaments agonistes du traitement de la dépendance aux opiacés). Voir Groupe Pompidou (2017). Traitements agonistes opioïdes. *Principes directeurs pour la révision des législations et réglementations*. Groupe Pompidou : Conseil de l'Europe.

41 Certains outils sont disponibles auprès d'Alto, réseau de soutien aux médecins généralistes accompagnant des patients usagers de drogues : www.reseualto.be

Le rôle des médecins

Inscrit-e-s dans un accompagnement interdisciplinaire, ils/elles participent au dépistage et/ou au diagnostic, évaluent la trajectoire et l'état de santé de l'usager-ère, prescrivent un traitement sur base d'un protocole de soins personnalisé, et soutiennent activement le/la patient-e sur le long terme. Le traitement tient compte des comorbidités somatiques, psychiatriques et de l'interaction avec d'autres substances. Les TSO présentant des risques, les médecins informent les usager-ère-s, repèrent les mésusages et le consentement éclairé du/la patient-e est nécessaire.

Le rôle des pharmaciens

Les pharmaciens vérifient l'ordonnance, les modalités, délivrent le produit et reformulent à la personne les raisons de ces modalités (longue durée d'action du produit, risque de surdose), les effets secondaires potentiels, les risques liés au traitement et à son mésusage. En cas de doutes sur le contenu de la prescription, d'état d'ébriété du/de la patient-e, de suspicion de mésusage, de changement dans la demande du/de la patient-e, ils/elles contactent le médecin. Ils/elles participent aussi au maintien du/de la patient-e en traitement, notamment par l'alliance thérapeutique qu'ils/elles renforcent.

Ponctuellement ou dans la durée, ces praticiens doivent pouvoir s'appuyer sur une formation continue et sur des personnes ou sur des institutions ressources en cas de situations problématiques.

L'éthique professionnelle est la même que pour tout autre traitement : non jugement, respect des règles légales, consentement éclairé du/de la patient-e, répons

déterminées par les besoins et choix de vie de celui-ci. Les pressions extérieures, les discours moralisateurs ou les sanctions liées aux mésusages ou à une volonté

de suspendre le traitement doivent être écartées.

MÉTHADONE, BUPRÉNORPHINE, QUELLES DIFFÉRENCES ?

	Méthadone	Buprénorphine
Mode d'action	Agoniste complet des récepteurs opioïdes de type mu	Agoniste partiel des récepteurs opioïdes de type mu
Pour qui	Mieux adaptée aux dépendances sévères	Mieux adaptée aux dépendances légères ou aux usager-ère-s qui souhaitent évoluer vers une abstinence
Dangerosité	Risque de surdose, en particulier en début de traitement	Pas de risque de surdose, sauf si consommation concomitante d'alcool, de benzodiazépines, ou d'autres produits ayant un effet dépressur sur le système respiratoire
Risques	Association dangereuse avec les sédatifs	Association dangereuse avec les benzodiazépines et dépressur Risque d'injection (dans ce cas, préférer la suboxone ⁴² au subutex)
Formes pharmaceutiques	Sirup ou gélule, en préparation magistrale	Comprimés de dosages différents, à prendre par voie sublinguale

TRAITEMENT PAR DIACÉTYLMORPHINE

Apparu dans les années 1990 en Suisse, le traitement par diacétylmorphine, dit aussi «traitement assisté à l'héroïne», reste méconnu, la référence à l'héroïne rendant sa diffusion ambiguë et mal comprise. Il consiste en la délivrance supervisée d'une héroïne pharmaceutique, consommée par injection ou par inhalation. La consommation d'opiacés représentant la part la plus importante de morbidité et de mortalité liée à la consommation de drogues, cette innovation correspond au besoin d'offrir des soins diversifiés, favorisant la rétention en traitement. Par ailleurs, elle tient compte des modes de consommation des usager-ère-s afin de limiter le mésusage du traitement et l'injection d'excipients non métabolisables.

Il est **recommandé auprès des patient-e-s adultes avec un usage sévère d'opiacés et ayant échoué aux traitements de substitution à la méthadone**. Il permet une meilleure rétention en traitement et montre des résultats positifs sur la situation sociale, la diminution de la consommation d'héroïne de rue, la diminution d'activités illégales, ainsi qu'une amélioration des conditions de santé physiques et psychiques.

Ce traitement n'est pas autorisé en Belgique actuellement. Il a fait l'objet d'un projet pilote à Liège (projet TADAM), dont le rapport a été publié en 2013. Il démontre des résultats encourageants. Cependant, selon l'Académie Royale de Médecine de Belgique, il ne doit être proposé qu'à un noyau limité d'usager-ère-s d'héroïne (celles et ceux «résistant» aux autres modalités de traitement) et son coût élevé doit être mis en balance avec d'autres projets de soins de base et de prévention qui pourraient toucher davantage d'usager-ère-s. Une solution pour en réduire le coût serait de l'intégrer aux structures d'aide et de soins existantes.

42 La suboxone contient aussi de la naloxone, afin d'empêcher le détournement de la voie d'administration : elle est inactive par voie orale, mais en injection ou prise nasale, elle bloque les récepteurs et précipite un sevrage.

QUE FAIRE EN CAS DE MÉSUSAGE ?

Le mésusage peut renvoyer à des situations différentes exigeant une réponse différente : consommation d'autres substances psychoactives (y compris drogues de rue) en plus du TSO ; consommation excessive du TSO sans respecter la posologie (cumul des prescriptions, achat de doses supplémentaires au marché noir) ; utilisation d'un mode de consommation inapproprié (injection ou sniff).

RAISON DU MÉSUSAGE	COMMENT LE REPÉRER ?	QUE FAIRE ?
Dosage inadéquat, insuffisant	<ul style="list-style-type: none">› Perpétuation des signes de sevrage› <i>Craving</i>› Réduction du délai entre les prises› Prise de traitement tôt dans la journée› Irritabilité du/de la patient-e› Troubles du sommeil› Traces d'injection	<ul style="list-style-type: none">› Développer une expertise en dosage, en particulier sur celle du début du traitement et sur son évolution› Suivre régulièrement le/la patient-e
Incompréhension du traitement	<ul style="list-style-type: none">› Vérification de la compréhension du traitement par le/la patient-e	<ul style="list-style-type: none">› Éduquer le/la patient-e à son traitement, y compris par le/la pharmacien-ne› Mettre à disposition des brochures explicatives› Suivre régulièrement le/la patient-e
Hyperalgésie	<ul style="list-style-type: none">› Le/la patient-e se plaint de douleurs	<ul style="list-style-type: none">› Prendre en compte le ressenti du/de la patient-e et s'y fier› Traiter les douleurs rapportées
Dépression et anxiété	<ul style="list-style-type: none">› Le/la patient-e fait état de difficultés et d'ambiguïtés par rapport à l'observance de son traitement	<ul style="list-style-type: none">› Donner place aux explications du/de la patient-e› Mobiliser des soutiens relationnels› Soutenir l'insertion sociale› Faire appel au travail en réseau
Pour les éviter		<ul style="list-style-type: none">› Aborder en début de traitement ses manifestations, l'observance du traitement, les effets recherchés et leur obtention, les attentes, les besoins et les difficultés ressenties, les autres consommations› Approfondir l'alliance thérapeutique

SOMNIFÈRES & CALMANTS, PENSEZ D'ABORD AUX AUTRES SOLUTIONS

Au-delà de leur intérêt ponctuel dans la prise en charge de certains troubles addictifs, les médicaments psychotropes, en particulier les somnifères et les calmants, peuvent faire l'objet d'un mésusage voire d'une pharmacodépendance lorsqu'ils sont prescrits pendant une trop longue durée, lorsque la personne ne respecte pas la posologie ou les consomme en dehors de toute prescription, ou encore lorsqu'ils sont prescrits malgré une contre-indication. Selon les données publiées par l'Organe international de contrôle des stupéfiants, la Belgique est le pays européen où l'on consomme le plus de benzodiazépines anxiolytiques, avec un total de 101,2 doses journalières pour 1000 habitants par jour (INSERM, 2012⁴³). De manière générale, la consommation de médicaments psychotropes est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et elle a tendance à augmenter avec l'âge (Clark, 2015⁴⁴).

Conscient des enjeux de santé publique associé à la **surconsommation de médicaments psychotropes**, le SPF santé publique a lancé le 1^{er} février 2018 la campagne «**Somnifères & calmants, pensez d'abord aux autres solutions**», en collaboration avec la *Belgian Psychotropics Experts Platform*. Cette campagne propose différents outils (affiche et brochure pour le public, fiche pratique et manuel à destination des médecins et des pharmaciens, formation en ligne...) visant à réduire la consommation de médicaments psychotropes en privilégiant les alternatives.

› www.somniferesetcalmants.be

43 INSERM (2012). *Médicaments psychotropes : consommation et pharmacodépendance*. Paris: Les Éditions INSERM.

44 Clark, M. (2015). *The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region*. Strasbourg: Council of Europe.

POUR EN SAVOIR PLUS

- › www.ssmg.be/la-ssm-j/37-cellules-specifiques/toxicomanie/139-toxicomanie-3
- › www.reseualto.be/documents/contenu-de-la-formation/
- › www.somniferesetcalmants.be

De Wulf I., Duquet N., Puttemans K. et Saevels J. (n.d.). *Accompagnement des patients en traitement de substitution aux opiacés. Bonnes pratiques en officine*. Centre de développement scientifique des pharmaciens.★

Lingford H., et al. (2012). BAP updated guidelines: *evidence-based* guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *Journal of Psychopharmacology*, 26, 899-952.★

Louesse, C. (2010). *Les risques liés au traitement de substitution aux opiacés par l'usage de méthadone*. UCL.★

Meunier, D. (2010). *Les pratiques professionnelles concernant les traitements de substitution aux opiacés dans les CSAPA. De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées*. Paris: Anitea.★

Poulain, P. & Aknine, X. (2015). Prise en charge de la douleur des patients recevant un MSO. *Le Flyer*, 60, 19-24.★

AUTO-SUPPORT

On oublie souvent que les usages problématiques peuvent dans certains cas se solutionner spontanément en l'absence de soin professionnel. L'amélioration d'un problème de santé sans traitement officiel est qualifiée de rémission naturelle (Klingemann & Klingemann, 2008). On parle d'auto-support (*self help*) pour désigner l'ensemble des outils et ressources permettant à la personne de modifier par elle-même ses comportements de consommation (*self-change*), et de groupe d'auto-support pour désigner les réseaux d'entraide entre usager-ère-s. L'auto-support porte également sur la gestion des conséquences socio-sanitaires de l'usage.

Le choix de ne pas recourir à une structure de soin face à un trouble de l'usage peut s'expliquer par de multiples facteurs : une couverture territoriale ou horaire incomplète, une difficulté à se déplacer, le déni du problème de consommation, le refus de se confier, la recherche d'anonymat, ou encore une résistance psychologique à fréquenter des dispositifs qui portent le stigmate de la toxicomanie (peur de fréquenter un public perçu comme précaire ou malade, peur d'y être assimilé-e). Il peut aussi s'expliquer par «une perte de confiance dans l'expertise et la conviction de plus en plus forte que chaque individu, étant doté de savoirs accessibles à chacun-e, est à même de composer avec ses problèmes» (Klingemann & Klingemann, 2008 : 112). Par ailleurs, le parcours de soin peut sembler chronophage et onéreux. La rémission naturelle des usages problématiques étant actuellement

relativement peu étudiée, les recommandations sont limitées. Cependant, dans un contexte où elle reste peu connue, promouvoir l'intérêt de cette démarche personnelle dans une stratégie d'intervention précoce auprès de larges couches de la population pourrait être bénéfique, même si elle ne peut bien entendu pas être efficace dans toutes les situations. Néanmoins, ce développement se confrontera à de lourdes résistances : les nôtres d'abord, par la dissonance cognitive ressentie entre l'idée de rémission naturelle et les parcours lourds, à échecs répétés, qui sont les usages de drogues les plus représentés dans les médias et les plus décelables ; les résistances des industries pharmaceutiques, dont l'intérêt financier réside dans une forte médicalisation du soin pour usager-ère-s de drogues.

Dans une optique de santé publique, soutenir le *self help* est donc recommandé. La mise à disposition d'informations et le soutien au changement et au développement de compétences participent au développement du niveau de littératie en santé des usager-ère-s de drogues, c'est-à-dire leur niveau de compréhension, de motivation et de compétences pour prendre en charge au mieux leur propre santé. Cependant, il est essentiellement conseillé pour les troubles modérés de consommation, et ne peut se substituer à l'offre de soins professionnelle.

LES FACTEURS FAVORISANT UNE RÉMISSION NATURELLE

- › **Croyances positives, amplifiées quand partagées par l'entourage ou la société**
Problème curable
Capacité des individus à changer
Personne responsable (et non coupable)
 - › **Balance motivationnelle**
 - › **Ressources face aux facteurs de stress**
 - › **Soutien de l'entourage**
 - › **Conditions environnementales** (voir II.8)
- › *Nécessité de faire connaître ces facteurs à un large public pour modifier les représentations collectives limitant ces facteurs*

SOUTENIR LE SELF HELP

Pour soutenir ce processus, les acteurs psycho-médico-sociaux ont un rôle à jouer dans la création et la mise à disposition d'outils d'information et de soutien au changement. Certains outils ciblent un produit en particulier : l'arrêt du cannabis est particulièrement représenté dans les brochures de *self help*. D'autres s'adressent à des publics aux motivations communes, comme les athlètes, très sensibles aux arguments portant sur les effets sur le corps, la santé et les performances sportives.

Un autre public est réceptif à ce type d'outils : l'entourage des usager-ère-s. Souvent désireux de pouvoir aider leurs proches, les membres de l'entourage se sentent pourtant fréquemment désarmés. Des guides peuvent leur fournir des

informations sur les différents usages, les risques, le processus de dépendance mais également aborder des conseils pour mieux communiquer avec l'usager-ère ou pour réagir adéquatement dans des situations problématiques (perte de conscience, crise de panique, déshydratation, agressivité...). L'outil peut aborder les craintes, la culpabilité, le trop plein de responsabilité. Enfin, il sert aussi à expliquer le parcours de changement, sa durée, les rechutes, et les types de traitement possibles.

LES GROUPES D'AUTO-SUPPORT

Les groupes d'auto-support ou les communautés de pairs sont l'une des interventions les plus développées et les plus anciennes pour aider les personnes avec des troubles de l'usage de drogues. L'entraide repose sur l'idée que le savoir expérientiel, les échanges autour de vécus similaires, le partage de mêmes objectifs thérapeutiques, parfois déjà atteints, permettent d'offrir un soutien psychologique adapté. Ces groupes jouent également un rôle structurant dans la vie des personnes en voie de stabilisation ou stabilisées.

La participation à des groupes d'entraide aide à diminuer la consommation et,

après le traitement, à rester abstinente ou à consommer avec modération, en particulier pour les personnes dont l'entourage ou l'environnement incitent à la consommation. Ces groupes sont très variés dans leurs publics (consommateur-riche-s d'un produit spécifique, consommateur-riche-s aux prises avec la même maladie...) et dans leurs objectifs (empêcher la rechute, diminuer les risques, aider celles et ceux qui veulent diminuer ou arrêter, soutenir les usager-ère-s en TSO...). Ces groupes peuvent exister à l'échelle locale ou nationale, les seconds s'attelant surtout à défendre les droits de leurs membres auprès des pouvoirs publics et des institutions.

QUEL CONTENU POUR QUEL OBJECTIF ?

INFORMER :

- › Comment agit un produit ?
- › Comment fonctionne le processus de changement ou d'arrêt ?
- › Quelles en sont les conséquences, les ressentis ?
- › Quels sont les facteurs de risque de reconsommation ?
- › Quelles sont les stratégies qui aident ?

FAIRE LE POINT SUR LA CONSOMMATION :

- › Tests, questionnaires à choix multiple
- › Échelles d'usage et les risques associés

RENDRE L'USAGER-ÈRE ACTEUR-RICHE DU CHANGEMENT

- › Écrire ses motivations à consommer et ses motivations à diminuer la consommation ou à l'arrêter
- › Dresser le profil de ses habitudes de consommation
- › Lister les «pour» et les «contre» de l'arrêt
- › Se fixer des objectifs personnels
- › Élaborer des «plans d'urgence», des stratégies personnelles en cas de situations à risque ou de reconsommation
- › Gérer les cognitions dysfonctionnelles

LE JOURNAL DE BORD

Cet outil, sur papier ou en ligne, mobilise l'usager-ère pendant plusieurs semaines, dans la lignée des thérapies cognitivo-comportementales. Les épisodes de *craving* ou de reconsommation sont répertoriés et décrits (contextes, motivations, ressentis). Dans cet exercice autoréflexif, l'usager-ère utilise les connaissances qu'il/elle a acquises et aiguise sa capacité à analyser ce qui lui arrive. Il/elle identifie et évalue des stratégies pour éviter la reconsommation, et élabore des plans d'urgence.

Certains programmes en ligne proposent un feedback, soit à partir de la lecture d'un *counselor*, soit à partir d'un algorithme. Dans le second cas, les données ciblées enregistrées par l'utilisateur-riche sur les circonstances des *cravings* et des reconsommations sont comparées aux données fournies en début du programme, et commentent quantitativement les comportements de consommation, repèrent les situations à risques comme les stratégies éprouvées (voir II.7). Ces guides s'appuient sur la motivation de l'usager-ère, soutiennent l'*empowerment* et servent de feuilles de route et de mémos en cours de soin.

Certains groupes incluent des professionnel-le-s, chargé-e-s de coordonner le groupe, de l'animer, ou de le former aux questions de santé. Leur présence peut être ponctuelle ou permanente. Une autre variable des groupes d'auto-support est le rapport au stigmate de la toxicomanie ou de l'alcoolisme : certains revendiquent de le dépasser (nous sommes comme tout le monde), d'autres de l'intégrer (nous sommes et resterons des alcooliques, des dépendants...).

En Belgique francophone, il existe plusieurs groupes de parole à destination des usager-ère-s ou de leurs proches, généralement «hébergés» par les services spécialisés en assuétudes. Certains groupes d'auto-support sont principalement actifs sur Internet (ASUD, psychoACTIF, Psychonaut...).

Les principaux forums d'usagers

- > www.psychoactif.org
- > www.psychnaut.fr
- > www.erowid.org

TESTS D'AUTO-ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION

Les tests d'auto-évaluation de la consommation sont des questionnaires à choix multiple concernant les produits et les circonstances de consommation, qui offrent à l'utilisateur-riche l'occasion de situer sa consommation et d'entamer une réflexion.

Le nombre de questions, la palette de substances, le degré de précision du profil établi et des conseils dispensés peuvent varier en fonction de l'outil. Certains sites se limitent à des caractéristiques de base

LES GROUPES NÉPHALISTES

Les groupes néphalistes, tels que les Alcooliques Anonymes ou les Narcotiques Anonymes, sont très connus. Ils se sont intéressés aux personnes confrontées à une dépendance avant même l'existence de services de santé spécialisés, rompant leur isolement par l'activité groupale. Ils rassemblent des personnes dont le moyen thérapeutique est l'abstinence et son maintien. Empreints de fortes convictions religieuses ou philosophiques, les groupes néphalistes se caractérisent par la répétition de témoignages personnels et négatifs concernant l'usage d'alcool ou d'autres psychotropes, la reconnaissance d'une impuissance et l'acceptation du stigmate («Je suis alcoolique»). Leur attrait est limité aux personnes en accord avec la ligne philosophique et la culture de ces groupes.

(profil personnel, fréquence et quantité), d'autres intègrent des questions sur les comportements à risques, la santé physique et mentale.

Les résultats du test procurent au/à la répondant-e une information standard sur le type d'usage qu'il/elle a décrit dans ses réponses, les risques potentiels de celui-ci et des conseils de RDR adaptés aux réponses fournies. Ils renvoient également vers des associations ou des services qui pourraient être utiles à l'usager-ère.

Quelques sites proposant des questionnaires d'auto-évaluation

- > www.stopouencore.be
- > www.aide-alcool.be/testalcohol
- > www.esamentale.ca
- > www.saferuselimits.co
- > www.drugsmeter.com

POUR EN SAVOIR PLUS

INPES (2014). *Guide d'arrêt à l'usage du cannabis*. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. ★

Klingemann H. & Klingemann J., (2008). L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. *Psychotropes*, 14, 111-126. ★

Mental Health First Aid Australia (2009). *Helping Someone with Problem Drug Use*, Melbourne: MHFA Australia. ★

AFR (2016). *Ici drogues. Identifier, comprendre et intervenir dans les espaces sociaux numériques en lien avec les drogues*. Paris: Association Française pour la Réduction des Risques. ★

INTERVENTIONS À DISTANCE

L'aide téléphonique est la forme d'aide à distance la plus ancienne. En Belgique francophone, l'asbl Infor-Drogues propose une ligne téléphonique d'information et d'aide en matière de drogues depuis 1989. Mais depuis environ deux décennies, Internet est devenu une source d'informations vers laquelle se tourne une grande partie de la population. Les interventions en ligne reflètent l'adaptation des intervenant-e-s aux possibilités de recherche et d'accès à la connaissance du web 2.0, ainsi qu'aux interactions qu'il permet. S'il ne faut pas négliger la fracture numérique, c'est-à-dire la disparité d'accès à l'informatique au sein de la population, l'intervention virtuelle est l'occasion de toucher un public large, hétérogène, notamment celui des usager-ère-s occasionnel-le-s. Les interventions en ligne, accueil en bas seuil et disponibles en permanence, atteignent d'ailleurs des groupes moins rencontrés dans les dispositifs de soin, tels que les femmes ou les travailleur-euse-s (OEDT, 2009), probablement grâce à la préservation de l'anonymat, aux horaires souples et à la liberté d'expression en milieu virtuel. Ces caractéristiques aident à briser les craintes vis-à-vis de la stigmatisation et de la répression, et ainsi rompent l'isolement de certains publics.

L'aide à distance en Belgique francophone

- › www.infordrogues.be/
(aide téléphonique et E-permanence)
- › www.aide-alcool.be/accompagnement
(E-permanence)

Ces programmes sont structurés et conçus pour fonctionner dans le temps, après une inscription de la personne. Ils sont l'occasion d'évaluer sa consommation et son statut motivationnel, de tester et de renforcer ses connaissances en littératie en santé, en réduction des risques, en gestion des crises et de se fixer des objectifs réalisables. Le caractère personnalisé et le mode interactif des interventions peuvent s'avérer attractifs, notamment auprès d'un public jeune peu enclin à fréquenter les structures de soin. Différentes ressources ainsi qu'une bibliothèque numérique peuvent mettre à disposition plus d'informations ou orienter les personnes. Certains programmes envoient un email quelques mois après la fin du programme pour interroger la personne sur sa consommation et réactiver les connaissances et les compétences acquises durant le programme.

Recommandations :

- › Mentionner les limites du dispositif aux participant-e-s (pas d'entretien face à face, pas d'accompagnement médical, diagnostic partiel, etc.) ;
- › Si le programme prévoit un dialogue avec un-e conseiller-ère, celui/celle-ci devrait renvoyer toute demande trop complexe vers des partenaires spécialisés ;
- › Si le programme n'inclut pas un échange avec un-e conseiller-ère mais enregistre les données, il est possible d'intégrer une alerte à partir de mots-clés pour déceler des pensées suicidaires ou une prise de médication afin de pouvoir réagir par email ou téléphone.

Dans les programmes évalués, la rétention en traitement après inscription n'est pas très élevée. Cette difficulté à maintenir le traitement n'est toutefois pas spécifique

aux interventions en ligne et concerne l'ensemble des structures de soin. Ces programmes participent aussi à la réduction des risques et à l'amélioration des connaissances des usager-ère-s, et peuvent influencer sur leur motivation au changement.

COMMUNIQUER EN LIGNE

Les programmes en ligne sont essentiellement de deux types, dont la principale différence réside dans la communication : ceux ne prévoyant pas de contacts avec un-e conseiller-ère et ceux intégrant des interactions avec un-e intervenant-e.

