



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue

UN GUIDE EUROPÉEN





Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue

UN GUIDE EUROPÉEN

Mention légale

Ni l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) ni aucune personne agissant au nom de l'EMCDDA n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations données ci-après.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2021

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2017

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Crédits photographiques: iStock.

Toute utilisation ou reproduction de photos ou de tout autre matériel dont l'EMCDDA ne possède pas les droits d'auteur requiert l'autorisation préalable des titulaires des droits en question.

Cette publication doit être référencée comme suit:

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2017), Réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue — Un guide européen, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.



Financé par
l'Union européenne

EU4MD

Cette publication a été préparée avec le soutien financier du projet de l'EMCDDA intitulé «EU4MD: établir un lien entre les problèmes liés aux drogues et les menaces pour la sécurité et la santé dans l'Union européenne et les pays voisins», qui est financé par la Commission européenne. Il a été réalisé avec le soutien financier de l'Union européenne et il s'agit de la traduction du rapport de l'EMCDDA intitulé *Health and social responses to drug problems: a European guide*, publié en octobre 2017.

Veuillez noter que le manuscrit de cette publication a été achevé en 2017, avant le retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne. Toutes les données réunies de l'EU-28 incluent le Royaume-Uni.

Print ISBN 978-92-9497-553-9 doi:10.2810/66636 TD-01-17-699-FR-C

PDF ISBN 978-92-9497-552-2 doi:10.2810/98852 TD-01-17-699-FR-N



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisbonne, Portugal

Tél. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Table des matières

Préface	5
Remerciements	7
● Introduction	9
● CHAPITRE 1	
Un cadre pour élaborer des réponses sanitaires et sociales aux problèmes de drogue	13
1.1 Contexte général et principes fondamentaux	14
1.2 Présentation du cadre	16
1.3 Définition du problème et évaluation des besoins	17
1.4 Élaborer des réponses sanitaires et sociales appropriées	22
1.5 Les principaux types de réponses disponibles	28
1.6 Mise en œuvre, suivi et évaluation des réponses choisies	31
● CHAPITRE 2	
Les problèmes découlant de certains types ou pratiques de consommation de drogues	37
2.1 Remédier aux problèmes liés à la consommation de cannabis	38
2.2 Lutter contre la dépendance aux opioïdes	47
2.3 Réduire le nombre de décès liés aux opioïdes	55
2.4 Réduire la propagation du VIH, des hépatites virales et d'autres maladies infectieuses associées à la consommation de drogues par injection	63
2.5 Remédier aux problèmes liés à la consommation de stimulants	71
2.6 Réagir face aux nouvelles substances psychoactives	79
2.7 Lutter contre l'usage détourné de médicaments	89
2.8 Faire face à la polyconsommation de drogues	97
● CHAPITRE 3	
Répondre aux besoins de groupes spécifiques	103
3.1 Les consommateurs problématiques d'opioïdes vieillissants	104
3.2 Les femmes ayant des problèmes de drogue	109
3.3 Les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile	118
3.4 Les jeunes vulnérables	124
3.5 Les membres adultes de familles incluant une personne avec des problèmes de drogue	132
● CHAPITRE 4	
Intervenir dans des contextes particuliers	137
4.1 Les prisons et le système de justice pénale	138
4.2 Les lieux de vie nocturne, les festivals et autres lieux de divertissement	144
4.3 Le milieu du travail	151
4.4 Les écoles et les établissements d'enseignement supérieur	157
4.5 Les communautés locales	162
● CHAPITRE 5	
Favoriser une mise en œuvre réussie	169
5.1 Mise en pratique des données scientifiquement validées	170
5.2 Développement de méthodes et de partenariats efficaces	174
5.3 Suivi et évaluation	179
● Perspectives: répondre efficacement aux problèmes de drogue en Europe	186

| Liste des encadrés «Éclairage»

Les stratégies nationales de lutte contre la drogue en Europe	21
Comprendre et utiliser les données scientifiquement validées	23
Addiction et comorbidités psychiatriques	33
L'impact des nouveaux modèles de régulation du cannabis sur les réponses	42
De la réduction des risques à la guérison: la diversité des objectifs de traitement	52
Les fentanyl	56
La généralisation du traitement de l'hépatite C pour éradiquer l'infection au VHC	67
Le traitement des problèmes de santé sexuelle liés à la consommation de drogues	77
Les cannabinoïdes de synthèse	87
L'usage abusif de benzodiazépines	95
Les interventions destinées aux femmes enceintes et aux mères	115
Les interventions de santé en ligne	127
Les services d'analyse des drogues (<i>drug checking</i>)	147
Les salles de consommation de drogues à moindre risque	164
Les normes minimales européennes de qualité pour la réduction de la demande de drogue	172
Les interventions menées par les usagers	175
L'application des sciences comportementales aux politiques et aux pratiques de lutte contre la drogue	177

Préface

J'ai le plaisir de présenter la nouvelle publication de l'EMCDDA (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), *Réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue: un guide européen*. Un des principaux objectifs de la stratégie de l'EMCDDA pour 2025 est de contribuer à une Europe en meilleure santé, et ce nouveau rapport me semble contribuer de façon significative aux activités menées par l'agence dans cette optique. En proposant un aperçu de l'état actuel des connaissances dans ce domaine et en donnant accès à des informations plus détaillées ainsi qu'à des outils pratiques, ce rapport et les ressources en ligne qui l'accompagnent offrent un soutien aux décideurs politiques et aux professionnels qui s'efforcent de réduire les conséquences sanitaires et sociales de la consommation de drogues.

En déterminant les sujets à inclure dans ce guide, nous nous sommes concentrés sur des questions qui, de notre point de vue, revêtent une importance singulière en Europe. Un exemple est le défi que pose la réponse aux nouvelles substances psychoactives. Figurent aussi des problèmes plus persistants tels que les décès liés aux opioïdes et les taux élevés d'infection par l'hépatite C chez les usagers qui consomment des drogues par voie intraveineuse. En outre, dans une démarche prospective, nous avons identifié certains problèmes émergents, par exemple la vulnérabilité potentielle des migrants et des demandeurs d'asile face aux problèmes de drogue, ainsi que certaines possibilités de développement, comme l'exploitation des approches de santé en ligne dans le cadre des interventions de prévention, de traitement et de réduction des risques. Compte tenu du large éventail de sujets abordés, ce guide intéressera des publics divers, présentant des besoins différents. Voilà pourquoi nous avons choisi de lui donner un format innovant, conçu pour faciliter son utilisation en tant que document de référence et comme passerelle vers d'autres documents accessibles en ligne.

Ce guide regroupe deux domaines d'intervention importants de l'EMCDDA en matière de santé publique: une revue des données scientifiquement validées et des bonnes pratiques, combinée à des informations sur la situation en Europe provenant de nos systèmes de suivi. Il met également en lumière les principales répercussions qui, selon nous, en découlent pour les politiques et les pratiques. Comme pour tous nos travaux, nous sommes redevables à de nombreux partenaires, particuliers et organisations actifs aux échelons national et européen, ainsi que dans d'autres régions du monde, qui ont contribué à l'élaboration de ce guide. J'espère que ces partenariats continueront à se développer au fur et à mesure que nous poursuivrons nos travaux dans ce domaine et que nous chercherons à étoffer les données factuelles indiquant quelles méthodes fonctionnent et comment mettre en œuvre des réponses efficaces qui amélioreront la santé des citoyens européens touchés par les problèmes de drogue.

Alexis Goosdeel
Directeur, EMCDDA

Remerciements

Cette publication synthétise des informations provenant de sources diverses, déjà disponibles ou nouvelles. Elle a également bénéficié de contributions de nombreuses personnes, dont les commentaires ont aidé à la façonner. Il convient toutefois de noter que la responsabilité du contenu de ce document incombe entièrement à l'EMCDDA.

La production de ce guide aurait été impossible sans les contributions de nombreux membres du personnel de l'EMCDDA. Outre le personnel scientifique, qui travaille sur les réponses et dans d'autres domaines, qui a fourni et révisé le contenu tout au long de la rédaction, nous remercions l'équipe de production pour son aide dans l'élaboration du format innovant de cette publication. Nous adressons également nos plus vifs remerciements au professeur Wayne Hall pour son aide dans la relecture et la révision de ce guide tout au long de son élaboration.

Nous voudrions également remercier les auteurs des documents d'information qui ont été publiés dans le cadre des ressources accompagnant cet ouvrage, à savoir: Beau Kilmer; Russell Webster; Annette Dale-Perera; Matthijs Blankers et Ajla Mujcic; Tibor Brunt; Sharon Arpa; Jørgen Bramness; Ciara Guiney; Sara Rafael Almeida, Joana Sousa Lourenço et Emanuele Ciriolo; Lauren Johnston, Dave Liddell, Katie Browne et Saket Priyadarshi; Paul Lemmens et Hans DuPont.

Nous sommes par ailleurs très reconnaissants aux nombreuses autres personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration de ce guide en tant que membres de notre groupe consultatif ou pairs évaluateurs:

Adriano Silvestri, Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA)
Alessandra Liquori, Institut interrégional de recherche des Nations unies sur la criminalité et la justice (UNICRI)
Anastasia Pharris, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)
Anders Eriksson, Suède
Anna Dovbakh, *Eurasian Harm Reduction Network* (EHRN)
Anne Arponen, *National Institute for Health and Welfare*, Finlande
Catherine Comiskey, *Trinity College Dublin*, Irlande
Cathy Stannard, hôpital Frenchay, Royaume-Uni
Christian Adam, université Louis-et-Maximilien de Munich, Allemagne
Cinthia Menel-Lemos, Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation (Chafea)
Claudio Vidal, *Energy Control*, Espagne
Dirk Korf, université d'Amsterdam, Pays-Bas
Domingos Duran, *Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências*, Portugal
Eamonn O'Moore, *Public Health England*, Royaume-Uni
Eberhard Schatz, *Correlation Network*
Etienne Maffli, Addiction Suisse
Eva Hoch, université Louis-et-Maximilien de Munich, Allemagne
Gerhard Beuhringer, université technique de Dresde, Allemagne
Giovanna Campello, Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC)
Giuseppe Carra, université de Milan-Bicocca, Italie
Grzegorz Krol, université de Varsovie, Pologne
Harry Sumnall, université de Liverpool John Moores, Royaume-Uni
Henk Garretsen, université de Tilbourg, Pays-Bas
Inge Birkemose, *Danish Health Authority*

Luis Mendao, *European AIDS Treatment Group*
Margriet van Laar, Institut Trimbos, Pays-Bas
Marta Torrens Melich, hôpital Parc de Salut Mar, Espagne
Michael Schaub, *Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung*, Suisse
Phaedon Kaloterakis, *Kethea*, Grèce
Rolf Mayer, *Verein Arbeits- und Erziehungshilfe*, Allemagne
Valentina Kranzelic, université de Zagreb, Croatie
Viktor Mravcik, *National Monitoring Centre for Drugs and Addiction*, Tchéquie
Virginie Paillou, CEID Addictions, France
Ulrich Marcus, Institut Robert Koch, Allemagne
Willem Scholten, consultant, Pays-Bas
Wouter Vanderplasschen, université de Gand, Belgique

Et, comme toujours, nous sommes redevables à nos points focaux nationaux et aux membres du comité scientifique qui fournissent informations et conseils enrichissant toutes nos publications.

| Introduction

Ce guide et la documentation en ligne qui l'accompagne constituent un point de référence pour ceux qui planifient ou mettent en œuvre des réponses sanitaires et sociales aux problèmes de drogue en Europe. Les réponses les plus appropriées dépendront des problèmes de drogue concernés, des contextes dans lesquels ils se présentent et des types d'intervention qui sont possibles et socialement acceptables. En fournissant des informations clés sur certains des problèmes de drogue majeurs pour l'Europe ainsi que sur les réponses disponibles, ce guide entend aider les personnes associées à la lutte contre ces problèmes à élaborer de nouveaux programmes et à améliorer ceux qui existent déjà.

Cette publication sera révisée tous les trois ans. Elle complète le rapport européen annuel sur les drogues et le rapport triennal sur les marchés de la drogue dans l'Union européenne (UE). Ces trois rapports apparentés visent à présenter une vue d'ensemble de la situation européenne afin d'apporter un soutien aux décideurs politiques et aux praticiens pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et d'interventions contribuant à améliorer la santé et la sécurité en Europe.

La stratégie antidrogue de l'UE 2013-2020 a pour but de réduire la demande de drogues, les dépendances, les dommages sanitaires et sociaux liés à la drogue, ainsi que l'offre de drogues. Le rôle de l'EMCDDA est de soutenir cette stratégie en fournissant «des informations factuelles, objectives, fiables et comparables au niveau européen sur les drogues, leurs usages et leurs conséquences», en recueillant des informations sur les tendances émergentes, ainsi qu'en fournissant des informations sur les meilleures pratiques dans les États membres de l'UE et en facilitant l'échange de telles informations entre eux. Pour y parvenir, l'EMCDDA recueille des informations auprès d'un large éventail de partenaires, notamment le réseau Reitox, composé de points focaux nationaux établis dans les États membres de l'Union européenne, en Norvège et en Turquie. Ce guide s'inscrit dans le cadre du mandat de l'EMCDDA en ce qui concerne les objectifs de réduction de la demande de drogue et des conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogue. Il n'aborde pas la question des marchés de la drogue ni celle de la réduction de l'offre, qui relèvent du rapport sur les marchés de la drogue dans l'Union européenne.

Définition: réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue

Les réponses apportées aux problèmes de drogue désignent toutes les actions ou interventions entreprises pour remédier aux conséquences négatives associées au phénomène des drogues illicites.

Dans l'examen des réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue, l'accent est mis sur les actions ou les interventions qui portent sur la consommation de drogues et les dommages sociaux et sanitaires qui en découlent, tels que les décès, les maladies infectieuses, la dépendance, les troubles mentaux et l'exclusion sociale. La définition n'inclut pas les mesures adoptées pour veiller au respect des législations relatives aux drogues ou réduire l'offre de drogues — ces aspects étant abordés dans le rapport sur les marchés de la drogue dans l'Union européenne.



La consommation de drogues et les problèmes qui y sont associés constituent un phénomène complexe et multidimensionnel qui évolue dans le temps. Dès lors, les réponses requises pour prévenir et atténuer les risques connexes au plan individuel et pour la société sont, nécessairement, nombreuses et variées. De plus, ces réponses devront s'adapter en fonction de l'évolution des habitudes de consommation et des problèmes y afférant, ainsi que des différents contextes nationaux. Il n'est par conséquent pas possible de fournir un examen exhaustif des réponses sanitaires et sociales aux problèmes de drogue en Europe. Cette publication a donc été conçue pour offrir une introduction à ce sujet, avec une analyse plus détaillée de certains des principaux problèmes en matière de drogue du point de vue européen. Ce guide constitue par ailleurs une passerelle vers des ressources en ligne qui contiennent des informations plus approfondies et qui seront régulièrement mises à jour.

Les réponses sanitaires et sociales liées à la consommation de drogues et aux problèmes qui en découlent sont mises en place à différents niveaux et peuvent être abordées sous divers angles. On peut notamment distinguer:

- les niveaux structurels (européen, national, régional, local, niveau des services);
- les points de vue (décideurs politiques, planificateurs, praticiens); et
- les groupes cibles (populations, sous-groupes, individus).

Les décideurs politiques et les planificateurs nationaux essaient de mettre au point des réponses de santé publique globales à toute une gamme de problèmes de drogue interdépendants. Dans le même temps, les praticiens intervenant en première ligne se préoccupent de trouver la façon la plus adéquate de répondre aux besoins individuels des patients. En réalité, les besoins des planificateurs et ceux des praticiens ne sont pas nécessairement si différents, même si l'étendue et l'ampleur des défis auxquels ils sont confrontés peuvent varier. Il est nécessaire que ces deux catégories d'acteurs évaluent la situation présente, prennent des décisions à partir de la gamme d'interventions possibles disponibles et des informations sur les méthodes qui fonctionnent ou qui sont efficaces et élaborent un plan de mise en œuvre et de suivi. Bien que ce guide s'adresse principalement à ceux qui abordent les problèmes de drogue dans une perspective de planification de santé publique, tant à l'échelle locale que nationale, la cartographie des approches, les liens vers des données scientifiquement validées et les outils qu'il offre seront également utiles pour les travailleurs et les intervenants de terrain.



Comment utiliser ce guide?

Ce guide, conçu comme un document de référence, n'est pas destiné à être lu d'une traite du début à la fin. Encadrés par les chapitres d'introduction et de conclusion, les éléments constitutifs de cet ouvrage sont les sections individuelles des trois chapitres centraux. Pour faciliter la lecture et la navigation dans le rapport, chaque section commence par un résumé, tandis que des encadrés servent à mettre en évidence des éléments clés, tels que les définitions, des données scientifiquement validées, des sujets spécifiques et les implications politiques. Chaque section comprend une liste de ressources pertinentes. Chaque type d'encadré est signalé par un pictogramme différent afin d'aider le lecteur à identifier rapidement les informations clés (voir ci-dessous).



Définitions, explications, descriptions



Données scientifiquement validées, recommandations ou bonnes pratiques



Éclairage... des questions ou des thèmes transversaux importants



Implications pour les politiques et les pratiques



Ressources supplémentaires

Le chapitre 1 décrit le cadre utilisé dans ce rapport pour réfléchir au processus de réponse et aux facteurs à prendre en considération à chaque étape. Ces informations seront particulièrement utiles aux responsables de la planification des politiques ou des interventions sanitaires et sociales pour remédier aux problèmes de drogue, mais peuvent également être pertinentes pour les interventions au niveau individuel.

Les chapitres 2 à 4 présentent les réponses sanitaires et sociales apportées à une série de problèmes de drogue en Europe sous trois angles différents. Inévitablement, on constate des chevauchements entre ces différents angles, et les plus importants sont mis en évidence dans les sections appropriées.

Le chapitre 2 donne des exemples de réponses aux problèmes associés à des habitudes de consommation particulières, y compris les problèmes associés à l'usage de cannabis, la dépendance aux opioïdes, les décès liés à la drogue, la transmission de maladies infectieuses et la consommation de stimulants. Les nouvelles tendances en matière de consommation de drogues, comme la consommation de nouvelles substances psychoactives et l'usage détourné de médicaments, sont également abordées, de même que la polyconsommation de drogues.

Le chapitre 3 examine la manière de répondre aux besoins de groupes cibles particuliers, tels que les consommateurs d'opioïdes vieillissants présents dans de nombreux pays, les femmes usagères de drogue, les nouveaux migrants et demandeurs d'asile arrivant en Europe, les jeunes vulnérables et enfin les familles touchées par la consommation de drogues.

Le chapitre 4 analyse des exemples de réponses apportées aux problèmes de drogue dans différents contextes: prisons, lieux de vie nocturne, festivals et autres lieux de divertissement, milieu du travail, établissements d'enseignement et communautés locales.

Le chapitre 5 est axé sur l'amélioration de la mise en œuvre. Il couvre divers sujets, parmi lesquels l'utilisation des données scientifiquement validées (et le travail dans les domaines où de telles données sont rares), le rôle des normes de qualité et les avantages découlant de l'adoption d'une logique de systèmes qui regroupe les services afin d'accroître leur efficacité.

Des liens vers d'autres ressources, y compris une version électronique de ce guide, de courtes notes d'information sur les politiques et les pratiques, ainsi que des documents de référence sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>. Ces ressources seront régulièrement mises à jour avec de nouveaux éléments.

1



CHAPITRE 1

Un cadre pour élaborer des réponses sanitaires et sociales aux problèmes de drogue

RÉSUMÉ

- Les réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue en Europe s'inscrivent dans les cadres politiques et juridiques européens, ainsi que les cadres nationaux et locaux en vigueur, et ceux-ci influencent le choix et la mise en œuvre de ces réponses.
- Les réponses doivent respecter un ensemble de principes fondamentaux, par exemple le respect des droits de l'homme, y compris le droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint.
- L'élaboration et la mise en œuvre de réponses aux problèmes de drogue, que ce soit au niveau européen, national, local ou individuel, comportent trois étapes fondamentales:
 - déterminer la nature des problèmes de drogue à résoudre;
 - choisir des interventions potentiellement efficaces pour remédier à ces problèmes; et
 - mettre en œuvre ces interventions, en assurer le suivi et évaluer leurs impacts.
- De nombreux différents facteurs doivent être pris en considération à chaque étape et les principaux sont mis en évidence dans ce chapitre.

Les problèmes associés à la consommation de drogues dépendent du type de drogues consommées et de la façon dont elles le sont, des personnes qui les consomment et du cadre où l'usage intervient. Ces facteurs peuvent interagir les uns avec les autres de façon très variée donnant lieu à un grand nombre de scénarios possibles en matière de consommation de drogues, lesquels sont associés à des effets sur la santé de gravité variable. Les combinaisons les plus courantes de formes de consommation, de consommateurs et de contextes de consommation de drogues varient d'un pays européen à l'autre, de sorte que la nature et l'ampleur des problèmes de drogue diffèrent également.

En plus de varier d'un pays à l'autre, la consommation de drogues et les problèmes qui y sont associés peuvent évoluer avec le temps. Il ne peut donc y avoir de modèle unique pour remédier aux problèmes de drogue et les personnes chargées de résoudre ces problèmes doivent

régulièrement examiner les mesures mises en place et adapter les interventions existantes ou en développer de nouvelles pour répondre à l'évolution des besoins. Cela souligne également la nécessité d'une approche systématique, dans laquelle l'évaluation de l'efficacité est intégrée à l'élaboration et la mise en œuvre des réponses aux problèmes de drogue.

Ce chapitre présente les principales questions à prendre en considération lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue. Il décrit également le cadre autour duquel s'articule ce guide. Ce cadre a été conçu pour aider ceux qui participent à l'élaboration et à la mise en œuvre d'interventions sanitaires et sociales et pour servir de checklist (liste d'éléments à prendre en considération) lors de l'examen des politiques ou pratiques en vigueur ou de l'élaboration de nouvelles activités.



1.1 | Contexte général et principes fondamentaux

L'approche globale de l'Union européenne en matière de drogues est définie dans la [stratégie antidrogue de l'UE 2013-2020](#) et les plans d'action qui l'accompagnent. Comme indiqué dans la [position commune de l'UE sur la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies \(United Nations General Assembly Special Session, UNGASS\)](#) sur le problème mondial de la drogue tenue en 2016, cette approche se fonde sur l'idée que «[...] les politiques en matière de drogue devraient reposer sur une approche de santé publique solide, se fonder sur des preuves scientifiques et être appuyées par des systèmes fiables et objectifs de suivi et d'évaluation, conformément aux droits de l'homme tels qu'ils sont reconnus par les instruments juridiques internationaux». Conformément à la stratégie de l'UE, ce document souligne également la nécessité d'une «[...] approche intégrée, équilibrée et fondée sur des données factuelles [...]» qui porte à la fois sur la réduction de la demande et de l'offre.

Ce guide met l'accent sur les réponses sanitaires et sociales aux problèmes de drogue, qui relèvent essentiellement de la composante de la politique antidrogue axée sur la réduction de la demande. À cet égard, la position commune de l'UE dispose en outre que «[...] des politiques de réduction de la demande de drogue efficaces, ciblées, multidisciplinaires et fondées sur des données factuelles doivent inclure la prévention, le repérage précoce et les interventions, la réduction des risques et des dommages, le traitement, la réadaptation, la réinsertion sociale et la guérison, et s'appuyer sur la continuité des services fournis». Elle souligne que, conformément à l'objectif des traités relatifs au contrôle des drogues visant à protéger la santé publique, les personnes qui sont dépendantes aux drogues devraient être considérées comme des personnes ayant besoin d'attention, de soins et d'un traitement pour améliorer leur santé, faciliter leur réinsertion sociale et réduire leur stigmatisation et leur marginalisation.

Toutefois, tant le cadre juridique que les activités répressives peuvent avoir une incidence considérable sur les réponses sanitaires et sociales, en entravant ou en facilitant leur mise en place. Par exemple, les activités répressives axées sur les consommateurs de drogues peuvent les décourager de demander de l'aide. Ainsi, les activités en matière de contrôle des drogues peuvent

aggraver les problèmes associés à la consommation et constituer un obstacle au bon fonctionnement des services sociaux et sanitaires. En revanche, les législations relatives à l'emploi qui interdisent la discrimination à l'encontre des personnes ayant des antécédents en matière d'usage de drogue peuvent favoriser la réinsertion sociale et améliorer l'efficacité du traitement et de la réadaptation. Les approches législatives et politiques des États membres de l'Union européenne, qui varient considérablement, peuvent avoir un effet considérable sur les réponses sanitaires et sociales adoptées et financées, ainsi que sur leur efficacité.