Dans le premier cas, le programme est automatique : la personne y navigue elle-même et utilise les outils, les informations, voire les modules intégrés. Elle reçoit un feedback à partir des données qu'elle fournit elle-même. Très souvent gratuit, ce programme permet un usage anonyme. Il peut contenir un forum intégré, remplissant le rôle de groupe de *self help* (voir II.6).

Les programmes permettant un contact récurrent avec un-e conseiller-ère nécessitent de développer et de planifier une communication (chat privé, forum, messagerie...). La fréquence et la durée des échanges sont variables et formalisées (par exemple, 10 sessions de chat de 30 à 40 minutes en 15 semaines ou 3 messages par semaine pendant 3 mois). Le feedback est tout à fait personnalisé. Certains de ces programmes sont payants et peuvent fixer un âge minimum. Les programmes gratuits sont généralement anonymes.

TYPES DE COMMUNICATION	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Chat	<ul style="list-style-type: none"> › Contact direct, en temps réel, personnel › Proche du dialogue oral › Clarification facile des malentendus › Réponses rapides à toutes les questions 	<ul style="list-style-type: none"> › Besoin de fixer des rendez-vous et de s'y tenir › Maîtrise du chat nécessaire (écrire rapidement, connaître les abréviations courantes) › Peu de temps pour réfléchir et bien structurer ses réponses
Messagerie	<ul style="list-style-type: none"> › Pas besoin de rendez-vous › Réponse quand on est disponible › Occasion de bien structurer sa pensée › Relecture possible des messages 	<ul style="list-style-type: none"> › Peu d'interactivité › Pas de spontanéité › Possibilité de malentendus › Différé entre le moment où des problèmes se posent et le moment de réponse
Méthode combinée	<ul style="list-style-type: none"> › Moins de rendez-vous à fixer › Chat initial permet de s'entendre sur la manière de communiquer par message › Feedback régulier › Chat disponible si besoin 	<ul style="list-style-type: none"> › Interactivité freinée › Les problèmes peuvent différer du moment de réception du feedback
Ligne téléphonique	<ul style="list-style-type: none"> › Contact direct, en temps réel, personnel › Dialogue oral › Réponses rapides à toutes les questions 	<ul style="list-style-type: none"> › Peu de temps pour réfléchir et bien structurer les réponses › Pas de traces des échanges

POUR EN SAVOIR PLUS

Association Française pour la Réduction des Risques (2016). *Ici drogues. Identifier, comprendre et intervenir dans les espaces sociaux numériques en lien avec les drogues*. Paris: AFR.★

OEDT (2009). *Internet-based drug treatment interventions. Best practice and applications in EU Member States*. Luxembourg: EMCDDA.★

TRAVAIL ENVIRONNEMENTAL

La prise en charge d'un usage problématique doit tenir compte de la personne et de ses besoins, du produit et des risques associés, mais également de l'environnement de l'utilisateur. Plus globalement, le cadre politique et l'environnement macrosocial influencent également (positivement ou de manière délétère) les usages et les comportements de consommation. L'amélioration de la santé et l'efficacité des modalités de soins sont fortement freinées par une réponse insuffisante aux besoins fondamentaux des usager-e-s (accès à un revenu, à un logement, aux soins de santé...). Chez les usager-e-s précarisé-e-s, les besoins fondamentaux sont souvent insuffisamment couverts, de sorte que les structures de soin doivent également s'efforcer d'y répondre. Dans ce contexte, le travail sur l'environnement de l'utilisateur inclura également une dimension de réinsertion sociale, visant à augmenter le capital humain, social, financier

et institutionnel de l'utilisateur (Sumnall et Brotherhood, 2012).

Le succès de ces mesures dépend avant tout de la capacité des services à collaborer avec le public, à identifier les besoins de l'utilisateur, à créer de la proximité et à procurer une réponse intégrée et continue. La collaboration et le travail en réseau sont ici indispensables.

INTERVENIR CONTRE LA SOUS-PROTECTION SOCIALE

Les raisons qui peuvent expliquer pourquoi une personne ne bénéficie pas d'une protection sociale sont multiples, et vont de la non-connaissance des droits à l'exclusion en raison d'un manquement. Un service au contact des usager-e-s de drogue en désaffiliation sociale ou en grande précarité doit en identifier la/les raisons afin d'accompagner la personne dans les démarches lui permettant de recouvrer ses droits.

Recommandations :

- › Implanter une permanence sociale, ou collaborer avec une équipe remplissant cette fonction, de manière à identifier la

situation de la personne et à la soutenir dans les démarches administratives permettant de recouvrer ses droits ;

- › L'absence ou la perte de droits sociaux pouvant être liées à des rapports conflictuels et à une perte de confiance vis-à-vis de l'administration ou des travailleurs sociaux, une approche non-jugeante et basée sur l'écoute est recommandée ;
- › Mettre en place des structures de liaisons et d'accompagnement physique vers les institutions et les structures de soins classiques, tant l'accès est parfois rendu compliqué pour des raisons d'ordre symbolique (peur des institutions, rejet du système...) et psychique (syndrome d'auto-exclusion, fragilité psychique, pathologie psychiatrique...).

UNE LIGNE DE SOINS INTERMÉDIAIRE

Avec le même objectif de travailler à l'accès aux soins de santé et aux droits sociaux d'une population en désaffiliation et qui, parfois, s'autoexclut des droits sociaux par manque de confiance, la ligne de soins intermédiaire, dite aussi « ligne 0,5 », est destinée à offrir aux populations précarisées l'accès bas seuil à des soins de santé primaire par un dispositif de réinsertion médicale. Basée sur l'*outreaching* et la présence dans le milieu de la rue, elle crée un lien avec les usager-e-s et propose l'accès à des premiers soins, à du dépistage, dans l'objectif de réintégrer progressivement la personne dans le système de soins classique. Le MédiBus proposé en Région bruxelloise par Médecins du Monde, en partenariat avec l'asbl Dune, est un dispositif de consultation mobile qui répond à cet objectif.

LES DIFFÉRENTES CAUSES DE SOUS-PROTECTION SOCIALE

Non connaissance (le droit n'est pas connu de la personne)

Non demande (le droit est connu mais non demandé par la personne)

Non accès (le droit est connu et demandé mais pas perçu par la personne)

Non proposition (le droit n'est pas proposé par l'intervenant-e social-e à une personne éligible)

Exclusion des droits (le droit ne peut être perçu en raison d'un processus d'exclusion)

D'après : Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017). *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise*, Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, Bruxelles : Commission communautaire commune.

L'asbl **Dune** a développé pour les personnes en situation précaire l'outil «Le Bon Plan», qui propose un plan et un répertoire des points d'assistance sociale et médicale de première ligne à Bruxelles. L'outil est disponible en version papier ainsi que sous la forme d'une application interactive pour téléphone mobile.

➤ www.communication47.wixsite.com/duneasbl/le-bon-plan

ACCÈS AU LOGEMENT

L'amélioration de la santé des usager-ère-s précarisés est fortement freinée par une réponse insuffisante à leurs besoins fondamentaux, tels que le logement. L'accès à celui-ci est dès lors une étape importante dans la prise en charge, et participe à la réinsertion sociale des usager-ère-s.

Les services de *housing* proposent aux usager-ère-s de drogues des interventions de relogement et d'accompagnement à court ou à long terme. Les projets peuvent différer par le type de logement (foyer, appartement supervisé, centre d'accueil, *Housing first*), la durée du séjour, le nombre de personnes sur un même site, le degré d'autonomie des usager-ère-s, le type d'encadrement, la mise en place d'un contrat entre l'usager-ère et le/la superviseur-e, les services connexes (repas à domicile, soins à domicile, visites).

Le programme est choisi en fonction des besoins locaux mais il veille à rendre disponibles d'autres services utiles à l'usager-ère, aussi bien pour sa santé que pour sa réinsertion. Afin de prévenir le

retour à la rue, une attention particulière est consacrée au choix d'un environnement sécurisant (hors des zones de deal, par exemple), à l'identification des freins éventuels au bon déroulement du projet (abus de drogues, comportements antisociaux, arriérés locatifs) et aux réponses à y apporter. Donner la parole à l'usager-ère sur ses attentes, l'impliquer et l'accompagner par un travail de réassurance dans le choix de son lieu de vie et dans la réalisation du projet lui permettent d'augmenter sa satisfaction, d'améliorer la communication avec le personnel, de développer de nouvelles compétences (autonomie, estime de soi, capacité à habiter chez soi) et contribuent à sa réinsertion. Chaque entité locale gagne à évaluer ses besoins et, en fonction de ceux-ci, à prioriser ses actions.

SOUTIEN À L'EMPLOI

Le fait d'avoir une activité structurante et socialisante, ainsi que le changement de niveau socio-économique, sont deux facteurs qui ont un impact positif sur le traitement et la diminution des comportements à risques : ils peuvent atténuer un état dépressif, améliorer la qualité de vie ou encore l'estime de soi. Le soutien à l'emploi peut impliquer, en amont, un travail de développement personnel, d'estime de soi et de compétences psychosociales. Il nécessite une adéquation entre l'activité professionnelle, les capacités de la personne et ses motivations. Un accompagnement dans les débuts, y compris, au besoin, sur le lieu de travail, renforce la réussite de l'insertion.

Les programmes de réinsertion sont limités dans leurs effets sur le taux d'emploi des

personnes confrontées à un usage de drogues problématique, celui-ci dépendant d'un contexte socio-économique plus global. Attention également aux conditions de travail : le conflit, le stress ou le surmenage peuvent provoquer l'effet contraire des bienfaits attendus d'une réinsertion professionnelle sur la consommation de produits psychotropes.

LÉGISLATION ET ALTERNATIVES À LA RÉPRESSION

La criminalisation des usager-ère-s de drogues freine l'accès à la santé et au soin de ce public. Des études ont démontré que la criminalisation favorise la transmission des maladies infectieuses liées à l'usage. Par ailleurs, elle renforce la stigmatisation des usager-ère-s aussi bien de la part du grand public que du personnel soignant. Dans une déclaration conjointe visant à mettre fin aux discriminations dans les établissements de soin, l'ONU et l'OMS recommandent de : «réviser et abroger les lois punitives qui se sont avérées avoir des incidences négatives sur la santé et qui vont à l'encontre des données probantes établies en santé publique. Il s'agit notamment des lois qui pénalisent ou interdisent (...) la consommation de drogues ou leur possession en vue d'un usage personnel»⁴⁵.

L'exemple du Portugal

Depuis la loi décriminalisant l'usage de drogues (2000), le modèle portugais fait figure de proue en matière d'alternative à la répression de l'usage de drogues. Concrètement, si un individu est intercepté avec des quantités inférieures à 10

.....
45 <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/fr/>

UNE BONNE PRATIQUE

LA PARTICIPATION DES USAGER-ÈRE-S DANS LES STRUCTURES DE SOIN

Favoriser la participation des usager-ère-s dans les structures de soin permet de renforcer leurs compétences psychosociales et d'œuvrer à la déstigmatisation en leur octroyant un rôle, en reconnaissant leurs droits et leur parole citoyenne.

La participation peut prendre la forme d'une information, d'une consultation, d'une concertation ou d'une codécision. Le degré d'implication dans la décision varie, de la simple possibilité d'exprimer un avis à celle de peser fortement sur les choix réalisés dans l'institution. Elle peut concerner l'organisation de l'espace d'accueil, la gestion des conflits, le règlement d'ordre intérieur, le contenu des activités collectives...

Développer la participation demande de fixer un projet global clair, de former le personnel à sa mise en place, de soutenir les usager-ère-s dans le rôle qui leur est confié, mais aussi d'organiser concrètement cette participation et de veiller à sa bonne animation.

jours de consommation (estimées à 1g d'héroïne, 25g de marijuana ou 1g de MDMA, par exemple), il devra se présenter en Commission de dissuasion de la toxicodépendance (CDT)⁴⁶. Au-delà de ces quantités, l'individu pourra être poursuivi pour trafic.

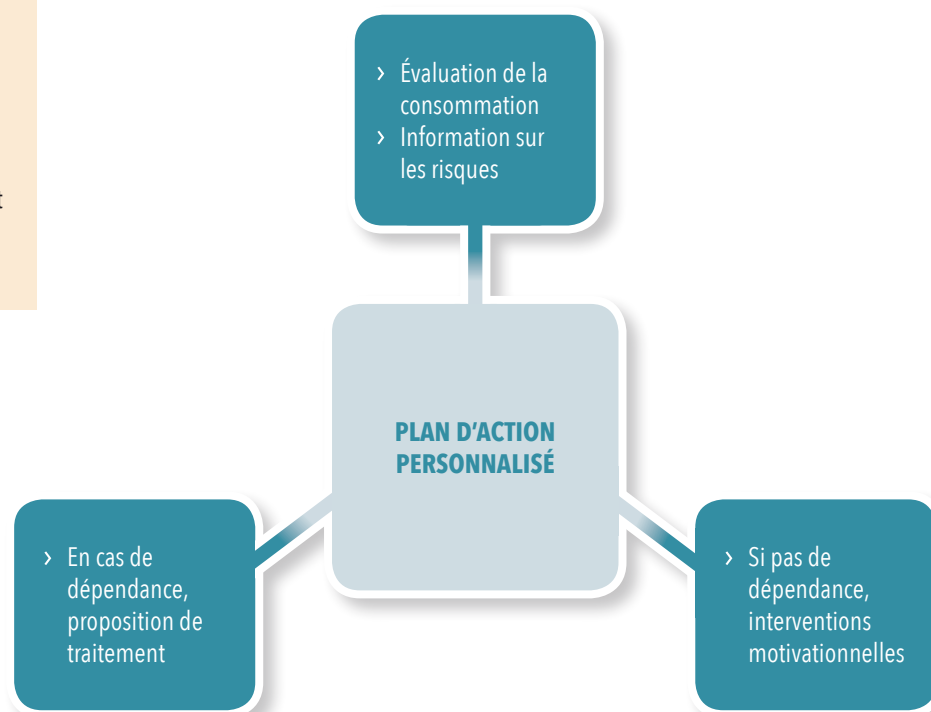
Les CDT sont sous la responsabilité du ministère de la santé. Elles sont composées d'une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer la situation personnelle et la consommation de l'usager-ère. Aucun casier judiciaire n'est ouvert, dans la mesure où il s'agit d'une procédure administrative.

46 Si l'usager-ère à moins de 16 ans, il/elle est acheminé vers une commission pour les mineur-e-s où l'on évalue les risques et l'importance de ses problèmes scolaires, familiaux, etc.

Si l'usager-ère accepte, la procédure se poursuit. En cas de refus ou de récidive, une série de sanctions est possible : amende, travaux d'intérêt général, donation, présentations périodiques.

Plusieurs effets positifs de ce changement législatif ont été observés :

- › Réduction de la stigmatisation des usager-ère-s de drogues ;
- › Réduction de la consommation de drogues illicites, en particulier chez les adolescent-e-s ;
- › Réduction des décès et maladies infectieuses liées à la consommation d'opiacés ;
- › Réduction de l'engorgement du système pénal ;



- › Efficacité accrue des forces de police qui ont davantage de temps pour lutter contre le crime organisé.

«Au sein du paradigme prohibitionniste, le Portugal est allé aussi loin que possible» (João Goulão)⁴⁷. Cependant, l'objectif fondateur des CDT reste bien de dissuader la consommation de drogues et de prévenir l'usage et l'abus de drogues. La démarche peut donc paraître particulièrement hygiéniste, puisqu'un-e usager-ère récréatif-ive ou occasionnel-le se verra proposer des mesures visant à le dissuader de poursuivre sa consommation. De même, l'usager-ère régulier-ère tend à être considéré-e comme une personne malade qui requiert une prise en charge médicale, ce qui n'est pas forcément le cas.

.....
47 João Goulão est le directeur du Service portugais d'Intervention autour des Comportements Addictifs et des Dépendances (SICAD). Les propos reportés ici sont issus de son intervention et de celle de Carla Silva Joaquim de la Commission de Dissuasion de Lisbonne, lors de la journée d'étude «Les tribunaux de traitement de la toxicomanie. Quels enjeux, quels résultats, quel avenir ?», organisée le 23 octobre 2015 par la Fédito Bruxelles et la Concertation Assuétudes-Prison de Bruxelles.

POUR EN SAVOIR PLUS

ANESM (2009). *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie*. Saint-Denis : ANESM.★

INAMI, KLUWER, Médecins du Monde (2014). *Livre vert sur l'accès au soin en Belgique*.★

Observatoire de la santé et du social Bruxelles (2017). *Aperçus du non recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise*. Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, Commission communautaire commune : Bruxelles.★

Sumnall, H., & Brotherhood, A., (2012). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. Luxembourg: EMDCCA.★

3.1 COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

L'usage de substances psychoactives peut favoriser ou être favorisé par des états psychiques variés (stress, insomnie, agressivité, tristesse...) pouvant être les symptômes de différents troubles psychopathologiques (troubles dépressifs, anxieux, psychotiques, de la personnalité, de déficit de l'attention, etc.). Qu'une personne entre en consultation pour un problème de santé mentale ou pour un problème de consommation de substances psychoactives, la recherche et l'identification d'un éventuel **double diagnostic**⁴⁸ constituent un enjeu majeur par rapport à la prise en charge. En effet, cette cooccurrence de troubles entraîne souvent une aggravation des deux tableaux cliniques ainsi qu'une moins bonne adhésion du/de la patient-e au traitement proposé. Elle peut aussi favoriser l'émergence de comportements à risque et de conduites déviantes, ainsi que la marginalisation sociale en cas de troubles sévères et persistants. La prise en compte des deux problématiques est donc un déterminant essentiel de l'efficacité de la prise en charge. Elle correspond

48 Dans le domaine des assuétudes, la notion de double diagnostic renvoie à une coexistence, chez une même personne, d'un trouble psychiatrique et d'un trouble lié à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives (OMS, 1995).

d'ailleurs aux recommandations du modèle bio-psycho-social, selon lequel il faut appréhender la personne dans sa globalité.

Plusieurs hypothèses et modèles ont été formulés pour expliquer cette fréquente comorbidité (voir par exemple Mueser, Drake & Wallach, 1998⁴⁹). Sans entrer dans le détail de ces conceptions, il est généralement admis que l'usage d'une substance psychoactive peut causer des troubles psychiatriques (aigus ou chroniques) ou aggraver des symptômes préexistants. Inversement, certaines pathologies psychiatriques peuvent favoriser le mésusage de substances psychoactives, notamment dans une démarche de *coping*⁵⁰ ou d'automédication. Enfin, les troubles psychiatriques et ceux liés à l'usage d'une substance peuvent être la résultante d'un facteur commun d'origine biologique et/ou environnementale, voire être totalement indépendants sur le plan étiologique. Dans les faits, l'étiologie de cette cooccurrence de troubles variera d'un-e patient-e à l'autre. Dans la pratique clinique, il ne sera pas toujours possible d'identifier le(s) facteur(s) explicatif(s) et la chronologie précise d'apparition des troubles, les symptômes des troubles mentaux ainsi que ceux des troubles liés à l'usage de substances

49 Mueser, K.M., Drake, R.E. & Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23, 717-734.

50 Ensemble des stratégies déployées par l'individu pour maîtriser ou réduire l'impact des situations stressantes ou menaçantes.

psychoactives interagissant et s'influençant mutuellement.

L'EXAMEN CLINIQUE ET DIAGNOSTIQUE

La recherche intentionnelle des signes cliniques est une étape nécessaire à l'identification des troubles concomitants car, suivant la pathologie et l'attitude du/de la patient-e, ils peuvent ne pas se manifester spontanément lors des entretiens ou avoir tendance à être dissimulés. Ils peuvent en outre se confondre avec ceux du trouble «dominant». Étant donné leur fréquence élevée, il importe donc de généraliser et de standardiser autant que possible les procédures de dépistage (*screening*) des troubles concomitants, et ce tant dans les services de prises en charge des addictions que dans les services de prises en charge de troubles mentaux. Si l'intervenant-e n'a pas d'expertise en ce domaine, le dépistage ne doit pas uniquement reposer sur l'examen ou l'intuition clinique : il gagne alors à être étayé par l'utilisation d'outils de dépistage, qui devra ensuite, le cas échéant, être complétée par une procédure diagnostique plus formelle (pouvant également se baser sur l'utilisation d'outils structurés). L'étape diagnostique permettra de confirmer la présence de troubles et d'en déterminer la nature précise et la sévérité.

Les estimations de la prévalence des doubles diagnostics sont très variables selon les études, en raison de nombreuses différences entre les méthodologies d'estimation : population sélectionnée (population générale, population psychiatrique, usager-ère-s de drogues, usager-ère-s en traitement...), niveau de prévalence pris en compte (prévalence sur la vie, sur l'année, au moment de l'étude...), méthodes d'échantillonnage, critères et niveaux de précision/validité des outils diagnostiques. Les cas de double diagnostic semblent toutefois fréquents chez les usager-ère-s problématiques de substances psychoactives (Torrens, Mestre-Pintó & Domingo-Salvany, 2015⁵¹). Les troubles thymiques sont les plus fréquents, mais la prévalence de chaque trouble peut varier en fonction du type d'addiction. Par exemple, les troubles dépressifs sont particulièrement fréquents chez les personnes dépendantes à l'alcool, aux médicaments psychotropes ou aux opiacés, alors que l'on retrouve assez régulièrement des troubles de la personnalité chez les personnes ayant une dépendance aux opiacés. De même, si la prévalence de la schizophrénie est relativement faible chez les usager-ère-s de cannabis, un usage problématique de cannabis est à l'inverse très fréquent chez les personnes atteintes de schizophrénie.

.....
51 Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I. & Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Luxembourg: EMCDDA.

Toutes les équipes en contact avec les bénéficiaires ne disposent pas de compétences internes permettant d'établir et prendre en charge les doubles diagnostics. En revanche, le recours aux outils de dépistage est plus accessible et leur maîtrise n'exige pas forcément de formation particulière. Si la suspicion d'un trouble concomitant est grande et que l'intervenant-e estime ne pas pouvoir proposer au/à la patient-e une évaluation et un traitement optimal, il conviendra alors de réorienter la personne vers une structure spécialisée dans l'identification et le traitement de cette problématique. Suivant le degré d'autonomie et en cas d'anosognosie ou de faible motivation, il sera parfois nécessaire de préparer et/ou accompagner le/la patient-e dans cette réorientation.

Même si l'évaluation diagnostique ne permet pas de conclure formellement à la présence d'un double diagnostic, cette démarche ne doit bien évidemment pas rester figée, ni constituer le critère décisionnel ultime. L'équipe doit en effet

être attentive au caractère évolutif des manifestations cliniques et envisager aussi avec le/la patient-e l'opportunité d'intervenir précocement, avant qu'elles ne se pathologisent, si des signes infracliniques sont présents. Cette stratégie d'intervention précoce s'articule parfaitement avec la conception moderne et « dimensionnelle » des troubles de la santé mentale et des troubles addictifs, selon laquelle il existerait un continuum de sévérité entre le « normal » et le « pathologique » plutôt qu'une rupture qualitative.

Les troubles concomitants constituent un obstacle majeur à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être du/de la patient-e. Suivant leur nature et leur gravité, ils peuvent aussi occasionner des difficultés pour les intervenant-e-s et services qui ne sont pas formés spécifiquement (réactions de peur, d'incompréhension, d'impuissance, etc.). Cela fragilise la relation d'aide et favorise l'errance des patient-e-s entre le secteur de la santé mentale et celui des addictions, ce qui occasionne des ruptures dans la trajectoire de soin. Il est donc

Il existe de nombreux **tests de dépistage** de l'usage de substances psychoactives (AUDIT-C, CAGE, CAGE-AID, DEP-ADO, ASSIST, C-SDS, DAST-20, etc.) et d'un ou plusieurs troubles mentaux (BAI, BDI, SCL-90-R, PDSQ, MHSF, DDSI, EGF, etc.). Il peut s'agir d'outils d'auto ou d'hétéro-évaluation, avec des systèmes de cotation plus ou moins rapides et complexes. Il existe également quelques outils combinant l'évaluation (partielle ou complète) de ces deux types de trouble (DUSI-R, ASUS, etc.). Les qualités psychométriques (fidélité, validité, sensibilité et spécificité) de ces outils peuvent varier sensiblement et doivent être prises en considération, l'idéal étant d'utiliser un outil pour lequel les proportions de faux-positifs et de faux-négatifs sont faibles. Certains de ces outils peuvent être téléchargés sur les sites suivants :

- > www.test-addicto.fr/liste_tests.html
- > www.resapsad.org/page/echelles-et-questionnaires
- > <http://grepca.free.fr/index.php/publications/tests/199-qmica>

crucial de les prendre en charge, si possible le plus précocement, parce qu'ils vont interagir avec le trouble initial et aggraver la symptomatologie, rendant la prise en charge plus compliquée, ou la guérison spontanée moins probable.

LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge des personnes présentant des troubles concomitants peut se décliner en trois modalités principales :

- > Le traitement séquentiel :** le/la patient-e reçoit généralement un traitement pour la problématique dominante, et ensuite un traitement pour les troubles concomitants lorsque la symptomatologie du trouble dominant est atténuée ou stabilisée. Les deux traitements sont délivrés dans

des services distincts, le plus souvent sans suivi, ce qui favorise l'errance des patient-e-s entre les services. Le personnel peut se sentir dépassé par l'impact du trouble concomitant, pour lequel il s'estime non compétent. Cette modalité de prise en charge, encore très fréquente, est considérée comme la moins efficace.

- > Le traitement parallèle :** les deux problématiques font l'objet d'un traitement conjoint mais dans des services distincts ayant chacun leur spécialité. La communication entre les services et la coordination des deux traitements peut fortement varier en fonction de paramètres divers (localisation des services, liens institutionnels préexistants, orientation théorique et philosophie institutionnelle, etc.). Il est théoriquement

possible de proposer au/à la patient-e un plan de traitement intégré avec cette modalité de prise en charge, mais cela exige une bonne collaboration et une coordination efficace entre les services.

- > Le traitement intégré :** les traitements des troubles mentaux et des troubles liés aux substances sont prodigués simultanément par le/la même intervenant-e ou par une même équipe au sein d'un programme cohérent. Les traitements peuvent être facilement coordonnés et ajustés en fonction des besoins et de l'évolution des problématiques prises en charge. Il s'agit de la modalité de traitement qui fait état de la plus grande efficacité.

AVANTAGES/INCONVÉNIENTS

TRAITEMENT SÉQUENTIEL	TRAITEMENT PARALLÈLE	TRAITEMENT INTÉGRÉ
Impact négatif du trouble non traité sur le traitement en cours	Risque de faible communication entre les services	Évite au/à la patient-e d'avoir à multiplier l'évocation de son histoire
Difficulté d'identifier quand le premier traitement peut être interrompu	Désaccord possible au niveau des objectifs et méthodes de chaque traitement et risque de faible cohérence entre les traitements (messages contradictoires)	Assure la cohérence et la coordination entre les objectifs et méthodes
Risque d'errance du/de la patient-e à l'issue du premier traitement et d'absence de communication entre les services	Risque de faible coordination entre les traitements	Améliore l'adhésion thérapeutique et la collaboration du/de la patient-e
Pas de coût spécifique mais efficacité généralement contestée	Efficacité dépend de la nature et sévérité des troubles et du degré de coordination	Facilite la mise en place d'un traitement pluridisciplinaire
		Possibilité d'intégrer une fonction de <i>case management</i>
		Modalité de traitement plus efficace mais plus coûteuse (analyse coût-efficacité non disponible)

QUELQUES RECOMMANDATIONS CLINIQUES

(d'après EMCDDA, 2016 ; Marel et al., 2016)

ADDICTION + DÉPRESSION	ADDICTION + TROUBLES ANXIEUX	ADDICTION + TROUBLE PSYCHOTIQUE	ADDICTION + TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ
Si possible, traitement parallèle ou intégré	Si possible, traitement parallèle ou intégré (en particulier si stress post-traumatique)	Traitement intégré plutôt que simultané ; si possible, envisager une prise en charge ambulatoire	Traitement intégré plutôt que simultané
Effet modéré des antidépresseurs (éviter les ISRS)	Benzodiazépines à éviter si possible (risque de dépendance secondaire ou d'interaction avec le produit abusé)	Informé le/la patient-e des interactions possibles entre produits consommés et traitement antipsychotique	Si pas d'approche intégrée : traiter en priorité le problème d'addiction
		Soutien et réadaptation psychosociale (y compris en outreach)	Travailler en priorité la confiance, l'alliance thérapeutique et la motivation
		Implication des proches	Approche motivationnelle utile en complément
		Attention au diagnostic différentiel (trouble aigu induit par substance ou sevrage)	Insister sur les comportements à risque (partage de matériel, rapports sexuels non protégés, etc.)

Actuellement, le nombre de services spécialisés dans le traitement intégré des personnes présentant un double diagnostic est limité, malgré la prévalence élevée de cette problématique duelle (voir par exemple De Hert et al., 2010⁵²). Il est dès lors recommandé que les services qui ne peuvent proposer ce type de traitement puissent au moins disposer d'un-e intervenant-e permettant de faire la liaison entre ces deux domaines (par exemple, une

permanence d'un-e médecin addictologue dans un service de santé mentale, ou d'un-e psychiatre dans un service spécialisé en assuétudes). Si cela n'est pas possible, il conviendra alors de développer des partenariats afin que la prise en charge des troubles concomitants puisse au minimum se faire via un travail en réseau.

Il est possible d'identifier quelques généralités qui peuvent faciliter la prise en charge et éviter parfois certains écueils. Par exemple, il convient d'être particulièrement attentif aux possibles interactions entre les produits consommés et les traitements pharmacologiques proposés, et d'en informer clairement le/la patient-e. Il est donc essentiel de caractériser

précisément le profil de consommation du/de la patient-e. De même, le risque d'automutilation ou de suicide, mais aussi de violence ou d'agression d'un tiers est plus élevé chez les personnes présentant des troubles concomitants, en particulier en cas de troubles sévères⁵³. Il est donc important d'évaluer ce risque tout au long de la prise en charge, et de proposer des stratégies d'intervention pour le minimiser. Enfin, la prise en charge des personnes présentant un double diagnostic est une activité particulièrement complexe et

52 De Hert, M., Roos, K., Gillain, B., Detraux, J., Sweers, K., Van Werde, D., & Peuskens, J., (2010). Dual diagnosis among schizophrenic patients in Belgian psychiatric services: prevalence and available treatment options. *Acta Psychiatrica Belgica*, 110, 43-50.

53 Buckley, P.F. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 5-9.

stressante pour les intervenant-e-s. Il est donc aussi recommandé d'avoir recours à des dispositifs de supervision clinique et/ou d'intervision (voir II.3). Il existe aussi des recommandations plus spécifiques pour chaque association de trouble mental et de mésusage de produit, que le lecteur intéressé pourra découvrir dans les documents référencés.

Néanmoins, chaque association de troubles (e.g. une addiction à la cocaïne et un trouble bipolaire ; une addiction au cannabis et une schizophrénie) est une problématique particulière, modulée par l'histoire du/de la patient-e, ses modes et contextes de vie et ses singularités. Ces généralités ne doivent pas avoir force de règles, car elles ont toutes leurs exceptions. Le fait de suivre une série de recommandations ne suffit pas, bien entendu, à garantir qu'une prise en charge sera efficace, car chaque problématique nécessite une réponse individualisée. Et la question de savoir quelles approches psychothérapeutiques sont les plus appropriées ne trouve pas de réponse claire dans la littérature (voir II.3).

POUR EN SAVOIR PLUS

EMCDDA (2016). *Perspectives on drugs: Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe*. Luxembourg: EMDCCA.★

Gordon, A. (2008). *Comorbidity of mental disorders and substance use: A brief guide for the primary care clinician*. Adelaide: Drug and Alcohol Services South Australia.★

Marel, C., Mills, K.L., Kingston, R., Gournay, K. & Deady, M. (2016). *Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings*. Sydney: NHMRC Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use.★

Rush, B., Moxam, R.R., Nadeau, L., McMain, S., Ogborne, A., et al. (2002). *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa: Santé Canada.★

Queensland Health (2010). *Queensland Health Dual Diagnosis Clinical Guidelines; co-occurring mental health and alcohol and other drug problems*. State of Queensland: Queensland Health.★

Queensland Health (2011). *Queensland Health Dual Diagnosis Clinician Tool Kit; co-occurring mental health and alcohol and other drug problems*. State of Queensland: Queensland Health.★

3.2 SOINS ET VIH

Les usager-ère-s de drogues sont fortement exposé-e-s au risque de contracter ou de transmettre des infections, en particulier le VIH⁵⁴. Dans la plupart des pays européens, on assiste à une baisse sensible du nombre de nouveaux cas de VIH parmi les usager-ère-s de drogues par injection (UDI). En Belgique, la transmission du VIH associée à l'usage de drogues par injection est marginale par rapport au mode de contamination par contact sexuel : elle est rapportée dans 2 % des diagnostics VIH en 2015⁵⁵. Pour autant, l'injection de drogues reste un mode de transmission significatif du VIH : en 2015, 1233 nouveaux cas diagnostiqués de VIH en Europe y étaient associés. De plus, de récentes épidémies de VIH ont été observées dans plusieurs pays de l'UE, notamment parmi des usager-ère-s pratiquant l'injection de stimulants ou d'autres substances psychoactives⁵⁶.

L'efficacité à faible coût des stratégies de réduction des risques pour diminuer la transmission du VIH parmi les UDI est aujourd'hui largement validée :

- > Les programmes d'échange de seringues réduisent la prévalence et l'incidence du VIH et celles de l'hépatite C ;
- > Les traitements de substitution aux opiacés améliorent le recours aux services sanitaires et sociaux et permettent de

diminuer la vulnérabilité aux maladies infectieuses.

Le programme intégré de prévention, de traitement et de soins permettant de réduire la transmission du VIH et les autres risques liés à l'usage de drogues par injection comprend les neuf interventions suivantes⁵⁷ :

ENSEMBLE COMPLET DE MESURES DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENTS ET DE SOINS DU VIH DESTINÉES AUX UDI

1. Programmes de distribution/échange de seringues et matériel connexe ⁵⁸	2. Thérapie de substitution aux opiacés et autre traitement de la dépendance fondé sur des données probantes	3. Services de dépistage et de conseils pour le VIH
4. Thérapie antirétrovirale	5. Prévention et traitement des infections sexuellement transmises	6. Programmes de distribution de préservatifs destinés aux UDI et leurs partenaires sexuel-le-s
7. Information, sensibilisation et communication destinées aux UDI et leurs partenaires sexuel-le-s	8. Prévention, vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale	9. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose

54 Virus de l'immunodéficience humaine, pouvant entraîner la contraction du SIDA.

55 WIV-ISP (2016). Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2015.

56 OEDT (2017). Rapport européen sur les drogues, Tendances et évolutions. Luxembourg : EMCDDA.

57 OMS, ONUDC, ONUSIDA. (2009). Guide Technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA.

58 Ajouté en 2016 dans les *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés*. OMS, 2016.

BONNES PRATIQUES

EN COUNSELING PRÉ ET POST-TEST DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE VIH

PRÉ-TEST

Diverses informations préalables au test peuvent être fournies sous la forme de sessions d'information individuelles ou collectives :

- › Les avantages cliniques et préventifs du test VIH, et les risques potentiels ;
- › Le consentement éclairé et le droit de refuser le test ;
- › La confidentialité ;
- › Les services disponibles dans le cas d'un résultat de test VIH négatif ou positif ;
- › Si le rapport sexuel à risque a eu lieu dans les 72 dernières heures, informer sur le traitement post-exposition (TPE).

POST-TEST

Le conseil post-test fait partie intégrante du processus de dépistage. Toute personne se soumettant à un test devrait bénéficier de conseils lorsqu'on lui remet le résultat.

Conseils à fournir aux personnes dont le résultat est séronégatif :

- › Une explication du résultat du test, et des informations sur la «fenêtre sérologique» dans le cas d'une exposition récente ;
- › Des conseils de base sur les méthodes de prévention du VIH, y compris sur l'utilisation des préservatifs et les pratiques d'injection à moindre risque ;
- › La fourniture de préservatifs et/ou de matériel d'injection stérile ;
- › Des conseils sur un test de suivi, basé sur l'évaluation des risques ;
- › Des conseils sur l'usage de la prophylaxie préexposition (PrEP).

Conseils à fournir aux personnes dont le résultat est séropositif :

- › Informer du résultat simplement et clairement ;
- › S'il s'agit d'un test rapide à orientation diagnostique (TROD), une confirmation du résultat en laboratoire est nécessaire ;
- › S'assurer que la personne comprend le résultat et lui permettre de poser des questions ;
- › Discuter des préoccupations immédiates et aider la personne à identifier le réseau social disponible pour offrir un soutien immédiat ;
- › Décrire les services de suivi disponibles et, si possible, les orienter vers les systèmes de soin et, en fonction des situations, vers un Centre de référence sida ;
- › Fournir des informations sur la prévention du VIH ;
- › Fournir du matériel d'injection stérile, des préservatifs, et des conseils sur leur utilisation ;
- › Discuter de la divulgation du résultat : quand, comment et à qui ;
- › Encourager les tests VIH des partenaires et des enfants ;
- › Proposer et organiser le traitement antirétroviral (ARV), quel que soit le niveau des CD4⁵⁹.

DÉPISTAGE DU VIH

Promouvoir le dépistage volontaire

Le dépistage du VIH doit être volontaire et respecter les principes de consentement éclairé, de confidentialité, de conseil, d'exactitude de résultats et de relais vers d'autres services⁶⁰. L'imposition du test s'oppose aux bonnes pratiques de la santé publique et représente une violation des droits de l'homme et de la législation belge. Tout test de dépistage devrait inclure un *counseling* pré et post-test.

En Belgique, le dépistage VIH et/ou IST peut être effectué dans l'un des centres de référence sida, dans les centres de dépistage anonymes et gratuits, les cliniques et cabinets médicaux, les centres de planning familial, les maisons médicales ou chez un-e médecin.

Les tests de dépistage proposés sont généralement de 4^e génération, et permettent de détecter la présence du virus avec certitude 6 semaines après une prise de risques. Un nouveau test de dépistage réalisé tous les 6-12 mois est recommandé pour les personnes à risque élevé d'exposition au VIH, comme les UDI.

Approches novatrices pour le dépistage précoce du VIH

La détection tardive du VIH est associée à une hausse de morbidité et de mortalité.

59 Cellules du système immunitaire affectées par le VIH. OMS. Notes d'orientation: lignes directrices unifiées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. 2016.

60 OMS (2015). Consolidated guidelines on HIV testing services, 5C: Consent, confidentiality, counseling, correct results and connection.

Or, de nombreux nouveaux cas de VIH sont, chaque année, dépistés au stade avancé de la maladie. Les UDI sont particulièrement concerné-e-s : en 2015 en Europe, 58 % des nouveaux cas déclarés de VIH liés à l'injection de drogues étaient diagnostiqués à un stade tardif⁶¹.

De nouvelles approches en faveur du diagnostic précoce du VIH sont à présent disponibles dans un certain nombre de pays :

Test VIH à domicile ou auto-test VIH

Il s'agit d'un kit à usage unique qui sert à la détection rapide des anticorps spécifiques au VIH. Il permet à l'utilisateur-riche de prélever son propre échantillon de sang (ou de salive⁶²), d'exécuter le test et d'interpréter le résultat en privé ou avec une personne de confiance. L'auto-test VIH ne dépiste ni les autres IST ni les hépatites virales. Le résultat est obtenu en 15 minutes environ. Un test réactif nécessite d'être confirmé par un dépistage de 4^e génération. Un résultat négatif peut ne pas être fiable si une contamination au VIH a eu lieu dans les trois mois précédant le test.

En Belgique, le kit est disponible en vente libre en pharmacie depuis novembre 2016, au prix de 30 euros environ.

Réseau de prévention, de réduction des risques, de soins et d'accompagnement liés à l'usage de drogues et/ou au VIH/sida

Il existe de nombreuses institutions actives dans le secteur de la toxicomanie et/ou du sida en Belgique. Ces structures proposent notamment des permanences d'accueil, des consultations ambulatoires, des services d'information, le dépistage IST/VIH, l'accompagnement psycho-médico-social, et l'orientation.

Les intervenant-e-s impliqué-e-s dans la lutte contre les IST/sida en Région de Bruxelles-capitale sont organisé-e-s en réseau depuis 2004⁶³.

Tests VIH rapides permettant le dépistage démedicalisé et décentralisé : les TROD

Les tests rapides à orientation diagnostique (TROD) nécessitent le prélèvement d'une goutte de sang ou de salive. Selon le modèle utilisé, l'interprétation s'effectue par lecture directe après 5-30 minutes. En cas de résultat positif au VIH, une confirmation doit être effectuée à l'aide de tests en laboratoire.

Dans certains pays dont la France, le TROD VIH est utilisé par des intervenant-e-s du secteur associatif formé-e-s à son utilisation. L'approche démedicalisée permet d'accroître l'acceptabilité du dépistage et de faciliter son accès à des publics difficiles à atteindre et fortement exposés au risque, comme les usager-ère-s de drogues par injection, les populations migrantes, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ou les professionnel-le-s du sexe.

Utilisation de prestataires communautaires formé-e-s pour le diagnostic rapide du VIH, en complément du dépistage réalisé dans les établissements de santé

Recommandation de l'OMS : les prestataires communautaires ayant reçu une formation peuvent, en utilisant des tests diagnostiques rapides, délivrer de manière autonome des services sûrs et efficaces de dépistage du VIH⁶⁴.

Soutenir le dépistage décentralisé et démedicalisé à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique est l'une des actions stratégiques figurant dans le plan VIH belge 2014-2019. Or, un tel dépistage était toujours illégal en Belgique jusqu'en 2016, en raison de l'arrêté royal 78 qui l'interdit. Une résolution de modification de la législation a été approuvée par la Commission de Santé publique et par le Parlement en avril 2016. Depuis décembre 2016, une loi⁶⁵ autorise la réalisation de tests démedicalisés par d'autres personnes qu'un-e médecin, à condition d'avoir bénéficié d'une formation et reçu l'autorisation nécessaire. Aucun arrêté royal d'exécution n'a encore été adopté afin de définir les conditions de mise en œuvre de ce dispositif, mais un projet est en cours au moment où nous imprimons ces lignes.

61 OEDT (2017). Rapport européen sur les drogues, Tendances et évolutions. Luxembourg: EMCDDA.

62 En Belgique, seul l'auto-test sanguin est disponible.

63 Stratégies concertées des acteurs IST/SIDA, <http://www.strategiesconcertees.be>

64 OMS, Dépistage du VIH, L'OMS préconise le dépistage du VIH par des prestataires communautaires. Mars 2016.

65 Loi du 18/12/2016 portant des dispositions diverses en matière de santé. Section 2, article 96. http://www.etaamb.be/fr/loi-du-18-decembre-2016_n2016024298.html

TRAITEMENT DU VIH

En Belgique, le nombre de patient-e-s traité-e-s pour le VIH augmente régulièrement, avec une moyenne de 755 patient-e-s supplémentaires chaque année. Au total en 2015, 15 266 personnes ont bénéficié d'un suivi médical pour le VIH⁶⁶.

Favoriser la mise sous traitement précoce des personnes séropositives au VIH

Depuis 2015, l'OMS préconise l'administration précoce du traitement antirétroviral à toutes les personnes vivant avec le VIH, indépendamment de leur statut clinique ou immunologique. Le traitement antirétroviral standard consiste à associer au moins 3 médicaments pour diminuer la charge virale jusqu'au niveau indétectable.

Nouvelles lignes directrices en matière de thérapie antirétrovirale (OMS, 2015)

«Toute personne infectée par le VIH devrait commencer le traitement antirétroviral le plus tôt possible après le diagnostic».

La mesure de la charge virale est la méthode de suivi privilégiée pour déterminer et confirmer l'impact du traitement. Elle doit être effectuée à 6 et 12 mois après le début du traitement, puis tous les 6 mois. Le maintien d'une charge virale indétectable améliore la santé du/de la patient-e, allonge sa durée de vie et empêche la transmission sexuelle du VIH.

66 WIV-ISP (2016). Epidémiologie du sida et de l'infection au VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2015.

Traitement du VIH pour les usager-ère-s de drogues par injection

En matière de traitement, l'OMS préconise le même schéma thérapeutique pour les adolescent-e-s et les adultes consommateur-ric-e-s de drogues par injection que les autres personnes vivant avec le VIH⁶⁷.

Le traitement comme moyen de prévention : usage de la prophylaxie préexposition (PrEP) pour les personnes séronégatives fortement exposées au risque d'infection au VIH

L'OMS recommande désormais l'usage de la PrEP aux personnes de plus de 18 ans qui sont séronégatives et exposées à un risque accru d'infection au VIH⁶⁸. Ce traitement préventif consiste à prendre (quotidiennement ou par intermittence) un médicament antirétroviral (Truvada®) par voie orale.

La PrEP est une option supplémentaire de prévention du VIH. Son utilisation ne se substitue pas à d'autres méthodes de réduction des risques, comme l'utilisation de matériel stérile d'injection et l'usage systématique du préservatif. En effet, le traitement ne protège pas des autres IST.

Depuis juin 2017, le Truvada® est remboursé en Belgique, sous conditions.

67 OMS. Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Juin 2016.

68 OMS. Notes d'orientation : lignes directrices unifiées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. 2016

Il peut être prescrit, après évaluation, par un-e médecin spécialiste rattaché-e à un centre de référence sida qui a conclu une convention de rééducation fonctionnelle avec l'INAMI.

Le traitement nécessite une surveillance régulière, notamment sur le plan rénal. Les interactions potentielles entre la PrEP et l'usage de psychotropes sont encore peu documentées⁶⁹.

Le traitement comme moyen de prévention : le traitement post-exposition (TPE) d'urgence pour les personnes séronégatives en cas d'exposition accidentelle au VIH

Le TPE est un traitement préventif d'urgence qui peut être proposé à toute personne séronégative (adulte ou enfant) ayant été confrontée à une exposition à haut risque d'infection au VIH : agression sexuelle, exposition au sang ou à un liquide biologique contaminé, partage ou réutilisation de seringue lors de la consommation de drogues injectables, rupture de préservatif avec une personne séropositive ou suspectée de l'être.

Débuté idéalement dans les 4 heures suivant l'exposition (au plus tard 72 heures), le TPE peut réduire le risque d'infection au VIH d'au moins 80 %. Le traitement est composé d'antirétroviraux sous forme de comprimés à prendre pendant 28 jours, sous contrôle médical. Les effets secondaires digestifs sont fréquents. Afin d'améliorer l'observance thérapeutique, l'OMS recommande de fournir des conseils

69 Eurotox (2016). RDR. Bonnes pratiques en réduction des risques. Bruxelles: Eurotox asbl.

renforcés aux patient-e-s, et de prescrire la totalité du traitement de 28 jours dès la première visite médicale.

En Belgique, le TPE peut être délivré gratuitement, après évaluation, par un-e médecin ou un service d'urgence rattaché à un centre de référence sida.

TRAITEMENT DES CO-INFECTIONS ASSOCIÉES À L'USAGE DE PSYCHOTROPES

Une difficulté dans la prise en charge de co-infections associées à l'usage de psychotropes, est de combiner plusieurs traitements, au sein d'une stratégie thérapeutique globale. Dans le cadre du suivi médical de co-infections VIH et hépatite C (VHC), plusieurs aspects sont par exemple considérés⁷⁰ :

- › Effets potentiels de la thérapie antirétrovirale sur la maladie hépatique ;
- › Moment de l'initiation de la thérapie antirétrovirale ;
- › Risques d'hépatotoxicité liés à l'initiation de la thérapie antirétrovirale ;
- › Interactions médicamenteuses potentielles lors de l'initiation de la thérapie VHC ;
- › Adhérence aux traitements VIH et VHC, en particulier en présence d'une dépendance aux psychotropes.