La position commune sur la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies, la stratégie antidrogue de l'UE et d'autres documents de l'Union, tels que les normes minimales de qualité pour la réduction de la demande, mettent également en lumière un certain nombre de principes clés pour les réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue. Pour les besoins de ce guide, nous avons relevé ceux qui sont au cœur des réponses dans ce domaine (voir l'encadré). Ces principes devraient être au centre de toutes les réponses sanitaires et sociales et seront analysés dans différents contextes tout au long de ce guide.



Principes fondamentaux des réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue en Europe

Les réponses sanitaires et sociales devraient:

- respecter les droits de l'homme, y compris:
 - le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint;
 - le droit du consommateur de drogue à donner son consentement éclairé pour le traitement;
- respecter des principes éthiques, notamment eu égard au consentement éclairé, à la confidentialité et à l'égalité d'accès;
- promouvoir l'implication des pairs et des usagers des services à la conception et à la fourniture de ces services;
- adopter une approche de santé publique;
- être fondées sur une évaluation des besoins et adaptées aux besoins spécifiques de la population visée;
- tenir compte des caractéristiques culturelles et sociales, y compris des questions de genre et des inégalités en matière de santé;
- être correctement conçues et fondées sur des données scientifiquement validées, et faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation adéquats.



1.2 | Présentation du cadre

Le processus de réponse aux problèmes de drogue peut être divisé en trois grandes étapes (figure 1.1): la définition des problèmes de drogue particuliers à traiter; le choix de la réponse ou des interventions à mettre en place; et la mise en œuvre de ces interventions, dont le suivi et l'évaluation de l'impact devraient faire partie intégrante. Cette approche peut être appliquée lors de l'élaboration de réponses à tous les niveaux — national, local ou systémique. De même, ces processus de base s'appliquent aussi bien lorsqu'il s'agit d'élaborer une première réponse à un problème particulier que lorsqu'il s'agit d'examiner les interventions déjà mises en place. Bien que ce ne soit pas l'objet principal de ce guide, les mêmes grandes étapes — définition du problème ou évaluation des besoins, choix des réponses ou des interventions, mise en œuvre et évaluation — sont également pertinentes lorsque l'on travaille avec des personnes souffrant de problèmes de drogue.

Dans tous les cas, le point de départ devrait consister à chercher à comprendre l'étendue et la nature des problèmes à résoudre, lesquels pourront ensuite être traduits en objectifs de changement. Cela peut se faire au travers de l'analyse des données disponibles sur le problème, qui vont des statistiques nationales aux évaluations des besoins et recherches locales, et par la consultation des parties prenantes. Le choix des priorités et des objectifs d'interventions découlera de la définition du problème et s'appuiera sur les attitudes publiques et politiques, ainsi que sur les prérogatives locales et nationales.

Dans la deuxième phase, des décisions sont prises quant aux mesures à adopter et aux plans à élaborer pour les mettre en

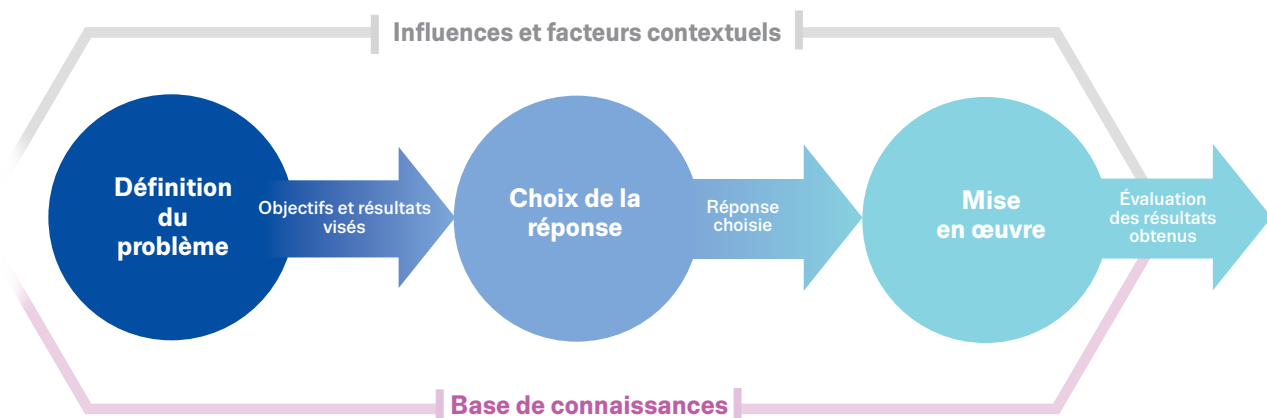
œuvre. Les facteurs à prendre en considération à ce stade sont les types d'intervention susceptibles d'être efficaces, les groupes cibles et les cadres dans lesquels les mesures seront mises en œuvre. Selon les circonstances, il peut s'agir de choisir parmi une gamme d'options d'intervention ayant prouvé leur efficacité ou d'adopter et d'adapter des interventions qui se sont déjà avérées efficaces ailleurs. S'il n'existe pas d'options appropriées, il peut s'avérer nécessaire d'élaborer une nouvelle intervention. Lorsqu'un programme ou une stratégie existe déjà, il convient parfois d'examiner les interventions mises en place à la lumière des besoins de groupes spécifiques ou de combler les lacunes dans le niveau de couverture. Ces décisions seront influencées par des considérations telles que l'ampleur et la gravité du problème, les ressources et les compétences disponibles, les résultats attendus, ainsi que les valeurs et les préférences du groupe concerné.

Une fois les réponses sélectionnées, la phase suivante est celle de la mise en œuvre. L'efficacité d'une intervention fondée sur des données scientifiquement validées dans un cas particulier dépendra de la façon dont cette intervention est mise en œuvre, ainsi que du contexte local. Dès lors, un élément essentiel de cette phase est le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre, y compris des coûts et des résultats, afin d'alimenter un processus continu d'examen et de planification.

Les autres sections de ce chapitre décrivent plus en détail le cadre de planification des réponses et les facteurs à prendre en considération à chaque étape.

FIGURE 1.1

Les trois grandes étapes de l'élaboration de réponses aux problèmes de drogue



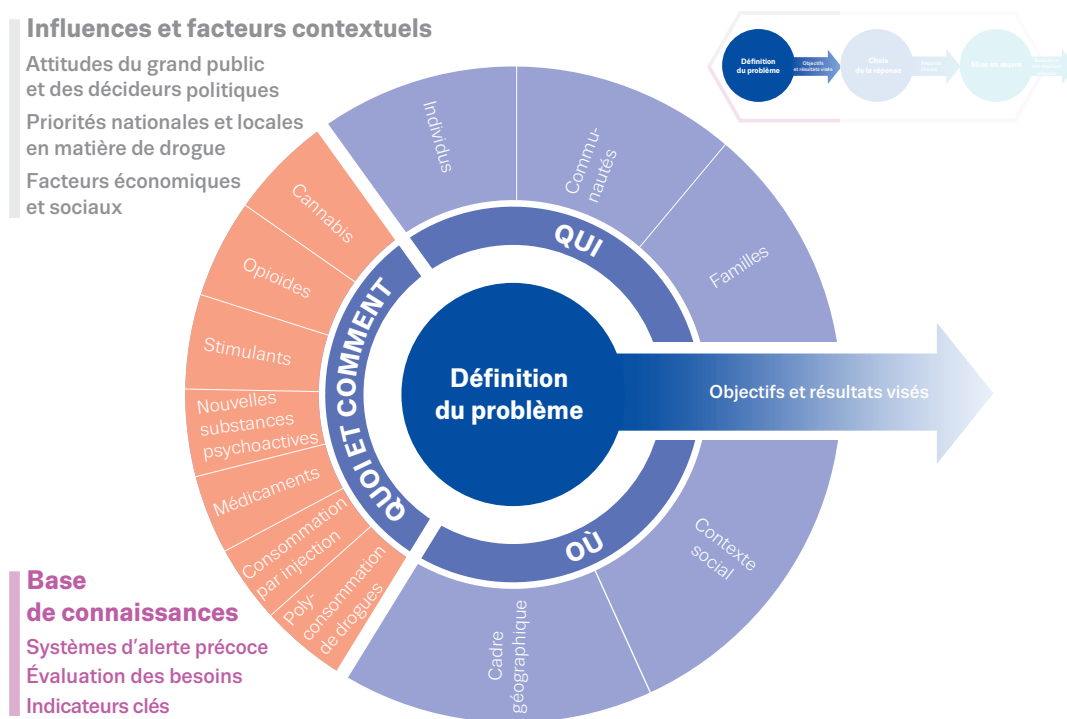
1.3 | Définition du problème et évaluation des besoins

La définition du problème ou l'évaluation des besoins peut être entreprise à différents niveaux et par différents acteurs, tels que les autorités publiques, les planificateurs, les conseillers ou les praticiens. Différentes approches sont possibles et de nombreux outils sont disponibles pour faciliter ce processus, à l'instar du [kit de ressources pour la prévention et l'évaluation](#) (*Prevention and Evaluation Resources Kit*, ou PERK) et des [indicateurs épidémiologiques](#) traditionnels gérés par l'EMCDDA. Au niveau individuel, les professionnels de la santé peuvent utiliser des outils d'évaluation bien connus comme l'indice européen de gravité de l'usage de drogue (*European Addiction Severity Index*) ou le test de dépistage des troubles liés à la consommation de drogues (*Drug Use*

Disorders Identification Test). La [banque d'instruments d'évaluation](#) en ligne comprend une vaste sélection de ces outils, lesquels peuvent s'avérer utiles tant au niveau individuel qu'à celui de l'ensemble de la population.

Les principales questions à aborder lors de l'évaluation initiale sont les suivantes: qui sont les personnes touchées, quels sont les types de substances et les modes de consommation en cause et où le problème se pose-t-il? Les réponses doivent être adaptées aux problèmes de drogue particuliers rencontrés et elles peuvent varier d'un pays à l'autre et dans le temps. Les multiples facteurs qui doivent être pris en considération à cette étape du processus sont examinés dans cette section et sont illustrés à la [figure 1.2](#).

FIGURE 1.2
Facteurs à prendre en considération à l'étape 1: définition du problème



Rôle du type de drogue et des habitudes de consommation dans les dommages liés à la drogue

Les substances psychoactives agissent sur le cerveau en produisant divers effets sur la perception, l'humeur, le raisonnement et le comportement. Au début, ces effets peuvent être positifs, par exemple parce qu'ils soulagent la douleur ou la détresse mentale ou produisent du plaisir, mais ils peuvent aussi entraîner une série de problèmes. Ceux-ci peuvent être associés à un état d'ivresse, car les drogues peuvent rendre les consommateurs euphoriques et altérer leurs capacités de réflexion et de coordination physique. Si une personne sous l'emprise de substances conduit une voiture, utilise des machines ou se livre à des activités physiques, elle peut se blesser ou blesser d'autres personnes, avec une issue parfois fatale. Les personnes déprimées qui ont consommé peuvent agir de façon impulsive après avoir eu des pensées suicidaires. Sous l'effet de la drogue, des personnes peuvent commettre des actes violents dans des contextes sociaux qui favorisent ce type de comportement, comme dans les bars où elles sont entourées d'autres personnes sous l'emprise de substances. L'usage chronique de drogue, en particulier un usage quotidien soutenu, peut produire un syndrome de dépendance: les usagers peuvent éprouver des difficultés à réduire leur consommation ou à y mettre un terme. Ils peuvent alors continuer à consommer malgré les effets néfastes de ces substances sur leur santé et leur bien-être, ainsi que sur ceux des membres de leur famille et de leurs amis. Si cette forme de consommation se maintient, elle peut produire ou aggraver des symptômes de troubles mentaux et physiques et conduire à des échecs dans l'accomplissement de tâches sociales importantes, comme la scolarité, le travail ou la prise en charge des enfants. Dans les cas graves, une forte consommation quotidienne et soutenue de drogues peut nuire à la capacité des consommateurs à prendre soin d'eux-mêmes et aboutir au sans-abrisme.

Les problèmes de drogue peuvent varier selon le type de drogue consommée, le mode d'administration (par voie orale, fumée ou injectée, par exemple) et la fréquence ou les habitudes de consommation. Ces aspects interagissent avec d'autres facteurs, tels que les caractéristiques de la personne qui consomme (il peut s'agir de jeunes, de femmes ou d'hommes, de personnes socialement intégrées ou de personnes défavorisées, etc.) et les contextes sociaux dans lesquels la drogue est consommée (par exemple, au travail, à la maison, dans une boîte de nuit ou un bar, dans la rue), intensifiant ou atténuant alors les problèmes rencontrés par les usagers. Il est donc important de déterminer lesquels de ces facteurs sont pertinents lors de l'élaboration d'interventions destinées à remédier aux problèmes de drogue.

L'identification des principales drogues posant problème et des pratiques de consommation permettra de déterminer les principaux dommages connexes probables. L'héroïne et les opioïdes pharmaceutiques s'accompagnent d'un risque élevé de dépendance, surtout s'ils sont consommés par voie intraveineuse. Ces substances peuvent provoquer des surdoses fatales et, si les usagers partagent du matériel d'injection contaminé, ils peuvent contracter et propager des infections à diffusion hémotogène comme le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et les hépatites B et C.

Les stimulants, comme la cocaïne, la méthylènedioxy-méthylamphétamine (MDMA) et les amphétamines, ont un effet euphorique. Ces substances sont souvent consommées de manière récréative, mais peuvent aussi être associées à des modes d'usages et à des voies d'administration plus problématiques, comme l'injection ou le fait de fumer. Les consommateurs sous l'emprise de ces drogues peuvent adopter des comportements sexuels à risque ou d'autres comportements (conduire une voiture, par exemple) qui mettent leur sécurité et celle des autres en danger. Lorsque des stimulants sont consommés pendant plusieurs semaines ou mois à fortes doses, ils peuvent entraîner des psychoses et des problèmes cardiovasculaires graves, tels que des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Le cannabis présente un risque de décès très faible, mais sa consommation peut être associée à des signes de toxicité aiguë conduisant à une hospitalisation. Les risques de développer une dépendance au cannabis sont inférieurs à ceux liés aux opioïdes ou aux stimulants, ou encore aux drogues licites comme l'alcool et le tabac. Néanmoins, une minorité substantielle de consommateurs de cannabis développent une consommation problématique et demandent de l'aide pour y mettre un terme.

Peu de consommateurs réguliers de drogues ne consomment qu'une seule substance. La plupart d'entre eux pratiquent la polyconsommation — c'est-à-dire qu'ils consomment plusieurs drogues, en combinaison ou à des moments différents. Les consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse, par exemple, consomment souvent d'autres opioïdes, de l'alcool, du tabac, des benzodiazépines, du cannabis et des stimulants. Les consommateurs de cocaïne ont tendance à combiner cette drogue avec de l'alcool. De nombreux consommateurs quotidiens de cannabis fument également du tabac. De telles associations peuvent accroître le risque de dommages, par exemple en augmentant la probabilité d'effets toxiques, de surdoses fatales ou de dépendance à plusieurs drogues, une situation qui peut être plus difficile à surmonter que la dépendance à une seule drogue.

Variation des dommages parmi les individus et dans les communautés

Une étape importante de la définition du problème consiste à recenser les facteurs de dommages les plus importants (ou les facteurs qui en constituent les causes principales), ainsi que les personnes ou les communautés les plus touchées. Par exemple, y a-t-il un problème dû à l'augmentation de la consommation de cannabis chez les jeunes? Si tel est le cas, ce problème se concentre-t-il dans un groupe d'âge, une communauté ou une région géographique en particulier? Cette augmentation de la consommation de cannabis est-elle associée à des décrochages scolaires, à une hausse du chômage chez les jeunes ou à une augmentation des problèmes de santé mentale? Répondre à ce type de questions permettra de clarifier les problèmes à résoudre, les résultats à viser et les critères à utiliser pour mesurer les effets de l'intervention.

Divers facteurs individuels et sociétaux peuvent rendre certains consommateurs de drogue plus vulnérables aux effets néfastes. C'est également vrai pour les familles et les communautés touchées par des problèmes de drogue. Ces facteurs interagissent de façon complexe pour réduire ou augmenter les risques et les dommages liés à la consommation de drogues. De plus, ils peuvent aussi interagir avec la consommation de drogues et créer ainsi un cercle vicieux. L'encadré de la page 20 présente brièvement certains des facteurs clés à prendre en considération et leur incidence sur les dommages causés. De plus amples informations sont fournies tout au long du rapport.

Rôle du contexte

Le contexte dans lequel les drogues sont consommées doit être pris en considération, car il peut influencer sur le type et l'ampleur des dommages causés par consommation de drogues. Les personnes qui consomment des drogues seules peuvent être plus susceptibles de subir des dommages. Elles n'auront personne pour les aider en cas de surdose. La consommation d'opioïdes en solitaire, par exemple, augmente le risque de surdose fatale.

Les personnes qui consomment des drogues dans des lieux publics le font souvent de façon furtive et rapide. Ce comportement peut augmenter le risque de subir une surdose ou de contracter une infection transmise par un virus à diffusion hémotogène si les usagers partagent leur matériel d'injection. La mauvaise hygiène souvent associée à ce type d'environnement augmente également le risque de contracter plusieurs infections. Il s'agit d'un problème qui concerne particulièrement les sans-abri. La consommation de drogues dans les prisons est également clandestine et risquée (voir aussi les [sections 2.3, 2.4 et 4.1](#)).

L'injection de drogues à l'extérieur par temps froid peut exposer les usagers au risque d'hypothermie en cas de surdose. À l'inverse, la consommation de MDMA dans une boîte de nuit surchauffée peut exposer un consommateur déjà prédisposé à l'hyperthermie à un risque accru de ressentir cet effet indésirable rare mais grave.

Recenser et hiérarchiser les problèmes à traiter

L'évaluation des besoins devrait permettre de recenser une série de problèmes potentiels à résoudre. Une approche de santé publique est utile pour décider des problèmes à aborder. Cette approche évalue d'abord la gravité des problèmes rencontrés par les consommateurs de drogues et d'autres personnes, en se fondant sur la nature des problèmes et le nombre d'individus concernés. Elle cherche ensuite à trouver des interventions qui réduiront l'effet des problèmes de drogue recensés sur la population. Cette approche définit les domaines d'action prioritaires sur la base des données scientifiquement validées disponibles, mais aussi, dans une certaine mesure, en fonction des attitudes politiques et publiques en vigueur.

Par exemple, dans de nombreux pays européens, les décès dus à une surdose de drogue représentent une cause de mortalité importante chez les hommes âgés de 25 à 55 ans et sont en augmentation dans certaines régions. L'héroïne ou d'autres opioïdes sont associés à la majorité de ces décès. Ces décès prématurés ont d'immenses répercussions sur les familles (qui perdent des parents, des enfants ou des frères et sœurs) et sur la société dans son ensemble, et exercent une forte pression sur les services de santé d'urgence. La réduction des décès liés aux opioïdes constitue donc une priorité de santé publique majeure pour la politique antidrogue dans de nombreuses juridictions.

Même s'ils sont rares, les décès et autres accidents indésirables liés aux nouvelles substances psychoactives attirent souvent l'attention des médias et suscitent l'inquiétude du public. La lutte contre les dommages liés à la consommation de nouvelles substances psychoactives, qui présentent des risques inconnus pour les consommateurs, est donc également une priorité dans l'ensemble de l'Europe.

Un autre exemple est celui des scènes ouvertes de consommation, où l'usage et le trafic de drogues prennent place dans des espaces publics. Ces lieux, associés à des nuisances publiques et, parfois, à de la violence, inquiètent souvent l'opinion publique et peuvent constituer un domaine d'intervention prioritaire. Les réponses dans ce cadre doivent tenir compte à la fois des besoins des communautés locales et de ceux des usagers problématiques de drogues.



Exemples de facteurs à prendre en considération dans le cadre de l'évaluation des problèmes de drogue

■ Âge

En général, plus une personne est jeune lorsqu'elle débute sa consommation de drogue, plus elle est susceptible d'en consommer régulièrement, de développer une dépendance et d'en subir des dommages plus tard dans sa vie. Les usagers plus âgés qui consomment de la drogue depuis longtemps peuvent être particulièrement exposés à des problèmes de santé tant aigus que chroniques.

■ Sexe

Bien que l'usage de drogue soit moins fréquent chez les femmes que chez les hommes, les femmes qui consomment des drogues sont plus susceptibles de souffrir de problèmes et d'effets néfastes sur leur santé que leurs homologues masculins. La consommation de drogues par les femmes en âge de procréer peut altérer leur fertilité et, si des drogues sont consommées pendant la grossesse, affecter le développement du fœtus.

■ Santé physique

Les personnes souffrant de certains problèmes de santé physique (maladies cardiovasculaires et respiratoires, par exemple) qui consomment également des drogues courent un risque accru de subir des dommages. L'usage de drogues peut aggraver ces maladies et augmenter le risque de surdose fatale. La consommation peut également nuire au suivi d'un traitement médical, qui aura alors des résultats moins efficaces.

■ Santé mentale

De nombreuses personnes qui ont un problème de drogue souffrent également de problèmes de santé mentale concomitants. La relation entre les drogues et la santé mentale est complexe: les drogues peuvent accroître le risque de développer des problèmes de santé mentale chez les personnes vulnérables, elles peuvent exacerber des problèmes de santé mentale déjà présents, et les personnes souffrant de dépression, de troubles d'anxiété et de schizophrénie sont plus susceptibles de connaître des problèmes d'usage de drogue si elles en consomment.

■ Influences biologiques

La constitution neurobiologique d'une personne influe sur la façon dont son corps réagit aux drogues et sur sa sensibilité aux effets nocifs: une dose tolérée par un individu peut causer la mort d'un autre. Les traits de caractère, comme l'impulsivité, ont également une incidence sur les risques de consommer de la drogue et d'en subir les effets néfastes.

■ Facteurs socio-économiques

Les personnes socialement défavorisées ou exclues sont plus susceptibles de consommer des drogues et d'en subir des dommages. Les problèmes liés à cette consommation peuvent aussi renforcer les désavantages sociaux, par exemple en réduisant les chances pour les jeunes de terminer leurs études ou d'obtenir un emploi bien rémunéré. Les consommateurs de drogues sans-abri peuvent se livrer à des pratiques de consommation plus risquées, comme le partage du matériel d'injection ou l'usage dans des environnements dangereux.

■ Facteurs familiaux

Les facteurs familiaux peuvent accroître ou diminuer la vulnérabilité aux problèmes de drogue. Par exemple, le fait d'avoir des membres de sa famille qui consomment des substances peut accroître la probabilité d'en consommer soi-même, tandis qu'un soutien familial solide et une surveillance parentale efficace peuvent prévenir les problèmes de drogue et aider à les surmonter.

■ Appartenance ethnique, religion et orientation sexuelle

Les personnes issues de groupes minoritaires définis par leur appartenance ethnique, leur religion ou leur orientation sexuelle peuvent être davantage ou au contraire moins susceptibles de consommer de la drogue que le reste de la société. Les niveaux de consommation peuvent être plus élevés chez ces personnes si les drogues sont plus facilement disponibles au sein de leur communauté ou si les programmes de prévention ne sont pas adaptés à leur

situation. Si ces personnes développent des problèmes de drogue, la stigmatisation et un mauvais accès aux services de santé peuvent les empêcher de demander de l'aide. Toutefois, certains groupes minoritaires affichent des taux plus faibles de consommation de drogues en raison d'une cohésion sociale forte, de liens familiaux étroits et d'interdictions religieuses relatives à la consommation de drogues.



Éclairage... Les stratégies nationales de lutte contre la drogue en Europe

Les stratégies nationales de lutte contre la drogue sont des outils de planification et de coordination utilisés par les pays européens pour formuler leurs réponses aux divers défis pour la santé, la société et la sécurité liés aux problèmes de drogue. Habituellement, ces stratégies incluent des principes, des priorités et des objectifs généraux, tout en précisant des mesures spécifiques et les acteurs responsables de leur mise en œuvre. Ces stratégies secondent l'approche équilibrée de la politique de lutte contre la drogue présentée dans la [stratégie antidrogue de l'UE \(2013–2020\)](#) et les plans d'action connexes, en agissant à la fois sur le plan de la réduction de la demande et sur celui de la réduction de l'offre de drogues.

Bon nombre des facteurs qui sont liés aux problèmes et à l'usage de drogue ou qui exacerbent ces phénomènes sont des problèmes sociaux plus généraux qui sont également associés à d'autres comportements et à la consommation d'autres substances potentiellement addictives, comme le tabac, l'alcool et les jeux de hasard et d'argent, mais aussi à d'autres problèmes, tels que la délinquance. Ces recoupements potentiels sont reconnus dans ce qui semble être une évolution, en Europe, vers la formulation de documents de stratégie antidrogue qui prennent en considération d'autres substances addictives ou qui s'inscrivent dans le cadre d'une stratégie plus large concernant les addictions.