La prise en charge des co-infections associées à l'usage de psychotropes nécessite souvent une prise en charge

médicale pluridisciplinaire (immunologie, hépatologie, psychiatrie) et la collaboration avec d'autres acteurs tels que les centres de soin et d'accompagnement en toxicomanie. Afin d'assurer le continuum des soins et de renforcer l'adhérence au traitement de co-infections, il existe des centres intégrés.

POUR EN SAVOIR PLUS

OMS (2015). *Consolidated guidelines on HIV testing services. 5C: Consent, confidentiality, counseling, correct results and connection.*★

OMS (2016). *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés.*★

BONNES PRATIQUES

SERVICE INTÉGRÉ POUR TRAITER LE VIH, LA TUBERCULOSE ET L'USAGE DE DROGUES AU PORTUGAL⁷¹

Les usager-ère-s de drogues par injection sont exposé-e-s à un risque plus élevé de contracter la tuberculose et le VIH. La thérapie de substitution aux opiacés renforce l'observance du traitement antirétroviral et celui de la tuberculose, tout en améliorant les résultats thérapeutiques.

Or, les traitements et le suivi médical du VIH et de la tuberculose sont généralement dispensés dans des services et des lieux différents, ce qui représente un obstacle majeur en matière d'observance. Les villes portugaises de Porto et de Vila Nova de Gaia ont réuni ces services au sein d'un seul centre intégré, en adoptant une approche centrée sur le client.

Le système intégré renforce l'accessibilité des soins proposés aux UDI. Divers facteurs clés améliorent également leur efficacité :

- › L'accès généralisé et permanent à la thérapie de substitution aux opiacés dans la communauté et les établissements de soins spécialisés ;
- › La participation des équipes de proximité ;
- › L'adoption d'une approche centrée sur la personne ;
- › La collaboration multi-agences efficace.

Les facteurs suivants permettent de dupliquer ce dispositif de soins intégrés dans d'autres contextes :

- › Disponibilité et intensification de la thérapie de substitution aux opiacés, et souplesse en matière de dispensation du traitement ;
- › Participation des organisations de la société civile ;
- › Capacités, ressources et volonté de collaboration interservices aux niveaux local et national.

70 Hull, M., Shafran, S., Wong, A. et al. (2016). CIHR Canadian HIV Trials Network Coinfection and Concurrent Diseases Core Research Group: 2016 Updated Canadian HIV/Hepatitis C Adult Guidelines for Management and Treatment. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*. Volume 2016.

71 OMS. Une approche centrée sur la personne : traitement intégré du VIH, de la tuberculose et de l'usage de drogues au Portugal. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/multimedia/photo-story-putting-people-at-the-centre-integrated-treatment-for-hiv-tuberculosis-and-drug-dependence-in-portugal>

L'hépatite C est une maladie infectieuse du foie provoquée par un virus (VHC) transmis par le sang. Comme l'hépatite B, elle représente l'une des formes les plus graves d'hépatite virale. Découverte à la fin des années 1980, l'hépatite C est une préoccupation majeure de santé publique. Selon l'OMS, la forme chronique de la maladie affecte près de 71 millions d'individus dans le monde dont plus de 5 millions en Europe. Elle est à l'origine de 399 000 décès par an⁷².

USAGE DE DROGUES ET HÉPATITE C

Depuis la mise en place du dépistage systématique de l'hépatite C dans les produits sanguins en Europe occidentale, la transmission du VHC a fortement diminué. En Europe, la principale voie de transmission de l'hépatite C est l'injection de drogues, en raison des pratiques de partage de matériel de consommation (seringue, filtre, cuillère, etc.).

Les usager-ère-s de drogues par injection (UDI) représentent le groupe le plus exposé au risque de transmission du VHC : la prévalence mondiale du VHC parmi les UDI est estimée à 67 %⁷³. En Europe, la prévalence au VHC chez les UDI se situait entre 16 et 84 % en 2014-2015, selon les pays⁷⁴. En Belgique, l'étude nationale «Drug-Related Infectious Disease» menée

en 2012, fait état d'une prévalence au VHC de 43,3 % parmi des UDI fréquentant les Maisons d'accueil socio-sanitaires. En Région bruxelloise, les données issues du projet Lama indiquent une prévalence de 40,6 % parmi les usager-ère-s dépisté-e-s en 2015⁷⁵.

TRANSMISSION DU VHC

Le virus de l'hépatite C se transmet par voie sanguine. Il est capable de résister plusieurs semaines au contact de l'air, et à un pouvoir de contamination très élevé. Les modes de transmission les plus fréquents sont :

- › La consommation de drogues en partageant du matériel contaminé ;
- › La réutilisation ou la mauvaise stérilisation du matériel médical, en particulier des seringues et des aiguilles, dans certains centres de soins ;
- › La transfusion de sang et de produits sanguins n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage.

ÉVOLUTION DE L'INFECTION AU VHC

L'hépatite virale C peut être aiguë ou chronique. La phase aiguë de la maladie dure environ six mois, et elle est généralement asymptomatique. Les personnes contaminées sont donc rarement diagnostiquées. L'infection au VHC guérit spontanément dans 20 % des cas. Environ 80 % des personnes infectées restent porteuses chroniques du virus et sont donc susceptibles à leur tour de transmettre le VHC. En l'absence de traitement et après 20 ans d'évolution en moyenne, la maladie

peut mener à une fibrose, à une cirrhose ou à un cancer du foie.

PRÉVENTION DU VHC

La prévention primaire et secondaire de l'hépatite C est essentielle car il n'existe aucun vaccin. À l'échelle des pays, l'approche préventive la plus efficace consiste à renforcer les activités de promotion de la santé et de réduction des risques. Celles-ci incluent l'information, les conseils, l'accompagnement, la fourniture de matériel stérile et les traitements de substitution. Au niveau individuel, dans le cadre de l'usage de drogues par voie intraveineuse ou nasale, la prévention de la transmission du VHC implique :

- › L'abandon de l'injection ou, à défaut, l'utilisation de matériel d'injection stérile et à usage unique ;
- › Le non-partage de paille ou de billet en cas de pratique du sniff ;
- › Le non-partage de la pipe en cas de consommation de crack/freebase ;
- › Le non-partage des objets de toilette personnels (rasoir, brosse à dents...).

72 OMS (2017). Hépatite C, Aide-mémoire no 164.

73 OMS (2014). Dépistage, soins et traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : lignes directrices de l'OMS.

74 OEDT (2017). Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. Luxembourg : EMCDDA.

75 Hogge, M. & Stévenot, C. (2017). L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles, Rapport 2016. Bruxelles : Eurotox asbl.

PRATIQUES PRÉSENTANT UN RISQUE ÉLEVÉ DE TRANSMISSION DU VHC

Partager du matériel d'injection de drogues

Le matériel utilisé pour préparer et injecter de la drogue peut être contaminé par une faible quantité de sang. Une seule utilisation d'un article partagé (aiguille, seringue, réchaud, eau, filtre, garrot et tampon d'alcool) justifie un test de dépistage du VHC.

Partager du matériel pour fumer ou sniffer de la drogue

Pipes à crack, pailles ou billets peuvent être contaminés par de faibles quantités de sang en raison de blessures aux mains ou des lèvres fendillées.

La transfusion de sang et de produits sanguins n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage systématique.

Réutiliser du matériel médical ou chirurgical qui n'est pas correctement stérilisé.

Partager du matériel de tatouage ou de piercing

Les aiguilles, le matériel et l'encre peuvent comporter du sang contaminé.

Pratiques ou rituels impliquant des coupures ou des incisions

L'échange de sang ou le partage d'instruments tranchants peuvent transmettre le VHC.

PRATIQUES PRÉSENTANT UN CERTAIN RISQUE DE TRANSMISSION DU VHC

Partager des articles d'hygiène en contact avec le sang

Le partage de rasoirs, tondeuses, brosses à dents, coupe-ongles ou pinces à épiler peut transmettre le VHC.

Avoir des relations sexuelles non protégées

Il peut y avoir un risque de transmission lors d'un rapport sexuel non-protégé et traumatique (principalement anal) ou lors d'un rapport sexuel non-protégé durant la période de menstruation avec une femme porteuse du VHC.

La transmission du VHC par voie sexuelle est favorisée par la co-infection VIH ou d'autres IST.

Exposition professionnelle pour le personnel soignant

Se blesser accidentellement avec l'aiguille d'une seringue qui pourrait avoir été contaminée par le VHC.

La transmission mère-enfant lors de la grossesse ou à l'accouchement

Le taux de transmission du VHC de la mère à l'enfant est de 5 % et dépend de la charge virale. Le risque de transmission fœto-maternelle est multiplié par 4 lorsque la mère est porteuse du VIH.

DÉPISTAGE DU VHC

L'offre de tests volontaires de dépistage du VHC à tou-te-s les usager-ère-s de drogue en traitement est considérée comme une bonne pratique.

Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD), plus communément appelés «dépistage rapide» sont également de précieux outils de réduction des risques et de dépistage auprès des publics peu en lien avec les structures de soins.

La mortalité et la morbidité liées au VHC diminuent lorsque la prise en charge est précoce, d'où l'importance du dépistage. Celui-ci représente une opportunité pour prodiguer des conseils et orienter les personnes vers des services de soins et de réduction des risques.

Le dépistage de l'hépatite C est recommandé aux personnes susceptibles d'être exposées à un risque accru d'infection ou qui ont des antécédents d'exposition au risque :

- › Les consommateur-riche-s de drogues par injection et par voie nasale ;
- › Les personnes ayant reçu des produits sanguins infectés ou ayant fait l'objet d'examen-s invasifs dans des centres de santé où les techniques de prévention sont insuffisantes ;
- › Les enfants nés de mères infectées par le VHC ;
- › Les personnes dont les partenaires sexuel-le-s sont infecté-e-s par le VHC ;
- › Les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) ;

- › Les personnes atteintes de l'infection à VIH ;
- › Les détenu-e-s ou les personnes qui ont été incarcérées dans le passé ;
- › Les personnes qui sont tatouées ou portent des piercings.

Le dépistage débute par un test sanguin permettant de détecter les anticorps anti-VHC. Il s'effectue par prise de sang, chez un-e médecin généraliste, dans un laboratoire de biologie médicale ou dans un centre anonyme et gratuit. Il peut aussi être réalisé par un TROD grâce au prélèvement d'une goutte de sang ou de salive⁷⁶. Tout dépistage positif doit être confirmé et suivi d'un dosage sérique pour rechercher la **présence du virus dans le sang** (ARN viral). Chez les patient-e-s exposé-e-s à un ou plusieurs facteurs de risque au cours du mois précédant le dépistage, une nouvelle recherche de l'ARN du VHC devra être réalisée six mois plus tard. Après confirmation du diagnostic d'hépatite chronique virale C, la prise en charge doit être assurée dès que possible, par un-e médecin spécialisé-e.

Dans le cadre d'un ensemble complet d'interventions visant la réduction des risques de transmission du VHC, l'OMS recommande un dépistage ciblé du VHC chez les usager-ère-s de drogues injectables :

- › Un dépistage régulier est nécessaire chez les personnes qui présentent un risque continu d'infection.
- › La possibilité d'une nouvelle infection après élimination spontanée du virus ou d'un traitement réussi doit également être envisagée.
- › Les personnes qui ont déjà été infectées doivent être à nouveau testées à l'aide d'un test de détection de l'ARN car après une première infection, ces personnes restent positives pour les anticorps.
- › Le dépistage et le traitement de l'infection à VHC dans les services spécialisés en toxicomanie ont un bon rapport coût-efficacité dans les pays à revenu élevé.
- › Chez les UDI, le dépistage du VHB et du VIH est également recommandé.

TRAITEMENT DU VHC

Évaluation en vue du traitement : bilan pré-thérapeutique

Toutes les personnes atteintes d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C, y compris les UDI, doivent pouvoir accéder à une évaluation en vue du traitement. Il est également nécessaire de leur fournir des informations axées sur l'évolution de la maladie, ses modes de transmission, le traitement et les stratégies de réduction des risques.

Évaluation de la consommation d'alcool

La consommation modérée ou élevée d'alcool est nocive pour les personnes atteintes de VHC car elle augmente le risque de cirrhose. Pour l'OMS, l'évaluation devrait être accompagnée d'une intervention brève afin de réduire la consommation d'alcool et orienter le/la patient-e⁷⁷. L'outil ASSIST⁷⁸ peut être utilisé pour évaluer et classer le niveau de consommation d'alcool ou d'autres substances, fournir des conseils et proposer un guide d'auto-prise en charge destiné au/à la patient-e.

76 L'usage des TROD VHC se développe rapidement dans plusieurs pays européens, y compris en milieu d'aide mais il reste non reconnu en Belgique.

77 OMS (2014). Dépistage, soins et traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : lignes directrices de l'OMS.

78 ASSIST: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*, développé par l'OMS, in OMS (2014). Dépistage, soins et traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : lignes directrices de l'OMS.

Initiation du traitement par des antiviraux à action directe (AAD)

Depuis 2014, il existe plusieurs nouveaux médicaments destinés au traitement de l'hépatite C qui donnent des taux de guérison supérieurs à 90 %. L'accès au diagnostic et au traitement à un coût abordable reste toutefois encore trop limité⁷⁹.

Les nouvelles combinaisons antivirales (dites «à action directe» : AAD) ont une efficacité bien supérieure aux traitements classiques. Les médicaments sont administrés par voie orale, pendant une période plus courte et avec moins d'effets secondaires, ce qui accroît le maintien en traitement. En Belgique, ces médicaments sont accessibles depuis 2016 et leur remboursement s'est étendu à des patient-e-s qui n'y avaient pas droit auparavant.

L'OMS recommande que l'ensemble des personnes porteuses d'hépatite C bénéficient des nouvelles combinaisons antivirales, à l'exception de certains groupes porteurs de génotypes spécifiques⁸⁰.

Les pratiques d'injection ou les traitements de substitution ne sont pas des contre-indications au traitement.

Avant d'entamer le traitement anti-VHC, il est nécessaire de procéder au génotypage du virus. Celui-ci influence le type et la durée du traitement.

L'infection chronique par le VHC est une maladie systémique qui nécessite une prise en charge individualisée. L'attention portée à l'observance du traitement et aux

interactions médicamenteuses potentielles est essentielle. Le traitement du VHC chez les UDI nécessite une prise en charge multidisciplinaire impliquant des acteurs médicaux, paramédicaux et médico-sociaux. Les services spécialisés dans les dépendances peuvent s'avérer nécessaires pour proposer un traitement de substitution aux opiacés et fournir du matériel d'injection stérile.

Observance du traitement

L'observance au traitement semble améliorée par des approches multidisciplinaires incluant des méthodes psycho-éducatives. L'accès au soutien par les pairs et au soutien social est également très important car il permet de renforcer la participation au traitement. La prise supervisée des médicaments (*directly observed therapy* : DOT) peut également améliorer l'observance, notamment dans le cadre des programmes de substitution aux opiacés. Après l'obtention d'une réponse virologique soutenue, le suivi du/de la patient-e doit être assuré par le/la médecin généraliste et/ou le/la médecin spécialiste. Une attention particulière doit être portée au risque de réinfection.

Le réseau hépatite C Bruxelles asbl

propose à toute personne porteuse du VHC un accompagnement personnalisé améliorant significativement la compliance dans les différentes étapes du traitement. Il s'adresse prioritairement aux usagers de drogues ainsi qu'au public fragilisé (sans-papiers, sans-abris, etc.).

> www.reseauhepatitec.be

POUR EN SAVOIR PLUS

OEDT (2016). Hepatitis C among drug users in Europe: *epidemiology, treatment and prevention*. EMCDDA Insights 23.★

Ministère français des affaires sociales et de la santé (2016). *Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016*. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux, sous l'égide de l'ANRS et du CNS et avec le concours de l'AFEF.★

OMS (2017). *Rapport mondial sur l'hépatite, Résumé d'orientation*.★

OMS (2014). *Dépistage, soins et traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : lignes directrices de l'OMS*.★

79 OMS (2017). Rapport mondial sur l'hépatite, Résumé d'orientation.

80 OMS (2017). Hépatite C, Aide-mémoire no 164.

4.1 SOINS EN MILIEU CARCÉRAL

La population carcérale est globalement en moins bonne santé que la population générale. Entre autres, la prévalence de certaines maladies infectieuses telles que le VIH ou le VHC y est plus élevée. De plus, alimenté par le système prohibitionniste, le milieu carcéral comporte, par rapport à la population générale, davantage d'usager-ère-s de drogues. Certain-e-s détenu-e-s poursuivent une consommation antérieure à la privation de liberté, mais ont aussi été, parfois, initié-e-s dans l'enceinte de l'établissement. L'usage peut en effet être un moyen de gérer l'ennui ou de diminuer le stress qu'entraînent l'enfermement, la promiscuité et la violence du milieu carcéral ; il peut également servir à l'automédication (par exemple, gestion de la douleur).

Les détenu-e-s souffrent souvent de difficultés physiques, psychologiques et médicales d'une grande complexité, que les mauvaises conditions de vie en prison peuvent provoquer ou aggraver (surpopulation, promiscuité, stress, insalubrité, ennui, violences, etc.). Les conditions de détention, d'une part, et l'accès restreint aux soins et aux outils de RDR⁸¹,

d'autre part, amplifient les risques inhérents à la prise de drogues et contraignent à adopter des comportements à risque (rapports sexuels non protégés, injection, tatouage et piercing avec du matériel usagé).

Si certain-e-s détenu-e-s ont initié un traitement médical et/ou une thérapie pour un usage problématique avant leur incarcération, un grand nombre d'entre eux/elles entrent pour la première fois en contact avec le système de soin lors d'une incarcération. Les soins sont initiés soit à la demande de la personne détenue, soit dans le cadre d'une injonction thérapeutique. Les établissements pénitentiaires doivent donc proposer à la fois la poursuite des traitements initiés à l'extérieur et la possibilité d'initier un traitement *intramuros*. De plus, compte tenu de la complexité des parcours et profils des détenu-e-s usager-ère-s, une approche pluridisciplinaire, globale et intégrée est indispensable et doit compléter toute prescription médicamenteuse. La stabilisation des usager-ère-s, la baisse de leur consommation ou l'abstinence s'accompagnent d'une baisse de l'usage de drogues, de la récidive et des overdoses après la sortie ; elles facilitent également la réinsertion sociale et limitent l'épidémie de VIH/VHC et la transmission des IST au sein de la population carcérale et dans la population générale.

LES PARTICULARITÉS DU MILIEU CARCÉRAL

La prison est une institution totale⁸², ce qui signifie que les individus qui y résident ont des contacts limités et soumis à conditions avec le monde extérieur, que leurs besoins sont pris en charge par l'institution et que leur quotidien est minutieusement et explicitement réglé, contrôlé et chronométré. Pour cela, elle instaure des règlements, des procédures et des protocoles, ainsi qu'un système de récompenses et de sanctions. Elle organise également les liens avec l'extérieur (famille, société civile, professionnels de la santé) et avec l'ensemble du système policier et judiciaire (entrée, sortie, transferts).

D'une part, donc, l'établissement contrôle et organise l'accès aux soins de santé et aux médicaments. Ainsi, dans le cadre d'une accessibilité aux soins (voir plus bas), une incarcération peut offrir un cadre favorable à la stabilisation du/de la patient-e et à la mise en œuvre d'un traitement ou d'un accompagnement. La surveillance régulière et constante des individus pourrait théoriquement favoriser le suivi de l'état de santé physique et mentale des détenu-e-s, et permettrait la prévention du suicide et de l'automutilation, la prévention des overdoses, ainsi que la supervision de la

81 À noter que certains outils de RDR, notamment l'échange de seringue, sont tout bonnement

indisponibles en prison.

82 Concept largement associé à Goffman, E. (1968). *Asiles ; Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Éditions de Minuit.

prise des médicaments et l'ajustement de la posologie. Dans la pratique, cependant, le manque de personnel ne permet pas un tel suivi. De plus, les problèmes de santé mentale des détenu-e-s ne sont pas étrangers aux mauvaises conditions de détention.

La sortie d'un environnement aussi contrôlé est un moment critique, notamment en raison des multiples défis physiques, pratiques et psychosociaux qui l'accompagnent et sont sources de stress. La difficulté est d'autant plus grande chez les détenu-e-s qui ont un historique d'usage problématique de drogues (les usager-ère-s d'héroïne en particulier), pour lequel-le-s la sortie de prison représente un risque fortement accru de récidive, de rechute et/ou d'overdose. Ceci s'explique notamment par le retour dans un environnement à risque (en termes d'usage de drogue et/ou de criminalité), la rupture dans la continuité des soins, et une baisse de la tolérance aux opiacés au cours de l'incarcération.

D'autre part, bien que le caractère extrêmement sécurisé de l'institution carcérale n'enraye pas la circulation des drogues illicites (ou détournées de leur usage médical), il l'entrave en partie. Dès lors, l'entrée en prison (ou la garde à vue) peut s'accompagner d'un arrêt contraint des consommations et donc de symptômes de sevrage ou de *craving*. L'abstinence forcée requiert donc un accompagnement global et éventuellement médicamenteux, d'autant plus qu'il existe une forte corrélation entre sevrage et suicide lorsque les programmes de sevrage ou de stabilisation ne sont pas adéquats (UNODC, n.d.).

ÉQUIVALENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

En dépit du principe d'équivalence de soins entre la prison et le milieu libre, reconnu par la loi de Principes du 12 janvier 2005, la privation de liberté s'accompagne trop souvent d'une privation des services en matière de santé ou d'une obstruction de l'accès à ceux-ci. D'une part, les acteurs (santé, prévention, promotion de la santé, RDR) *intra* et *extramuros* manquent de moyens humains et financiers suffisants pour mener leurs missions à bien⁸³ ; d'autre part, l'éclatement des compétences entre moult ministres et niveaux de pouvoir est un obstacle majeur à une politique globale, cohérente, concertée et intégrée en matière de santé des détenu-e-s.

La transition entre milieu carcéral et milieu libre confronte souvent l'usager-ère à un vide sanitaire, inopportun en raison de la situation complexe dans laquelle il/elle se trouve déjà. La compétence «santé des détenu-e-s» est en effet aux mains du SPF Justice, qui mène une politique de santé isolée du réseau de soins *extramuros* et inadaptée aux besoins sociosanitaires des détenu-e-s. Aussi, la continuité et l'équivalence des soins exigent avant tout le transfert de la compétence «santé des détenu-e-s» vers le SPF Santé publique et le SPF Sécurité sociale.

Certaines pratiques participent à la continuité des soins :

- › Le dossier médical de la personne détenue est tenu à jour et le suit dans tous ses déplacements et à sa sortie ;

83 Les acteurs peuvent aussi manquer de formation, notamment pour adapter leurs pratiques professionnelles au contexte carcéral.

- › Le choix du traitement et sa posologie sont adaptés à la durée probable de la détention et anticipent une sortie inopinée et le retour dans le monde libre⁸⁴ ;
- › Pour diminuer les risques de privation d'un traitement, de rechute ou d'overdose (OD), le personnel soignant peut également planifier et arranger un continuum de soins entre les unités médicales de la prison et les partenaires extérieurs (y compris en matière de logement).

Des unités de transition peuvent faciliter l'orientation de l'usager-ère à sa sortie et son intégration dans un programme similaire en milieu libre. Pour les TSO spécifiquement, elles peuvent accompagner l'usager-ère en délivrant encore le traitement pendant les premiers jours qui suivent la sortie. En Belgique, les unités qui accompagnent les détenu-e-s (usager-ère-s ou non) à la sortie de prison sont rares. Mais des partenariats avec certains établissements pénitentiaires sont parfois conclus afin de permettre la délivrance par les services de santé de la prison de l'équivalent de 72h de traitements pour les détenu-e-s sous TSO à la sortie.

84 Ce point est toutefois à nuancer : la durée de détention est bien souvent impossible à définir. Les détenu-e-s peuvent être libéré-e-s du jour au lendemain ou être transféré-e-s sans que le personnel pénitentiaire ou soignant n'en soit informé.

QUELQUES BALISES POUR LE PERSONNEL SOIGNANT

Pendant la garde à vue

- › Examen médical : recherche de signes d'intoxication, de dépendance ou de *craving*
- › Poursuivre TSO initié à l'extérieur ou traiter les symptômes de sevrage/*craving*
- › Prévenir les risques d'OD/d'intoxication (en cas d'ingestion de drogues lors de l'arrestation), d'automutilation ou de suicide
- › S'assurer que le/la détenu-e est en état de donner son consentement éclairé
- › S'assurer de l'aptitude de la personne détenue à suivre un interrogatoire, afin d'éviter les fausses confessions.

À l'entrée de la prison

- › Information des détenu-e-s (risques liés à l'usage de drogues, transmission du VIH et IST, services disponibles intra et extramuros, principes de confidentialité, vaccination et dépistage disponibles, etc.)
- › Visite médicale d'entrée et examens complémentaires : repérage des consommations, évaluation des dépendances, dépistage des maladies transmissibles, évaluation de la motivation des patient-e-s et des risques immédiats (automutilation, suicide), identification des problèmes co-existants, etc. Un test urinaire peut être mené afin de détecter un usage de drogues ou la prise d'un TSO.
- › En cas de TSO préalable, contact est pris avec le prescripteur habituel (ou pharmacien-ne dans le cas où celui-ci n'est pas joignable)
- › En attendant l'authentification ou la prescription de TSO, les manifestations de manque sont prises en charge
- › Lorsque la dépendance aux opiacés est avérée mais que la prescription n'a pas pu être authentifiée, la prescription est alors envisagée comme une primo-prescription.

Pendant l'incarcération

- › Information des détenu-e-s
- › Projets de promotion de la santé accessibles à toutes les personnes détenues
- › Évaluation et ajustements du traitement

- › Prévention de l'usage de substances psychoactives, des pratiques à risque, du mésusage (sniff, inhalation ou injection) et du détournement des TSO ; mise en place de programmes d'échange de seringues
- › Intégration de la naloxone en prison
- › Promotion de l'éducation thérapeutique⁸⁵
- › Le renouvellement d'une prescription obéit aux mêmes règles qu'à l'extérieur et suppose une consultation médicale. Si une consultation médicale ne peut être assurée, une prolongation temporaire de la délivrance peut être mise en place
- › Le personnel en contact avec le/la patient-e est attentif aux symptômes de sous-dosage, aux risques suicidaires, aux arrêts de traitement, etc.

En prévision de la sortie ou d'un transfert

- › Assurer la continuité du traitement ; assurer si possible un rendez-vous médical le jour de la sortie ou le jour suivant
- › Prévenir l'usage de substances psychoactives et des rechutes/OD
- › Former à l'utilisation de naloxone à domicile afin de réduire les morts par OD après la sortie de prison⁸⁶
- › Faire le lien avec l'établissement de transfert ou les professionnels/structures de soins extérieurs, ainsi que les intervenant de la réinsertion, en prévision de la sortie
- › Et/ou remettre les copies des examens, liste des médicaments, ordonnances, etc. au patient, ainsi que des médicaments pour une durée déterminée et le contact d'un-e médecin/centre de soins à l'extérieur
- › Assurer le relais de la prescription et de la délivrance (en particulier avant un weekend) afin d'éviter toute rupture de soins lors de la sortie
- › Le traitement ou la posologie du TSO peuvent être révisés en prévision de la sortie afin d'optimiser le maintien du traitement/TSO et limiter les risques d'OD.

Office fédéral de la santé publique (2012)⁸⁷, UNODC (n.d.), *Royal College of Psychiatrists* (2011)

85 Le personnel médical encourage la responsabilisation et favorise l'agencéité des patient-e-s afin qu'ils/elles poursuivent leur traitement lors de leur libération

86 La naloxone à domicile n'est pas disponible/légale en Belgique.

87 Office fédéral de la santé publique (2012). *Maladies transmissibles et addictions en prison*. Berne.

ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE

Les patient-e-s en milieu carcéral doivent bénéficier de la même éthique professionnelle qu'à l'extérieur : le personnel médical veille à ce que ceux-ci et celles-ci soient aptes à donner leur consentement éclairé ; la confidentialité de leurs données médicales et leur anonymat sont respectés. Les TSO, dépistages et vaccinations sont volontaires : les détenu-e-s sont informé-e-s des options de traitements à leur disposition ; ils/elles ont le droit de refuser un traitement et ne subissent pas de pression pour participer à des traitements expérimentaux. Les résultats sont systématiquement remis aux patient-e-s. Leurs droits sont les mêmes que ceux des autres détenu-e-s (accès au travail, sortie anticipée, etc.) et ils/elles ne sont pas traité-e-s de manière différenciée par le personnel médical et pénitentiaire (non-discrimination, absence de sanction si un-e détenu-e dévoile sa consommation de drogues).

La promiscuité, la surpopulation, le manque de moyens humains et financiers, la circulation limitée, le contrôle et la surveillance assidue règnent dans le milieu carcéral, rendant difficile de préserver la confidentialité et l'anonymat. Le personnel pénitentiaire et soignant doit donc se montrer discret dans l'organisation et la promotion des activités concernant les assuétudes, ainsi que dans la dispensation des soins. Lorsqu'un-e détenu-e usager-ère de drogues et/ou sous TSO est identifié-e comme tel-le par les autres détenu-e-s, par les agents pénitentiaires ou par le personnel soignant, cela peut entraîner des désavantages pour le/la détenu-e, des discriminations, la perte de certains

privileges ou des attitudes négatives à son égard. L'usager-ère peut également subir des chantages de la part d'autres détenu-e-s pour détourner les médicaments de substitution. Toutefois, le partage des informations entre le personnel soignant et les agents pénitentiaires peut s'avérer utile pour observer l'état de santé physique et mentale d'un-e détenu-e et détecter des comorbidités⁸⁸. Il est donc nécessaire que le personnel pénitentiaire et soignant soit sensibilisé et formé en matière d'usage de drogue, de TSO, de santé mentale, de prévention et de RDR⁸⁹.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET CONTRAT MÉDECIN-PATIENT-E

Le projet de soin est adapté aux patient-e-s et construit en collaboration avec un professionnel de soin (spécialisé) afin d'aboutir à l'option thérapeutique la plus adaptée à la situation de chaque patient-e. Le professionnel de soins adopte une approche compréhensive, rappelle ses obligations éthiques (secret médical, confidentialité) et informe son/sa patient-e sur les effets et risques liés au traitement et les interactions avec d'autres médicaments ou drogues. Ensemble, ils peuvent établir un contrat de consentement éclairé (ou «formulaire d'accord consenti»), dans lequel ils s'accordent sur les règles à suivre, les procédures en cas de manquement au contrat, les objectifs du traitement et les modalités de contrôle (prise supervisée des

médicaments, test urinaire, etc.). Ce contrat contient des termes concernant les deux parties et peut être adapté tout au long du traitement.

PRISE SUPERVISÉE ET TEST URINAIRE

La prise supervisée du TSO doit se faire dans une perspective d'éducation thérapeutique, plutôt que de surveillance ou de répression. Elle poursuit l'objectif de banaliser la délivrance en cellule pour les patient-e-s les plus autonomes ou stabilisé-e-s. Les patient-e-s en difficulté peuvent poursuivre une prise supervisée (que ce soit pour cause de racket, de mésusage, de pressions de la part des autres détenu-e-s, de troubles psychiques émergents ou à la demande du/de la patient-e).

Les tests urinaires doivent être utilisés comme outils de dialogue et de diagnostic (notamment dans le cadre d'un TSO), et non de contrôle. Il est primordial que l'usager-ère soit informé-e et puisse distinguer les contrôles urinaires pour raison thérapeutique (soumis au secret médical, non sujet à des sanctions) et ceux pour raison de sécurité (opérés par le personnel pénitentiaire et non par le personnel médical). Un test d'urine positif ne devrait pas entraîner la rupture d'un traitement, puisque le mésusage ou la poursuite d'un usage illicite d'opiacés sont révélateurs d'une posologie ou d'un accompagnement non adaptés (voir II.5).

88 Il est toutefois important de définir les limites d'un tel partage afin de respecter les principes de confidentialité et d'anonymat.

89 Une telle formation, pour être complète, dure plusieurs jours. Il serait également intéressant que ces formations soient dispensées avant l'entrée en fonction des agents pénitentiaires.

TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

Les TSO (voir II.5) peuvent être délivrés à un-e usager-ère sous traitement avant son incarcération ou à un-e usager-ère ayant un usage problématique d'opiacés. Dans le premier cas, ne pas poursuivre le traitement augmente fortement les risques de rechute, d'automutilation et de suicide. Les TSO en milieu carcéral ont également montré leur capacité à réduire la récidive, les pratiques à risques chez les usager-ère-s de drogues, l'incidence du VHC, et la mortalité à la sortie de prison.

Dans les prisons belges, le TSO est dispensé auprès des détenu-e-s volontaires, gratuitement. La supervision peut être réalisée dans l'unité médicale ou en cellule. L'approche est personnalisée et il peut être nécessaire de réviser le dosage et la régularité des prises en fonction des signes cliniques et des symptômes décrits (*craving*, poursuite de la consommation d'opiacés illicites, stress, anxiété)⁹⁰.

L'accès au TSO et son maintien ne servent pas de moyen de récompense ou de punition aux bons ou aux mauvais comportements des détenu-e-s, ni ne sont

présentés comme un luxe auquel un-e détenu-e peut légitimement prétendre, mais sont considérés comme un soin de santé auquel il/elle a le droit.

Il est important que le personnel soignant bénéficie de formations en matière de TSO, notamment afin d'adapter les prescriptions *extramuros* au contexte carcéral.

PROTOCOLES ET TRAVAIL EN RÉSEAU

La dispense des traitements et la supervision des détenu-e-s étant cogérées par plusieurs intervenants *intra* et *extramuros*, établir une série de protocoles permet d'assurer la cohérence et la continuité des soins :

ENTRE PROFESSIONNELS DU SOIN <i>INTRAMUROS</i>	ENTRE ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES	ENTRE PROFESSIONNELS DU SOIN ET PERSONNEL PÉNITENTIAIRE	ENTRE PRISON ET ACTEURS/ SERVICES <i>EXTRAMUROS</i>
Protocole de reconduction et d'initiation de TSO	Transmission des informations au sujet des détenu-e-s transféré-e-s (dossier médical, risques de suicides, etc.)	Modalités de rencontre avec les professionnels de santé	Protocole de sécurité et de collaboration pour faciliter accès à prison
Répartition des tâches entre les différents professionnels		Modalité de transmission d'informations	Collaboration avec prescripteur du TSO avant incarcération (ou pharmacien-ne)
Modalités de rencontre entre professionnels		Protocole d'attitudes en cas d'absence de personnel soignant (gestion d'OD, signes de manque, absence d'informations pour la poursuite du TSO, etc.)	Collaboration avec agent de probation
Protocole en cas d'OD			

90 Le contexte carcéral permettrait *a priori* de garantir une consommation quasi totale des médicaments de substitution et réduirait fortement la quantité d'autres drogues consommées, le dosage prescrit *intramuros* peut donc être généralement revu à la baisse par rapport à l'extérieur.

ENVIRONNEMENT *DRUG-FREE*

Bien que les prisons soient censées être des environnements où les drogues n'ont pas droit de cité, force est de constater qu'elles circulent tout de même. La mise en place d'environnements «sans drogue» (*drug-free*) au sein de la prison permet aux détenu-e-s volontaires de prendre leurs distances vis-à-vis des scènes de consommation et du marché internes. Généralement, les détenu-e-s s'engagent à l'abstinence et à ne pas introduire de drogues au sein des zones dédiées ; ils/elles acceptent également de se soumettre à des visites médicales et à des tests de contrôle de leur (non-) consommation de drogue.

Ces lieux de détention servent essentiellement de motivateur aux détenu-e-s qui souhaitent être (ou continuer à être) abstinent-e-s, qu'ils/elles suivent un traitement ou non. Ils sont donc à destination : des détenu-e-s qui veulent vivre loin de la consommation en prison (qu'ils/elles soient usager-ère-s ou non), des détenu-e-s en attente d'un traitement résidentiel au sein de la prison ou en dehors, ou des détenu-e-s qui ont achevé leur programme de traitement.

Plusieurs facteurs sont à considérer dans la mise en œuvre d'un tel environnement : les conditions d'accès et les attentes vis-à-vis des détenu-e-s (un contrat peut être rédigé et signé avec le/la détenu-e) ; les politiques menées pour gérer une rupture du contrat ; la mise en place de tests de contrôle ; les services à disposition des détenu-e-s ; la sélection, la formation et le management du personnel carcéral et *extramuros* ; l'accès et l'affectation des détenu-e-s à l'unité (dans l'idéal, il faudrait mélanger les détenu-e-s avec et sans passé d'usage de drogue).

Actuellement, en Belgique, seules les prisons de Bruges, Hasselt et Ruisdele proposent des sections «sans drogue». L'accompagnement dont bénéficient les détenu-e-s dans les environnement *drug-free* devrait toutefois pouvoir profiter à l'ensemble des personnes incarcérées.

POUR EN SAVOIR PLUS

Department of Health, Ministry of Justice (2009). *Prisons integrated drug treatment system. Continuity of care guidance*. UK.★

DGS, MILDT (2013). *Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral*. Paris.★

Gaubert, M. et Tarvelé, E. (2014). *Soins des personnes détenues*. Paris: Fédération Addiction.★

Royal College of Psychiatrists (2011). *Substance Misuse Detainees in Police Custody. Guidelines for Clinical Management*. Glasgow.★

UNODC (n.d.). *Drug dependence treatment. Interventions for drug users in prison*.★

Les femmes usagères de drogues sont globalement moins en contact avec les structures de soin. Ce constat s'explique en partie par les différences de prévalence de l'usage de drogues entre les hommes et les femmes. Néanmoins, les usagères ont des besoins complexes et spécifiques, corrélés à des vécus, des rôles socioculturels, des motivations, des usages, des risques et une approche de la santé différents.

Or, les services de soin sont généralement conçus pour répondre aux besoins des hommes, et manquent de programmes à destination des femmes, de personnel féminin et d'attention aux valeurs et aux modes d'interaction des femmes (Santé Canada, 2001 ; RESPADD, 2013).

Outre les risques inhérents à toute consommation de produits psychotropes, la prévalence de certaines vulnérabilités apparaît actuellement proportionnellement plus forte chez les femmes que chez les hommes, en raison de facteurs multiples. Ainsi, la concomitance entre comorbidités psychiatriques et usage de drogues semble plus élevée chez les femmes. Cela semble pouvoir s'expliquer par le fait que la population féminine sollicite plus souvent que les hommes les substances psychoactives (légalles et illégales)

Les femmes sont de plus grandes consommatrices de médicaments psychotropes que les hommes. Il convient donc que le personnel soignant soit vigilant au risque de sur-prescription ou de prescription pour une mauvaise indication (voir II.5).

dans un objectif d'automédication d'un trouble dépressif, de l'anxiété ou d'un syndrome post-traumatique⁹¹. La brièveté du soulagement et l'inadéquation de la pratique conduisent à augmenter la fréquence de la consommation et la quantité consommée, exposant ainsi les personnes au risque de développer un usage problématique.

Il existe des risques typiquement féminins : certains produits ou leurs effets (manque de sommeil, malnutrition, occultation de la douleur) provoquent ou aggravent par exemple des problèmes gynécologiques (aménorrhée, sécheresse vaginale, irritation des muqueuses), dont certains peuvent exacerber la transmission des IST et le risque de grossesse non-désirée.

Par ailleurs, les femmes sont de manière générale bien plus confrontées que les hommes aux violences sexuelles et physiques, avec des conséquences néfastes pour leur santé physique et mentale. Les usagères problématiques s'avèrent souvent sous l'emprise néfaste d'hommes, conjoints ou proxénètes (qui sont parfois la même personne), ou de proches, et ont été ou sont victimes de violences conjugales ou intrafamiliales (UNODC, 2004⁹²). Le phénomène de «double dépendance» envers le produit et le conjoint est fréquemment observé par les services en contact avec les usagères problématiques (Fédération Addiction, 2016).

D'un point de vue sociétal, les rôles sociaux genrés⁹³ s'accompagnent d'une série de croyances et d'attentes en termes de comportements. Les femmes, notamment, doivent correspondre aux modèles féminins et maternels dominants (être modérée, féminine, indépendante, être capable de conjuguer travail, couple, enfants, amis, famille, être instinctivement une «bonne mère», prendre soin des autres, etc.), sous peine de sanctions morales, de stigmatisation ou de marginalisation.

Or, l'usage de drogues constitue une transgression des normes féminines et maternelles, d'autant plus en période de grossesse. Cette transgression se traduit, d'une part, par la violence institutionnelle de certains représentants de la santé, de la police et de la justice ; d'autre part, par la culpabilisation et le sentiment de honte des femmes qui intériorisent les injonctions sociales. Celles-ci peuvent en effet avoir peur de ne pas réussir à gérer leur grossesse ou à prendre soins de leurs enfants, avoir la conviction d'être ou d'être jugée incompétente dans leur rôle de mère, avoir la crainte de se voir retirer leurs enfants.

Pour ces raisons, si certaines usagères s'approprient la transgression comme moyen d'affirmation identitaire, beaucoup redoutent d'être identifiées comme telles, se détournent des structures de santé ou ne signalent pas leur consommation auprès

93 «On ne naît pas femme, on le devient» (Simone de Beauvoir, *Le deuxième sexe*, 1949) : si, à la naissance, la plupart des individus possèdent un sexe biologique, le genre est une construction sociale des rôles, des attitudes, des activités et des qualités considérés comme appropriés selon le sexe. Ceux-ci diffèrent d'une société à l'autre, d'une époque à l'autre.

91 Mendrek, A. (2014). Existe-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie ? *Santé mentale au Québec*, 39, 57-74.

92 UNODC (2004). *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned*. New York: United Nations.

OBSTACLES DANS L'ACCÈS AUX SOINS

PERSONNELS	INTERPERSONNELS	SOCIÉTAUX	PROGRAMMES ET STRUCTURES
<ul style="list-style-type: none"> › Sentiment de honte › Culpabilité › Peur du jugement › Peur de décevoir › Dénier du problème › Crainte de perdre l'amour des proches et leur soutien › Crainte de se retrouver isolées › Peur d'amplifier les violences conjugales et/ou celles faites aux enfants › Femmes écrasées par leurs autres soucis (logement, pauvreté, enfants en difficulté, etc.) ; le traitement n'est plus une priorité 	<ul style="list-style-type: none"> › Crainte de perdre la garde des enfants en faveur du partenaire ou des services de protection de l'enfance › Peur du jugement › Manque de confiance dans les services › Manque de place en garderie et de garderies peu coûteuses › Manque de soutien des membres de la famille ou du partenaire (dénier, résistance au traitement) › Partenaire également consommateur et/ou ayant des problèmes avec la justice 	<ul style="list-style-type: none"> › Stigmate attaché aux femmes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie › Stigmate attaché aux femmes qui veulent suivre un traitement › Réticence des professionnels à aborder les questions de consommation › Réticence des professionnels à travailler autour de la grossesse et de la consommation en même temps 	<ul style="list-style-type: none"> › Coût du traitement › Coûts liés au traitement (surtout en matière de garderie et de transport) › Manque de services axés sur les femmes › Manque de services souples (horaire, durée, critères d'admission) › Manque d'accessibilité › Services n'acceptent pas les enfants › Manque d'information ou de stratégies pour rejoindre efficacement les femmes et les renseigner sur les traitements › Manque de visibilité des services destinés aux femmes

Santé Canada (2001), RESPADD (2013)

des médecins (généraliste, urgentiste, ou gynécologue).

DES SERVICES ADAPTÉS AUX FEMMES

Les femmes n'ont pas le même vécu ni les mêmes besoins que les hommes ; les programmes et services doivent donc s'adapter à ces particularités s'ils veulent créer un contact durable et solide avec celles-ci et leur proposer une offre de soin efficace. Les services doivent prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé et adopter une approche globale des soins, notamment en travaillant sur les représentations sociales, l'estime de soi, l'accès au logement, la parentalité, les

solutions de garde pour les enfants, etc. Les femmes fréquentent davantage les services qui offrent des services auxiliaires, comme les conseils juridiques, la formation professionnelle, l'accompagnement pendant la grossesse et post-partum, l'aide à la parentalité, les conseils en matière d'agression sexuelle, etc. (Santé Canada, 1999⁹⁴). Elles sont également plus à l'aise que les hommes dans des programmes qui comprennent des groupes de soutien et où les problèmes de violences conjugales et intrafamiliales sont traités (Santé Canada,

94 Santé Canada (1999). Meilleures pratiques. Alcoolisme et toxicomanie, Traitement et réadaptation. Ottawa : Santé Canada.

2001). Les services gagneraient à offrir un environnement sécurisé et sans jugement, où les femmes peuvent recevoir des soins mais également s'informer, se poser, prendre soin d'elles.

Il est important de prendre en compte la précarité sociale et économique dans laquelle les usagères se trouvent en facilitant l'accès aux programmes, notamment en organisant l'accueil des enfants et en adoptant des horaires souples. Les services peuvent également proposer des espaces ou des activités non-mixtes, au sein desquels les femmes peuvent partager leurs vécus, se renforcer et profiter d'un environnement sécurisant. La non-mixité

participe à faciliter la prise de parole, encourage les femmes à venir et à rester dans les services de soins, et favorise *in fine* l'accès aux soins (Fédération Addiction, 2016).

QUELQUES IDÉES POUR DES SERVICES ADAPTÉS AUX FEMMES

RENDRE LES SERVICES ACCESSIBLES

- › Géographiquement ; si le lieu n'est pas facile d'accès en transports en commun, des services ou aides au transport sont proposés aux femmes
- › Critères d'admission souples/«bas seuil» ; l'abstinence n'est pas une condition d'accès
- › Horaires souples : choix d'horaires de traitement, admission 24H/24, programmation à court terme
- › Services gratuits
- › Organiser l'accueil des enfants ; permettre aux femmes en résidentiel de garder leurs enfants avec elles
- › Inclure des femmes dans l'équipe d'accueil et de soins

RÉPONDRE AUX BESOINS DES FEMMES

- › Aménager un accueil, un lieu ou un temps dédié aux femmes
- › Ouvrir ou rétablir les droits sociaux, la couverture sociale, l'accès au logement, une prise en charge thérapeutique
- › Travailler sur l'estime de soi et sur les représentations de la maternité et de la féminité
- › Informer et sensibiliser sur la santé sexuelle, affective et reproductive
- › Offrir aux femmes la possibilité de prendre du temps pour soi
- › Former et sensibiliser le personnel (représentations, grossesse, genre, usage de drogues)
- › Travailler en réseaux avec les acteurs sociaux sanitaires et les services destinés aux femmes

RESPADD (2013), Santé Canada (2001)

UNE BONNE PRATIQUE

LES SERVICES «PARENTALITÉ»

Certains hôpitaux mettent en place des unités spécialisées dans la prise en charge des (futurs) parents ayant un usage problématique et de leur(s) enfant(s). Ils peuvent, par exemple, proposer l'accompagnement psycho-médico-social des (futurs) parents, ou le suivi psychomoteur et pédopsychiatrique de leurs enfants.