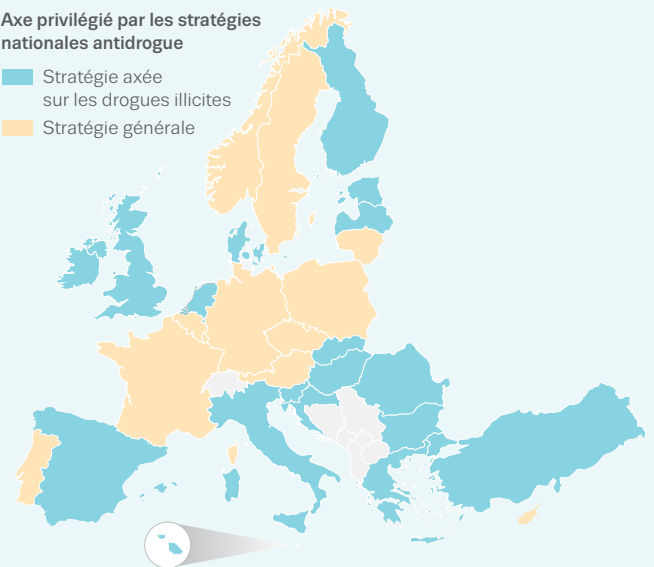
En 2016, 18 pays disposaient d'une stratégie antidrogue axée principalement sur les drogues illicites.

Dans les 12 autres pays, les priorités stratégiques sont plus générales et prennent également en

considération d'autres substances et les comportements addictifs (voir graphique). Ces documents plus globaux portent toujours principalement sur les drogues illicites, avec des variations concernant les autres substances ou comportements examinés: tous incluent l'alcool, neuf s'intéressent aussi au tabac, huit couvrent les médicaments, trois abordent le dopage dans le sport (comme les drogues améliorant les performances) et sept portent sur les comportements addictifs (comme les jeux de hasard et d'argent). Il semble y avoir une évolution en faveur de stratégies antidrogue plus globales, et la distinction entre une stratégie axée sur les drogues illicites et une stratégie plus générale n'est pas toujours clairement établie. Au Royaume-Uni, par exemple, bien que la stratégie nationale générale se concentre essentiellement sur les drogues illicites, les administrations décentralisées du pays de Galles et de l'Irlande du Nord se sont dotées de documents stratégiques plus généraux. Dans d'autres cas, ce sont les documents d'accompagnement à l'appui de certains éléments de la stratégie qui ont une portée plus large. Tel est le cas en Finlande, où un plan d'action spécifique en matière de prévention porte sur l'alcool, le tabac, les drogues et les jeux de hasard et d'argent.

Axe privilégié par les stratégies nationales antidrogue

- Stratégie axée sur les drogues illicites
- Stratégie générale



Voir également le document de l'EMCDDA intitulé [New developments in national drug strategies in Europe](#).



1.4 | Élaborer des réponses sanitaires et sociales appropriées

Clarifier les objectifs des interventions

Après avoir défini les problèmes de drogue qu'il convient de traiter, l'étape suivante consiste à déterminer les réponses qui sont susceptibles d'être efficaces pour y faire face. Lorsque cela est possible, il convient de combiner différentes interventions, car les mesures individuelles sont rarement suffisantes. Pour choisir des réponses adéquates, il est nécessaire de comprendre parfaitement les principaux objectifs des interventions. Il peut par exemple s'agir de l'un ou de plusieurs des objectifs suivants:

- empêcher les jeunes de commencer à consommer de la drogue;
- repousser l'âge d'initiation à la consommation de drogues;
- éviter que les expérimentateurs de drogue ne deviennent des usagers réguliers;

- aider les personnes à arrêter de consommer de la drogue;
- réduire la consommation de drogues et ses effets nocifs chez les personnes qui en consomment déjà;
- réduire les dommages liés à la drogue subis par les communautés locales; ou
- renforcer l'intégration sociale des personnes qui connaissent des problèmes de drogue.

Ces objectifs dépendront d'une évaluation de la nature et du stade de développement du problème de drogue à régler, notamment par l'intermédiaire des questions énoncées ci-dessous.

- Est-ce qu'une nouvelle drogue commence à provoquer des problèmes, même si le nombre d'utilisateurs de cette drogue est encore relativement faible?
- Une drogue déjà établie, comme l'héroïne, touchant de nombreux consommateurs problématiques, provoque-t-elle de nouveaux problèmes?
- Les préoccupations concernent-elles la réapparition d'une drogue illicite comme la MDMA?

Dans le cas d'une nouvelle substance psychoactive, l'objectif peut consister à décourager les jeunes de l'essayer et à inciter ceux qui ont commencé à en consommer à y mettre un terme ou à ne pas en consommer régulièrement, tout en évitant de donner l'impression que la consommation de cette substance est la norme. Des recherches peuvent s'avérer nécessaires pour cerner les pratiques de consommation problématiques concernant de nouvelles drogues. Il peut être demandé aux éducateurs sanitaires d'explorer des manières efficaces et ciblées d'informer les consommateurs de drogue sur les dommages encourus et les habitudes de consommation les plus risquées, par exemple au travers d'interventions axées sur les pairs ou de messages diffusés sur des réseaux sociaux sélectionnés en fonction de la confiance accordée par les usagers.

Dans le cas d'une drogue déjà établie, les objectifs peuvent consister à prévenir l'initiation à la consommation de cette drogue, ainsi qu'à encourager les usagers qui rencontrent des problèmes à faire appel aux services de prise en charge.



Portail des bonnes pratiques

Des informations plus détaillées sur les données scientifiquement validées indiquant quelles stratégies fonctionnent pour différents problèmes de drogue, différents groupes cibles et différents contextes, ainsi que des recommandations et des normes de qualité pour la mise en œuvre des différentes interventions sont disponibles sur le [portail des bonnes pratiques](#) du site web de l'EMCDDA. Les mises à jour des données scientifiquement validées se fondent sur des revues systématiques de la littérature, des revues de revues de la littérature et des synthèses de données scientifiquement validées figurant dans les recommandations (les études individuelles ne sont généralement pas prises en considération, sauf dans de rares cas) et sont élaborées en coordination avec les membres des collaborations Cochrane et Campbell et évaluées par des pairs experts dans ce domaine. Le portail des bonnes pratiques contient également des recueils de recommandations et de normes européennes et internationales, ainsi que des exemples de pratiques.



Éclairage... Comprendre et utiliser les données scientifiquement validées

Parmi les types de données scientifiquement validées qui peuvent être utilisés pour élaborer et mettre en œuvre des réponses, il y a notamment :

- les sciences fondamentales, dont la connaissance est utile pour la conception de nouvelles interventions;
- les évaluations d'interventions, comme les essais contrôlés randomisés et d'autres modèles expérimentaux ou études d'observation;
- les études de mise en œuvre, qui peuvent analyser les facteurs associés à des services efficaces; et
- les synthèses d'avis d'experts, par exemple, telles qu'elles sont utilisées dans le cadre de l'élaboration de recommandations, où tous les groupes de parties prenantes, y compris les fournisseurs et les bénéficiaires de l'intervention, sont mobilisés.

Ces divers types de données diffèrent par leurs forces et leurs faiblesses, ainsi que par les informations qu'ils peuvent fournir. Les problèmes liés à la drogue sont complexes et requièrent des interventions non seulement médicales, mais aussi socio-économiques et éducatives. Il est donc souvent nécessaire d'associer des données scientifiquement validées provenant de différentes disciplines et de divers types d'études.

Lorsque l'on examine les données scientifiques disponibles pour étayer les processus décisionnels, la première étape consiste à définir la question étudiée, qui permettra ensuite de déterminer les modalités d'étude les plus appropriées. Par exemple, la meilleure façon d'évaluer l'efficacité d'un traitement chez des personnes est d'effectuer des essais contrôlés randomisés. Pour déterminer l'incidence à plus long terme d'une intervention qui s'est déjà révélée efficace ou pour examiner les effets de politiques plus globales ou d'interventions axées sur la population, des études d'observation seront probablement plus appropriées. Celles-ci incluent des séries chronologiques interrompues ou des études contrôlées «avant-après». Il est également important de tenir compte de la qualité et de la pertinence des données scientifiquement validées disponibles. Ces résultats proviennent-ils de plans d'enquête adéquats, sont-ils fondés sur des études correctement menées qui réduisent au minimum les biais, et sont-ils communiqués comme il se doit et en rapport avec les groupes cibles concernés?

Il existe plusieurs façons d'évaluer la qualité ou la solidité des données scientifiquement validées disponibles. En général, les meilleures données proviennent de revues systématiques de la littérature qui combinent les résultats d'études multiples et évaluent leur qualité et la mesure dans laquelle leurs conclusions sont cohérentes. Toutefois, dans les domaines émergents, il peut s'écouler un certain temps avant que suffisamment d'études primaires soient achevées et de revues systématiques de la littérature effectuées. Dans ce cas, les services de prise en charge devront alors souvent être mis en place alors que le corpus de données scientifiquement validées est limité ou lacunaire. Lorsque l'on utilise des données scientifiquement validées, il importe également de reconnaître que la solidité de ces données n'est pas le seul élément à prendre en considération: il peut y avoir des interventions efficaces pour lesquelles les données scientifiquement validées sont actuellement faibles, ainsi que des preuves solides qui indiquent que certaines interventions sont inefficaces ou peuvent même causer des dommages. Il est important de noter que les données scientifiquement validées ne sont pas généralisables, mais qu'elles sont liées à des résultats spécifiques et à des populations ou à des contextes particuliers, voire aux deux.

Pour classer les données scientifiquement validées relatives aux interventions, ce guide utilise un système fondé principalement sur des revues systématiques de la littérature, mais qui reconnaît également les cas où d'autres données validées plus limitées existent. Cette classification tient compte de la qualité des analyses, de la qualité des études primaires qu'elles incluent et de la cohérence des résultats. Les catégories utilisées dans ce guide sont les suivantes:



Données scientifiquement validées de grande qualité — une ou plusieurs analyses systématiques à jour qui incluent des études primaires de qualité ayant abouti à des résultats cohérents. Les données scientifiquement validées corroborent l'utilisation de l'intervention dans le contexte dans lequel elle a été évaluée.



Données scientifiquement validées de qualité moyenne — une ou plusieurs analyses à jour qui incluent plusieurs études primaires, au minimum de qualité moyenne, ayant abouti à des résultats globalement cohérents. Les données scientifiquement validées suggèrent que ces interventions sont susceptibles d'être utiles dans le contexte dans lequel elles ont été évaluées, mais des évaluations supplémentaires sont recommandées.



Données scientifiquement validées de faible qualité — existence de quelques études primaires de qualité élevée ou moyenne, mais pas d'analyses disponibles OU les analyses disponibles aboutissent à des résultats incohérents. Les données scientifiquement validées sont actuellement limitées, mais les éléments disponibles sont prometteurs. Cela donne à penser que ces interventions peuvent valoir la peine d'être envisagées, en particulier dans le contexte d'un élargissement des services de prise en charge pour répondre à de nouveaux besoins ou à des besoins non satisfaits, mais qu'il convient de les évaluer.

Ce guide contient également des recommandations relatives aux bonnes pratiques, qui peuvent comprendre des pratiques émergentes ou des interventions n'ayant pas fait l'objet d'évaluation, mais dont l'utilité est néanmoins reconnue.

Voir le document d'information intitulé [Evidence review summary: drug demand reduction, treatment, and harm reduction](#).

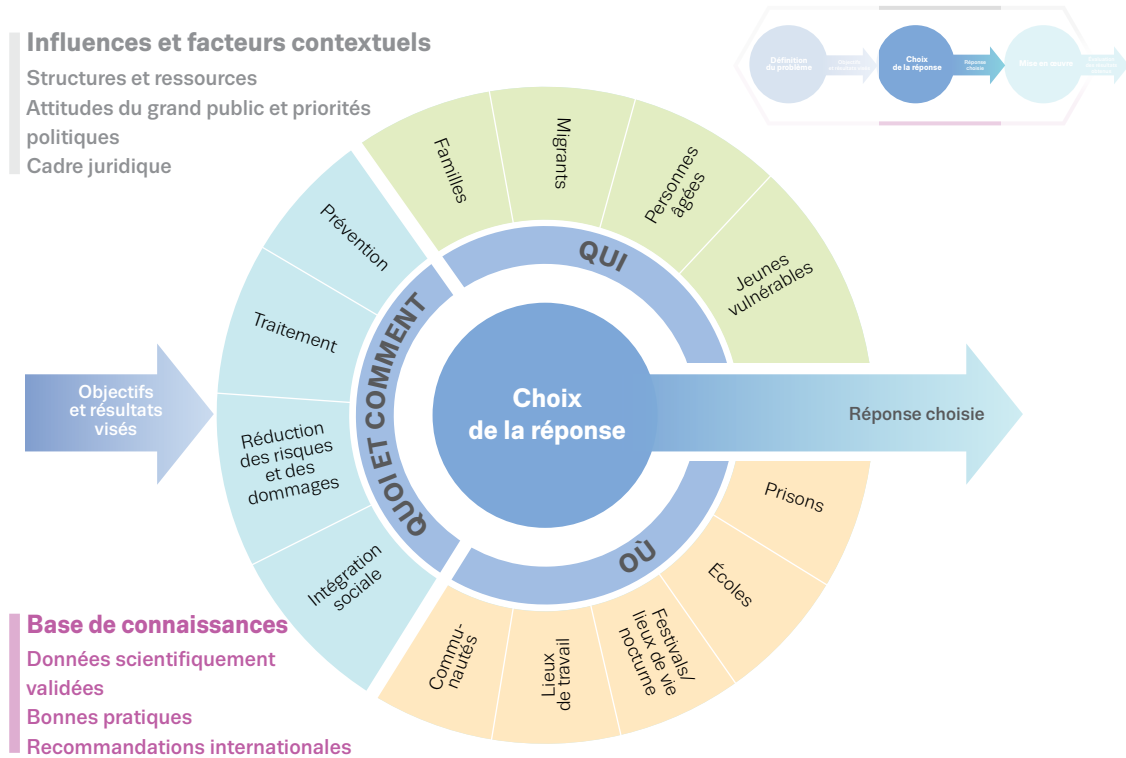
Choisir les réponses possibles les plus appropriées

L'étape suivante, fondée sur l'évaluation des besoins et les objectifs définis, consiste à choisir une réponse appropriée. Il existe trois façons possibles de procéder: en développant ou en améliorant une réponse existante; en important une approche ou un programme déjà utilisé ailleurs; ou en élaborant une nouvelle intervention. Dans certains cas, le choix le plus adéquat peut être de modifier légèrement des réponses déjà mises en place (en prolongeant par exemple les heures de disponibilité d'un service ou en ajoutant une composante à un programme de formation). Dans d'autres circonstances, une nouvelle intervention sera nécessaire et un certain nombre de facteurs devront être pris en considération pour choisir la réponse la plus appropriée et la plus efficace (figure 1.3).

Les premières questions visent à déterminer quelles réponses possibles sont envisageables pour remédier au problème et quelles sont les données scientifiquement validées qui attestent leur efficacité (voir l'encadré «Éclairage... Comprendre et utiliser les données scientifiquement validées», page 23). Idéalement, les interventions devraient être appuyées par les données scientifiquement validées disponibles les plus solides, si possible par des méta-analyses et des revues systématiques d'essais contrôlés randomisés à grande échelle et d'études sur résultats thérapeutiques qui combinent les conclusions de plusieurs études portant sur un grand nombre de personnes. Toutefois, de telles données ne sont pas toujours disponibles et, à l'autre extrémité du spectre, lorsque les données scientifiquement validées sont très limitées ou inexistantes, un consensus d'experts peut constituer la meilleure option disponible en attendant l'acquisition de données plus solides.

FIGURE 1.3

Facteurs à prendre en considération à l'étape 2: sélection de la réponse ou de l'intervention



Si aucune réponse appropriée n'est disponible, il peut s'avérer nécessaire de mener des recherches pour élaborer une intervention, étudier sa faisabilité et évaluer son acceptabilité pour le groupe cible. Plus tard, lorsque le programme aura été mis en œuvre et qu'une certaine expérience aura été acquise concernant son utilisation, des recherches seront nécessaires pour l'évaluer.

Les principaux types de réponses disponibles et leurs modalités de mise en œuvre sont brièvement décrits dans la [section 1.5](#). Une combinaison de plusieurs mesures de réponse s'imposera souvent pour aborder les aspects multiples des problèmes complexes.

Un autre facteur à prendre en considération à ce stade concerne les groupes ciblés spécifiquement par l'intervention. Par exemple, le programme sera-t-il destiné:

- à l'ensemble de la population des consommateurs potentiels, par exemple la population adulte;
- à des sous-groupes de la population qui sont plus exposés au risque d'initiation ou qui peuvent présenter des besoins particuliers, comme les jeunes socialement défavorisés, les personnes sans-abri, les femmes et les groupes ethniques minoritaires; ou
- aux personnes qui consomment déjà des drogues ou qui sont vulnérables sur le plan individuel?

Un dernier élément à prendre en considération est le cadre dans lequel le programme sera mis en œuvre: écoles, lieux de vie nocturne, lieux de travail, prisons ou centres de soins, par exemple. La diversité de ces environnements induit différentes possibilités et contraintes dont il convient de tenir compte.



Comprendre les coûts sociaux des problèmes de drogue

Les coûts sociaux associés au phénomène des drogues illicites sont considérables et variés. Ils incluent des conséquences négatives pour les individus et leur famille, ainsi que des répercussions sur les quartiers et la société dans son ensemble. Il en résulte des dépenses pour les services de santé et au sein du système de justice pénale. D'autres coûts comprennent les prestations sociales, le financement des interventions de prévention, ainsi que l'éducation et la recherche portant sur la consommation de drogues.

Il est important de prendre conscience du coût des réponses aux problèmes de drogue pour planifier et établir les priorités. Les informations disponibles concernant les dépenses publiques liées à la drogue en Europe, tant au niveau local que national, demeurent néanmoins rares et hétérogènes. Dans les 23 pays qui ont produit des estimations ces dix dernières années, il semble que les dépenses publiques liées à la drogue soient comprises entre 0,01 % et 0,5 % du produit intérieur brut (PIB). On estime que la réduction de la demande représente entre 23 % et 83 % du total des dépenses publiques liées à la drogue, la prise en charge et le traitement pour usage de drogue et les autres coûts de santé constituant une grande partie de ces dépenses. Un rapport récent (intitulé [Drug treatment expenditure: a methodological overview](#)) sur les méthodes d'estimation des dépenses de traitement pour usage de drogue a mis en lumière les avancées en matière d'estimation des dépenses de traitement, mais aussi les nombreux défis qui restent à relever pour produire des estimations solides et comparables. Ce rapport sert également de base pour développer les travaux dans ce domaine à l'avenir.

Toutefois, les dépenses publiques visant à financer les réponses au problème de la drogue ne représentent qu'une part des coûts supportés par la société en lien avec les drogues illicites. Il convient aussi de citer les coûts supportés par les particuliers et d'autres coûts externes pour la société, comme la perte de productivité due aux décès prématurés et aux maladies liées à la consommation de drogue, ainsi que l'impact économique sur les quartiers touchés par le trafic de drogue ou les scènes ouvertes de consommation. À ces coûts potentiellement mesurables, il faut encore ajouter les dommages humains, la douleur et la souffrance et d'autres conséquences qui ne sont pas facilement mesurables mais qu'il convient de garder à l'esprit. Les estimations de ces coûts sociaux plus larges découlant de l'usage de drogues peuvent être utiles pour estimer l'impact et le rapport coût-bénéfice des réponses sanitaires et sociales, ainsi que pour plaider en faveur de l'allocation de ressources supplémentaires à ces réponses. Dans les pays européens pour lesquels des informations sont disponibles, le coût social des drogues illicites serait compris entre 0,1 % et 2 % du PIB.

Voir la page thématique sur les [dépenses publiques liées à la drogue](#) sur le site internet de l'EMCDDA et le document d'orientation du projet LEADER sur le site [alicerap.eu](#).

Outre ceux énumérés ci-dessus, d'autres facteurs devront être pris en considération lors du choix de la combinaison d'interventions à mettre en œuvre. Il s'agit notamment des structures et des ressources disponibles pour développer les interventions. Les questions énoncées ci-dessous peuvent, par exemple, être posées.

- Existe-t-il des organisations gouvernementales, à but lucratif, de la société civile et caritatives qui fournissent déjà ce type de services?
- Ces services sont-ils disponibles à une échelle suffisante ou ces organisations sont-elles capables d'étendre leurs services?
- Quelles sont les ressources supplémentaires qui peuvent être nécessaires pour leur permettre d'accroître leurs capacités — comme un financement pour de nouveaux bâtiments, du personnel supplémentaire et des formations pour le personnel?

Dans un contexte de ressources limitées ou s'il est nécessaire de réagir rapidement à une crise, il peut s'avérer nécessaire de trouver un compromis entre la couverture des services (atteindre le plus grand nombre de personnes) et l'intensité ou le niveau des prestations (qualité des services) pouvant être assurés.

Le degré de priorité politique accordée au problème de la drogue est un facteur important pour l'allocation de ressources. Est-il suffisant de produire les ressources nécessaires pour accroître les capacités? Ou les prestataires de services existants devront-ils s'attaquer au nouveau problème dans les limites des ressources disponibles? Comment les décisions seront-elles prises en ce qui concerne la détermination des priorités en matière de fourniture de services aux différents patients et la répartition des ressources entre les différents services?

Les attitudes du grand public à l'égard de la consommation de drogues peuvent avoir une influence majeure sur la priorité politique accordée, la quantité de ressources sociétales allouées et l'approche adoptée pour remédier aux problèmes de drogue. Ces attitudes dépendront des «images dominantes» le plus souvent associées à la consommation de drogues, à savoir si cette consommation est avant tout perçue comme un vice, un délit, un choix personnel, une maladie ou un handicap.

La législation d'un pays en matière de drogue peut avoir une incidence sur les réponses qui seront apportées. Dans tous

les pays de l'Union européenne, la possession de drogues illicites est réglementée par la loi comme une infraction et, dans de nombreux pays, la consommation de ces drogues constitue un délit. En principe, les consommateurs de drogues illicites peuvent être condamnés à une peine de prison, mais beaucoup de pays privilégient une approche de santé publique et détournent les consommateurs de drogue du système de justice pénale pour plutôt les orienter vers un traitement. Dans certains pays, cette approche s'est traduite par un financement accru des traitements et de l'aide destinés à faire face aux problèmes sanitaires et sociaux rencontrés par les consommateurs de drogues.



1.5 | Les principaux types de réponses disponibles

Il existe un large éventail de réponses sanitaires et sociales disponibles pour remédier aux problèmes de drogue. Ces réponses peuvent être mises en place auprès de différentes populations, à différents stades du problème et de manière individuelle ou combinée. Lorsqu'elles sont envisagées au niveau national ou local, toutes ces mesures peuvent s'inscrire dans le cadre d'un système global de réduction de la demande de drogues et doivent être coordonnées et intégrées.

Approches de prévention

Les approches de prévention de l'usage de drogue sont diverses, allant de celles qui ciblent la société dans son ensemble (prévention environnementale) aux interventions axées sur les personnes à risque (prévention indiquée). Les principaux défis consistent à adapter ces différentes stratégies aux groupes et aux contextes visés ainsi qu'à s'assurer qu'elles sont fondées sur des données scientifiquement validées et qu'elles couvrent une partie suffisante de la population. La plupart des stratégies de prévention se concentrent sur la consommation de substances de manière générale, tandis que certaines tiennent également compte des problèmes connexes, comme la violence et les comportements sexuels à risque, un nombre restreint se concentrant sur des substances spécifiques, comme l'alcool, le tabac ou le cannabis.

Les stratégies de **prévention environnementale** visent à modifier les environnements culturels, sociaux, physiques et économiques dans lesquels les personnes concernées font des choix en matière de consommation de drogues. Elles comprennent des mesures dont l'efficacité a été prouvée de manière satisfaisante comme la fixation du prix de l'alcool, l'interdiction de la publicité en faveur du tabac et l'interdiction de fumer. D'autres stratégies visent à créer des environnements scolaires protégés, comme en favorisant un climat d'apprentissage positif et solidaire et en enseignant les normes et les valeurs de la citoyenneté.

La **prévention universelle** s'adresse à la population dans son entièreté, généralement dans des contextes scolaires et communautaires, dans le but de doter les jeunes des compétences sociales nécessaires pour éviter ou retarder le début de la consommation de substances.

La **prévention sélective** intervient auprès de groupes, de familles ou de communautés spécifiques qui sont plus susceptibles de commencer à consommer de la drogue ou de développer une dépendance, bien souvent parce qu'ils ont moins de liens sociaux et de ressources.

La **prévention indiquée** cible les personnes souffrant de problèmes comportementaux ou psychologiques qui les exposeront à un risque plus élevé de problèmes de consommation de substances plus tard dans leur vie. Dans la plupart des pays européens, la prévention indiquée consiste principalement à fournir du conseil aux jeunes usagers de substances.

Traitement

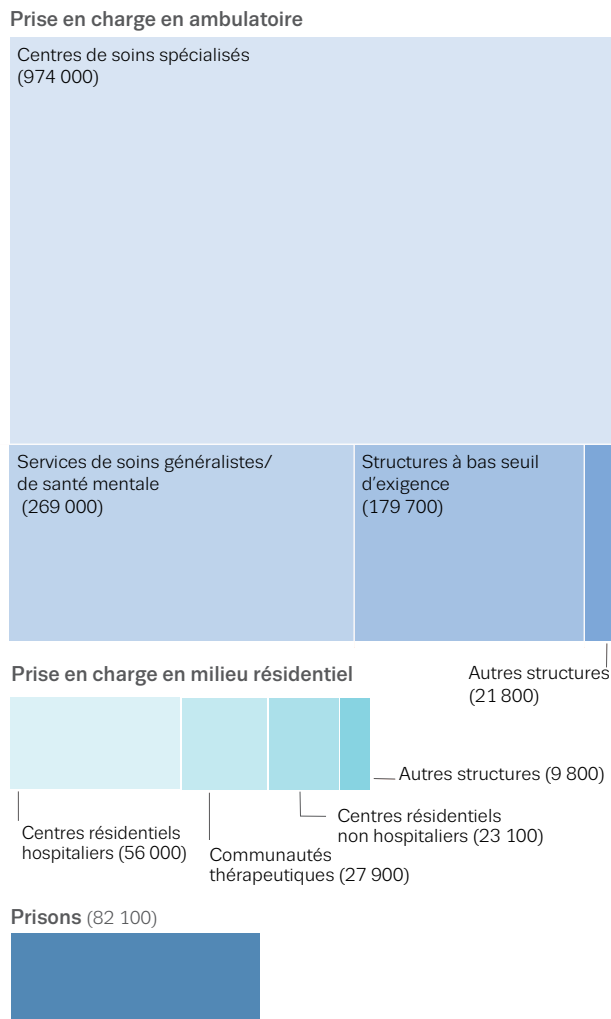
Une série d'interventions sont utilisées pour le traitement des problèmes de drogue en Europe, notamment les interventions psychosociales, les traitements de substitution aux opioïdes et les cures de désintoxication. L'importance relative des différentes modalités de traitement dans chaque pays est influencée par plusieurs facteurs, tels que l'organisation du système national des soins de santé et la nature des problèmes de drogue rencontrés. Les services de prise en charge peuvent être proposés dans diverses structures de soins en ambulatoires et résidentiels: unités de traitement spécialisées; cliniques dispensant des soins de santé primaires et de santé mentale; structures à bas seuil d'exigence; unités résidentielles en milieu hospitalier et centres résidentiels spécialisés; et unités en prison (voir la [figure 1.4](#)).

La plupart des traitements pour usages de drogue dispensés en Europe le sont dans le cadre de services en ambulatoires, et les deux principales modalités de ces traitements ambulatoires sont le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) et les interventions psychosociales.

Le traitement de substitution est l'intervention la plus fréquente pour les consommateurs d'opioïdes en Europe. Ces traitements sont généralement dispensés dans des centres de soins ambulatoires spécialisés, mais ils sont également disponibles en milieu résidentiel ainsi que dans les prisons de certains pays. En outre, les médecins généralistes qui travaillent dans des cabinets privés jouent

un rôle de premier plan, souvent dans le cadre de dispositifs de soins partagés avec des centres spécialisés de traitement des addictions, dans environ un tiers des États membres de l'Union européenne.

FIGURE 1.4
Nombre de patients suivant un traitement pour usage de drogue en Europe en 2015, par structure



Les interventions psychosociales comprennent le conseil, les entretiens motivationnels, les thérapies cognitivo-comportementales, la gestion des cas, les thérapies familiales et de groupe, ainsi que la prévention des rechutes. Ces interventions aident les consommateurs à gérer et à surmonter leurs problèmes. Elles représentent la principale forme de traitement proposée aux consommateurs de stimulants, comme la cocaïne et les amphétamines. Elles sont également proposées aux consommateurs d'opioïdes en combinaison avec des traitements de substitution aux opioïdes. Dans bon nombre de pays, la responsabilité des traitements psychosociaux en ambulatoires est partagée entre les institutions publiques et les organisations non

gouvernementales. Les prestataires de soins commerciaux ne jouent généralement qu'un rôle mineur dans l'offre d'interventions psychosociales en Europe.

Un pourcentage réduit des traitements pour usage de drogue dispensés en Europe est assuré dans des structures avec hébergement. Les traitements résidentiels ou en établissement, que ce soit dans un hôpital ou ailleurs, imposent aux patients de vivre dans le centre de soins pour une durée allant de quelques semaines à plusieurs mois afin de leur permettre de s'abstenir de toute consommation de drogues. Les traitements de substitution aux opioïdes sont rarement proposés en milieu hospitalier, en dehors de quelques exceptions pour des groupes de patients présentant un niveau élevé de morbidité. Le sevrage est parfois une condition préalable à l'admission: il s'agit d'une intervention à court terme sous surveillance médicale visant à réduire la consommation de drogue puis à y mettre un terme, en offrant un soutien pour atténuer les symptômes de sevrage ou d'autres effets négatifs. La cure de désintoxication prend généralement la forme d'une intervention résidentielle dans un hôpital, un centre de soins spécialisé ou une structure résidentielle dotée de services médicaux ou psychiatriques.

Dans le cadre des interventions résidentielles, les patients reçoivent individuellement des traitements psychosociaux structurés et participent à des activités visant à favoriser leur réadaptation et leur réinsertion dans la société. Une approche de type communauté thérapeutique est souvent appliquée. Les traitements résidentiels peuvent aussi être dispensés dans des hôpitaux psychiatriques pour les patients souffrant également de troubles de santé mentale. Les institutions publiques, le secteur privé et les organisations non gouvernementales contribuent tous à l'offre de soin dans un cadre résidentiel en Europe, l'importance relative de ces différents prestataires variant d'un pays à l'autre.

De plus en plus d'interventions de prévention et de prises en charge très diverses sont également disponibles en ligne. Les interventions sur l'internet peuvent élargir la portée et la couverture géographique des programmes de prise en charge afin d'atteindre les personnes qui souffrent de problèmes liés à l'usage de drogues et qui n'ont pas d'autre possibilité d'accès à des services spécialisés (voir l'encadré «Éclairage... Les interventions de santé en ligne», page 127, et le document d'information sur la [santé en ligne et la santé mobile](#)).

Réinsertion sociale

De nombreux consommateurs problématiques de drogues sont victimes d'exclusion sociale, surtout ceux

qui consomment des opioïdes de façon chronique. Le chômage et un faible niveau d'instruction sont courants, et beaucoup de ces consommateurs sont sans-abri ou n'ont pas de logement stable. Les interventions visant à remédier à ces problèmes se concentrent sur la réinsertion sociale des consommateurs, y compris en améliorant leur capacité à trouver et à conserver un emploi.

Les approches adoptées comprennent des programmes de formation professionnelle visant à améliorer les compétences et les qualités requises pour trouver et conserver un emploi. Le passage d'une situation de traitement à un emploi traditionnel peut être facilité par des entreprises sociales et des coopératives qui proposent des expériences professionnelles et des emplois assistés. Les programmes qui encouragent les employeurs à embaucher des personnes qui ont connu des problèmes de drogue et à leur fournir un soutien sur leur lieu de travail sont également utiles (voir la [section 4.3](#) sur les réponses apportées sur le lieu de travail).

Bien souvent, la résolution des problèmes de logement est cruciale pour permettre la réinsertion sociale des usagers de drogues. Les services d'aide au logement peuvent fournir une solution d'hébergement à court ou long terme, ainsi qu'un accès à d'autres services tels que des soins médicaux, une prise en charge des usages de drogue, des activités sociales et des programmes d'enseignement et de formation. On peut citer à titre d'exemple le programme *Housing First* (mis en place en France sous le nom «Un chez soi d'abord»), qui fournit un logement le plus rapidement possible avant d'aborder les problèmes de drogue de la personne concernée ou de lui offrir tout autre soutien.

Réduction des risques

La réduction des risques et des dommages englobe les interventions, les programmes et les politiques qui visent à réduire les dommages sanitaires, sociaux et économiques causés aux personnes, aux groupes et aux sociétés par la consommation de drogues. Un principe fondamental de la réduction des risques et des dommages est l'élaboration de

réponses pragmatiques pour lutter contre la consommation de drogues à travers une hiérarchie d'interventions qui accordent la priorité à la réduction des dommages. Il s'agit de remédier aux problèmes sanitaires et sociaux immédiats rencontrés par les consommateurs problématiques de drogues, en particulier ceux qui sont victimes d'exclusion sociale, en proposant des traitements de substitution aux opioïdes et des programmes d'échange de seringues en vue de prévenir les décès par surdose et de réduire la propagation des maladies infectieuses. D'autres approches incluent le travail de proximité, les actions de promotion de la santé et l'éducation.

En 2003, le Conseil des ministres de l'Union européenne a adopté une [recommandation](#) relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie, qui priait instamment les États membres d'adopter une série de politiques et d'interventions à cet égard. En 2007, la Commission européenne a confirmé que la [prévention et la réduction des risques et des dommages](#) étaient un objectif de santé publique dans tous les pays. Les politiques antidrogue nationales intègrent de plus en plus les objectifs de réduction des risques définis dans la stratégie antidrogue de l'UE; il existe un large consensus en Europe quant à l'importance de la réduction des risques, en particulier de la propagation des maladies infectieuses, de la morbidité et de la mortalité liées aux surdoses.

Plus récemment, de nouvelles possibilités pour améliorer la portée et l'efficacité des interventions de réduction des risques sont apparues, notamment grâce aux progrès réalisés dans le domaine des technologies de l'information et des applications mobiles. Parmi ces nouvelles approches figure notamment le recours à des [applications de santé en ligne](#) pour mettre en place des interventions brèves et un soutien à la guérison à plus grande échelle, ainsi que l'utilisation des [sciences comportementales](#) pour développer des programmes plus efficaces (voir aussi les encadrés «[Éclairage... Les interventions de santé en ligne](#)», page 127, et «[Éclairage... L'application des sciences comportementales aux politiques et aux pratiques de lutte contre la drogue](#)», page 177).

1.6 | Mise en œuvre, suivi et évaluation des réponses choisies

La mise en œuvre fructueuse de toute réponse politique dépend d'une série de facteurs qui doivent être pris en considération lors de la planification ou de l'examen des politiques ou des programmes (voir la figure 1.5).

Facteurs influençant la mise en œuvre

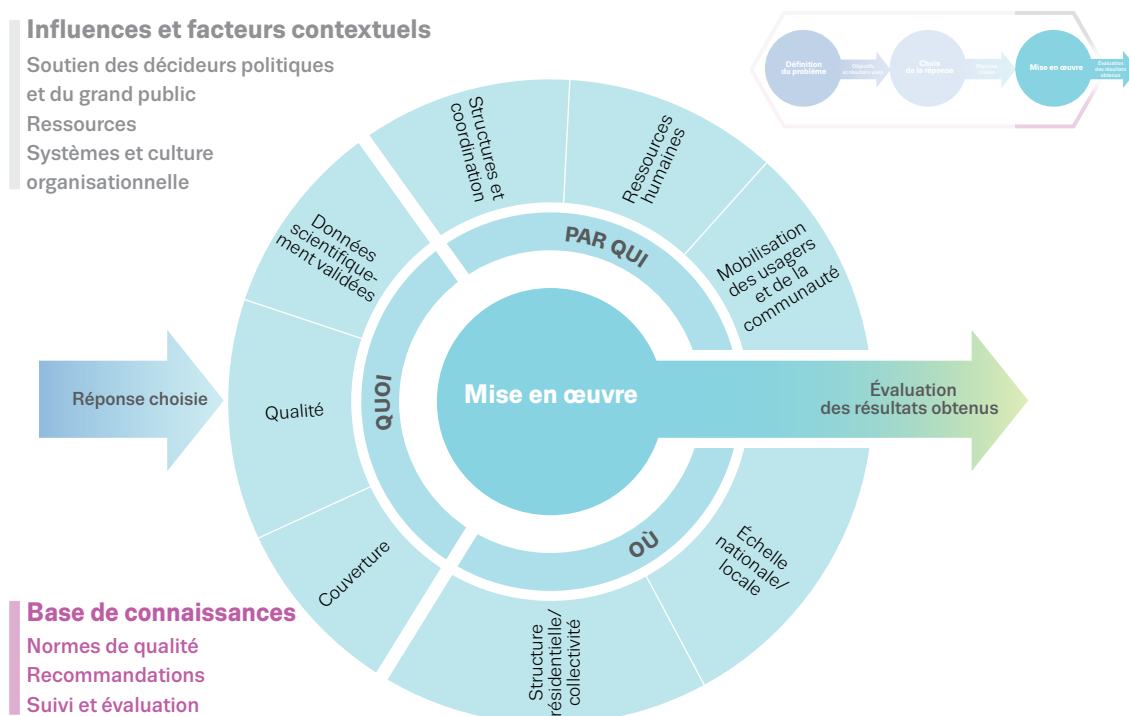
Tout d'abord, le soutien des décideurs politiques et du grand public est indispensable. Ils doivent admettre la réalité d'un problème de drogue qui requiert une réponse spécifique. Il faudra peut-être aussi les convaincre qu'une approche de santé publique est plus indiquée qu'une réponse essentiellement axée sur l'ordre public. Un plaidoyer qui attire l'attention sur le rapport coûts-bénéfices de l'action et de l'inaction peut s'avérer nécessaire pour garantir l'allocation des ressources sociétales adéquates à la mise en place d'une réponse de politique publique efficace.

La mise en œuvre efficace d'une intervention requiert de disposer d'un personnel qualifié en nombre suffisant pour la concrétiser. Cela peut supposer de former du personnel

supplémentaire pour permettre l'élargissement des services. Parfois, il peut également s'avérer nécessaire d'assurer une formation au personnel plus habitué à travailler avec d'autres types de consommateurs problématiques de drogues (comme les consommateurs d'opioïdes par injection plutôt que les consommateurs problématiques de stimulants ou de cannabis, par exemple) ou chargé de travailler avec de nouveaux groupes, comme les jeunes consommateurs.

Les interventions nécessitent également des infrastructures et des lieux appropriés pour héberger les activités de prise en charge, les programmes de proximité et les autres services proposés. La mobilisation communautaire peut être cruciale si les collectivités doivent accueillir des centres de soins ou de proximité. Parmi les préoccupations qui devront être abordées, il convient de mentionner la crainte de voir ces structures attirer les consommateurs de drogue et aggraver ainsi les problèmes liés à leur usage, ou encore amener les consommateurs à se rassembler autour des structures et à s'adonner ouvertement au trafic et à la consommation de drogues.

FIGURE 1.5
Étape 3: mise en œuvre



Gestion et coordination des services

Il convient de mettre en place des systèmes de gestion pour coordonner les efforts des différentes structures et agences qui tentent de parer aux problèmes de drogue. Pour assurer la coordination, il peut s'avérer nécessaire d'établir des comités consultatifs ou des groupes de référence incluant de nombreux représentants des parties prenantes clés. Ces entités pourront définir l'orientation d'une stratégie globale. Elles veilleront également à associer à ce processus tous les acteurs concernés par une politique, ce qui favorisera une acceptation plus large des approches stratégiques adoptées.

En outre, en raison des interactions entre les problèmes de drogue et d'autres problèmes sanitaires et sociaux, il importe de coordonner efficacement les actions des services antidrogue et des autres services de santé. Les problèmes de drogue sont par exemple souvent associés à des problèmes de santé mentale, et il est donc essentiel que les services de lutte contre la drogue et les services de santé mentale collaborent pour remédier efficacement à ces différents problèmes (voir l'encadré «[Éclairage... Addiction et comorbidités psychiatriques](#)», page 33). Malheureusement, ce n'est pas souvent le cas.

Les normes de qualité relatives à la fourniture de services sont un autre mécanisme favorisant une mise en œuvre efficace. Ces normes sont examinées dans le chapitre 5. L'Union européenne a publié des normes minimales de qualité pour la réduction de la demande de drogue qui couvrent la prévention, la réduction des risques et des dommages, ainsi que le traitement, la réinsertion sociale et la réadaptation.

Des consultations régulières avec les organismes associés à l'offre de services peuvent s'avérer nécessaires pour repérer et résoudre les problèmes de mise en œuvre. Les représentants des usagers des services peuvent fournir un retour d'informations concernant leurs performances et émettre des suggestions pour améliorer la conception et la fourniture de ces services. Il est essentiel de créer une culture organisationnelle entre les organismes et les services caractérisée davantage par la collaboration que par la concurrence pour la gestion des ressources et des patients.

Suivi et évaluation des services fournis

Le suivi, l'évaluation et le retour d'information sont essentiels pour garantir la bonne fourniture des services. Ces processus permettent au personnel de suivre les performances de leurs programmes, d'en améliorer la mise en œuvre, d'évaluer le rapport coût-efficacité et de rendre compte des services fournis auprès des bailleurs de fonds. Ils devraient également permettre de recenser

les répercussions négatives imprévues des interventions ou d'autres actions, comme une évolution des pratiques aboutissant à des taux d'abandon plus élevés, ou les cas où des mesures prises pour empêcher le détournement de médicaments soumis à une prescription réduisent l'accès à ces médicaments pour les patients qui en ont besoin, entraînant des traitements inefficaces, des douleurs et des souffrances connexes ainsi qu'une augmentation des dépenses de santé.

Le suivi de la mise en œuvre et de l'implantation des interventions nécessite des systèmes de collecte de données durables. Pour que les données puissent être exploitées, les formulaires doivent être complétés régulièrement et de manière adéquate. Les résultats devraient être communiqués au personnel afin de démontrer l'intérêt de cette collecte de données. Voici quelques exemples de questions à se poser dans le cadre du suivi et de l'évaluation des interventions.

- Quels sont les types d'interventions qui ont été mises en place (services de conseil, aide sociale, traitement de substitution aux opioïdes, etc.)?
- Combien de patients et quel type de patients ou de groupes cibles ces interventions ont-elles touchés?
- Quels sont les résultats en termes de prévention ou de réduction de la demande de drogues et des dommages ou d'amélioration de la qualité de vie des patients?
- Quel est le coût de ces interventions par rapport à celui d'autres programmes ou services?

Ces données peuvent être exploitées à des fins internes et externes, par exemple pour évaluer et affiner les services et les réponses apportés aux patients, pour rendre compte aux organismes de financement, pour plaider en faveur d'un maintien ou d'une augmentation des financements pour les services existants, ou pour défendre d'autres interventions plus rentables. Le suivi et l'évaluation des services fournis sont généralement assurés par les services eux-mêmes, alors que dans l'idéal l'évaluation des résultats et de l'impact doit être effectuée par des évaluateurs externes, qui pourront être plus objectifs. Le suivi et l'évaluation sont examinés plus en détail dans la [section 5.3](#).

Étant donné qu'il faut parfois un certain temps pour que les interventions produisent des effets détectables sur les dommages liés à la drogue, la difficulté pour les décideurs politiques peut être d'assurer le maintien du financement des services lorsqu'une situation de crise liée à la drogue est terminée. Les conclusions des recherches concernant l'impact des services, leur rapport coût-efficacité et la proportion de population touchée par les problèmes de drogue peuvent jouer un rôle important dans ce processus.



Éclairage... Addiction et comorbidités psychiatriques

Les problèmes de santé mentale sont très courants chez les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues et ces patients connaissent plus de problèmes graves sur les plans clinique et psychosocial que les patients souffrant de troubles liés à la consommation de drogues sans comorbidité.

Les comorbidités psychiatriques les plus fréquemment recensées chez les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues sont la dépression, les troubles anxieux (principalement les crises de panique et les troubles de stress post-traumatique) et les troubles de la personnalité (principalement personnalité «antisociale» et «borderline»). La présence de ces comorbidités complique encore le traitement des problèmes liés à la consommation de substances, renforce le risque de chronicité et diminue la fiabilité des pronostics concernant aussi bien les troubles psychiatriques que ceux liés à la consommation de drogues.

La littérature s'accorde généralement sur le fait que ces deux types de troubles devraient être traités au moyen d'une approche multidisciplinaire dans le cadre de laquelle les professionnels de la lutte antidrogue et de la santé mentale collaboreraient pour atteindre des objectifs communs. Néanmoins, les avis divergent en ce qui concerne le cadre de traitement le plus approprié et les meilleures stratégies pharmacologiques et psychosociales à appliquer.

Le principal obstacle au traitement des problèmes de consommation de drogues associés à des troubles psychiatriques est la séparation entre les réseaux de santé mentale et ceux de prise en charge pour usage de drogue dans la plupart des pays européens. Cela signifie souvent que ces différents services de soins ne possèdent pas les connaissances adéquates pour traiter ces deux types de troubles, ce qui aboutit à des approches de traitement, des réglementations et des ressources financières distinctes.

Améliorer les réponses pour les personnes souffrant de comorbidité psychiatrique

Il convient d'adopter une approche systématique pour détecter et traiter les problèmes d'addiction et de comorbidités psychiatriques chez les personnes souffrant de problèmes liés à la consommation de drogues.

Les troubles liés à la consommation de substances et les problèmes psychiatriques devraient être évalués au moyen d'instruments validés. Les instruments de dépistage standard pour détecter les troubles liés à la consommation de drogues et les problèmes psychiatriques peuvent être utilisés systématiquement quand le manque de temps ou de connaissances du personnel empêche d'effectuer des évaluations plus approfondies.

Les approches thérapeutiques adoptées à la suite d'un double diagnostic, qu'elles soient pharmacologiques, psychologiques ou les deux, doivent prendre en considération les deux types de problèmes dès le premier contact afin de trouver la meilleure solution pour chaque patient.

Les besoins suivants sont identifiés:

- mener une analyse approfondie de l'organisation des services dans les pays européens;
- réaliser une étude multinationale fondée sur une méthodologie standardisée pour faciliter les comparaisons entre pays;
- introduire des éléments spécifiques relatifs aux comorbidités psychiatriques chez les patients souffrant de troubles liés à la consommation de drogues dans les systèmes de communication de données en Europe afin de permettre un suivi de routine;
- mener des études portant sur les résultats des traitements pour renforcer les données scientifiquement validées étayant les traitements pharmacologiques et psychosociaux destinés aux personnes souffrant à la fois de problèmes liés à la consommation de drogues et de troubles psychiatriques;
- mener une analyse et des recherches approfondies sur les interventions précoces possibles pour recenser les cas problématiques (comme chez les préadolescents) en vue d'élaborer des mesures de prévention.

Voir l'aperçu de 2015 de l'EMCDDA intitulé [Comorbid substance use and mental disorders in Europe](#).



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK).
- Banque d'instruments d'évaluation.
- Portail des bonnes pratiques.
- Dépenses publiques liées à la drogue.
- Drug treatment expenditure: a methodological overview, EMCDDA Insights, 2017.
- New developments in national drug strategies in Europe, 2017.
- Evidence review summary: drug demand reduction, treatment, and harm reduction, Harry R. Sumnall, Geoff Bates et Lisa Jones, document d'information.

Autres sources

- Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020).
- Plan d'action antidrogue de l'UE (2017-2020).
- EU Common Position on UNGASS 2016.
- EU Minimum Quality Standards for demand reduction.
- LEADER project guidance.
- Rapport sur la mise en œuvre de la recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2



CHAPITRE 2

Les problèmes découlant de certains types ou pratiques de consommation de drogues

Ce chapitre examine les problèmes sous l'angle de certaines pratiques de consommation de drogues, ainsi que du point de vue des substances spécifiques qui posent problème dans de nombreux pays de l'Union européenne. Dans chaque cas, un aperçu des aspects les plus importants du problème est fourni, ainsi qu'une revue des interventions qui pourraient être indiquées pour y répondre. Ces informations s'accompagnent d'un bref résumé des données scientifiquement validées disponibles concernant l'efficacité, d'un examen des réponses actuellement mises en place dans l'ensemble de l'Europe et d'une analyse de certains des effets connexes pour les politiques et les pratiques. Ce chapitre fournit également des liens renvoyant vers des informations plus détaillées sur les sujets abordés.