La prise en charge et le suivi des parents sont également assurés par le secteur associatif spécialisé. Ce type de service peut offrir aux mères et pères usager-ère-s problématiques un programme résidentiel ou ambulatoire, tout en gardant leurs enfants avec elles/eux, mais aussi s'adresser aux parents usagers «non-accompagnés», en traitement ou non, et les aider à reprendre progressivement leur rôle de parents auprès de leurs enfants.

La prise en charge des enfants peut provoquer chez les travailleur-euse-s des questionnements éthiques, des jugements, des craintes, notamment concernant les risques encourus et la protection de l'enfance. Il est important que le dispositif ait une politique commune et claire sur les réponses aux situations problématiques (violences familiales, négligence...), que les intervenant-e-s soient formé-e-s à l'évaluation des situations familiales confrontées à l'usage de drogues et reçoivent un accompagnement ou une supervision afin de pouvoir partager leurs questionnements et renouveler leurs pratiques.

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

L'usage de drogues provoque fréquemment des cycles menstruels irréguliers voire l'absence de règles. Les femmes usagères sont dès lors nombreuses à n'apprendre leur grossesse qu'à un stade avancé.

La fertilité d'une femme et sa libido peuvent augmenter lorsqu'elle diminue ou arrête sa consommation de drogues, ou lorsqu'elle entame un TSO. Tout démarrage d'un traitement devrait donc s'accompagner de conseils en contraception et d'un accompagnement pré-conceptionnel. Si une femme ne souhaite pas poursuivre sa grossesse, elle peut être accompagnée dans les démarches d'interruption volontaire de grossesse, lorsque cela est possible.

Toute grossesse liée à une consommation est une grossesse à risque. Toutefois, ce temps de la grossesse peut être un moment-clé dans le parcours de l'usagère, qu'elle lui permette de se mettre en contact avec des services de soin ou de reconsidérer sa consommation.

Aborder la question de la consommation de drogues avant ou pendant une grossesse n'est pas une démarche facile pour les femmes et les professionnels de santé ; elle est toutefois nécessaire. Discuter d'une éventuelle grossesse en amont et repérer les usages de drogues permettent de réduire les situations d'urgence et les situations à risque, de préparer la grossesse, ainsi que l'arrivée d'un bébé. De plus, les femmes consommatrices qui reçoivent un suivi médical et psychologique régulier durant leur grossesse augmentent considérablement les chances d'élever leur enfant dans de bonnes conditions.

Le désir d'enfant et le désir de grossesse peuvent être deux choses très différentes. Le désir de grossesse anime en particulier les femmes qui ont souffert d'un manque cruel d'estime de soi. Dans ce cas, l'enfant peut ne pas être réellement désiré. Tenter de substituer la figure de la «toxicomane» pour celle (extrêmement valorisée) de la «mère» peut générer des attentes très élevées.

L'élaboration d'attentes est commune à la plupart des parents, et le décalage avec la réalité peut s'avérer plus difficile à gérer pour certains. Pour les parents consommateurs, le bébé à venir peut représenter un espoir de changement. Les usagères problématiques sont rarement conscientes des contraintes et frustrations liées à la venue d'un bébé. Dans la réalité, un nouveau-né renforce souvent les difficultés quotidiennes. C'est pourquoi le personnel soignant doit être honnête avec les parents sur les différentes épreuves qu'ils vont rencontrer, sans pour autant les décourager ; la question des rechutes, les représentations du nourrisson, les changements dans l'organisation du temps et les pressions sociales sont autant de sujets à aborder clairement pour anticiper la création d'un cadre bienveillant. Dans les cas de syndrome de sevrage néonatal (SSNN) ou de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), le personnel soignant prépare les parents au risque de désenchantement et est attentif aux risques de négligence : un bébé qui doit être sevré est un bébé qui pleure beaucoup et qui peut être extrêmement éprouvant pour les parents.

Les services de gynécologie sont encouragés à mettre en place le **repérage systématique des consommations** chez leurs patientes, afin de les informer correctement sur les risques liés, de proposer des conseils spécialisés, de les orienter vers les services appropriés, voire de préparer une éventuelle grossesse en amont (voir II.2).

QUELQUES BALISES POUR LE PERSONNEL SOIGNANT

Accompagnement hors grossesse

- › Aborder la question de la consommation de drogues et d'alcool
- › Systématiquement demander aux usagers hommes et femmes s'ils ont l'intention d'avoir des enfants ou s'ils attendent un enfant ; ces questions sont adressées avec tact et s'intègrent à un programme d'accompagnement et de soins
- › Ouvrir le dialogue sur : la planification familiale, la sexualité à moindre risque, l'utilisation des préservatifs, les méthodes de contraception et les problèmes de fertilité masculins et féminins. Ces questions sont abordées autant avec les hommes qu'avec les femmes, les premiers ayant également un rôle à jouer dans la santé sexuelle, affective et reproductive
- › Proposer des conseils spécialisés : tests sur les virus transmissibles par le sang ; conseils et soutien au sevrage tabagique ; interventions brèves pour réduire la consommation d'alcool, l'usage de drogues illicites et l'injection (voir II.3) ; et examen des plans de traitements accessibles pour lutter contre la dépendance

Soins prénatals

- › Informer sur les avantages des soins prénatals
- › Informer sur les effets des drogues pendant la grossesse et sur les risques associés à l'usage paternel
- › Prévenir, informer, et conseiller sur le SSNN, l'attention particulière, les traitements pour nourrissons qu'il exige et les éventuelles séparations mère-enfant
- › Informer et conseiller sur le SAF et les soins spéciaux dont les nourrissons pourraient avoir besoin
- › Discuter de l'allaitement maternel
- › Discuter et convenir de la contraception postnatale avant l'accouchement

Pendant la grossesse

- › Évaluer les besoins et risques en continu
- › Mettre en place un plan de soutien à la famille
- › Évaluer et améliorer la situation sociale et l'hébergement de la famille
- › Assurer la sécurité et le bien-être du nouveau-né
- › Assurer l'accès prioritaire aux services spécialisés pour femmes enceintes : suivi médical et suivi psychologique

- › Anticiper le retour de la consommation dans la vie de la mère et de la famille
- › Discuter d'un éventail d'options de traitement avec les usagers hommes et femmes⁹⁵

Lors de l'accouchement

- › Préparer l'hospitalisation
- › S'assurer que les femmes dépendantes aux opiacés reçoivent les traitements médicaux appropriés : substitution, antalgiques, ...
- › Encourager le/la partenaire à jouer un rôle actif
- › Encourager le lien avec le nouveau-né

Soins et soutien postnatals

- › Aider, encourager et soutenir les parents dans leur parentalité et dans les soins de l'enfant
- › En particulier dans les cas de SSNN et SAF : favoriser un attachement sécurisant, améliorer les interactions parent-enfant, s'assurer que les questions de développement de l'enfant (retards, hyperactivité, etc.) soient prises en compte
- › Adopter une approche centrée sur les compétences parentales (et non individuelles), notamment : gestion du stress et de la colère, connaissance et compréhension du développement de l'enfant, pratiques parentales positives, discipline cohérente, attentes réalistes vis-à-vis de la maternité et de l'arrivée du bébé, etc.
- › La période postnatale est particulièrement stressante ; l'augmentation de la consommation de substances psychoactives et/ou d'alcool est fréquente. Réévaluer l'usage de substances et gérer les consommations de substances psychoactives et/ou d'alcool s'avère essentiel à cette période, de même qu'un soutien pour stabiliser la consommation et prévenir la rechute
- › Trouver des solutions de garde pour les enfants afin que les parents puissent bénéficier de moments de répit
- › Discuter du stockage sans danger des substances psychoactives et de l'alcool à la maison

Fédération Addiction (2016), RESPADD (2013)

95 Les femmes enceintes usagères de drogues et leurs partenaires ne devraient pas être mis sous pression pour arrêter leur consommation de drogue. Cela peut être contre-productif et désengager les parents des services.

EFFETS DES PRODUITS PSYCHOACTIFS SUR LE FŒTUS

Le personnel soignant informe les patientes des effets des drogues, de l'alcool, du tabac, des TSO et des médicaments psychotropes sur la grossesse, sur leur santé et celle du fœtus, sur l'accouchement et l'allaitement.

L'état actuel de la recherche ne permet pas toujours d'établir des relations claires entre la consommation de produits spécifiques et le développement du fœtus et de l'enfant : les études contrôlées sont difficiles à mener et les résultats d'une grossesse sont liés à de multiples facteurs. Les preuves scientifiques sont trop rares ou peu concluantes concernant le cannabis, la MDMA, les amphétamines et les hallucinogènes.

Cependant, le cannabis, par exemple, entraîne des effets négatifs sur la santé du nouveau-né et sur son développement au cours des premières semaines de vie. Il est dès lors recommandé de stopper la consommation durant (et de préférence avant) la grossesse.

La consommation d'alcool, quant à elle, a fait l'objet d'études plus approfondies. Les bébés dont la mère a consommé une grande quantité d'alcool au cours de la grossesse risquent de développer le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)⁹⁶. Toutefois, la quantité d'alcool susceptible d'entraîner de tels effets ne peut être précisée.

SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE :

- › Restriction de la croissance fœtale : faible poids à la naissance, circonférence réduite de la tête, taille réduite du cerveau ;
- › Retard de croissance : l'enfant reste en dessous du 10^e percentile ;
- › Anomalies faciales caractéristiques, par exemple : fentes palpébrales courtes (ouverture des yeux), vermillon mince (lèvre supérieure), partie médiofaciale aplatie et philtrum lisse (section entre la lèvre supérieure et la partie inférieure du nez) ;
- › Dommages sur le système nerveux central entraînant une insuffisance permanente de la fonction cérébrale, y compris des anomalies intellectuelles et neurologiques et un retard de développement. Les problèmes courants incluent des difficultés d'apprentissage, des déficits de l'attention, une mauvaise compréhension des situations sociales, une hyperactivité, un comportement impulsif, une mauvaise coordination et une mauvaise organisation, un mauvais tonus musculaire, des déficits de la mémoire de travail, des déficits du langage réceptif, etc. Environ 25 % des enfants atteints du SAF ont un QI inférieur à 70.

Certains médicaments utilisés comme traitement des problèmes de santé mentale sont associés à des effets tératogènes, et tous les antidépresseurs comportent un risque de sevrage ou de toxicité chez les nouveau-nés. Si jugés nécessaires pour l'état mental de la patiente, les médicaments psychotropes sont maintenus à la dose minimale efficace pendant la grossesse ; le personnel soignant et les patientes considèrent le passage à un médicament présentant un risque plus faible pour la mère et le fœtus. Ils envisagent également

la réduction de la dose ou l'arrêt complet 2 à 4 semaines avant la date prévue de l'accouchement, avec reprise après celui-ci (RESPADD, 2013). Enfin, les nouveau-nés sont surveillés pour des symptômes de sevrage après l'accouchement.

.....
⁹⁶ Le SAF forme, avec les *Anomalies congénitales liées à l'alcool (ACLA)* et les *Troubles neurologiques du développement liés à l'alcool (TNDLA)*, l'*Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)*.

RISQUES LIÉS À LA GROSSESSE PAR PRODUIT

PRODUIT	BENZODIAZÉPINES	COCAÏNE	(MÉTH)AMPHÉTAMINE	OPIOÏDES ⁹⁷
Risques pendant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> › Petit poids de naissance › Accouchement prématuré 	<ul style="list-style-type: none"> › Décollement placentaire › Retard de croissance intra-utérin › Faible poids à la naissance › Accouchement prématuré 	<ul style="list-style-type: none"> › Prééclampsie maternelle › Accouchement prématuré › Décollement du placenta › Petit poids à la naissance 	<ul style="list-style-type: none"> › Petit poids de naissance (aussi en combinaison avec la méthadone) › Accouchement prématuré › Retard de croissance intra-utérin › Fausse-couche au 1^{er} trimestre, risques de mort-nés et de travail prématuré au 3^e trimestre sont également accrus
Risques post-partum	<ul style="list-style-type: none"> › L'usage de benzodiazépines à proximité du terme peut se traduire par le «syndrome de la poupée» (amyotrophie spinale) : nouveau-né léthargique, tonus musculaire réduit et dépression respiratoire 	<ul style="list-style-type: none"> › Les relations de cause à effet sont difficiles à établir (les usagères de cocaïne sont plus susceptibles de consommer d'autres drogues comme l'alcool, d'avoir des carences alimentaires ou de ne pas bénéficier d'un suivi prénatal) 	<ul style="list-style-type: none"> › Les enfants peuvent être plus émotifs, plus en proie à l'anxiété ou la dépression, développer des problèmes d'attention et des problèmes cognitifs 	<ul style="list-style-type: none"> › Mort subite du nourrisson › SSNN

RESPADD (2013), NIDA (2016)

.....
 97 Nous considérons ici les opioïdes consommés en dehors d'une prescription de traitement de substitution aux opiacés par méthadone ou buprénorphine.

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS ET GROSSESSE

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) permettent de maintenir une exposition maternelle stable aux opiacés sans effet tératogène, évitant ainsi des épisodes successifs de pics et de manque qui pourraient être responsables de souffrance fœtale. Le personnel soignant garde à l'esprit que les grossesses sous TSO sont des grossesses à risques, avec davantage de naissances prématurées, de petits poids de naissance et un taux plus élevé de pathologies néonatales.

Le TSO par méthadone durant la grossesse est le plus documenté par les recherches scientifiques. Il est généralement considéré comme le plus efficace ; sa lente absorption et sa longue durée d'action offrent en effet une stabilité des niveaux de drogues et réduit significativement la probabilité d'états maternels d'intoxication et de sevrage.

Toutefois, plusieurs études tendent à reconnaître que les grossesses sous buprénorphine diminuent les risques de SSNN par rapport aux grossesses sous méthadone ou opiacés. La quantité de produits toxiques transférée par le placenta serait moins importante (OEDT, 2014). Les effets de la buprénorphine restent cependant moins connus que ceux de la méthadone et nous ne pouvons dès lors pas conseiller avec ferveur l'une ou l'autre attitude.

Compte tenu des connaissances actuelles, il n'est pas recommandé d'arrêter un TSO débuté avant une grossesse (OEDT, 2014). L'arrêt soudain d'une consommation importante d'opiacés et les symptômes

RISQUES ET AVANTAGES D'UN TSO PAR MÉTHADONE OU PAR BUPRÉNORPHINE EN SITUATION DE GROSSESSE

MÉTHADONE	BUPRÉNORPHINE
<ul style="list-style-type: none"> > Meilleure rétention des patientes dans le traitement > SSNN dans 50 à 100 % des cas > SSNN plus sévère et prolongé qu'avec l'héroïne ou la buprénorphine > Pas contre-indiquée en cas d'allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> > Poids de naissance plus grand ; Moins d'accouchements prématurés > SSNN dans +/- 30 % des cas > SSNN moins sévères > Durée du traitement du SSNN moins long > Traitement du SSNN avec doses moins fortes de morphine > Pas contre-indiquée en cas d'allaitement ; toutefois, quantité passée par le lait peut ne pas être suffisante pour prévenir SSNN

RESPADD (2013), OEDT (2014)

de sevrage peuvent en effet entraîner une fausse-couche au cours du 1^{er} trimestre de grossesse. L'initiation d'un TSO en fin de grossesse est en revanche discutée. Il n'est pas recommandé de modifier la nature du TSO d'une femme au cours de la grossesse, en particulier si celui-ci est bien équilibré. L'OMS déconseille en effet d'encourager une femme enceinte sous TSO par méthadone à passer à un TSO par buprénorphine, étant donné les risques liés au sevrage maternel⁹⁸. La posologie, quant à elle, peut être revue à la hausse en fin de grossesse en raison de la prise de poids et de modifications métaboliques

significatives⁹⁹. Il est important que les femmes soient bien équilibrées en fin de grossesse et en période post-partum, quitte à augmenter la posologie, puisqu'une posologie insuffisante favoriserait la consommation d'autres drogues (alcool et tabac particulièrement).

98 OMS (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Genève : OMS.

99 Davy, P. (2013). Grossesses et naissances sous traitement de substitution aux opiacés : étude rétrospective descriptive menée du 01/01/2010 au 31/05/2012 dans les établissements d'un réseau de périnatalité. Gynécologie et obstétrique. Université de Bretagne Occidentale.

SOINS ET PERSONNES PROSTITUÉES

Les personnes prostituées qui consomment des drogues font partie des populations cachées, peu en contact avec les services de soin à cause de la peur du jugement, de leur mode de vie (nocturne et mouvant), ou par absence de connaissance de leurs droits¹⁰⁰. La stigmatisation liée à la prostitution et celle liée à l'usage de drogues se renforcent mutuellement, entérinent la marginalisation des personnes prostituées et entravent l'accès aux droits et aux soins. Les femmes en situation de grande précarité développent davantage de comportements à risque que les hommes ; elles sont notamment confrontées à une double fragilité vis-à-vis du VIH et du VHC, compte tenu de la consommation de drogues et de l'exercice de la sexualité. Leurs situations multiplient les risques d'être victimes de violences, tant économiques, physiques, sexuelles et/ou psychologiques (de la part de leur conjoint, proxénète ou client) qu'institutionnelles (de la part de la police, de la justice ou des professionnels du soin).

Afin d'améliorer l'accès aux soins, les professionnels de santé informent sur les risques sexuels et les risques liés à l'usage de drogues, et mettent à disposition des prostitué-e-s du matériel de RDR ; ils organisent des rencontres et une sensibilisation mutuelle avec les équipes qui accompagnent les personnes prostituées, afin de faciliter le repérage et l'orientation ; ils font de même avec la police, les pompiers, les équipes de soins d'urgence et les représentant-e-s de la justice, afin de lutter contre la stigmatisation et d'améliorer l'orientation des personnes prostituées ; une attention particulière est portée aux problématiques de stigmatisation et de violences ; enfin, les hommes et femmes prostitué-e-s sont accompagné-e-s dans les démarches d'accès à leurs droits et aux soins.

100 Voir aussi IV.3.

SOINS ET PERSONNES LGBT¹⁰¹

Les données sont lacunaires quant à la prévalence de la consommation au sein de la communauté LGBT en Belgique. Toutefois, les données outre-Atlantique laissent à penser que les personnes LGBT ont un risque plus grand de développer une consommation problématique que la population générale. En matière de santé mentale, les cas de dépression ou d'anxiété seraient également plus nombreux, proportionnellement à la population générale. La peur des discriminations, l'homophobie ou la transphobie, les violences interpersonnelles et institutionnelles, les difficultés familiales, les préjugés, la mauvaise estime de soi, l'inadéquation entre la perception de genre et le sexe assigné, et globalement le stress lié au fait d'appartenir à une minorité, sont autant de facteurs négatifs pour la santé. Il y aurait également des disparités dans l'accès aux soins de santé entre les personnes LGBT et la population générale.

Les mauvaises interactions passées avec les institutions de soins, la peur de la stigmatisation et d'un mauvais accueil constituent des obstacles à l'entrée en contact avec les institutions de soins et au démarrage d'un traitement. Il est donc nécessaire de former le personnel médical aux particularités des patient-e-s LGBT, aux questions de genres et de sexualités, afin de garantir un meilleur accueil, une approche compréhensive et non-stigmatisante, et une meilleure orientation. Par exemple, le personnel soignant devrait être formé aux questions socio-sanitaires spécifiques au public transsexuel et tenir compte des interactions possibles entre usage de drogue et traitement hormonal substitutif le cas échéant. Le foie étant particulièrement sollicité par le traitement, une réflexion sur l'intégrité de la fonction de cet organe doit être menée (notamment en cas d'usage d'alcool et d'héroïne). Enfin, les lieux d'accueil et de prise en charge gagnent à être inclusifs des personnes LGBT, notamment en proposant de la documentation à leur destination, ou en adoptant le pronom masculin ou féminin que le/la patient-e utilise pour parler de soi. Il peut également être intéressant de créer des partenariats avec les associations de santé communautaire.¹⁰¹

101 Lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et transgenres

POUR EN SAVOIR PLUS

OEDT (2014). *Pregnancy and opioid use: strategies for treatment*. Luxembourg: EMCDDA.★

Fédération Addiction (2016). *Femmes & Addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD*, Repères, Paris : Fédération Addiction.★

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (2011). *Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels*. Paris.★

NIDA (2016). *Substance Use in Women*, Research Report Series. USA : NIDA.★

RESPADD (2013). *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*. Paris.★

Santé Canada (2001). *Meilleures pratiques. Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa: Santé Canada.★

SOINS ET MINORITÉS ETHNIQUES

La migration ou l'ethnicité comme critères de définition d'un groupe à risque en matière d'usage de drogues fait débat. Les minorités ou les migrant-e-s ont intrinsèquement les mêmes besoins que n'importe quel-le usager-ère et la présence des minorités ethniques dans les groupes vulnérables à l'usage de drogues (jeunes, milieu de rue) ne semble pas découler de la culture ou de l'origine mais plutôt de leur expérience de l'exclusion sociale, des discriminations et de leurs impacts psychologiques (De Kock et al., 2016).

Par ailleurs, la désignation de «minorités ethniques» recouvre une réalité aux multiples facettes : elle englobe des langues, des nationalités, des cultures différentes ; certains publics ont immigré récemment, d'autres depuis plusieurs années ou sont issus des deuxième ou troisième générations ; le statut de leur séjour varie fortement (Européens, extra-Européens, migrant-e-s en situation régulière, réfugié-e-s, bénéficiaires de la protection subsidiaire, demandeur-euse-s de séjour ou d'asile, sans-papiers...). À ces cas de figures distincts correspondent des situations spécifiques. Par exemple, les personnes en situation irrégulière subissent une insécurité administrative et économique importante. Elles sont d'ailleurs susceptibles d'être victimes de traite ou de trafic des êtres humains, soit parce qu'elles sont arrivées sur le territoire par des filières spécialisées dans ce type de délits, soit parce que la clandestinité et l'absence de revenus sur le territoire les rendent particulièrement vulnérables.

Concernant l'usage de drogues, les études montrent que les minorités ethniques ne semblent pas exposées à des risques spécifiques, supplémentaires à ceux rencontrés par les usager-ère-s de drogues en général. En revanche, elles insistent sur les mécanismes psychosociaux qui peuvent favoriser l'usage de drogues et la survenue des risques associés : pression sociale liée à la conformité à la communauté, discriminations professionnelles ou scolaires, perte du soutien social ou familial, difficulté économique, intégration sociale variable, stress de l'acculturation, isolement communautaire, racisme...

Notons également que les migrant-e-s en situation d'exil sont souvent dans un état de santé mentale fragile à la suite d'un trauma vécu dans le pays d'origine, durant le trajet migratoire, mais aussi dans le pays de destination. Les usager-ère-s problématiques de drogue issu-e-s des minorités témoignent d'une capacité de résilience peu élevée face à ces épreuves, qui déstabilisent leur équilibre psychologique et augmentent les risques de dépression et de stress chronique (De Kock et al., 2016). Au contraire, un lien fort avec la famille, la pratique pieuse de la religion, l'intégration dans la société d'accueil (en termes de langue, de travail et autres activités), une bonne condition physique et mentale, ainsi que la détection précoce des besoins en santé mentale et l'accessibilité aux services psychosociaux, sont autant de facteurs de protection (OEDT, 2017).

Enfin, différents facteurs freinent la rencontre entre les usager-ère-s de drogues issu-e-s des minorités et les structures d'aide et de soins. Un manque de connaissance des services existants, et du système de santé en général, la clandestinité, l'exclusion

sociale, les barrières linguistiques, mais aussi le manque de structures et de moyens adaptés aux personnes migrantes, sont autant de facteurs qui entravent leur accès aux services existants. Certaines différences culturelles ou religieuses en termes de représentations de l'usage de drogues, de pratiques médicales ou de tabous, peuvent aussi entraver cet accès, et engendrer parfois une incompréhension mutuelle. Par ailleurs, les migrant-e-s présentent un manque important de connaissances de leurs propres droits, notamment en matière d'accès aux soins de santé.