Les problèmes de drogue abordés dans ce chapitre sont les suivants:

- les problèmes liés à la consommation de cannabis;
- la dépendance aux opioïdes;
- les décès liés aux opioïdes;
- les hépatites virales, le VIH et les autres infections associées à la consommation de drogues par voie intraveineuse;
- les problèmes liés à la consommation de stimulants;
- les nouvelles substances psychoactives;
- l'usage détourné de médicaments;
- la polyconsommation de drogues.



2.1 Remédier aux problèmes liés à la consommation de cannabis



RÉSUMÉ

Problématiques

La consommation de cannabis peut donner lieu à une série de problèmes de santé physique et mentale, sociaux et économiques, ou exacerber ceux-ci. Des problèmes sont davantage susceptibles de survenir si la consommation commence à un âge précoce et évolue vers une consommation régulière chronique. Les réponses sanitaires et sociales à la consommation de cannabis et aux problèmes connexes devraient donc poursuivre en priorité les objectifs suivants:

- prévenir la consommation, ou repousser son apparition de l'adolescence au début de l'âge adulte;
- prévenir l'évolution de la consommation occasionnelle de cannabis vers une consommation régulière;
- réduire les modes de consommation nocifs; et
- proposer des interventions, notamment un traitement, aux personnes dont la consommation de cannabis est devenue problématique.

mots clés: cannabis, prévention, santé en ligne, jeunes, régulation du cannabis, interventions brèves

Réponses possibles

- Des *programmes de prévention*, comme les interventions à composantes multiples dans les écoles qui visent à développer les compétences sociales et les techniques de refus, la prise de décision saine et la résistance, et à corriger les malentendus normatifs au sujet de la consommation de drogue; les interventions familiales; et les interventions structurées sur ordinateur.
- Des *interventions brèves*, par exemple les entretiens motivationnels menés dans les services d'urgence ou dans les structures dispensant des soins de santé primaires.
- Le *traitement*: les recherches suggèrent que la thérapie cognitivo-comportementale, l'entretien motivationnel et la gestion des contingences peuvent réduire la consommation de cannabis et ses dommages à court terme; la thérapie familiale multidimensionnelle peut aider à réduire la consommation chez les jeunes patients qui présentent un grave problème de consommation; et certaines interventions en ligne et sur ordinateur peuvent réduire la consommation de cannabis à court terme.
- Des *interventions de réduction des risques*, par exemple axées sur les dommages associés au fait de fumer du cannabis, en particulier en combinaison avec du tabac.

Panorama européen

- La prévention universelle est très courante, mais ne repose pas toujours sur des données scientifiquement validées. Des approches de prévention sélective sont utilisées dans certains pays européens, le plus souvent auprès de jeunes délinquants ou de jeunes placés en institution, mais leur efficacité est mal établie. Les approches de prévention indiquée et les interventions brèves ne semblent pas être couramment utilisées.
- De nombreux pays de l'Union européenne proposent un traitement pour les personnes qui ont un problème de consommation de cannabis dans le cadre de programmes généraux de traitement pour usage de drogue. Dans la moitié des pays, un traitement spécifique pour un problème de consommation de cannabis est disponible. Le traitement est essentiellement dispensé dans des structures locales ou en ambulatoire et de plus en plus souvent en ligne.

Comprendre le problème et les principaux objectifs des réponses

Le cannabis est la drogue illicite la plus communément consommée en Europe et dans le monde. On estime à 17,1 millions le nombre des jeunes Européens de 15 à 34 ans (soit 13,9 % de cette tranche d'âge) ayant consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. Cette estimation inclut 10 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans (soit 17,7 % de cette tranche d'âge). La première consommation de cannabis intervient plus tôt dans la vie que pour la plupart des autres drogues illicites et ce sont les jeunes adultes qui affichent la consommation de cannabis la plus élevée.

La consommation de cannabis est souvent de nature expérimentale et ne dure généralement que peu de temps au début de l'âge adulte. Cependant, une minorité d'utilisateurs développent des habitudes de consommation de cannabis plus persistantes et problématiques, et ces problèmes sont étroitement associés à une consommation régulière, à long terme et à forte dose. Ces problèmes peuvent être :

- une mauvaise santé physique (symptômes respiratoires chroniques, par exemple);
- des problèmes de santé mentale (dépendance au cannabis et symptômes psychotiques, par exemple); et
- des problèmes économiques et sociaux découlant de mauvaises performances scolaires, une situation de décrochage scolaire, une altération des performances au travail ou des démêlés avec le système de justice pénale.

Ces difficultés sont plus susceptibles d'apparaître si les usagers commencent à consommer du cannabis régulièrement à l'adolescence, alors que leur cerveau est encore en plein développement. Les risques peuvent augmenter avec la consommation de dérivés du cannabis plus puissants, en particulier les produits qui contiennent une concentration élevée du composant psychoactif tétrahydrocannabinol (THC) et une concentration plus faible d'un autre composant, le cannabidiol (CBD).

Les conséquences négatives pour les jeunes d'une inscription dans leur casier judiciaire d'infractions relatives à la consommation ou à la possession de cannabis ont suscité des craintes dans certains pays redoutant que les sanctions pénales soient disproportionnées par rapport aux dommages causés par la consommation de cannabis elle-même. C'est l'un des facteurs qui motivent l'expérimentation de différents modèles de régulation dans ce domaine (voir l'encadré «[Éclairage... L'impact des nouveaux modèles de régulation du cannabis sur les réponses](#)», page 42).

En Europe, la méthode la plus courante pour consommer du cannabis est de le fumer mélangé à du tabac. Cette méthode

comporte des risques supplémentaires pour la santé, et la dépendance à la nicotine qui en résulte peut également rendre le traitement plus difficile. Cette pratique révèle également la nécessité d'envisager de manière plus globale les politiques et les réponses relatives au cannabis et au tabac.

Les problèmes liés aux puissants agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes, communément appelés «cannabinoïdes de synthèse» suscitent de plus en plus d'inquiétudes. Bien qu'elles agissent sur les mêmes récepteurs cannabinoïdes dans le cerveau, ces substances sont très différentes du cannabis et sont étudiées dans ce rapport, dans la [section 2.6](#) sur les nouvelles substances psychoactives et dans la [section 4.1](#) sur les prisons.

Les objectifs des réponses sanitaires et sociales visant à limiter la consommation de cannabis et diminuer les problèmes connexes sont :

- d'empêcher la consommation, ou de retarder celle-ci de l'adolescence au début de l'âge adulte;
- d'éviter l'évolution de la consommation occasionnelle de cannabis vers une consommation régulière;
- de réduire les modes de consommation nocifs; et
- de proposer un traitement aux personnes dont la consommation de cannabis est devenue problématique.

Les décideurs politiques pourraient également chercher à limiter les interactions entre les jeunes consommateurs de cannabis et le système judiciaire pénal.

Réponses possibles

Interventions visant à prévenir ou à retarder l'apparition ou l'aggravation de la consommation de cannabis

Les programmes de prévention qui sont efficaces vis-à-vis de la consommation de cannabis adoptent généralement une perspective de développement et ne sont pas spécifiques à une substance. Les programmes de prévention à destination des adolescents visent souvent à réduire ou à retarder la consommation de cannabis ainsi que la consommation d'alcool et de cigarettes.

Il a été démontré que les programmes de prévention en milieu scolaire bien conçus contribuent à réduire la consommation de cannabis. Ces programmes sont structurés grâce à des manuels (c'est-à-dire que leur mise en œuvre est standardisée par l'utilisation de protocoles et de manuels destinés aux personnes chargées de les mettre en place) et ont généralement des objectifs multiples: développer les compétences sociales et les techniques de refus; améliorer la prise de décisions et l'adaptation; sensibiliser aux influences sociales sur la consommation de drogues;



Aperçu des données scientifiquement validées sur... les interventions visant à prévenir ou à retarder la consommation de cannabis



Les interventions à composantes multiples peuvent réduire la consommation d'alcool et de cannabis lorsqu'elles sont menées dans les écoles en utilisant des approches d'influence sociale, en corrigeant les malentendus normatifs et en développant les compétences sociales et les techniques de refus. Les programmes qui se contentent de fournir des informations sur les risques liés à la consommation de drogue ne se sont pas révélés efficaces pour prévenir la consommation.



Les interventions familiales universelles, telles que les initiatives *Familias Unidas*, *Focus on Kids* et *Strengthening Families 10-14*, peuvent être efficaces pour prévenir la consommation de cannabis lorsqu'elles sont menées dans des environnements et des domaines multiples.



Les interventions structurées sur ordinateur peuvent être efficaces pour prévenir la consommation de cannabis lorsqu'elles sont menées dans les écoles ou dans des groupes familiaux.



Les interventions sous la forme d'entretiens motivationnels axés sur la consommation de cannabis peuvent être efficaces lorsqu'elles sont menées dans des services d'urgence ou en médecine de ville.



L'efficacité des interventions brèves en milieu scolaire pour réduire la consommation de substances chez les jeunes n'est pas claire, même si certaines informations laissent penser qu'elles pourraient avoir un impact limité sur la consommation de cannabis.

corriger les malentendus normatifs selon lesquels la consommation de drogues est courante chez les pairs; et fournir des informations sur les risques liés à la consommation de drogues. Les programmes en milieu scolaire qui se concentrent uniquement sur l'amélioration des connaissances des élèves sur les risques liés à la consommation de drogues se sont révélés inefficaces pour prévenir la consommation de cannabis et d'autres drogues. Pour des exemples de programmes ayant obtenu une évaluation positive, voir le [portail des bonnes pratiques](#) (voir également la [section 4.4](#)).

Il existe des données scientifiquement validées de qualité moyenne indiquant que certaines interventions familiales universelles structurées grâce à des manuels et ciblant les parents et les enfants peuvent prévenir la consommation de cannabis. Les programmes de prévention qui sont mis en œuvre dans des contextes et des domaines multiples (par exemple, à l'école et dans le cadre familial, avec un programme de mentorat et des campagnes dans les médias) semblent être les interventions les plus efficaces. Les preuves de l'efficacité de la prévention sélective ciblant les familles de jeunes considérés comme étant «à risque» sont mitigées et aucune conclusion ne peut être tirée quant à l'efficacité de cette approche.

Les campagnes autonomes dans les médias (y compris à la télévision, à la radio, dans la presse écrite et sur l'internet) qui exploitent les principes du marketing social et diffusent des informations sur les risques liés à l'usage

de drogue ont tendance à être jugées inefficaces en ce qui concerne les changements de comportement. Il est donc généralement recommandé de ne les envisager que comme une composante d'un ensemble plus large de programmes qui intègrent des approches plus diversifiées.

Les interventions brèves visent généralement à intervenir aux premiers stades de la consommation de drogue pour réduire l'intensité de cette consommation ou empêcher son évolution vers une consommation problématique. Elles sont le plus souvent utilisées pour lutter contre les drogues couramment consommées par les jeunes, comme le cannabis. Ces interventions sont limitées dans le temps et les méthodes de ciblage et de mise en œuvre varient considérablement. Un avantage de cette approche est le fait qu'elle peut être appliquée dans différents contextes, par exemple par des médecins généralistes, des conseillers, des animateurs de jeunesse ou des agents de police. Ces interventions incorporent souvent des éléments de l'entretien motivationnel. Une récente analyse de l'EMCDDA a révélé que, bien que certaines recherches aient confirmé leur efficacité, celle-ci demeure limitée, et des études plus approfondies sont nécessaires dans ce domaine. Des travaux innovants ont été réalisés en matière d'élaboration d'interventions brèves en ligne, et il existe aussi des données scientifiquement validées limitées (de faible qualité) indiquant que les interventions structurées mises en œuvre sur ordinateur et sur l'internet peuvent contribuer à prévenir la consommation de cannabis lorsqu'elles sont menées dans les écoles ou dans des groupes familiaux.

Réduction des risques liés à la consommation de cannabis

La réduction des risques liés à la consommation de cannabis a fait l'objet de moins d'efforts que ceux déployés pour d'autres substances, mais elle est néanmoins importante.

Les interventions de réduction des risques ciblant les consommateurs de cannabis peuvent chercher à prévenir les habitudes de consommation plus problématiques, à limiter la consommation et à sensibiliser à la nécessité de faire preuve de vigilance face aux répercussions négatives possibles de la consommation sur d'autres aspects de la vie, comme les performances scolaires ou les relations sociales. Une récente revue de la littérature entreprise par Fischer et al. (2017) pour mettre à jour les recommandations de réduction des risques liés à l'utilisation du cannabis au Canada formule des recommandations pertinentes fondées sur des données scientifiquement validées qui sont présentées ci-après.

Aborder les dommages spécifiques associés à la consommation de cannabis, en particulier fumé en combinaison avec du tabac, est un autre sujet important mais négligé. Les interventions dans ce domaine devraient viser à promouvoir d'autres modes d'administration, qui ne nécessitent pas de fumer ni d'utiliser du tabac, et à limiter les effets nocifs de l'inhalation.

D'autres modes de consommation existent comme les vaporisateurs ou les produits comestibles, bien que ces méthodes ne soient pas sans risque. La consommation au moyen d'aliments comestibles élimine les risques respiratoires, mais l'apparition tardive des effets psychoactifs peut entraîner l'utilisation de doses plus fortes que prévu ainsi que des effets indésirables aigus. Il existe peu de données scientifiquement validées permettant de juger des avantages ou des inconvénients potentiels de certains modes de consommation établis ou nouveaux. Il est toutefois clair que, du point de vue de la santé publique, il est préférable d'éviter l'utilisation combinée du tabac et du cannabis.

Les modalités de consommation comme l'«inhalation profonde» ou le fait de retenir son souffle, qui sont couramment employées chez les fumeurs de cannabis, augmentent la quantité de substances toxiques introduites dans les poumons. Les consommateurs devraient être encouragés à éviter ces pratiques.

La consommation de produits à plus forte teneur en THC est associée à des risques plus élevés d'occurrence de problèmes aigus et chroniques. Les usagers devraient être sensibilisés à l'importance de connaître la nature et la composition des produits dérivés du cannabis qu'ils consomment. Certaines données expérimentales indiquent que le CBD peut modérer les effets psychoactifs et potentiellement néfastes du THC, de sorte que l'utilisation de cannabis contenant moins de THC et des niveaux plus élevés de CBD serait souhaitable. Toutefois, sur un marché illicite, il n'y a généralement pas d'informations disponibles sur la teneur en THC et en CBD.

Les recherches suggèrent que la conduite sous l'emprise du cannabis augmente les risques d'avoir un accident de la route, et ces risques seront probablement accrus si le conducteur a également consommé de l'alcool ou d'autres substances psychoactives. Il serait prudent que les usagers s'abstiennent de conduire (ou d'utiliser des machines dangereuses) pendant au moins six heures après avoir consommé du cannabis. Les usagers doivent également connaître et respecter les limites légales applicables à l'échelle locale qui réglementent la conduite sous l'influence de cannabis.

La consommation de cannabis devrait être particulièrement évitée par certains groupes de la population qui semblent courir un risque plus élevé de subir des dommages. Il s'agit notamment des personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de psychose ou des troubles liés à l'usage de drogue, des adolescents et des femmes enceintes (afin d'éviter les effets néfastes sur le fœtus).



Aperçu des données scientifiquement validées sur... le traitement de la consommation problématique de cannabis



Les interventions comportementales (comme la thérapie cognitivo-comportementale, les entretiens motivationnels et la gestion des contingences) peuvent réduire la consommation et améliorer le fonctionnement psychosocial chez les adultes et les adolescents à court terme.



La thérapie familiale multidimensionnelle aide à réduire la consommation et à maintenir les patients en traitement, en particulier chez les jeunes patients présentant un problème sévère.



Les interventions en ligne et sur ordinateur peuvent être efficaces pour réduire la consommation de cannabis, du moins à court terme, et constituent un moyen économique d'atteindre un grand nombre de consommateurs de cannabis.



Éclairage... L'impact des nouveaux modèles de régulation du cannabis sur les réponses

Régulation du cannabis dans l'Union européenne

Un certain nombre de juridictions de l'Union européenne ont réduit les sanctions relatives à la consommation ou à la possession de petites quantités de cannabis et, dans certains cas, à la culture de quelques plantes pour un usage personnel. La plupart des pays de l'Union privilégient maintenant les amendes, les mises en garde et les mesures de probation pour sanctionner la possession de petites quantités de cannabis. Ces changements résultent essentiellement de modifications des politiques répressives officielles ou non officielles en matière de possession plutôt que de l'évolution des législations nationales.

Les Pays-Bas tolèrent la vente au détail de cannabis en petites quantités depuis environ 40 ans, tandis que, depuis plus récemment, les *cannabis social clubs* d'Espagne produisent du cannabis pour en fournir à leurs membres sans but lucratif. Ces clubs se sont multipliés et font leur apparition dans d'autres parties de l'Europe. Les médicaments dérivés du cannabis ont été autorisés dans de nombreux pays de l'Union européenne et, au moment de la publication de ce document, l'usage du cannabis à des fins médicales était autorisé ou toléré dans plusieurs États membres.

Légalisation du cannabis dans les Amériques

Contrairement à ce qui se fait dans l'Union européenne, une politique de légalisation de l'usage récréatif du cannabis pour les adultes a été introduite dans certaines parties des Amériques.

- Les citoyens de huit États américains ont voté en faveur de l'autorisation de la production commerciale et de la vente de cannabis aux adultes à des fins récréatives (Colorado et Washington en 2012; Oregon et Alaska en 2014 et Californie, Massachusetts, Maine et Nevada en 2016). En outre, les électeurs de Washington DC ont approuvé une mesure visant à légaliser la culture à domicile, la possession et le don de cannabis, mais pas les magasins de détail.
- En 2013, l'Uruguay a été le premier pays à légaliser l'usage du cannabis pour les adultes.
- En 2017, le gouvernement fédéral canadien a déposé un projet de loi visant à légaliser la production et la vente commerciales de cannabis à des fins récréatives pour les adultes.

Avantages et inconvénients de la légalisation

Les partisans de la légalisation ont fait valoir que cette mesure limitera l'accès des adolescents au cannabis, améliorera la régulation des produits du cannabis, réduira l'exposition des consommateurs de cannabis aux drogues plus nocives, éliminera les sanctions pénales pour la consommation de cannabis et générera des recettes fiscales qui pourront servir à prévenir et à traiter les troubles liés à la consommation de cannabis.

Les opposants à la légalisation avancent que la normalisation de la consommation de cannabis et, à terme, la baisse des prix qui résultera de cette mesure entraîneront une augmentation du nombre d'usagers de cannabis et de la consommation intensive parmi les consommateurs existants, ce qui exacerbera les dommages globaux liés au cannabis dans la société. Ils font également remarquer que nous en savons très peu sur les conséquences pour la santé des produits très puissants généralement vendus dans les États qui ont légalisé le cannabis.

Quels sont les effets possibles de la légalisation du cannabis?

Il est trop tôt pour tirer des conclusions fiables sur l'impact de la légalisation du cannabis, mais il conviendrait de surveiller les effets potentiels, positifs et négatifs, suivants:

- l'évolution du niveau ou des habitudes de consommation de cannabis;
- le recours aux services des urgences pour des empoisonnements accidentels d'enfants; des intoxications au cannabis chez des adultes; et des vomissements graves chez de gros consommateurs;
- les demandes de traitement pour usage de cannabis parmi les adultes et adolescents, notamment à la suite d'une réorientation par d'autres services;
- les accidents de la circulation, dans leur ensemble et ceux plus particulièrement liés au cannabis et à l'alcool;
- les évolutions connexes de la consommation d'autres substances psychoactives contrôlées et réglementées (y compris l'alcool, le tabac, les médicaments et les drogues illicites, comme les opioïdes) et des dommages qui y sont associés — afin d'évaluer l'impact global sur la santé publique;
- les coûts associés aux différentes approches (y compris les coûts des procédures pénales, l'incidence sur la délinquance et les coûts liés à la régulation du marché).

Voir le rapport 2017 de l'EMCDDA sur [la législation relative au cannabis en Europe](#) et le document d'information sur [les dernières avancées en matière de réglementation du cannabis](#).

Traitement de la consommation problématique de cannabis

Le traitement pour remédier à la consommation problématique de cannabis repose essentiellement sur des approches psychosociales, des interventions familiales pour les adolescents et des interventions cognitivo-comportementales pour les adultes. Les données scientifiquement validées disponibles favorisent les approches combinant thérapie cognitivo-comportementale, entretiens motivationnels et gestion des contingences. De plus, des données scientifiquement validées de qualité moyenne indiquent que la thérapie familiale multidimensionnelle peut être efficace pour les jeunes consommateurs de cannabis. Les interventions sur l'internet et fondées sur les technologies numériques sont de plus en plus répandues pour atteindre les consommateurs de cannabis et affichent des résultats préliminaires prometteurs lorsqu'il s'agit de réduire la consommation et de faciliter le traitement en face à face (le cas échéant). Il est nécessaire de récolter des données de meilleure qualité sur l'efficacité de cette approche.

Le recours à des interventions pharmacologiques pour traiter les problèmes liés au cannabis fait actuellement l'objet de plusieurs études expérimentales. Il s'agit notamment de la possibilité de prescrire du THC ou

du THC de synthèse, en combinaison avec d'autres médicaments psychoactifs, y compris des antidépresseurs, des anxiolytiques et des thymorégulateurs. Les résultats obtenus à ce jour ne sont pas concordants et aucune approche pharmacologique efficace pour traiter la dépendance au cannabis n'a été identifiée.

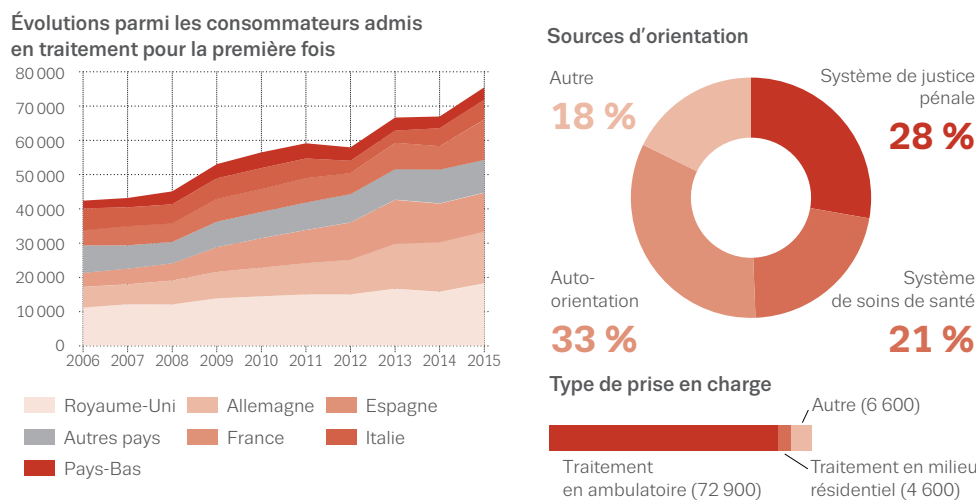
Les mesures adoptées en Europe pour répondre à la consommation de cannabis et à ses problèmes

Prévention

Les programmes de prévention universelle structurés grâce à des manuels et visant à développer les compétences sociales et les techniques de refus, à lutter contre les influences sociales et à corriger les malentendus normatifs concernant l'usage de drogues constituent un élément central des programmes nationaux de prévention dans sept pays de l'Union européenne. Les programmes familiaux fondés sur des données scientifiquement validées sont disponibles à une échelle légèrement plus grande. D'autres pays ont donné la priorité à d'autres approches de prévention, telles que les mesures de prévention environnementale (voir la [section 4.2](#) pour plus d'informations à ce sujet) ou les approches communautaires (voir la [section 4.5](#)).

FIGURE 2.1.

Nombre de consommateurs de cannabis admis en traitement en Europe: évolutions dans le temps et sources d'orientation en 2015



NB: les informations sur les sources d'orientation et les types de prise en charge se fondent sur les dernières données disponibles pour tous les pays concernant l'ensemble des patients admis en traitement pour des problèmes de drogue principalement liés au cannabis. Les tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois sont basées sur 23 pays. Les données concernant l'Italie après 2014 ne sont pas comparables avec celles des années précédentes, du fait de changements dans les flux de données à l'échelon national.

Les réponses de prévention sélective ciblant les groupes vulnérables sont courantes dans les pays nordiques, en Irlande et dans certaines régions de l'Espagne et de l'Italie. Ces interventions portent à la fois sur les comportements individuels et les contextes sociaux et font souvent intervenir, au niveau local, des services et des acteurs multiples (services sociaux, famille, jeunesse et police, par exemple). Les groupes les plus fréquemment ciblés sont les jeunes auteurs de délits, les élèves connaissant des difficultés scolaires et sociales, ainsi que les jeunes placés en institution. Le contenu de ces stratégies de prévention est peu documenté et les évaluations de leur efficacité limitées. Selon les experts, les modalités les plus utilisées reposeraient sur la communication d'informations. Les mesures de prévention indiquées pour les personnes à risque sont limitées en Europe: quatre pays seulement déclarent que de tels programmes sont accessibles à la majorité des personnes qui en ont besoin (voir également la [section 3.4](#) sur les réponses ciblant les jeunes vulnérables).

Interventions brèves

Le coût relativement faible des interventions brèves et le fait qu'elles peuvent potentiellement être mises en place dans des contextes multiples par divers professionnels ayant simplement suivi une courte formation en font des solutions naturellement intéressantes, mais aussi intrinsèquement variées. Parmi les exemples mis en œuvre dans plusieurs pays européens, citons le système *eSBIRT*, qui met en place des interventions brèves dans les services des urgences; *Preventure*, un programme pour les élèves présentant des traits de personnalité jugés à risque; et l'initiative *Fred*,

qui cible les jeunes aux premiers stades des poursuites pénales. Toutefois, il semble que les interventions brèves n'aient pas été mises en œuvre à grande échelle en Europe. Seulement trois pays font état d'une offre complète et étendue de ce type d'intervention dans les écoles, et deux pays déclarent cette offre dans les services à bas seuil d'exigence.

En France, des centres spécialisés ont été créés pour les jeunes qui consomment du cannabis ou d'autres substances psychoactives, ainsi que pour leurs proches, qui peuvent être réticents à s'adresser aux services de traitement traditionnels. Les «Consultations jeunes consommateurs», organisées dans ce cadre sont subordonnées aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Leur mission est d'intervenir en amont, entre la prévention et les soins.

Traitement des problèmes liés au cannabis

Le nombre de patients entamant pour la première fois un traitement pour des problèmes liés à la consommation de cannabis est passé de 43 000 en 2006 à 76 000 en 2015 dans l'Union européenne (figure 2.1). Depuis 2009, le cannabis est la drogue principale la plus fréquemment signalée chez les nouveaux patients traités. Cette augmentation peut être due à différents facteurs: évolution de la consommation de cannabis dans la population générale, et plus particulièrement de la consommation intensive; évolution de la perception des risques; disponibilité accrue de produits à base de cannabis plus puissants; changements dans la dispensation



Répondre à la consommation de cannabis et aux problèmes connexes: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- Les principales réponses dans ce domaine incluent les approches préventives générales visant à décourager la consommation ou à en retarder le début, les interventions brèves pour les personnes souffrant de problèmes mineurs et un traitement pour celles qui connaissent des problèmes plus graves.

Perspectives

- Il conviendrait d'accorder davantage d'attention aux approches de réduction des risques de la consommation de cannabis, et plus particulièrement en ce qui concerne les modes de consommation et la consommation en combinaison avec du tabac.
- Un recours plus fréquent aux approches de santé en ligne devrait être mis en place.
- Les nouvelles réglementations qui font leur apparition dans le monde peuvent fournir des informations précieuses sur les avantages et les inconvénients de différentes options de régulation et sur leur impact probable sur les réponses apportées.

Enjeux

- La nature des troubles liés à la consommation de cannabis doit être mieux comprise, ainsi que les options thérapeutiques les plus efficaces et les plus indiquées en fonction des différents patients.
- Il est nécessaire d'avoir une meilleure compréhension des types de traitements reçus par le nombre croissant de personnes entamant un traitement pour consommation de cannabis en Europe, afin de garantir une offre de soin adéquate et efficace dans ce domaine.

des traitements et l'orientation vers les services de prise en charge, etc. Le système judiciaire pénal est devenu une importante source d'orientation pour le traitement de l'usage du cannabis: en 2015, plus d'un quart des consommateurs de cannabis qui suivaient un traitement pour la première fois en Europe ont été orientés par le système pénal, et cette proportion est considérablement plus élevée dans certains pays. Les données sont également influencées par les différentes définitions et pratiques nationales constituant un traitement des troubles liés à la consommation de cannabis — qui peut aller d'une intervention brève dispensée en ligne à l'admission dans un centre de soins résidentiel.

En Europe, la plupart des traitements en lien avec le cannabis sont dispensés en milieu communautaire ou dans des structures en ambulatoire, mais il convient également de noter que, sur cinq personnes commençant un traitement pour usage de drogue dans un cadre résidentiel, une personne environ déclare que le cannabis est la drogue lui posant le plus de problèmes. Si de nombreux pays européens proposent des traitements destinés aux consommateurs problématiques de cannabis dans le cadre des programmes traitant de manière générale la

consommation de substances, près de la moitié d'entre eux offrent des possibilités de traitement spécifique pour le cannabis. L'élaboration de programmes spécifiques de traitement du cannabis peut être liée à des besoins locaux ou nationaux particuliers (les services existants peuvent par exemple être très axés sur les opioïdes et s'avérer peu attrayants pour certains groupes de consommateurs de cannabis).

La disponibilité et la couverture des options de traitement pour les consommateurs de cannabis diffèrent d'un pays à l'autre et ne sont pas nécessairement liées à l'existence de programmes spécifiques. Dans les pays qui ont mis au point un traitement spécifique, la couverture de la population concernée est jugée «bonne», et les experts indiquent que la majorité des personnes qui ont besoin d'un traitement pour des troubles liés à leur consommation de cannabis ont accès à un tel traitement. Quelques pays ne proposent cependant qu'une couverture limitée, parfois en dépit de besoins globalement importants. On en sait moins sur l'accessibilité du traitement pour des troubles liés à la consommation de cannabis dans les pays qui n'offrent pas d'interventions spécifiques au cannabis.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- Portail des bonnes pratiques.
- Statistical bulletin.
- Cannabis legislation in Europe, 2017.
- Rapport européen sur les drogues — Tendances et évolutions 2017.
- Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights, 2015.
- New developments in cannabis regulation, Beau Kilmer, Background paper.
- Implementation of drug-, alcohol- and tobacco-related brief interventions in the European Union Member States, Norway and Turkey, Technical report, 2017.

Autres sources

- Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., Rehm, J. et Room, R., 'Lower-risk cannabis use guidelines: a comprehensive update of evidence and recommendations', *American Journal of Public Health*: publié en ligne avant d'être imprimé le 23 juin 2017 (DOI: [10.2105/AJPH.2017.303818](https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303818)).
- Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N. et Simon, S., 'Cannabis use among people entering drug treatment in Europe: A growing phenomenon?', *European Addiction Research* 23, 2017, p. 113-121.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.2 Lutter contre la dépendance aux opioïdes



RÉSUMÉ

Problématiques

Bien que la prévalence de la dépendance aux opioïdes chez les adultes européens soit faible et varie considérablement d'un pays à l'autre, elle est associée à un nombre disproportionné de dommages, tels que les maladies infectieuses et d'autres problèmes de santé, la mortalité, le chômage, la délinquance, le sans-abrisme et l'exclusion sociale. La consommation d'héroïne reste une préoccupation majeure, mais la consommation d'opioïdes de synthèse progresse aussi dans de nombreux pays européens et prédomine même désormais dans certains.

mots clés: opioïdes, traitement de substitution aux opioïdes, réinsertion sociale, traitement

Réponses possibles

- *Les interventions pharmacologiques*, telles que le TSO, généralement à base de méthadone ou de buprénorphine. Un traitement avec prescription d'héroïne peut être utile pour les personnes qui n'ont pas réagi aux autres formes de TSO.
- *Les interventions comportementales et psychosociales* visant à traiter les aspects psychologiques et sociaux de l'usage de drogue comprennent des interventions brèves, des thérapies psychologiques structurées, des entretiens motivationnels, la gestion des contingences et la thérapie comportementale de couple. Elles sont souvent utilisées en combinaison avec des interventions pharmacologiques.
- La *réadaptation en milieu résidentiel* requiert de vivre dans un centre de traitement et de suivre un programme structuré et planifié de soins comprenant des activités médicales, thérapeutiques et d'autres tâches. Cette approche convient aux patients dont le besoin d'aide est estimé «moyen» ou «élevé».
- Les *groupes d'entraide et de soutien mutuel* enseignent des techniques cognitives, comportementales et d'autogestion sans supervision professionnelle officielle.
- Les *services d'aide à la réinsertion/guérison*, comme l'aide à la recherche d'emploi et l'aide au logement.

Un traitement efficace à long terme de la dépendance aux opioïdes nécessite souvent plusieurs épisodes de traitement et une combinaison de réponses. La réduction des risques et des dommages, ainsi que les services de santé mentale et les autres centres de prise en charge traitant des problèmes concomitants en santé mentale et physique, joueront également un rôle important.

Panorama européen

- Les consommateurs d'opioïdes représentent le groupe le plus important pris en charge via un traitement spécialisé pour usage de drogue en Europe. Il existe cependant des différences entre les pays. Ces différences se reflètent dans les variations de prévalence, mais aussi dans l'organisation des systèmes de prise en charge pour usage de drogue.
- L'approche thérapeutique la plus courante est le traitement de substitution aux opioïdes, généralement fourni dans un cadre ambulatoire. La méthadone (63 %) et la buprénorphine (35 %) sont les médicaments les plus couramment utilisés dans le cadre du TSO en Europe. On estime qu'au total, 50 % environ des personnes souffrant d'une dépendance aux opioïdes reçoivent l'une ou l'autre forme de traitement de substitution, mais le taux de couverture varie sensiblement d'un pays à l'autre.
- Tous les pays européens proposent des formules de traitement résidentiel, mais la gamme des prestations varie considérablement.

Comprendre le problème et les principaux objectifs des réponses

La consommation d'opioïdes, notamment l'héroïne, par voie intraveineuse a constitué le principal problème lié aux drogues dans de nombreux pays européens au cours des 40 dernières années. L'héroïne est l'opioïde illicite le plus fréquemment consommé en Europe, et cette substance peut être fumée, sniffée ou injectée. L'usage abusif d'opioïdes autres que l'héroïne, comme la méthadone, la buprénorphine et le fentanyl, est potentiellement en augmentation. Dans trois pays, il s'agissait des opioïdes les plus fréquemment consommés par les personnes admises en traitement en 2015: le fentanyl en Estonie et la buprénorphine en Tchéquie et en Finlande.

La prévalence de la consommation problématique d'opioïdes chez les adultes (15 à 64 ans) en Europe est estimée à 0,4 % de la population de l'Union européenne, soit environ 1,3 million de personnes. Toutefois, la prévalence varie considérablement d'un pays à l'autre, les estimations allant de moins d'un cas à plus de huit cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans. Il convient également de noter que le calcul de ces estimations est difficile sur le plan méthodologique et que ces chiffres doivent donc être interprétés avec prudence.

Bien que la prévalence de l'usage d'opioïdes illicites soit beaucoup plus faible que celle des autres drogues, les opioïdes sont responsables d'une part disproportionnée des dommages liés à la drogue, parmi lesquels:

- des taux élevés de dépendance, souvent associés à une situation de chômage, à des actes criminels visant à obtenir de l'argent pour acheter de la drogue, au sans-abrisme et à l'exclusion sociale;
- de nombreux décès, en particulier à la suite de surdoses;
- des «scènes ouvertes» de consommation de drogues et une délinquance liée à la drogue qui gangrènent certains quartiers; et
- la propagation du VIH, des hépatites virales et d'autres maladies infectieuses en raison du partage du matériel d'injection.

Les personnes qui consomment essentiellement des opioïdes représentent une grande proportion des patients suivant un traitement pour usage de drogue. La consommation problématique d'opioïdes est également associée à l'exclusion sociale et aux préjudices, et il faut souvent un traitement à long terme et plusieurs épisodes de prises en charge pour que les patients puissent vaincre leur dépendance et réintégrer la collectivité.

Globalement, les données disponibles indiquent que le nombre de nouveaux consommateurs d'héroïne,

en particulier par voie intraveineuse, est plus faible aujourd'hui que par le passé. Néanmoins, beaucoup de consommateurs d'opioïdes de long terme en Europe sont des polyconsommateurs qui ont aujourd'hui la quarantaine ou la cinquantaine. Des facteurs tels que l'usage de longue date par injection, une mauvaise santé, de mauvaises conditions de vie, le tabagisme et la consommation d'alcool rendent ces usagers vulnérables à divers problèmes de santé chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, hépatiques et respiratoires. Les défis à relever pour répondre aux besoins complexes de ce groupe sont analysés dans la [section 3.1](#).

Les mesures de lutte contre la dépendance aux opioïdes visent à encourager les usagers dépendants à suivre un traitement et à leur fournir d'autres formes de soutien pour résoudre leurs multiples problèmes psychosociaux et de santé chroniques, ainsi que pour atténuer leur exclusion sociale. L'élimination de leur dépendance aux opioïdes est généralement un objectif à long terme plutôt qu'un objectif immédiat du traitement. Les services de réduction des risques, comme les programmes d'échange de seringues, jouent également un rôle important pour mettre les personnes dépendantes aux opioïdes en contact avec les services compétents et pour traiter les dommages, comme les surdoses. Ils sont examinés plus en détail dans les [sections 2.3 et 2.4](#).

Réponses possibles

Il existe diverses approches pour traiter les personnes souffrant d'une dépendance aux opioïdes et faciliter leur réinsertion dans la collectivité:

- les *interventions pharmacologiques*, comme le traitement de substitution aux opioïdes à long terme, les médicaments les plus utilisés étant la méthadone et la buprénorphine. Ces interventions sont généralement combinées avec des interventions psychosociales;
- les *interventions comportementales et psychosociales* visant à traiter les aspects psychologiques et sociaux liés à l'usage de drogue comprennent des interventions brèves, des thérapies psychologiques structurées, des entretiens motivationnels, la gestion des contingences et la thérapie comportementale de couple;
- la *réadaptation en milieu résidentiel* requiert de vivre dans un centre de traitement et de suivre un programme structuré et planifié de soins comprenant des activités médicales, thérapeutiques et d'autres tâches. Cette approche convient aux patients dont le besoin d'aide est estimé «moyen» ou «élevé». Les séjours peuvent être courts ou longs en fonction des besoins individuels;
- les *groupes d'entraide et de soutien mutuel* enseignent des techniques cognitives, comportementales et d'autogestion sans supervision professionnelle officielle;
- les *services d'aide à la réinsertion/guérison*, comme l'aide à la recherche d'emploi et l'aide au logement.



Aperçu des données scientifiquement validées sur... le traitement de la dépendance aux opioïdes



Le traitement de substitution aux opioïdes maintient les patients en traitement, réduit la consommation d'opioïdes illicites, les comportements à risque et la mortalité qui y sont liés, et améliore la santé mentale des bénéficiaires. Ses effets peuvent être renforcés par un soutien psychosocial combiné.



La méthadone et la buprénorphine sont toutes deux recommandées comme médicaments dans le cadre des traitements de maintenance pharmacologique sur le long terme.



La méthadone permet de garder davantage de patients en traitement au cours des premières semaines que la buprénorphine.



La prescription d'héroïne a été jugée efficace pour les consommateurs chroniques d'opioïdes qui ne réagissaient pas au traitement à la méthadone.



La méthadone ou la buprénorphine sont des solutions thérapeutiques efficaces pour les personnes qui souffrent d'une dépendance aux médicaments opioïdes.



Un traitement de substitution est nettement plus recommandé que la cure de désintoxication aux femmes enceintes dépendantes aux opioïdes. Les interventions psychosociales ne suffisent pas pour améliorer les résultats obstétricaux ou la dépendance aux opioïdes.



Lorsque la cure désintoxication est indiquée, des doses réduites de méthadone ou de buprénorphine devraient être utilisées en combinaison avec des interventions psychosociales.



La cure de désintoxication à base d'agonistes alpha-2 adrénergiques (comme la clonidine) est également efficace, mais la méthadone a moins d'effets indésirables.



L'utilisation de naltrexone pour prévenir les rechutes n'est généralement pas recommandée, sauf dans les cas où une rechute aurait des conséquences graves et immédiates.



Le fait de proposer aux consommateurs de drogues une approche thérapeutique fondée sur des mesures d'encouragement (gestion des contingences) et de leur fournir un emploi contribue à améliorer leurs conditions sociales.

Les données scientifiquement validées issues d'essais contrôlés et d'études d'observation indiquent que le traitement pour usage de drogue permet d'atténuer les dommages découlant de la consommation d'opioïdes et la dépendance. En plus de réduire les comportements à risque signalés en matière d'injection de drogues, le traitement atténue également le risque de surdose, la criminalité et les dommages sociaux, y compris les effets néfastes sur les familles et les quartiers (voir l'encadré «[Aperçu des données scientifiquement validées](#)» pour un résumé des données scientifiquement validées relatives aux différents types de traitement). La cure de désintoxication aux opioïdes sous forte sédation n'est pas recommandée et peut être nocive.

Par rapport à d'autres domaines, l'ensemble des données scientifiquement validées appuyant le traitement des problèmes liés aux opioïdes est relativement solide. Ces données ne sont toutefois pas complètes et d'importantes questions doivent faire l'objet d'études plus approfondies. Par exemple, il n'est pas clairement établi si la cure de désintoxication sous sédation minimale aide les consommateurs d'opioïdes à suivre leur traitement jusqu'au bout et à éviter les rechutes ni si les adolescents souffrant de dépendance aux opioïdes répondent mieux à la cure de désintoxication ou au TSO.

Le traitement efficace à long terme de la dépendance aux opioïdes nécessite souvent plusieurs épisodes de traitement et une combinaison de réponses. Par exemple, le traitement de substitution aux opioïdes comprend généralement

un traitement de maintenance pharmacologique sur le long terme, habituellement en combinaison avec des interventions psychosociales et des contacts médicaux réguliers pour améliorer les aspects sociaux et sanitaires. La qualité du traitement est importante: il est essentiel de fournir des doses adéquates des médicaments de substitution pour éviter que les patients ne prennent de l'héroïne ou d'autres opioïdes en plus du médicament prescrit. La continuité du traitement est également essentielle, car la période qui suit immédiatement l'interruption du traitement, que ce soit en raison d'un abandon, d'une autorisation de sortie de l'établissement ou d'un transfert entre services (à la sortie de prison, par exemple), s'accompagne d'un risque élevé de surdose (voir les [sections 2.3 et 3.1](#)). De même, pour préserver les bons résultats à plus long terme, les personnes en TSO peuvent bénéficier d'une série de mesures supplémentaires, comme des actions de prévention des rechutes et un soutien pour la réinsertion sociale, comprenant des aides à la formation, à la recherche d'emploi et au logement.

Certains sous-groupes peuvent présenter des besoins particuliers en matière de soutien: voir la [section 3.1](#) sur les consommateurs problématiques de drogues vieillissants et la [section 3.2](#) sur la nécessité de répondre aux besoins des femmes usagères de drogue.

Les mesures adoptées en Europe pour répondre à la dépendance aux opioïdes

Vue d'ensemble

Les consommateurs d'opioïdes représentent le groupe le plus important pris en charge via un traitement spécialisé pour usage de drogue, bien que ce soit dans des proportions variables d'un pays à l'autre. Par exemple, alors que la grande majorité des patients commençant un traitement en Estonie sont des consommateurs d'opioïdes, ils sont moins de 5 % en Hongrie. En 2015, 191 000 patients consommant principalement des opioïdes ont entamé un traitement spécialisé pour usage de drogue en Europe; 37 000 d'entre eux suivaient un tel traitement pour la première fois, et la plupart de ceux-ci (79 %) consommaient essentiellement de l'héroïne.

La plupart des traitements destinés aux personnes souffrant de dépendance aux opioïdes en Europe sont dispensés dans un cadre ambulatoire, le plus souvent dans des services spécialisés de prise en charge pour usage de drogue. Les services à bas seuil d'exigence, les établissements de santé généraux et de soins en santé mentale, ainsi que les médecins généralistes jouent tous un rôle de premier plan dans certains pays. Les soins dans une structure résidentielle sont moins

fréquents, mais ils restent importants compte tenu du nombre de patients traités dans des hôpitaux psychiatriques, des communautés thérapeutiques et des centres de traitement résidentiels spécialisés utilisés à cette fin.

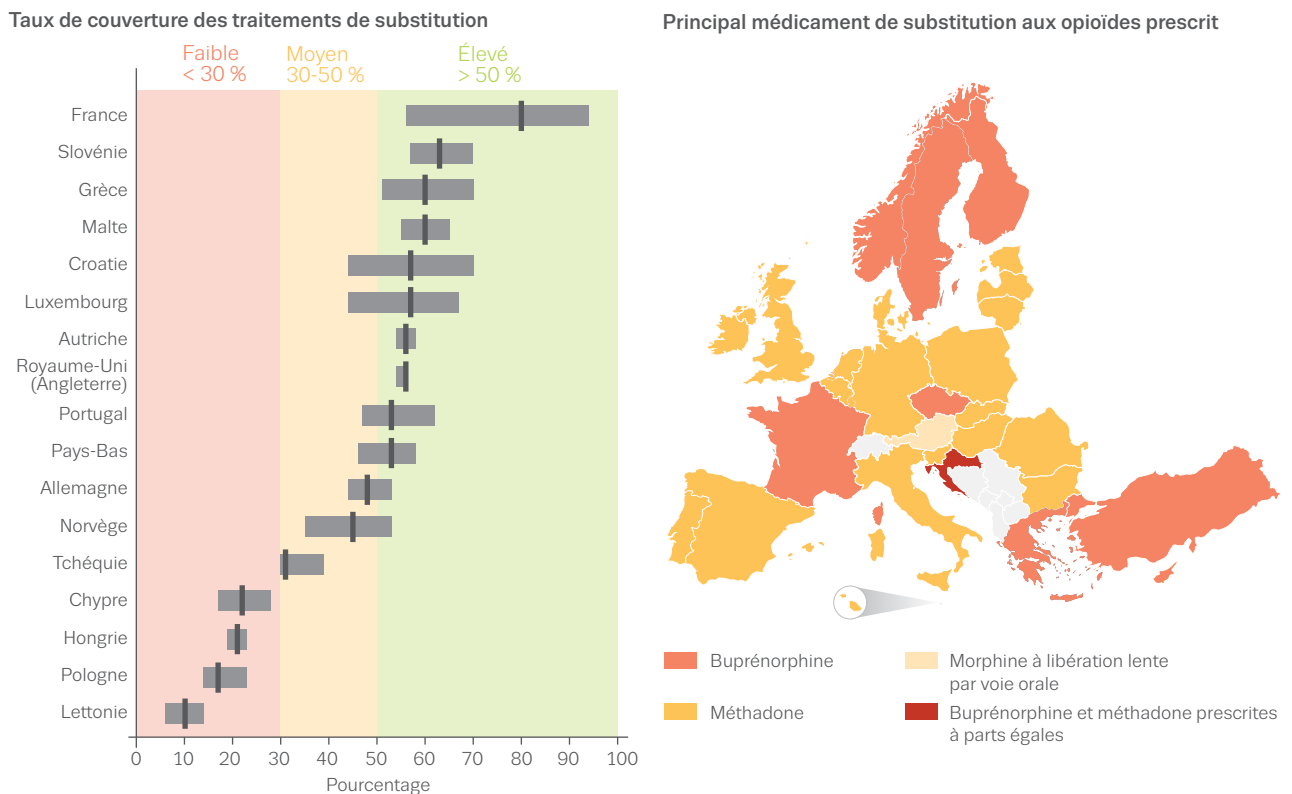
Un large éventail de services est proposé aux consommateurs de drogues dans les centres de soins européens, et ces services peuvent varier d'un centre à l'autre. Cette complexité, conjuguée à la nature des traitements de la dépendance aux opioïdes qui se font sur le long terme, signifie que la gestion des cas joue un rôle important pour faire en sorte que les services répondent aux besoins de chacun et que les patients restent engagés dans le traitement. Les liens avec d'autres services, comme les services de santé mentale et de santé sexuelle, sont également importants, mais souvent problématiques — voir les encadrés «[Éclairage... Addiction et comorbidités psychiatriques](#)», page 33, et «[Éclairage... Le traitement des problèmes de santé sexuelle liés à la consommation de drogues](#)», page 77.

Le traitement de substitution aux opioïdes en Europe

On estime qu'environ 50 % des personnes dépendantes aux opioïdes en Europe reçoivent une forme de traitement de substitution. Les estimations nationales varient de 10 % à 80 %, ce qui met en évidence à la fois l'hétérogénéité de la couverture du traitement et le fait que l'offre reste insuffisante dans de nombreux territoires européens ([figure 2.2](#)).