INTÉGRER LA DIVERSITÉ

Adapter les services de soin afin de les rendre plus accessibles implique donc avant tout d'intégrer la diversité linguistique et culturelle et de prendre en considération les vulnérabilités psychosociales susceptibles de toucher les usager-ère-s. Il est aussi important de connaître la prévalence de certaines maladies infectieuses dans le pays d'origine, notamment des hépatites et du VIH, afin de pouvoir faire un travail de soin et de RDR le plus complet possible. Le dépistage joue un rôle crucial avec les migrant-e-s de pays où la prévalence des hépatites ou du VIH est très élevée (voir III.2 et III.3).

La prise en compte de la diversité culturelle et linguistique peut passer par la mise en place de consultations transculturelles ou de réunions d'équipes menées en collaboration avec des anthropologues ou sociologues, des interprètes ou des médiateur-ric-e-s culturel.le.s. Les initiatives transculturelles au sein d'un service participent en effet au décentrement du personnel soignant, les encourageant à sortir de l'ethnocentrisme

et à ne pas hiérarchiser les cultures. Elles rappellent aussi que l'altérité (physique et culturelle) est socialement construite et que les croyances culturelles, religieuses, magiques, économiques et médicales, de tous horizons, ont des effets réels sur la vie, les pratiques et la santé d'un individu. Dès lors, les croyances et représentations de chaque personne ont aussi leur place dans l'établissement d'un diagnostic et dans la mise en place d'un traitement ou d'un suivi¹⁰². Il ne s'agit pas cependant de cataloguer les patient-e-s dans des comportements ou identités culturels figés. Il ne s'agit pas non plus d'essentialiser les personnes racisées ou de culture «non-occidentale», c'est-à-dire d'interpréter leurs comportements et problèmes de santé par le seul prisme d'une culture ou d'une appartenance ethnique qui seraient leur «nature» ou leur «essence». Au contraire, l'identité d'une personne est multiple et fluide, et son accompagnement psycho-médico-social gagnerait incontestablement à tenir compte de l'ensemble des facteurs sociaux, économiques, politiques, culturels et individuels qui jouent sur sa santé et son rapport au monde médical (Crenn, 2000)¹⁰³, ainsi qu'à donner à la personne soignée la place de «l'expert de sa culture» (représentations de la maladie et de la santé, de la famille, de l'éducation, etc.).

RECOMMANDATIONS POUR UN PUBLIC DONT L'EXPÉRIENCE DE MIGRATION EST DIRECTE :

- Placer la narration au centre des soins : recueillir l'histoire de vie, de la migration, des raisons de la migration afin de fournir une prise en charge globale
- Collaborer avec d'autres professionnels du réseau (avocat-e, psychologue, médecin, travailleur-euse social-e)
- Évaluer la présence du trouble de stress post-traumatique, et le traiter, car la consommation de la drogue sert parfois d'auto-médication pour gérer le trauma (pré-migratoire, pendant le voyage ou après l'arrivée dans le pays d'accueil)

Si nécessaire, un travail interne avec le personnel médical et non-médical sur les stéréotypes, couplé à un travail d'appropriation d'informations objectives et rationnelles sur les cultures, peut être envisagé. Incorporer la diversité peut être facilité par l'engagement de personnel issu des minorités.

Des compétences culturelles sont également requises. Elles peuvent s'acquérir par le biais de formations du personnel médical et non-médical, ou par le recrutement de travailleur-euse-s spécialisé-e-s en interculturel, d'interprètes et/ou de médiateur-ric-e-s culturel-le-s¹⁰⁴. Un travail

avec ces dernier-ère-s a une réelle valeur ajoutée pour le contact, la confiance, la communication et la référence vers des services en tout genre. Toutefois, il est nécessaire de familiariser les interprètes ou les médiateur-ric-e-s aux problématiques liées à l'usage de drogues, à la RDR et à ses principes, de les préparer au non-jugement, à l'approche objective, à la confidentialité, ainsi qu'au consentement éclairé, et de formuler des besoins clairs leur permettant de mener leur intervention. Il est recommandé de privilégier l'intégration du personnel culturel sur le long terme, de leur faire sentir qu'ils font partie de l'équipe et de reconnaître leur besoin de supervision. Le recours à des interprètes ou à des médiateur-ric-e-s nécessite d'allonger la durée de l'intervention, inévitablement ralentie par la traduction simultanée.

Par ailleurs, il existe des outils d'aide à la communication pour les soignant-e-s urgentistes ou généralistes : des outils de traduction, des tableaux d'identification des langues, des services d'interprétariat (qui ne sont toutefois pas spécifiquement à destination des soignant-e-s) ; certaines associations ont également créé des brochures polyglottes à destination des patient-e-s et du personnel soignant (voir Vassart, 2013).

Le travail d'intégration des langues et des cultures passe aussi par l'adaptation du matériel de sensibilisation ou d'information, par la traduction dans les langues vernaculaires fréquemment rencontrées et

102 Au sujet des croyances dans la sorcellerie, l'ouvrage de l'ethnologue Jeanne Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Paris, Gallimard (1977) peut apporter quelques éclairages.

103 Crenn (2000). *La «culture», entre alibi et volonté thérapeutique. Le traitement de la différence dans le choix des malades orientés vers une consultation pour migrants*. Face à face.

104 Les compétences culturelles ne s'inscrivent pas dans une démarche «ethnifiante» du/de la patient-e, qui résumerait ou décrypterait celui-ci ou celle-ci avant tout par ses origines culturelles ou religieuses. Plutôt, ces dernières visent la prise en compte des

différences culturelles, de ce qui est important pour le/la patient-e, de ses perceptions et de son parcours, afin de limiter les malentendus et les différences dans les conceptions et les attentes des patient-e-s et du personnel soignant.

TYPE D'INTERPRÈTES	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Professionnel, en face à face	<ul style="list-style-type: none"> › Compréhension étendue ; › Instauration d'un vrai dialogue 	<ul style="list-style-type: none"> › Interférence potentielle dans la discussion ; › Réaction verbale ou non-verbale au contenu, en particulier si le professionnel est choqué
Professionnel par vidéoconférence	<ul style="list-style-type: none"> › Compréhension étendue › Forme de distance via l'écran intéressante pour garder le lien avec le travailleur social › Économie d'échelle (pas de déplacement de l'interprète) 	<ul style="list-style-type: none"> › Planification des entretiens
Professionnel, au téléphone	<ul style="list-style-type: none"> › Anonymat › Économie d'échelle (pas de déplacement de l'interprète) 	<ul style="list-style-type: none"> › Lent › Coût des entretiens téléphoniques › Risque de mécompréhensions
Médiateur·rice culturel·le	<ul style="list-style-type: none"> › Compréhension de la langue et de la culture 	<ul style="list-style-type: none"> › Malaise de certains migrant·e·s de s'exprimer devant quelqu'un de leur communauté à cause des tabous, de la confidentialité
Pair	<ul style="list-style-type: none"> › Compréhension des enjeux liés à l'usage de drogues dans le contexte, dans la communauté de l'usager·ère 	<ul style="list-style-type: none"> › Formation nécessaire › Pas de garantie de confidentialité, notamment médicale
Famille/amis	<ul style="list-style-type: none"> › Confiance › Utilité en l'absence d'interprète 	<ul style="list-style-type: none"> › Manque de neutralité › Pas de garantie de confidentialité, notamment médicale › Si personnes clandestines ou victimes de traite, incertitude sur la nature de la relation et sur la bienveillance de cette personne (à éviter) › Éviter de donner un rôle de traduction à un enfant ou à un·e adolescent·e (risque de parentification)
Partenaire	<ul style="list-style-type: none"> › Confiance › Utilité en l'absence d'interprète › Accès simultané aux deux membres du couple 	<ul style="list-style-type: none"> › Manque de neutralité › Pas de garantie de confidentialité, notamment médicale › Si personnes clandestines ou victimes de traite, incertitude sur la nature de la relation et sur la bienveillance de cette personne (à éviter)

par la présence de pictogrammes universels, voire par l'organisation d'activités dans la langue maternelle des usager-ère-s.

METTRE EN CONFIANCE

Un public qui a peu d'expérience avec le système de santé d'un pays ignore les droits auxquels il peut prétendre, le mode de fonctionnement de ce système et la confiance qu'il peut lui accorder. Or il peut ressentir des craintes importantes sur les coûts, sur les risques judiciaires et sur les impacts de la fréquentation de certains services, sur son statut de migrant-e ou sur sa demande de séjour. En outre, malgré l'existence des droits à la santé, l'accès aux soins comporte des difficultés effectives, en particulier pour les personnes en séjour irrégulier ou en demande d'asile ne résidant pas en centre. L'information, la mise en confiance et l'accompagnement dans les procédures représentent dès lors des enjeux essentiels.

Il est important de mettre en avant la politique de confidentialité des services de soins et de bien en informer les usager-ère-s, en particulier avec les victimes de traite et de trafic, les sans-papiers et les demandeur-euse-s d'asile. Cette confiance s'obtient plus facilement grâce aux initiatives de contact et de proximité avec les communautés concernées. Par exemple, il est envisageable de négocier avec des relais reconnus dans les communautés, comme les associations d'institutions religieuses ou les centres culturels communautaires, la diffusion d'information sur l'existence des structures de soins. La collaboration avec des structures de RDR et des programmes de prévention par les pairs peuvent également jouer un rôle très important dans

l'orientation d'usager-ère-s vers les services de soin.

L'ouverture à la diversité peut aussi se manifester au sein des services de soin par la présence de magazines en différentes langues dans les salles d'attente, l'utilisation de dictionnaires, voire l'apprentissage par l'ensemble du personnel d'un vocabulaire de base facilitant la présentation et le premier contact. Si ces éléments peuvent sembler relever du détail, ils contribuent à la création d'une ambiance accueillante.

POUR EN SAVOIR PLUS

Croix-Rouge Suisse (2010). *Critères de qualité pour l'élaboration de matériel d'information sur la santé adapté aux besoins de la population migrante*. Wabern : Croix Rouge Suisse.★

De Kock et al. (2016). *Usage de substances et recours aux services de traitement de la dépendance chez les personnes issues de l'immigration (PADUMI)*. Bruxelles : Politique Scientifique Fédérale.★

OEDT (2017). *Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services*. Luxembourg: EMCDDA.★

ECDC (2013). *Thematic report: Migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 Progress Report*. European Centre for Disease Prevention and Control.★

Vassart, C. (2013). *Améliorer le dialogue entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère. Aperçu des outils existants*. Bruxelles : Fédération Roi Baudouin.★

SOINS ET JEUNES

L'adolescence est une période de transition qui peut être associée à l'usage de substances psychoactives licites ou illicites, comme le tabac, l'alcool et le cannabis. Chez les adolescent-e-s, la consommation de ces produits peut correspondre à divers besoins : par exemple, la recherche de sensations, de plaisir, de relaxation, de désinhibition, de socialisation, de performance, d'échappatoire ou d'autorégulation du stress.

FACTEURS SPÉCIFIQUES DE VULNÉRABILITÉ

La plupart des jeunes ayant recours aux substances psychoactives ne développe pas de dépendance, et leur consommation

régresse souvent au moment de l'entrée dans la vie active. Cependant, pour une partie d'entre eux/elles, l'usage devient problématique et entraîne des problèmes psychosociaux et de santé. Divers facteurs de risques personnels, relationnels, situationnels et sociaux les exposent à un usage plus précoce, plus fréquent et plus problématique. Ces facteurs peuvent être psychologiques, familiaux et socio-économiques. Par exemple, les jeunes issu-e-s de milieux sociaux défavorisés ou dont le parcours scolaire est difficile, présentent un risque plus élevé de s'engager dans une consommation excessive de tabac, d'alcool, de cannabis¹⁰⁵. De même, l'addiction d'un parent est associée à une probabilité plus élevée d'usage problématique chez les jeunes. À l'inverse, la cohésion familiale est un facteur de protection susceptible de

réduire le risque d'usage abusif chez les adolescent-e-s.

Les consommations des jeunes présentent deux spécificités par rapport à celles des adultes : l'usage régulier de cannabis et la fréquence plus élevée des alcoolisations ponctuelles importantes. Or, les adolescent-e-s présentent une vulnérabilité neurobiologique accrue aux effets à long terme des substances psychoactives. La précocité de l'expérimentation (avant 15 ans) et le maintien de l'usage peuvent progressivement porter atteinte au fonctionnement de leur cerveau, celui-ci étant encore en pleine maturation. La consommation abusive d'alcool, notamment l'ingestion massive et rapide (*binge drinking*), génère chez eux/elles des effets cérébraux et neurologiques plus prononcés. Quant à l'usage prolongé du cannabis, il

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ ASSOCIÉS À L'USAGE PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES JEUNES

FACTEURS INDIVIDUELS	SITUATIONNELS (MILIEU DE VIE)	LIÉS AU CONTEXTE SOCIAL (ENVIRONNEMENT)
Initiation précoce et maintien de l'usage	Conduites addictives des parents ou parmi les pairs	Lois, normes, accessibilité
Stress précoce ou chronique, troubles de l'humeur	Relations familiales conflictuelles, faible cohésion	Marketing et publicité
Faible estime de soi, manque de confiance en soi	Violence, négligence	Exclusion sociale
Échec, exclusion et absentéisme scolaires	Faibles revenus, instabilité d'emploi, monoparentalité	Quartier défavorisé, précarité, chômage
Délinquance	Placement en institution ou absence de domicile fixe	

.....
 105 INSERM. (2014). Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Paris : Collection Expertise collective.

affaiblit leurs capacités d'apprentissage et de mémorisation. L'abus de substances peut également affecter leur santé mentale, en révélant ou en exacerbant certains troubles psychiatriques (voir III. 1). Par exemple, l'usage de cannabis est associé à une augmentation de l'anxiété et de la dépression chez les jeunes, et ce, indépendamment de l'usage d'autres drogues¹⁰⁶.

.....
106 Institut national de santé publique du Québec.
L'usage de substances psychoactives chez les jeunes
Québécois. Conséquences et facteurs associés.
Juillet 2010.

PRISE EN CHARGE DE JEUNES USAGER-ÈRE-S DE CANNABIS ET D'ALCOOL

L'intervention précoce

L'un des enjeux concernant la prise en charge des jeunes usager-ère-s est d'identifier, en amont, celles et ceux qui présentent un risque accru de conduite addictive. Cette détection précoce vise à empêcher l'apparition ou l'intensification des comportements à risque, en proposant des mesures éducatives, médicales ou thérapeutiques. La démarche consiste à la fois à renforcer les ressources individuelles du jeune et celles de la communauté, en agissant sur les facteurs de risque.

L'intervention précoce peut s'organiser en milieu scolaire, mais aussi à l'échelle d'un quartier, ou dans le cadre de lieux festifs.

La thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT)

Cette approche thérapeutique est développée depuis plus de vingt ans aux États-Unis. Elle cible les processus qui maintiennent les conduites addictives, en impliquant l'environnement social des jeunes. Dans le cadre de la prise en charge, quatre dimensions influençant la relation des jeunes au produit sont abordées : les caractéristiques personnelles, les parents, les interactions familiales et les

LES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS (FRANCE)

Situées entre la prévention et le soin, les consultations jeunes consommateurs (CJC) ont été créées en France dès 2005¹⁰⁷. Elles s'inscrivent dans la logique d'intervention précoce consistant à agir le plus tôt possible sur les conduites à risque. Les CJC sont des lieux d'accueil et d'accompagnement de proximité, anonymes et gratuits, et dédiés aux jeunes usager-ère-s et à leurs familles. À l'origine, le dispositif concernait surtout les jeunes consommateur-rice-s de cannabis (12-25 ans). Désormais, d'autres catégories d'âge sont prises en charge, ainsi que les conduites addictives sans produit (internet, jeux vidéo).

Les CJC privilégient une approche globale : prévention, éducation à la santé, réduction des risques, soins, orientation et travail en réseau. Certaines CJC collaborent avec d'autres intervenant-e-s de première ligne en contact avec les adolescent-e-s et les jeunes adultes : par exemple, les écoles, structures médicales, centres d'insertion et de formation, instances judiciaires, thérapeutes familiaux, ou clubs sportifs. Les CJC proposent un bilan des consommations, de l'information et du conseil, ainsi qu'une aide à l'arrêt. L'accompagnement peut prendre la forme d'un support éducatif, d'un soutien individuel ou de groupe. Lorsqu'un usage problématique est repéré, l'intervenant-e peut proposer une intervention brève qui s'appuie sur diverses approches thérapeutiques (stratégie motivationnelle, psychodynamique, systémique, thérapie cognitivo-comportementale ; voir II.3)¹⁰⁸. Si nécessaire, les jeunes sont orienté-e-s vers d'autres structures spécialisées de longue durée. C'est le cas notamment lorsqu'ils/elles présentent des troubles psychiques ou d'importantes difficultés sociales.

Ces pratiques d'accompagnement sont présentées dans le Manuel PAACT¹⁰⁹, un outil d'aide et d'appui conçu pour les professionnel-le-s impliqué-e-s dans l'intervention précoce.

.....
107 En Belgique, des dispositifs à destination des jeunes existent, mais sans être spécifiquement dévolus aux conduites addictives (ex. les Openado en Province de Liège ; les centres de planning familial). Certains centres proposent également un service spécifique dédié aux jeunes consommateurs en Wallonie et en Région bruxelloise, mais ils sont peu nombreux.

108 Fédération Addiction (2012). *Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées*. Paris : Fédération Addiction.

109 Lascaux, M., Couteron, J.P., Phan, O. (2014). *Manuel PAACT: Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le changement Thérapeutique*. Paris : Fédération addiction.

liens externes (école, pairs). Cette thérapie familiale est adaptée à l'accompagnement des jeunes ayant des consommations très fréquentes et celles et ceux présentant des troubles psychiatriques. La motivation de l'adolescent-e n'est pas un préalable au traitement puisqu'elle est travaillée au cours des séances.

La méthode a été adaptée et développée dans divers pays européens (étude INCANT), et notamment en Belgique par le biais de la Cannabis Clinic. Au-delà des conduites addictives, ce modèle propose un cadre de traitement précoce pour les jeunes ayant des troubles du comportement.

Les résultats des évaluations menées au sujet de la MDFT confirment qu'il s'agit d'une pratique prometteuse en termes d'efficacité. Le coût relativement élevé d'un tel traitement devrait toutefois être pris en compte, avant de généraliser sa mise en place¹¹⁰.

L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel vise à augmenter la motivation des jeunes, en explorant leurs ambivalences face au changement. Les caractéristiques essentielles de cette technique sont les suivantes¹¹¹ (voir aussi voir II.3) :

- Recherche et mobilisation des ressources de la personne pour encourager un changement de comportement ;
- Pas d'imposition de normes ou de valeurs ;

- Intervention directive, axée sur la personne et centrée sur la recherche de solutions ;
- Exploration des avantages et des inconvénients du changement et du statu quo, tels que vécus par les jeunes ;
- Relation avec les jeunes idéalement fondée sur la coopération, l'empathie, le respect, la liberté de choix et la responsabilisation.

Les entretiens motivationnels montrent des résultats prometteurs chez les adolescent-e-s, surtout lorsqu'ils sont associés aux thérapies cognitivo-comportementales. En Belgique, divers-es professionnel-le-s préconisent l'entretien motivationnel dans le cadre de tout traitement psychosocial d'un abus d'alcool ou d'une dépendance, quelle que soit sa gravité¹¹².

L'intervention brève

Développée au début des années 1990, l'intervention brève s'adresse aux jeunes présentant un usage à risque et qui ne sont pas en demande de traitement (voir aussi II.3). La démarche consiste en un conseil personnalisé minimal, suivi d'une orientation en consultation si nécessaire. L'un des atouts de l'intervention brève est qu'elle peut être menée par de nombreux-euses professionnel-le-s en contact avec les jeunes (médecins, conseiller-ère-s, travailleur-euse-s sociaux). En Belgique, divers expert-e-s préconisent cette approche pour les jeunes de 16-17 ans ayant une consommation d'alcool excessive, qu'elle soit occasionnelle ou prolongée¹¹⁴. L'efficacité de l'intervention brève a été constatée dans certains contextes, notamment :

- En milieu scolaire auprès des moins de 18 ans, afin de réduire l'abus d'alcool et de cannabis ;
- Sur les campus universitaires, auprès des étudiant-e-s de 18-25 ans, pour repérer des usages problématiques et diminuer la consommation d'alcool.

L'INTERVENTION CAN STOP (ALLEMAGNE)¹¹³

CAN Stop est une intervention destinée aux consommateur-ric-e-s précoces de cannabis (âgé-e-s de 14 à 21 ans). Le traitement comprend huit séances de groupe (6-12 jeunes) de 90 minutes. Les principales approches thérapeutiques utilisées sont l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo-comportementale (voir II.3). Les sessions sont animées par des personnes issues d'un large éventail de milieux professionnels ayant une expérience de travail avec le groupe cible. CAN Stop peut être mis en place dans divers contextes. En Allemagne, le programme est actuellement proposé en milieu hospitalier et ambulatoire, dans des structures de détention pour mineur-e-s, et dans des centres de traitement de la toxicomanie.

113 OEDT (2015). Insight 17. Treatment of cannabis-related disorders in Europe. Luxembourg: EMCDDA. ★

110 OEDT (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Luxembourg : EMCDDA.

111 Bekkering et al. (2013). Guide de bonne pratique en Dépistage, évaluation et traitement de l'abus d'alcool chez les jeunes (révision de la version finale). Pour le groupe d'étude ADAPT-YOUTH.

112 Bekkering et al. (2013).

114 Bekkering et al. (2013).

L'approche communautaire

Il existe des programmes ambulatoires de type communautaire destinés aux mineur-e-s ou jeunes adultes consommateur-ric-e-s de drogues. La dynamique de groupe, les activités interpersonnelles, l'entraide et l'exemple des pairs sont utilisés comme outils thérapeutiques pour renforcer les habilités psycho-sociales des jeunes et contribuer à une réduction de leur consommation. Cette approche inclut généralement l'accompagnement individuel et la thérapie familiale.

Cybersanté

Les initiatives de télésanté, menées via Internet ou téléphone mobile, sont de plus en plus répandues pour cibler des groupes spécifiques, fournir des conseils en matière de réduction des risques ou former les professionnels. Elles sont adaptées aux jeunes, ceux-ci étant généralement familiers avec les technologies numériques. En ciblant les jeunes qui fréquentent peu les structures de soins traditionnelles, les e-interventions peuvent potentiellement élargir la portée et la couverture des interventions précoces¹¹⁵. L'efficacité de ces interventions doit encore être évaluée, en particulier auprès des jeunes difficilement atteignables.

ENJEU : DES PRISES EN CHARGE EFFICACES, DIVERSIFIÉES ET ADAPTÉES AUX JEUNES USAGER-ÈRE-S

Pour être pleinement effective, l'offre de soins pour les jeunes devrait comporter le repérage précoce des usages problématiques, ainsi que des modalités diversifiées de prise en charge. Celles-ci devraient correspondre aux spécificités des jeunes, à leurs modes de vie et à leurs pratiques de consommation qui évoluent.

QUIT THE SHIT (ALLEMAGNE) ¹¹⁶

Quit the Shit est un programme gratuit et anonyme de conseils par Internet qui s'adresse aux adolescent-e-s et jeunes adultes consommant du cannabis. Le programme s'étend sur 50 jours. Il vise à aider les jeunes à acquérir des compétences en maîtrise de soi ou autorégulation. L'intervention est menée par des conseiller-ère-s formé-e-s, et se déroule par e-mail et par chat en ligne. Elle comporte quatre phases consécutives : (1) inscription, (2) conversation d'admission, (3) journal en ligne, et (4) clôture. La phase d'inscription permet de recueillir des informations utiles au *counseling*. L'étape de l'admission implique une première conversation en ligne de 50 minutes avec un-e conseiller-ère. Elle a pour but de clarifier la situation de consommation, de déterminer des objectifs par rapport à l'usage de cannabis et d'identifier des stratégies d'adaptation. Après l'admission, le journal en ligne est activé. Les jeunes y enregistrent tous les aspects pertinents de leur consommation durant 50 jours. Ils/elles reçoivent des commentaires écrits de leur conseiller-ère une fois par semaine. À la fin de la phase en ligne, le/la conseiller-ère procède à une discussion de clôture avec le jeune. Il s'agit de passer en revue les progrès accomplis, d'identifier les stratégies individuelles qui s'avèrent les plus efficaces pour réduire la consommation et de déterminer si une aide professionnelle supplémentaire est requise.