FIGURE 2.2

Traitement de substitution aux opioïdes en Europe: taux de couverture et principaux médicaments prescrits



NB: le taux de couverture désigne le pourcentage estimé de consommateurs problématiques d'opioïdes qui bénéficient de l'intervention concernée; les données sont présentées sous la forme de valeurs estimées et de fourchettes d'incertitude. Les données se rapportent à 2015 ou à l'année la plus récente pour laquelle des informations sont disponibles.

Des recherches menées dans douze pays européens [dans le cadre d'ATOME (Access to opioid medication in Europe), le projet de recherche sur l'accès aux médicaments à base d'opioïdes en Europe] ont étudié les facteurs susceptibles de limiter la disponibilité adéquate des médicaments opioïdes, y compris ceux utilisés pour traiter la dépendance aux opioïdes. Les entraves juridiques et réglementaires, les politiques restrictives, les connaissances limitées et les attitudes négatives, ainsi que les critères d'inclusion restreints et les coûts se sont tous avérés représenter des obstacles potentiels à la mise en place d'un niveau adéquat d'offre de traitements. D'importants obstacles entravant l'amélioration de l'accès aux soins dans certains pays sont les restrictions qui limitent le nombre de médecins habilités à prescrire des médicaments de substitution, ou le nombre de pharmacies autorisées à délivrer ces produits.

En 2015, on estimait à 630 000 le nombre de consommateurs d'opioïdes ayant reçu un TSO dans l'Union

européenne — un chiffre qui, dans l'ensemble, a légèrement baissé (5 %) depuis 2010. Certains pays ont signalé des baisses plus importantes au cours de cette période, le nombre de TSO ayant chuté de plus d'un quart, par exemple en Hongrie, aux Pays-Bas, au Portugal et en Espagne. Dans le même temps, quatorze pays ont étendu la couverture de ce traitement. Au cours de la même période, bon nombre de pays ont observé une augmentation globale de l'âge des personnes recevant un TSO (voir la [section 3.1](#)).

Les médicaments à base de méthadone et de buprénorphine sont les médicaments les plus fréquemment prescrits dans le cadre d'un TSO en Europe, et représentent respectivement environ 63 % et 35 % de la totalité des TSO. D'autres substances sont parfois également utilisées, comme la morphine à libération lente ou la diacéylmorphine (dans les traitements avec prescription d'héroïne), et seraient prescrites à environ 2 % des patients suivant un TSO, selon les estimations.



Éclairage... De la réduction des risques à la guérison: la diversité des objectifs de traitement

Quels sont les principaux objectifs du traitement?

L'abstention de la consommation de drogues (abstinence) est habituellement l'objectif à long terme de la plupart des approches de traitement des addictions. Le terme «guérison» dans le domaine des addictions était traditionnellement utilisé dans le cadre du modèle en «12 étapes». Plus récemment, la guérison a été définie comme un processus de contrôle volontaire des substances et de progression vers des résultats positifs dans de larges domaines de la vie. Le concept de guérison recoupe celui de réinsertion sociale et nécessite beaucoup d'interventions similaires, comme des programmes de formation et d'aide à l'emploi et la mise à disposition de logements.

L'apparition du VIH/sida dans les années 80 a orienté les services vers la réduction des risques et des dommages. Les services ont souvent adopté une «hiérarchie d'objectifs» dans laquelle la cessation ou la réduction de l'injection et de la consommation d'héroïne constituait la première étape vers la réalisation des objectifs à plus long terme d'abstinence et de guérison. Plus récemment, le débat a repris sur les rôles relatifs des objectifs d'abstinence et de guérison parallèlement à la réduction des risques.

Ces objectifs de traitement sont-ils incompatibles?

Les consommateurs d'opioïdes font partie des groupes pour lesquels la réalisation des objectifs de traitement peut s'avérer extrêmement difficile, en particulier pour les patients suivant un TSO à long terme, qui connaissent souvent des niveaux élevés de morbidité et des difficultés d'intégration sociale. La guérison, si elle est vue comme incluant un emploi à plein temps, une bonne santé et d'autres éléments similaires, peut ne pas être un objectif réaliste pour cette population qui a vieilli prématurément et qui avance en âge (voir la [section 3.1](#)). Nombre d'entre eux n'ont jamais eu d'emploi et ont donc beaucoup de mal à s'intégrer sur le marché du travail. Beaucoup souffrent de problèmes de santé chroniques, lesquels doivent être pris en considération par les structures qui s'efforcent d'offrir la meilleure qualité de vie possible à ce groupe marginalisé et stigmatisé d'usagers de drogues. Pour obtenir de meilleurs résultats pour ce groupe, il peut être nécessaire de réexaminer les objectifs du traitement pour usage de drogue et de les considérer comme étant complémentaires plutôt que concurrents. Une orientation axée sur la réduction des risques peut s'avérer plus adaptée dans les premières phases du TSO afin de réduire les difficultés et d'encourager la participation. Après la stabilisation dans le TSO, la priorité à plus long terme pourrait devenir la réinsertion et la guérison afin de permettre aux usagers d'obtenir une meilleure qualité de vie et d'atteindre un plus large éventail d'objectifs.

Les personnes qui commencent un traitement ont différents antécédents, problèmes et ressources sur lesquelles s'appuyer, ces aspects étant susceptibles d'évoluer au fil du temps. Les objectifs du traitement et les services de soutien offerts doivent donc être adaptés à la situation de chacun et régulièrement réexaminés.

Conséquences pour l'offre de services

Mettre davantage l'accent sur la guérison et la réinsertion nécessite de renforcer la collaboration avec les usagers des structures afin de repenser les services améliorant leur qualité de vie et répondant à leurs besoins les plus larges. Ces nouveaux modèles de traitement doivent également exploiter les services locaux et les ressources locales, ainsi que remédier à la stigmatisation et à la discrimination qui peuvent constituer des obstacles à l'intégration des consommateurs de drogues dans la collectivité. Une participation accrue des pairs peut renforcer les liens sociaux et améliorer le bien-être des usagers des structures, leur donner de l'espoir et leur permettre de travailler comme bénévoles dans des postes non cliniques afin d'améliorer le rapport coût-efficacité des services.

Voir le document d'information intitulé [Recovery, reintegration, abstinence, harm reduction: the role of different goals within drug treatment in the European context](#).



Traitement de la dépendance aux opioïdes: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- L'intervention principale consiste à mettre en œuvre un TSO en combinaison avec un traitement psychosocial. C'est un moyen efficace de réduire la consommation d'opioïdes illicites, la transmission des maladies infectieuses, les surdoses et la délinquance.
- Différents médicaments sont disponibles pour un traitement de substitution. Les choix thérapeutiques doivent se fonder sur les besoins individuels, impliquent un dialogue avec les patients et doivent faire l'objet d'un réexamen périodique.
- Le traitement psychosocial axé sur l'abstinence en milieu résidentiel peut être efficace chez certaines personnes dépendantes aux opioïdes si celles-ci poursuivent leur traitement. Cependant, cette forme de traitement est relativement coûteuse et le taux de rechute est souvent élevé, avec un risque accru de surdose fatale. Il est important de bien sélectionner et gérer les patients, ainsi que de leur apporter un soutien en cas de rechute.

Perspectives

- Optimiser l'offre de soins: la qualité de la prestation du traitement est cruciale, et il importe plus particulièrement de fournir des doses adéquates de médicaments de substitution aux opioïdes et de garantir la continuité du traitement. L'amélioration de l'accès au TSO devrait rester une priorité de santé publique dans les pays où cet accès est inférieur aux niveaux recommandés.
- Lorsqu'une bonne couverture a été mise en place et qu'une grande partie des patients en TSO suivent ce traitement depuis de nombreuses années, il peut s'avérer nécessaire d'accorder plus d'attention à la réinsertion sociale, notamment à l'emploi, de redéfinir ce qui constitue des objectifs thérapeutiques individuels adéquats pour chaque personne et de promouvoir la guérison dans les cas où celle-ci est appropriée.

Enjeux

- Les services de traitement doivent surveiller la consommation d'opioïdes autres que l'héroïne chez les patients admis en traitement, ainsi que la polyconsommation de substances, y compris l'alcool et le tabac.
- De meilleures informations sur les besoins de traitement non couverts sont requises pour garantir un niveau approprié de la disponibilité des services.

La prescription d'héroïne est disponible au Danemark, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Le Luxembourg est en train d'introduire cette forme de traitement. Il est également accessible pour certains consommateurs en vertu des principes de l'usage compassionnel et à la suite d'un essai clinique dans certaines régions d'Espagne.

Offres de traitement résidentiel

Dans la plupart des pays européens, les programmes de traitement résidentiel sont une composante fondamentale du traitement et de la réadaptation des consommateurs d'opioïdes.

L'expression «[traitement résidentiel](#)» regroupe une série de modèles de prise en charge dans lesquels les personnes qui ont des problèmes de drogue vivent ensemble en formant une unité thérapeutique, habituellement en collectivité ou dans un cadre hospitalier. Historiquement, ces approches étaient plutôt axées sur l'abstinence, mais il y a aujourd'hui une volonté de plus en plus forte d'intégrer les TSO dans ce contexte. Des directives cliniques et des normes fondées sur des données scientifiquement validées garantissent la qualité des traitements résidentiels dans la plupart des pays

où cette approche est couramment utilisée. Les approches thérapeutiques appliquées dans les structures de prise en charge résidentielle incluent généralement l'utilisation du modèle en 12 étapes ou du modèle Minnesota, ainsi que des interventions cognitivo-comportementales.

Le niveau de l'offre de traitement résidentiel varie d'un pays à l'autre. Plus de deux tiers des 2 500 structures existant en Europe se trouvent dans seulement six pays, l'Italie accueillant le plus grand nombre d'entre elles (708). Les approches de traitement utilisées dans les structures résidentielles varient également à travers l'Europe. Dans 15 pays, l'approche sous forme de communauté thérapeutique est employée dans la plupart des programmes résidentiels.

Généralement, les personnes qui commencent un traitement en milieu hospitalier sont des hommes au début de la trentaine. Ils sont socialement plus défavorisés que les personnes qui entament un traitement en ambulatoire (niveau d'instruction plus faible, conditions de vie instables et chômage). Un peu moins de la moitié d'entre eux entreprennent un traitement pour des problèmes principalement liés aux opioïdes (surtout l'héroïne).



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- Portail des bonnes pratiques.
- Rapport européen sur les drogues — Tendances et évolutions 2017.
- Pregnancy and opioid use: strategies for treatment, EMCDDA Papers, 2014.
- Residential treatment for drug use in Europe, EMCDDA Papers, 2014.
- Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges, Insights, 2014.
- Trends in heroin use in Europe: what do treatment demand data tell us? Perspectives on drugs, 2013.
- Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights, 2012.
- New heroin-assisted treatment, Insights, 2012.
- Recovery, reintegration, abstinence, harm reduction: the role of different goals within the drug treatment in the European context, Background paper, Annette Dale-Perera.

Autres sources

- OMS, Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009.
- OMS, Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014.
- Projet ATOME, Final report and Recommendations to the Ministries of Health, 2014.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.3 Réduire le nombre de décès liés aux opioïdes



RÉSUMÉ

Problématiques

La mortalité directement ou indirectement liée à la consommation d'opioïdes est une cause majeure de décès prématurés évitables chez les adultes européens. Dans l'ensemble, le taux de mortalité liée à la drogue est de 1 % à 2 % par an chez les consommateurs problématiques d'opioïdes en Europe et les surdoses de drogues sont responsables de plus de 7 000 décès chaque année. Parmi les autres causes importantes de décès chez les consommateurs problématiques d'opioïdes figurent les infections, les accidents, la violence et le suicide.

Les périodes clés de risque accru surviennent après des périodes d'abstinence, lorsque la tolérance a disparu, en particulier lorsque les usagers sortent de prison ou interrompent un traitement basé sur l'abstinence.

mots clés: décès liés à la drogue, surdose, naloxone, salles de consommation de drogues à moindre risque, fentanyl

Réponses possibles

Ces réponses sont principalement axées sur la prévention des surdoses et sur l'amélioration de la survie des victimes d'une surdose.

- Inciter les consommateurs problématiques d'opioïdes à commencer puis à poursuivre un TSO et garantir la continuité entre le traitement en détention et en milieu libre, ainsi qu'à d'autres périodes de transition.
- Sensibiliser au risque de surdose, en particulier pendant les principales périodes à risque et en présence d'autres facteurs de risque, comme la consommation simultanée d'alcool ou de benzodiazépines.
- Garantir la disponibilité des antagonistes des opioïdes (naloxone) et promouvoir leur utilisation adéquate par les professionnels qui interviennent à la suite ou lors de surdoses.
- Éduquer et former les consommateurs de drogues, leurs pairs et les membres de leur famille pour leur permettre de repérer les surdoses et d'intervenir, à l'aide de naloxone à administrer à domicile, en attendant l'arrivée d'une ambulance.
- Mettre à disposition des salles de consommation de drogues à moindre risque pour rendre les injections plus sûres.

Panorama européen

- La moitié environ des personnes dépendantes aux opioïdes en Europe suivent un TSO, mais la couverture varie beaucoup d'un pays à l'autre.
- Des informations sur les risques de surdose sont à présent disponibles dans 28 des pays qui transmettent des données à l'EMCDDA.
- En 2016, il y avait 78 salles de consommation de drogues à moindre risque en activité dans six pays de l'UE et en Norvège. On en dénombrait aussi 12 en Suisse.
- Des programmes d'administration de naloxone à domicile existaient dans dix pays européens en 2016.

Comprendre le problème et les principaux objectifs des réponses

La mortalité directement ou indirectement liée à une consommation d'opioïdes est une cause majeure de décès prématurés évitables chez les adultes européens. Plus de 7 500 décès par surdose ont été enregistrés dans l'Union européenne en 2015, les opioïdes étant associés à environ 80 % des cas. Le taux global de mortalité due aux surdoses

dans l'Union européenne est d'environ 20 décès par million d'habitants, bien que les taux et tendances nationales varient considérablement. Ces variations sont dues à une série de facteurs tels que les écarts dans le nombre de personnes exposées au risque de décès par surdose, et les différences en matière de déclaration et d'encodage des cas de surdose dans les bases de données nationales de mortalité.



Éclairage... Les fentanyl

Que sont les fentanyl?

Les fentanyl sont une famille d'opioïdes très puissants. Un petit nombre sont utilisés en médecine humaine et vétérinaire, dans le cadre des anesthésies et pour le soulagement de la douleur. Récemment, un nombre croissant de fentanyl non réglementés ont été signalés au système européen d'alerte précoce sur les nouvelles substances psychoactives. Les fentanyl ont fait leur apparition sur les marchés en ligne et sur les marchés illicites, où ils sont parfois vendus comme de l'héroïne ou d'autres drogues illicites, voire comme des médicaments de contrefaçon, ou encore mélangés avec l'une de ces substances. En raison de leur capacité à causer des dommages graves, quinze fentanyl ont jusqu'à présent été placés sous contrôle en vertu de la Convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961. Toutefois, les nouveaux fentanyl, qui ne sont pas contrôlés par les conventions de l'Organisation des Nations unies (ONU), peuvent être fabriqués et commercialisés relativement librement et ouvertement par des entreprises chimiques et pharmaceutiques, essentiellement basées en Chine. Ces évolutions font partie d'un phénomène qui a vu apparaître de nouvelles substances psychoactives diverses et variées sur le marché européen des drogues au cours de la dernière décennie (voir la [section 2.6](#)).

Pourquoi les fentanyl sont-ils préoccupants?

La consommation illicite de fentanyl inquiète de plus en plus l'Europe parce qu'elle s'accompagne d'un risque élevé de surdose fatale causée par une dépression respiratoire grave. Les consommateurs chroniques d'opioïdes risquent une surdose à cause de leur mauvaise connaissance des effets et du dosage approprié de ces nouvelles substances. Chez les consommateurs sans tolérance aux opioïdes, de très petites doses peuvent déjà être mortelles. L'Estonie est confrontée au phénomène de consommation de ces drogues par voie intraveineuse depuis plus de dix ans et a enregistré de nombreux décès par surdose. D'autres pays de l'Union européenne ont également signalé des décès liés aux fentanyl. Les fentanyl présentent des risques, non seulement pour ceux qui les consomment (parfois à leur insu), mais aussi pour les personnes qui peuvent y être exposées de façon accidentelle, comme les travailleurs des services postaux, les policiers et les douaniers, les familles et les amis des consommateurs.

Ces substances sont faciles à dissimuler et à transporter, car de très petites quantités suffisent à produire des milliers de doses. Cette caractéristique en fait à la fois un produit très intéressant pour les acteurs de la criminalité organisée et un défi pour les services de lutte antidrogue. Un nouveau sujet de préoccupation est l'apparition de nouvelles formes d'administration, telles que les sprays nasaux et les liquides à vapoter dans les cigarettes électroniques, qui rendent les fentanyl plus faciles à consommer et peut-être plus acceptables socialement.

Comment l'Europe réagit-elle?

Les systèmes d'alerte précoce, y compris le système européen d'alerte précoce de l'EMCDDA, jouent un rôle important dans la définition et la réduction des risques causés par les nouveaux fentanyl, en favorisant une réaction rapide aux risques pour la santé publique liés à ces substances (voir le [site internet de l'EMCDDA](#) pour l'évaluation des risques liés aux fentanyl, et l'encadré sur le [système d'alerte précoce de l'Union européenne](#), page 84).

Les interventions en cas d'intoxication aiguë provoquée par des fentanyl devraient être conformes aux recommandations relatives à l'intoxication aux opioïdes en général, y compris l'administration de naloxone en cas de

dépression respiratoire. Toutefois, des expériences récentes indiquent que des doses plus fortes et répétées de naloxone peuvent être nécessaires pour inverser les effets de l'intoxication dans certains cas. Les formations et les directives relatives au traitement des intoxications aux opioïdes, associées aux programmes de naloxone, doivent donc avoir explicitement recours aux réponses appropriées à apporter en cas d'intoxication aux fentanyl. Elles devraient inclure des directives concernant la quantité adéquate de stocks de naloxone à conserver pour répondre aux besoins en cas d'éventuelle flambée des cas d'intoxication aux fentanyl.

Le taux de mortalité (toutes causes confondues) chez les groupes de consommateurs problématiques d'opioïdes se situe dans une fourchette de 1 à 2 % par an, soit cinq à dix fois plus que le taux de mortalité chez les pairs du même âge et du même sexe. La cause principale de cette mortalité accrue est la surdose, mais des causes indirectement liées à la consommation de drogues, comme les infections, les accidents, la violence et le suicide, y contribuent aussi sensiblement. Les consommateurs problématiques d'opioïdes ont souvent une mauvaise santé physique, ce qui se traduit par des taux élevés de maladies pulmonaires et cardiovasculaires chroniques (souvent liées au tabagisme) et de problèmes hépatiques causés par le virus de l'hépatite C (VHC) et une consommation intensive d'alcool. Ces maladies sont responsables d'une part de plus en plus importante des hospitalisations et des décès à mesure que les consommateurs avancent en âge. Dans de nombreux pays européens, la population consommant des opioïdes est aujourd'hui de plus en plus âgée, ce qui peut avoir une incidence sur les taux de mortalité directe et indirecte. Depuis 2007, le nombre de signalements de décès par surdose a augmenté dans les tranches d'âge plus élevées et diminué dans les tranches d'âge plus basses (voir la [section 3.1](#) sur les consommateurs problématiques de drogues plus âgés).

Le type de substance consommée, la voie d'administration et la santé de l'utilisateur sont autant de facteurs qui influent sur le risque de surdose. L'héroïne et ses métabolites sont associés à la majorité des surdoses fatales enregistrées en Europe, souvent en combinaison avec d'autres substances. Les décès liés à l'héroïne ont augmenté en Europe dernièrement, mais d'autres opioïdes (la méthadone, la buprénorphine et, dans une moindre mesure, d'autres opioïdes prescrits sur ordonnance et les fentanyl) sont présents dans un nombre significatif de décès par surdose et prédominent même dans quelques pays. Le rôle des opioïdes de synthèse produits illégalement est probablement plus important que ce qui est déclaré, car la

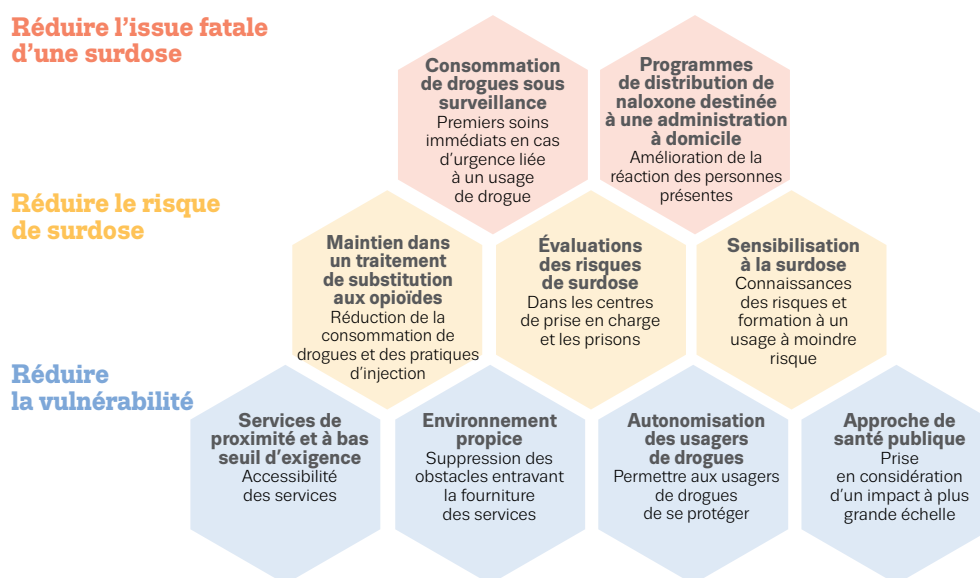
présence de ces substances n'est pas systématiquement contrôlée dans de nombreux pays. Généralement, plusieurs substances sont associées aux décès par surdose: les benzodiazépines et l'alcool, souvent présents en même temps que les opioïdes.

Un certain nombre de facteurs conjoncturels peuvent accroître le risque de décès par surdose, y compris, dans le cas des consommateurs d'opioïdes, l'interruption du traitement ou la discontinuité du traitement et des soins. Dans certaines situations, comme à la suite d'une cure de désintoxication ou à la sortie d'une période d'abstinence sans traitement de substitution, la tolérance des consommateurs de drogues aux opioïdes est considérablement réduite et ces consommateurs courent alors un risque particulièrement élevé de subir une surdose s'ils reprennent leur consommation. Pour ces mêmes raisons, le fait de ne pas assurer la continuité des soins du fait d'une orientation et d'un suivi inadéquats à la sortie de prison a également été mis en évidence comme un facteur de risque important.

Réponses possibles

Les principales mesures pour réduire le nombre de décès dus aux opioïdes se répartissent en deux grandes catégories: la première regroupe un ensemble d'interventions visant à prévenir les surdoses, tandis que la seconde est axée sur la prévention des décès en cas de surdose (figure 2.3). De plus, les interventions plus larges de réduction des risques peuvent diminuer la vulnérabilité aux surdoses, tandis que les interventions de santé publique plus vastes qui font baisser la consommation de drogues et qui donnent aux usagers de drogues les moyens de se protéger peuvent aussi instaurer un environnement dans lequel les surdoses sont moins probables. Ce troisième groupe d'interventions plus larges n'est pas examiné ici, mais il est abordé ailleurs dans ce guide.

FIGURE 2.3
Interventions visant à réduire les risques de décès liés aux opioïdes



Le maintien en traitement réduit le risque de surdose

Le risque de surdose est restreint tant que les consommateurs d'opioïdes suivent un TSO. Une méta-analyse d'études d'observation montre qu'un TSO, quand il s'appuie sur la méthadone et la buprénorphine, réduit les risques de surdose et toutes les causes de décès chez les personnes dépendantes aux opioïdes. Le taux de mortalité chez les patients en traitement de substitution à base de méthadone est inférieur d'au moins un tiers du taux de mortalité chez les consommateurs d'opioïdes qui ne suivent pas de traitement. Les analyses des décès par surdose à différents stades d'un TSO indiquent que les interventions préventives doivent se concentrer sur les quatre premières semaines du traitement (en particulier pour la méthadone) ainsi que sur les quatre semaines suivant la fin du traitement. Il s'agit des deux périodes au cours desquelles le risque de surdose est particulièrement élevé. Les personnes qui initient et interrompent fréquemment un traitement sont particulièrement vulnérables aux surdoses, tout comme les consommateurs de drogues qui viennent de sortir de prison (voir la [section 4.1](#)). Pour prévenir les décès chez les consommateurs qui sortent de prison, il est important d'orienter ces personnes de façon proactive et planifiée vers des services délivrant des TSO ou d'autres options de traitement appropriées («prise en charge complète» ou «continuité des soins»). Les services de traitement doivent également veiller à ce que les patients soient conscients des risques de surdose lorsqu'ils arrêtent un traitement et leur expliquer comment réduire ces risques.