.....
116 OEDT(2015).

.....
115 OEDT(2017).

COMPOSANTES-CLÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES USAGER-ÈRE-S (CANADA)¹¹⁷

Approche	<ul style="list-style-type: none">› L'accompagnement est individualisé et centré sur les jeunes› La prise en charge des jeunes vise la mobilisation des ressources, le renforcement des capacités et l'estime de soi› Les jeunes sont considéré-e-s comme faisant partie intégrante d'un système de relations› L'implication de la famille est précoce et leurs besoins sont pris en charge au moyen de diverses approches thérapeutiques
Intervenant-e-s	<ul style="list-style-type: none">› Attitude collaborative, bienveillance, respect› Expertise dans le domaine du développement des adolescent-e-s› Connaissance du modèle des étapes du changement› Capacité à mener des entretiens motivationnels
Structures	<ul style="list-style-type: none">› Structures de traitement des jeunes distinctes de celles des adultes› Prestation de services connexes (continuum de soins)› Services ambulatoires› Structures résidentielles pour les jeunes présentant des troubles ou des difficultés importantes (comorbidités psychiatriques, etc.)

À ce jour, ce sont les prises en charge combinées, impliquant diverses approches (thérapie cognitivo-comportementale, intervention familiale, technique motivationnelle) qui semblent les plus adaptées aux jeunes usager-ère-s. Toutefois, l'évaluation de l'offre de soins pour les jeunes devrait être consolidée car elle s'avère moins développée que celle consacrée aux soins pour adultes¹¹⁸.

Les jeunes usager-ère-s particulièrement vulnérables (sans-abri, placé-e-s en institution, en situation de décrochage scolaire ou marginalisé-e-s¹¹⁹) nécessitent d'être ciblé-e-s. Plusieurs expert-e-s s'accordent sur l'intérêt d'évaluer, en particulier, l'efficacité des programmes de réduction des risques et de traitement destinés aux mineur-e-s d'âge et d'identifier les bonnes pratiques¹²⁰.

117 Santé Canada (2001). *Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : Santé Canada.

118 OEDT (2015). *Insight 17. Treatment of cannabis-related disorders in Europe*. Luxembourg: EMCDDA.

119 OEDT (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Luxembourg: EMCDDA.

120 *Ibidem*.

POUR EN SAVOIR PLUS

Bekkering et al. (2013). *Guide de bonne pratique en Dépistage, évaluation et traitement de l'abus d'alcool chez les jeunes (révision de la version finale)*. Pour le groupe d'étude ADAPT-YOUTH.★

Fédération Addiction (2012). *Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées*. Paris : Fédération Addiction.★

INSERM (2014). *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. Collection Expertise collective. Paris : Inserm.★

Lascaux, M., Couteron, J.P., Phan, O. (2014). *Manuel PAACT: Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le changement Thérapeutique*. Paris : Fédération addiction.★

Santé Canada (2001). *Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : Santé Canada.★

SOINS ET POPULATIONS ÂGÉES

USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

La population mondiale connaît un vieillissement rapide sans précédent. D'ici à 2050, la part des adultes âgé-e-s de plus de 60 ans devrait doubler, et atteindre près de 24 %. En valeur absolue, leur nombre passera de 900 millions à deux milliards¹²¹.

Ce bouleversement démographique représente un défi majeur pour les systèmes de soins de santé qui devront s'adapter aux besoins de cette population âgée. Dans le cadre de sa stratégie en faveur du «vieillissement en bonne santé», l'OMS préconise notamment de créer des environnements favorables aux aîné-e-s et de concevoir des politiques durables pour les soins de longue durée¹²².

Avec l'allongement de la durée de vie, le nombre de personnes âgées exposées à des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool et aux médicaments psychotropes risque de considérablement augmenter. L'étendue du phénomène et ses implications restent difficiles à estimer car il existe peu de données. De plus, cette thématique est encore peu prise en compte dans

.....
121 OMS (2016). Santé mentale et vieillissement. Aide-mémoire.

122 OMS (2016). Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé. Rapport du Secrétariat.

les politiques publiques de santé et la prestation de services en Europe¹²³.

Dépistage

Les problèmes liés à l'abus de substances chez les aîné-e-s sont parfois mal repérés par les professionnels de santé et les personnes elles-mêmes. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation : d'une part, ces problèmes peuvent ne pas être décelés car ils sont similaires à certaines pathologies liées au vieillissement, telles que la désorientation, l'anxiété, la perte de mémoire, ou le manque de coordination motrice. D'autre part, les professionnel-le-s de la santé ne bénéficient pas toujours d'une formation adéquate. Enfin, les critères de diagnostic et les outils de dépistage s'avèrent souvent inadaptés à cette tranche d'âge¹²⁴.

Facteurs de risque d'abus de substance chez les personnes âgées

Les personnes âgées présentent divers facteurs de vulnérabilité pouvant mener à une surconsommation d'alcool ou de médicaments psychoactifs. Elles sont, par exemple, exposées à de multiples pertes : départ à la retraite, effritement du réseau social, familial ou amical, diminution de l'autonomie. De même, elles sont davantage confrontées à des problèmes de santé et à des souffrances psychiques, telles que la dépression et l'anxiété.

EXEMPLES D'OUTILS DE DÉPISTAGE DE L'USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL CHEZ LES SUJETS ÂGÉS¹²⁵

Les outils de dépistage les plus couramment utilisés chez les personnes âgées, en complément à l'évaluation clinique, sont le CAGE, le MAST-G ou l'AUDIT.

Le **CAGE** (*Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-opened*) est un questionnaire rapide, basé sur quatre questions. Deux réponses positives font suspecter un usage problématique d'alcool. Chez les personnes âgées, un seul item positif peut suffire à alerter le/la clinicien-ne.

Le **MAST-G** (Test de dépistage d'alcool-dépendance du Michigan, version gériatrique) et l'**AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) sont des outils validés. Bien qu'ils soient fiables pour déceler les problèmes liés à la consommation d'alcool, ils sont longs à administrer et donc moins adaptés aux personnes âgées.

.....
125 Marquette, C. et al. (2010). Sujets âgés et substances psychoactives: état des connaissances. *Psychotropes*, 16, 161-178.

.....
123 OEDT (2010). Selected issue. Treatment and care for older drug users. Luxembourg: EMCDDA.

124 Paille, F. (2014). Personnes âgées et consommation d'alcool. *Alcoologie et Addictologie*, 36, 61-72.

Alcool

Le taux de consommateurs chroniques d'alcool tend à augmenter avec l'âge. Du fait des changements physiologiques induits par le vieillissement, les personnes âgées sont plus sensibles aux effets de l'alcool et le métabolisent plus lentement : à quantités égales d'alcool consommé, elles présentent un taux d'alcoolémie plus élevé que les jeunes. Ces changements s'accroissent avec les années : les effets de l'alcool deviennent plus prononcés et durent aussi plus longtemps.

Médicaments psychotropes

Le processus de vieillissement s'accompagne de douleurs chroniques, d'anxiété et de fréquentes insomnies. Cela explique l'usage plus important de somnifères, d'analgésiques et de tranquillisants chez les personnes âgées. La prise de ces médicaments peut donner lieu à des usages problématiques, en raison du risque de dépendance. L'âge avancé et le sexe féminin sont des facteurs de risque de l'usage abusif de médicaments psychotropes¹²⁷.

Interactions médicaments-alcool

Les personnes âgées sont fréquemment polymédiquées. Un important facteur de risque de surconsommation est la cooccurrence de la prise de médicaments psychotropes et d'alcool, même lorsque celui-ci est absorbé en petite quantité. Les interactions entre antidépresseurs ou anxiolytiques et alcool peuvent entraîner une baisse de vigilance, de la confusion, et accroître les risques de chute.

RESSOURCES DESTINÉES AUX PROFESSIONNEL·LE·S DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL, AUX PERSONNES ÂGÉES ET À LEUR ENTOURAGE

En Suisse, le site internet **Addictions et vieillissement** (www.addictions-et-veillissement.ch) propose des informations et des offres de soutien aux personnes âgées, à leur entourage et aux professionnel·le·s qui assurent leur prise en charge.

Aux États-Unis, la trousse à outils **Get connected**¹²⁶ permet, à divers·es professionnel·le·s en contact avec les seniors, de mener au sein de leurs établissements, des activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage de l'abus de substances. On y trouve des informations sur la santé mentale des personnes âgées et les conduites addictives, des conseils aux équipes pour gérer ces problématiques, ainsi que des ressources en matière de dépistage et d'orientation des patient·e·s à risque vers des structures adéquates. Enfin, la trousse comporte également du matériel de sensibilisation et des outils d'autoévaluation destinés aux personnes âgées.

.....
126 SAMHSA (2017). Get Connected: Linking Older Adults with Resources on Medication, Alcohol, and Mental Health. Rockville: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

AIDE À LA PRESCRIPTION : STOPP/START.V2¹²⁸

STOPP/START.v2 est un outil d'évaluation et d'optimisation de la prescription des traitements médicamenteux chez les personnes de 65 ans et plus. Il se présente sous la forme d'une checklist d'aide à la décision d'initier ou d'arrêter un traitement dans une série de situations définies. Son utilisation ne prend que quelques minutes, mais nécessite de connaître les antécédents médicaux, les problématiques actives ainsi que les traitements en cours. Comme tout guide de ce type, il n'est bien entendu pas conçu pour se substituer au jugement clinique, et son utilisation appropriée ne peut faire l'économie d'une bonne connaissance du/de la patient·e. Il est recommandé d'y consacrer une consultation par an, en collaboration avec les autres intervenant·e·s de soin et le/la patient·e. À noter que cet outil n'est pas spécifique aux médicaments psychotropes.

.....
128 Dalleur, O., Mouton, A., Marien, S., & Boland, B. (2015). STOPP/START.V2 : un outil à jour pour la qualité de la prescription chez les patients âgés de 65 ans et plus. *Louvain Médical*, 134, 219-223.

.....
127 Marquette, C. et al. (2010).

BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE

Il existe peu de données disponibles sur l'efficacité comparative des différentes approches thérapeutiques de l'usage abusif d'alcool et des autres substances psychoactives chez les personnes âgées. Le traitement peut inclure des interventions brèves, des entretiens de soutien et de prévention de la rechute, ou la participation à des groupes de soutien. Les recommandations ne sont généralement pas spécifiques aux personnes âgées.

USAGE CHRONIQUE D'OPIACÉS

Au cours des deux dernières décennies, la proportion de consommateur-rice-s chroniques d'opiacés a augmenté en Europe de l'ouest. Ces usager-ère-s vieillissant-e-s (40 ans et plus) constituent désormais une part substantielle de la clientèle des centres de traitement en toxicomanie et des programmes de substitution. En raison de leur polyconsommation de longue durée, ils/elles sont souvent affecté-e-s par des maladies cardio-vasculaires ou pulmonaires, des comorbidités psychiatriques, et des infections comme l'hépatite C ou le VIH.

La précarisation et la stigmatisation les exposent à l'isolement, à mesure que leur réseau social s'amenuise et qu'ils/elles avancent en âge. Ces conditions accélèrent leur vieillissement physique et détériorent leur qualité de vie. Nombre d'entre eux et d'entre elles nécessitent une prise en charge spécifique, alors que les offres de soins adaptées font actuellement défaut.

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE AU CANADA¹²⁹

Dépistage et diagnostic : les professionnel-le-s en lien avec les personnes âgées bénéficient de formations sur le dépistage des problèmes associés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives. L'évaluation porte sur l'usage d'alcool et d'autres substances mais aussi sur la santé physique et psychologique, les activités sociales, et les relations interpersonnelles de la personne âgée.

Traitement centré sur la participation de la personne : les bénéficiaires âgé-e-s participent pleinement au traitement, et en déterminent les objectifs, le rythme et l'orientation. Le traitement met l'accent sur la réduction des risques et l'amélioration de la qualité de vie.

Méthodes de groupe : la participation aux groupes d'entraide par les pairs est encouragée. Elle favorise les interactions et le soutien, et permet aux personnes âgées de remplir un rôle social.

Thérapies brèves : ces méthodes démontrent une certaine efficacité chez les personnes âgées dont les troubles de l'usage sont modérés.

.....
129 Santé Canada (2002). Meilleures pratiques. Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

ÉVALUATION DES BESOINS DES USAGER-ÈRE-S ÂGÉ-E-S EN MATIÈRE DE SOINS¹³⁰

En 2004, la ville de Copenhague a mené une étude sur les besoins en matière de soins d'usager-ère-s âgé-e-s de plus de 40 ans en traitement de substitution. Les résultats ont montré qu'environ la moitié d'entre eux/elles nécessitaient des soins dans un délai de cinq ans. Il a été estimé que 76 % connaîtraient des problèmes somatiques, 31 % des troubles mentaux et entre 30 % et 40 % des problèmes d'isolement social. La majorité des usager-ère-s vivait dans leur propre logement et estimait pouvoir y rester, avec un soutien social et des soins à domicile adéquats. Une plus faible proportion d'entre eux/elles souhaitait bénéficier de services supplémentaires, tels que la supervision, des soins, du soutien social et une aide pratique. Enfin, en raison de leur fragilité, bon nombre d'usager-ère-s avaient besoin d'un placement en maison de retraite.

.....
130 OEDT (2010). Selected issue. Treatment and care for older drug users. Luxembourg: EMCDDA.

Diverses mesures sont recommandées à l'échelle européenne pour améliorer la prise en charge et les soins de ces usager-ère-s¹³¹ :

- › Identifier les besoins en matière de soins des usager-ère-s d'opiacés âgé-e-s ;
- › Fournir des réponses ciblées, en tenant compte de leurs vulnérabilités spécifiques dont la comorbidité, les maladies chroniques, les risques d'overdose, la précarité et l'isolement social ;
- › Assurer un continuum des soins, en renforçant les partenariats entre les services socio-sanitaires généralistes et les structures spécialisées en toxicomanie ;
- › Élaborer des outils de dépistage adaptés ;
- › Identifier et partager les bonnes pratiques en matière de prise en charge des usager-ère-s âgé-e-s, en s'inspirant notamment des projets-pilotes existants ;
- › Renforcer l'accès au traitement contre l'hépatite C ;
- › Poursuivre la prévention des décès par surdose ;
- › Assurer la formation du personnel médical sur l'abus de substances et le vieillissement ;
- › Former des pairs afin de développer les projets de bien-être et de soutien, et lutter contre l'isolement et la stigmatisation ;
- › Concevoir des protocoles de gestion de la douleur et de soins palliatifs pour les usager-ère-s en fin de vie ;
- › Développer les modèles d'insertion sociale par le logement, du type *Housing First*.

.....
131 OEDT (2017). Health and social responses to drug problems: a European guide. Luxembourg: EMCDDA.

POUR EN SAVOIR PLUS

Dalleur, O., Mouton, A., Marien, S., & Boland, B. (2015). STOPP/START.V2 : un outil à jour pour la qualité de la prescription chez les patients âgés de 65 ans et plus. *Louvain Médical*, 134, 219-223.★

Marquette, C. et al. (2010). Sujets âgés et substances psychoactives: état des connaissances. *Psychotropes*, 16, 161-178.★

OEDT (2010). *Selected issue. Treatment and care for older drug users*. Luxembourg: EMCDDA.★

SAMHSA (2017). *Get Connected: Linking Older Adults with Resources on Medication, Alcohol, and Mental Health*. Rockville: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.★

Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques. Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : Santé Canada.★

L'usage de substances psychoactives fait partie intégrante de l'humanité et répond à des besoins fondamentaux (automédication, socialisation, transcendance, prise de plaisir...). Dans certaines circonstances, qui ne concernent qu'une minorité des usager-ère-s et dépendent à la fois de la personne, du produit et de l'environnement, l'usage peut devenir problématique et induire une souffrance significative pour la personne et son entourage.

Au-delà des bonnes pratiques qu'il est possible d'identifier et que nous avons voulu illustrer, la prise en charge des usages problématiques doit avant tout reposer sur une approche multidisciplinaire et interdisciplinaire adaptée aux besoins de l'usager-ère et à sa complexité bio-psycho-sociale, et prenant en compte son histoire personnelle, sa pratique de consommation et son environnement de vie. Le parcours de l'usager-ère dans les structures de soins sera bien souvent jalonné d'échecs, la rechute étant la règle plus que l'exception : elle constitue d'ailleurs une base de travail importante pour le processus thérapeutique. En outre, si les usager-ère-s ont des parcours de vie diversifiés, ils/elles n'ont pas non plus la même personnalité ni la même affinité pour tel ou tel dispositif d'aide. La diversité des structures et de leurs modalités de fonctionnement doit donc être entretenue, de manière à pouvoir répondre à l'ensemble des besoins et attentes.

Dans ce contexte, les bonnes pratiques ne doivent pas être considérées comme des recettes à appliquer aveuglément et sans discernement. Elles ne doivent pas occulter la complexité du travail avec l'être humain et la nécessité d'une prise en charge individualisée, qui s'adapte aux spécificités de chacun-e. Il convient donc de les inscrire dans une pratique réflexive et autocritique, capable de s'accommoder aux propriétés fluctuantes des environnements sociaux, des usager-ère-s et des comportements.

Un enjeu important reste l'accès aux soins. Les services spécialisés en assuétudes sont actuellement saturés et ont plus que jamais besoin de la collaboration des intervenant-e-s généralistes, afin de pouvoir garantir un accès aux soins pour tou-te-s dans des délais raisonnables. La criminalisation des usager-ère-s constitue aussi un obstacle important dans le parcours de soin. Elle véhicule des représentations stéréotypées et stigmatisantes (susceptibles d'être internalisées par les usager-ère-s), qui entravent la formation et l'implication des acteur-ric-e-s socio-sanitaires non-spécialisé-e-s, et conditionnent les réactions de l'entourage et du grand public ; elle complique les collaborations avec la justice, la police et l'école ; elle freine les pouvoirs publics dans leur capacité à innover et à communiquer autrement qu'en rappelant l'interdit et en propageant l'illusion d'un monde sans drogues ; elle retarde la mise en œuvre de certaines pratiques innovantes, pourtant étayées scientifiquement.

La criminalisation influence aussi le financement des politiques drogues. Les dépenses en matière de sécurité (polices, système judiciaire, prisons, etc.) captent une partie importante de l'enveloppe budgétaire, au détriment d'une approche de santé reposant à la fois sur la prévention et la promotion de la santé, la réduction des risques et le soin des usages problématiques. Par ailleurs, l'instabilité financière que connaissent actuellement les secteurs associatifs et les soins de santé limite le développement de nouvelles pratiques ou la pérennisation des dispositifs existants.

Une évolution législative et financière semble donc nécessaire afin d'implémenter durablement les pratiques du soin des usages problématiques de drogues, ainsi que les autres piliers qui précèdent le soin sur le continuum des interventions (prévention, réduction des risques).

Au vu de l'inefficacité de la politique répressive et de son coût considérable, des études plaident logiquement en faveur d'une nécessaire réorientation des politiques publiques vers une régulation du marché des drogues. Face à des produits et à des pratiques de consommation en constante évolution, les pratiques de soin doivent avoir les moyens de s'adapter dans un délai relativement rapide. L'usage des Nouveaux Produits de Synthèse (les NPS) confronte en particulier les usager-ère-s à des substances et à des risques parfois différents de ceux auxquels les intervenant-e-s sont

habituellement confronté-e-s. L'évolution des profils de consommateur-ice-s pose la question de l'intégration de ces usager-ère-s dans les dispositifs et de l'adaptation de ces derniers à ces changements. En outre, les intervenant-e-s du secteur socio-sanitaire devraient bénéficier d'une formation de base sur les usages de drogues dans leur cursus général et non uniquement dans des cours optionnels ou de spécialisation. Enfin, la qualité des structures ne peut se concevoir sans une prise en compte de la pénibilité du travail ressentie par les intervenant-e-s. Elle nécessite de répondre à leurs besoins en moyens, en formation, en accompagnement et en conditions de travail. Ces enjeux sont d'autant plus cruciaux qu'ils doivent rester guidés par les principes fondamentaux de la promotion de la santé : mettre l'usager-ère au centre de l'action en lui donnant la possibilité de maîtriser sa propre santé et les différents facteurs qui la déterminent.

Dans ce contexte, il nous est paru nécessaire de participer à cette mouvance d'identification et de partage de bonnes pratiques, l'objectif étant de les rendre accessibles à l'ensemble des structures d'aide et de soin en contact avec des usager-ère-s de drogues, en particulier les structures non spécialisées (hôpitaux, services d'urgences, maisons médicales, services de santé mentale, médecins généralistes...), avec l'espoir que ce document puisse participer à une amélioration de la prise en charge des bénéficiaires.

Finalement, il n'est jamais inutile de rappeler que plusieurs substances psychoactives actuellement interdites et considérées comme stupéfiantes dans les conventions internationales ont encore un usage médical autorisé (e.g. cocaïne, kétamine, morphine). Ces substances peuvent donc à la fois être considérées comme médicament ou comme drogue, en fonction de l'usage qui en est fait. De même, certains produits injustement considérés dans ces mêmes conventions comme n'ayant aucun intérêt thérapeutique sont peu à peu réintroduits dans la pharmacopée. C'est notamment le cas du cannabis, dont l'usage thérapeutique a récemment été légalisé dans plusieurs pays. Enfin, d'autres produits, en particulier la MDMA et certains psychédéliques, font l'objet de recherches prometteuses, qui pourraient un jour aboutir à une reconnaissance de la «médecine psychédélique»¹³². Ce ne sont donc pas les produits qui sont intrinsèquement problématiques, mais certains usages. Et il faut avoir l'honnêteté de reconnaître que les usages nocifs sont actuellement favorisés par certains facteurs sociaux (inégalités sociales, milieux de vie...) et sociétaux (prohibition, individualisme compétitif, hédonisme, valorisation sociale¹³³...), autant de facteurs environnementaux qui vont aussi façonner la rencontre entre la personne et le(s) produit(s). D'où l'importance de renforcer le travail en amont, en particulier la prévention et la promotion de la santé.

.....
132 <https://www.maps.org/research>

133 Dans le cas de l'alcool.

POUR EN SAVOIR PLUS

Bruxelles Laïque (2008). *Avaler la pilule de la prohibition*. Echos N°60. Bruxelles: Bruxelles Laïque asbl.★

Coppel, A. & Doubre, O. (2012). *Drogues: sortir de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition*. Paris : La Découverte.

Global Commission on Drug Policy (2014). *Prendre le contrôle: sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*.★

INPUD (2014). *Violations of the human rights of people who use drugs*. London: International Network of People Who Use Drugs.★

Werb, D. et al. (2011). Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 22, 87-94.★



OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES

151 rue Jourdan – 1060 Bruxelles

Tél : + 32 2 539 48 29

Email : info@eurotox.org

Ce document est disponible en version pdf sur le site : www.eurotox.org

COMITÉ DE LECTURE : Sébastien Alexandre, Emilia Bogdanowicz, Benoît Brouillard, Ronald Clavie, Christopher Collin, Doris Deschuyteneer, Sandrine Detandt, Maud Devroey, Maurizio Ferrara, Laurence Genin, Marie-Ève Janssen, Masha Kashkelberg, Dominique Lamy, Catherine Louesse, Thibaud Petit, Charlotte Pezeril, François Poncin, Vinciane Saliez, Luc Snoeck, Christophe Thoreau, Catherine Van Huyck, Valérie Wallet, Jerry Werenne, Thierry Wathelet

GRAPHISME : Nathalie da Costa Maya

Avec le soutien de :