Formation de sensibilisation à la surdose et alertes de santé publique

Une communication efficace auprès des consommateurs peut servir de catalyseur pour réduire les risques et dommages, car beaucoup d'usagers de drogues sous-estiment ou ignorent les risques de surdose auxquels ils s'exposent. Idéalement, les interventions de prévention, d'éducation et de conseil sur les surdoses devraient être systématiquement assurées par des professionnels qualifiés dans des établissements de santé et de soins, y compris par les services de réduction des risques comme les programmes d'échange de seringues. Le dépistage du risque de surdose chez les consommateurs d'opioïdes peut réduire la mortalité globale, tandis que les évaluations du risque de surdose peuvent permettre de repérer rapidement les personnes à risque élevé.

Les États-Unis et le Canada ont constaté une augmentation spectaculaire du nombre de décès liés aux opioïdes ces dernières années, un phénomène dû en partie à l'usage détourné de médicaments et à l'apparition d'opioïdes de synthèse (comme les fentanyl) sur le marché des drogues illicites. L'Europe n'a pas connu ce problème au même niveau que l'Amérique du Nord. Néanmoins, les opioïdes de synthèse — aussi bien les substances détournées de leur usage légitime que celles produites pour être vendues sur le marché des drogues illicites — représentent un problème majeur dans certains pays. Le nombre croissant de nouveaux opioïdes non réglementés signalés au système d'alerte précoce de l'Union européenne alimente les inquiétudes à ce sujet (voir la [section 2.6](#) et l'encadré



Aperçu des données scientifiquement validées sur... la réduction du nombre de décès liés aux opioïdes



Les décès par surdose sont moins fréquents chez les consommateurs d'opioïdes qui suivent un traitement de substitution.



De plus en plus de données scientifiquement validées montrent que les interventions d'éducation et de formation accompagnées de naloxone à administrer à domicile empêchent les décès par surdose d'opioïdes.



L'administration intranasale de naloxone est efficace pour traiter les surdoses d'opioïdes.



Les salles de consommation de drogues à moindre risque favorisent des injections moins risquées, réduisent les infections à diffusion hémotogène et les surdoses, et encouragent les injecteurs à entrer en contact avec les services de soin. En outre, ces services sont associés à des effets positifs sur l'ordre public.

«Éclairage... Les fentanyl», page 56). Compte tenu de la capacité de ces substances à causer des dommages, il importe que l'Europe reste vigilante et se prépare à réagir rapidement et efficacement face à toute aggravation observée dans ce domaine. Pour ce faire, il convient d'investir dans les capacités de suivi, y compris dans l'amélioration des informations toxicologiques des décès liés à la drogue. Il est également nécessaire de déterminer l'origine des opioïdes associés à ces décès afin de définir les réponses appropriées (voir aussi la [section 2.7](#)). Il convient également que les pays se dotent de capacités adéquates en matière de prévention, de traitement et de réduction des risques et qu'ils soient prêts, si nécessaire, à renforcer leurs interventions pour réduire la mortalité liée aux opioïdes.

Salles de consommation de drogues à moindre risque

Les salles de consommation de drogues à moindre risque sont des structures de soins de santé supervisées par des professionnels dans lesquelles les usagers peuvent consommer des drogues dans des conditions moins risquées et plus hygiéniques sous la surveillance d'un personnel qualifié. Elles ont pour but de réduire les risques découlant des injections non hygiéniques (y compris les complications infectieuses graves comme la septicémie et l'endocardite), de prévenir les surdoses et de mettre les consommateurs de drogues en relation avec des services thérapeutiques, sanitaires et sociaux (voir l'encadré «Éclairage... Les salles de consommation de drogues à moindre risque», page 164).

Les salles de consommation de drogues à moindre risque ont été initialement conçues comme une réponse de santé publique à la propagation rapide du VIH/sida parmi les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans les années 80 et aux problèmes posés par la consommation publique de drogues. Ces structures sont destinées à attirer les consommateurs de drogues difficiles à atteindre, en particulier les personnes marginalisées qui s'injectent dans la rue, dans des conditions risquées et peu hygiéniques. Ces salles peuvent réduire le nombre de décès par surdose de différentes façons, par exemple en intervenant directement en cas de surdose survenant sur place, ou encore en sensibilisant et en formant les usagers de ces services à la prévention des surdoses, ainsi qu'à l'utilisation de la naloxone. Elles peuvent également promouvoir la mise en place d'un TSO.

Les études d'observation montrent de façon constante que les salles de consommation de drogues à moindre risque améliorent la sécurité des injections chez les usagers qui les utilisent et réduisent le nombre de surdoses à proximité de ces services. Ces structures encouragent également les personnes qui consomment des drogues par voie intraveineuse à prendre contact avec les services de soins. La mesure dans laquelle les salles de consommation réduisent la mortalité par surdose dépend de la proportion de la population d'injecteurs qui peut y avoir accès, ainsi que des autres interventions relatives aux surdoses qui sont mises en place.

FIGURE 2.4

Interventions susceptibles de réduire le nombre de décès liés aux opioïdes et mises en œuvre dans des pays européens



NB: les données datent de 2016.

La naloxone pour inverser les effets d'une surdose

L'héroïne et les autres opioïdes se lient aux récepteurs du système nerveux, y compris dans des zones du cerveau qui jouent un rôle dans le contrôle de la respiration. La consommation de ces substances peut gêner la respiration, entraînant une perte de conscience, une défaillance des organes et la mort. Cependant, de nombreux décès par surdose pourraient être évités si les personnes qui en sont témoins intervenaient. La naloxone est un antagoniste des opioïdes qui a la capacité d'inverser les effets d'une surdose aux opioïdes. En 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé de mettre de la naloxone à disposition de toute personne susceptible d'être témoin d'une surdose d'opioïdes. Il est donc essentiel de s'assurer que la naloxone soit disponible et utilisée par les premiers intervenants, tels que la police, le personnel ambulancier et le personnel des services des urgences. La formation des consommateurs de drogues et des autres personnes susceptibles d'être témoins de surdoses, comme les membres de la famille

et le personnel des foyers, à la façon de les reconnaître et d'y réagir, combinée à la distribution de naloxone, peut également contribuer à réduire le nombre de ces décès. Les personnes qui suivent une formation à la prévention des surdoses, et qui apprennent à administrer de la naloxone de façon sûre et efficace, peuvent sauver la vie des usagers qui font une surdose en leur présence. Les nouvelles données scientifiquement validées sur l'efficacité de la naloxone administrée par voie intranasale sont prometteuses et pourraient favoriser l'utilisation de ce médicament par un plus grand nombre de personnes à l'avenir.

Les détenus récemment libérés pourraient notamment bénéficier de l'accès à la naloxone. Une évaluation d'un programme de distribution de naloxone aux détenus lors de leur remise en liberté en Écosse a révélé que cette action était associée à une diminution significative du nombre de décès liés aux opioïdes dans le mois suivant leur sortie de prison.



Réduire le nombre de décès liés aux opioïdes: conséquences pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

Les principales interventions dans ce domaine incluent:

- une offre suffisante de traitements de substitution aux opioïdes, avec un dosage adéquat, une gestion des cas et un soutien supplémentaire;
- la mise à disposition de naloxone et de son utilisation par les premiers intervenants, tels que les ambulanciers, le personnel paramédical et les autres personnes présentes en cas de surdose;
- des formations de sensibilisation aux surdoses afin d'encourager une consommation moins risquée chez les consommateurs d'opioïdes (en évitant de consommer par voie intraveineuse, de mélanger drogues et alcool et de consommer seul, ainsi qu'en fractionnant les doses, par exemple).

Perspectives

- Mettre en place des programmes d'administration de naloxone à domicile afin de faciliter l'accès à ce médicament pour les personnes exposées à un risque élevé de surdose d'opioïdes ainsi que pour leurs pairs, conjoints et familles, afin de leur permettre d'intervenir en attendant l'arrivée d'une ambulance.
- Améliorer la continuité des soins entre la prison et le retour en milieu libre afin de prévenir les décès liés à la consommation de drogue pendant les deux premières semaines suivant la remise en liberté, lorsque le risque de surdose est extraordinairement élevé.

Enjeux

- Recenser et analyser les obstacles empêchant la mise en place de salles de consommation de drogues à moindre risque dans les zones où un grand nombre de personnes consomment de la drogue par voie intraveineuse dans les lieux publics.
- Offrir un soutien accru aux personnes qui abandonnent un traitement basé sur l'abstinence, car la perte de leur tolérance aux opioïdes accroît le risque d'une surdose mortelle.

Les mesures adoptées en Europe pour prévenir les décès liés aux opioïdes

Comme indiqué dans la [section 2.2](#), on estime qu'environ la moitié des personnes dépendantes aux opioïdes dans l'Union européenne reçoivent une forme de traitement de substitution, bien que le niveau de couverture varie considérablement.

Vingt-huit des pays qui transmettent des données à l'EMCDDA déclarent diffuser des informations sur les risques de surdose. Ces informations sont parfois disponibles en différentes langues pour les consommateurs de drogues nés à l'étranger. On constate un recours accru à l'internet et aux nouveaux moyens de communication, comme les outils de santé en ligne pour évaluer les risques de surdose et les vidéos de sensibilisation aux surdoses qui peuvent être diffusées dans les salles d'attente des établissements de prise en charge pour usage de drogue.

Les salles de consommation de drogues à moindre risque existent en Europe depuis 30 ans: la première a été créée

à Berne, en Suisse, en 1986. En 2016, on dénombrait 78 structures de ce type en activité dans six pays de l'Union et en Norvège (figure 2.4). Ce chiffre inclut les deux premières salles de consommation de drogues à moindre risque qui vont ouvrir en France dans le cadre d'un essai de six ans et les nouvelles structures établies au Danemark et en Norvège. La Suisse comptait également douze salles en activité, et plusieurs autres pays envisagent d'adopter des législations autorisant la création de salles de consommation à moindre risque. Cette évolution témoigne d'un intérêt croissant pour ce type de service.

Depuis quelques années, en Europe, la naloxone destinée à une administration à domicile est davantage mise à la disposition des usagers d'opioïdes, de leur conjoint, de leurs pairs et de leur famille, en parallèle avec des formations pour reconnaître les surdoses et y réagir. Des programmes de naloxone à administrer à domicile ont également été proposés au personnel des services qui sont régulièrement en contact avec les consommateurs de drogues.

Il existe des programmes de naloxone destinée à une administration à domicile dans dix pays européens. De plus en plus fréquemment mis en œuvre dans des structures de proximité depuis 2013, les programmes de distribution de naloxone destinée à une administration à domicile en Estonie ont été élargis aux prisons en 2015. Des programmes similaires de distribution de naloxone aux personnes qui sortent de prison sont également recensés dans plusieurs autres pays.

Jusqu'en 2017, les kits de naloxone à administrer à domicile comprenaient généralement des seringues préremplies avec le médicament, pour un usage injectable. Une formulation permettant une administration intranasale et un applicateur spécifique ont été mis au point et commencent à être disponibles en Europe pour faciliter l'utilisation de ce médicament par des non-professionnels.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

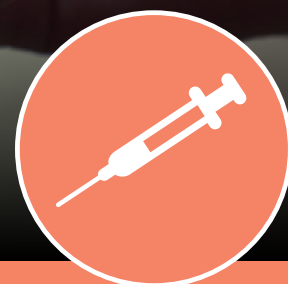
- [Portail des bonnes pratiques](#).
- [Rapport européen sur les drogues — Tendances et évolutions 2017](#).
- [Preventing overdose deaths in Europe](#), Perspectives on drugs, 2017.
- [Salles de consommation de drogues: un aperçu de l'offre et des réalités](#), Perspectives sur les drogues, 2017.
- [Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone](#), Insights, 2016.
- [Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone](#), EMCDDA Papers, 2015.

Autres sources

- [Office des Nations unies contre la drogue et le crime \(ONUDC\)](#), [Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality](#), 2014.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.4 Réduire la propagation du VIH, des hépatites virales et d'autres maladies infectieuses associées à la consommation de drogues par injection



RÉSUMÉ

Problématiques

Le partage du matériel d'injection accroît le risque de transmettre et de contracter des infections à diffusion hématogène telles que le VIH et le virus des hépatites B et C. Historiquement, les interventions ciblant les consommateurs de drogue par injection (principalement les TSO, les programmes d'échange de seringues et les mesures de réduction des risques visant à lutter contre les comportements à risque) cherchaient essentiellement à empêcher la transmission du VIH. Le faible taux de transmission du VIH imputable à l'injection de drogues (environ 5 % des diagnostics pour lesquels le mode de transmission est connu), stable depuis dix ans, atteste l'efficacité de ces mesures. Toutefois, l'injection demeure un important mode de transmission du VIH dans certains pays et des flambées épidémiques d'infections par le VIH liées à cette pratique se produisent encore en Europe, en particulier dans les régions où la couverture des services est faible.

L'hépatite C est l'infection par virus à diffusion hématogène la plus courante chez les consommateurs de drogue par voie intraveineuse. La mise au point de traitements très efficaces pour l'hépatite C a donné lieu à un recentrage de l'attention sur les taux élevés

d'infection au VHC observés chez les consommateurs de drogues par injection. L'infection chronique au VHC peut entraîner la mort à la suite d'une maladie hépatique grave, comme la cirrhose ou le cancer du foie.

Réponses possibles

- Offrir aux consommateurs de drogue par voie intraveineuse un traitement de substitution aux opioïdes et d'autres traitements efficaces de la dépendance à la drogue.
- Les programmes d'échange de seringues fournissent du matériel d'injection stérile aux consommateurs de drogue par voie intraveineuse.
- La vaccination contre les hépatites A et B, le tétanos et la grippe, et le vaccin pneumococcique pour les personnes séropositives.
- Le dépistage systématique du VIH, du VHC [du virus de l'hépatite B (VHB) pour les personnes non vaccinées] et des autres infections, y compris la tuberculose.
- Le dépistage doit s'accompagner d'une orientation vers les services adéquats et de la mise à disposition d'un traitement pour les personnes infectées, y compris des nouveaux traitements à présent disponibles comme les antiviraux à action directe dans le traitement du VHC.
- Une promotion de la santé axée sur des pratiques d'injection moins risquées, sur la santé sexuelle, y compris l'usage du préservatif, et sur la prévention, le dépistage et le traitement des maladies.
- L'élaboration d'approches proactives à composantes multiples adaptées aux besoins des consommateurs et aux conditions locales.

Panorama européen

- Parmi les 30 pays suivis par l'EMCDDA, seule la Turquie ne met pas à disposition du matériel d'injection propre gratuitement dans des points de distribution spécialisés. Il existe cependant des différences considérables en matière de couverture, signe qu'il est nécessaire d'accroître la fourniture de tels services dans certains pays.
- Tous les pays de l'Union européenne proposent des TSO, mais l'offre reste limitée dans certains d'entre eux, notamment ceux faisant état de facteurs de risque pour l'infection au VIH ou à l'hépatite C chez les consommateurs de drogue par injection.
- De plus en plus de pays européens ont adopté, ou se préparent à adopter, des stratégies relatives à l'hépatite C et, parallèlement à cette évolution, de nouveaux médicaments antiviraux à action directe dans le traitement du VHC sont introduits dans certains pays dans le but d'éradiquer cette infection.

mots clés: maladies infectieuses, effets néfastes de l'usage de drogues sur la santé, salle de consommation de drogues à moindre risque, hépatite, programmes d'échange de seringues

Comprendre le problème et les principaux objectifs des réponses

Dans les années 80 et 90, la transmission par l'injection de drogues était la principale voie d'infection au VIH en Europe. Depuis lors, la disponibilité accrue des interventions de réduction des risques et des traitements, comme la mise à disposition de seringues, les TSO et un traitement antirétroviral combiné, ainsi que la baisse de la prévalence de l'injection se sont accompagnées d'une chute spectaculaire des infections au VIH notifiées causées par ce mode d'usage. Néanmoins, l'injection reste un facteur important de la transmission du VIH dans certains pays de l'Union européenne, et des flambées sporadiques continuent de se produire dans d'autres pays. En outre, malgré les diminutions enregistrées ces dernières années, plus d'un nouveau cas de sida sur dix dans l'Union européenne est encore attribué à la consommation de drogues par injection. Il pourrait s'agir de diagnostics tardifs ou d'une mauvaise gestion des cas, deux risques évitables de préjudice pour les patients. Ces cas ont pour une grande part été signalés en Grèce, en Lettonie et en Roumanie, où il semble nécessaire de renforcer les interventions de dépistage et de traitement du VIH.

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est extrêmement répandue chez les usagers de drogues par injection en Europe. L'infection est souvent asymptomatique et beaucoup de personnes infectées ignorent leur état infectieux. Ce virus peut causer des hépatites aiguës et chroniques, et, selon les estimations, 75 à 80 % des personnes infectées développeraient une infection chronique. L'hépatite C chronique peut provoquer des maladies hépatiques graves, comme la cirrhose et le cancer, susceptibles d'entraîner la mort. La prévalence des anticorps anti-VHC (marqueur de l'infection par le virus) parmi les échantillons nationaux de personnes qui s'injectent des drogues est très variable, mais, en 2014-2015, les taux constatés dans la plupart des échantillons nationaux étaient supérieurs à 40 %.

L'infection par le virus de l'hépatite B est moins courante, car un vaccin efficace est communément administré dans le cadre des campagnes nationales de vaccination. Cependant, les campagnes traditionnelles négligent parfois les consommateurs de drogues. On manque de données fiables à ce sujet, mais, sur les sept pays disposant d'estimations nationales, entre 2,2 % et 11 % des personnes qui s'injectaient des drogues étaient infectées par l'hépatite B. Le VHB peut se transmettre par le partage du matériel d'injection, par les contacts sexuels ou de la mère à l'enfant (pendant la grossesse, ainsi que pendant et après la naissance).

L'injection de drogues expose également les consommateurs au risque de contracter d'autres maladies infectieuses,

comme le botulisme par blessure et la maladie du charbon. Les groupes marginalisés, y compris les personnes présentant de graves problèmes de drogue, qu'elles consomment par injection ou non, courent aussi un risque potentiellement accru de contracter des maladies infectieuses telles que la tuberculose. La consommation de drogues par voie intraveineuse peut causer des dommages aux veines et des problèmes circulatoires connexes. Par exemple, l'injection de drogues qui se présentent sous la forme de comprimés, comme la buprénorphine, peut entraîner un certain nombre de problèmes de santé potentiellement graves.

Bien que les opioïdes constituent les principales drogues consommées par injection en Europe, d'autres substances, telles que les amphétamines, la méphédronne et les stéroïdes anabolisants, sont également consommées par voie intraveineuse par de nombreuses personnes. Ces personnes s'exposent aux mêmes risques d'infection et de dommages associés à l'injection. Quel que soit le type de drogue injectée, le principal objectif de santé publique reste le même: réduire la transmission des maladies infectieuses contractées par le partage de seringues et d'autres équipements d'injection contaminés.

Il est possible d'y parvenir en combinant deux approches générales. La première approche consiste à réduire le nombre d'occasions d'injection à risque en fournissant une prise en charge efficace et des stocks suffisants et facilement accessibles de matériel d'injection propre, afin d'éliminer la nécessité de partager du matériel usagé. La deuxième approche vise à faire baisser le nombre des personnes infectées en prenant en charge les personnes atteintes par la maladie et en vaccinant les personnes non infectées, mais exposées à un risque d'infection.

Réponses possibles

Les inquiétudes suscitées par la propagation du VIH et du sida dans les années 80 et 90 ont conduit à l'élaboration de programmes d'échange de seringues et d'autres approches de réduction des risques et des dommages. Les principales interventions disponibles pour prévenir et contrôler la propagation des infections parmi les usagers injecteurs sont présentées dans l'[encadré sur les bonnes pratiques](#) (ci-après). Le traitement de la dépendance aux opioïdes joue également un rôle central dans la prévention de la propagation du VIH et des hépatites virales. Il est abordé dans la [section 2.2](#). Les personnes qui suivent un TSO consomment moins souvent des drogues par injection et adoptent des comportements d'injection moins risqués. Cette section porte sur d'autres interventions visant à prévenir les infections transmissibles par le sang ou non.



Bonnes pratiques pour lutter contre les maladies infectieuses chez les consommateurs de drogues par injection

Les principaux éléments d'intervention sont les suivants:

- **matériel d'injection:** fourniture gratuite d'aiguilles stériles, de seringues et d'autre matériel, et accès légal à ceux-ci, dans le cadre d'une approche à composantes multiples qui comprend des mesures de réduction des risques et des dommages, des services de conseil et des programmes de prise en charge;
- **vaccination:** immunisation contre les hépatites A et B, le tétanos et la grippe, et vaccination pneumococcique pour les personnes séropositives;
- **traitement de la dépendance à la drogue:** traitement de substitution aux opioïdes et autres formes efficaces de traitement de la dépendance à la drogue;
- **dépistage:** dépistage volontaire et confidentiel régulier avec le consentement éclairé des intéressés pour le VIH, le VHC (le VHB pour les personnes non vaccinées) et d'autres infections dont la tuberculose, associé à une orientation vers un traitement;
- **traitement des maladies infectieuses:** traitement antiviral pour les personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC; traitement contre la tuberculose pour les cas de tuberculose active, prophylaxie pour les cas latents et traitement pour les autres maladies infectieuses lorsque c'est indiqué sur le plan clinique;
- **promotion de la santé:** une promotion de la santé axée sur des comportements d'injection moins risqués, sur la santé sexuelle, y compris l'usage du préservatif, et sur la prévention, le dépistage et le traitement des maladies;
- **prestation de services ciblée:** les services devraient être combinés et fournis en fonction des besoins des usagers et des conditions locales par l'intermédiaire de structures de proximité et de structures fixes qui proposent des traitements pour usage de drogue, des mesures de réduction des risques et des dommages, des services de conseil et de dépistage, et une orientation vers des services généraux de soins de santé ou de médecine de ville et des services médicaux spécialisés.

La combinaison de ces différentes interventions renforce leur efficacité.

Adapté de: Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. Stockholm, ECDC, 2011.

Programmes d'échange de seringues

Il existe des données épidémiologiques scientifiquement validées de qualité moyenne indiquant que les programmes d'échange de seringues peuvent limiter la transmission du VIH chez les injecteurs. Des éléments similaires, mais légèrement moins solides, montrent que les programmes d'échange de seringues peuvent aussi freiner la transmission du VHC. Cependant, pour avoir un effet sur les taux de transmission du VIH et du VHC dans la population, il est nécessaire que ces programmes soient mis en place à une échelle suffisamment grande et en combinaison avec d'autres réponses, comme des programmes de prise en charge. Parallèlement à la distribution de seringues, il est également prouvé que la mise à disposition d'autres types d'équipements, comme des récipients de cuisson ou des filtres stériles, réduit les comportements d'injection à risque. La fourniture de filtres peut être particulièrement importante dans les pays où les consommateurs s'injectent des substances qui se présentent sous la forme de comprimés, comme la buprénorphine, ce qui peut provoquer une série de complications de santé potentiellement difficiles et coûteuses à traiter.

Dépistage et traitement du VIH et des hépatites virales

Le traitement des infections au VIH et au VHC est efficace chez les personnes qui consomment des drogues par voie intraveineuse (données scientifiquement validées de qualité moyenne). La stigmatisation et la marginalisation demeurent des obstacles importants au dépistage et au traitement des infections transmissibles par le sang chez les consommateurs de drogues injectables, ce qui peut retarder le diagnostic et le traitement. Par exemple, en 2015, 58 % des nouvelles infections au VIH signalées et liées à l'injection ont été diagnostiquées tardivement, contre 47 % pour l'ensemble des voies de transmission. Le diagnostic précoce et le fait d'entamer rapidement un traitement antirétroviral permettent de faire baisser la morbidité et la mortalité, et offrent ainsi aux personnes infectées de meilleures chances d'avoir une espérance de vie normale, tout en freinant potentiellement la transmission du VIH à d'autres personnes. La stratégie du *test and treat* appliquée au VIH, qui consiste à entamer un traitement antirétroviral immédiatement après le diagnostic d'une infection, est donc fondamentale pour lutter contre les infections au VIH chez les injecteurs.

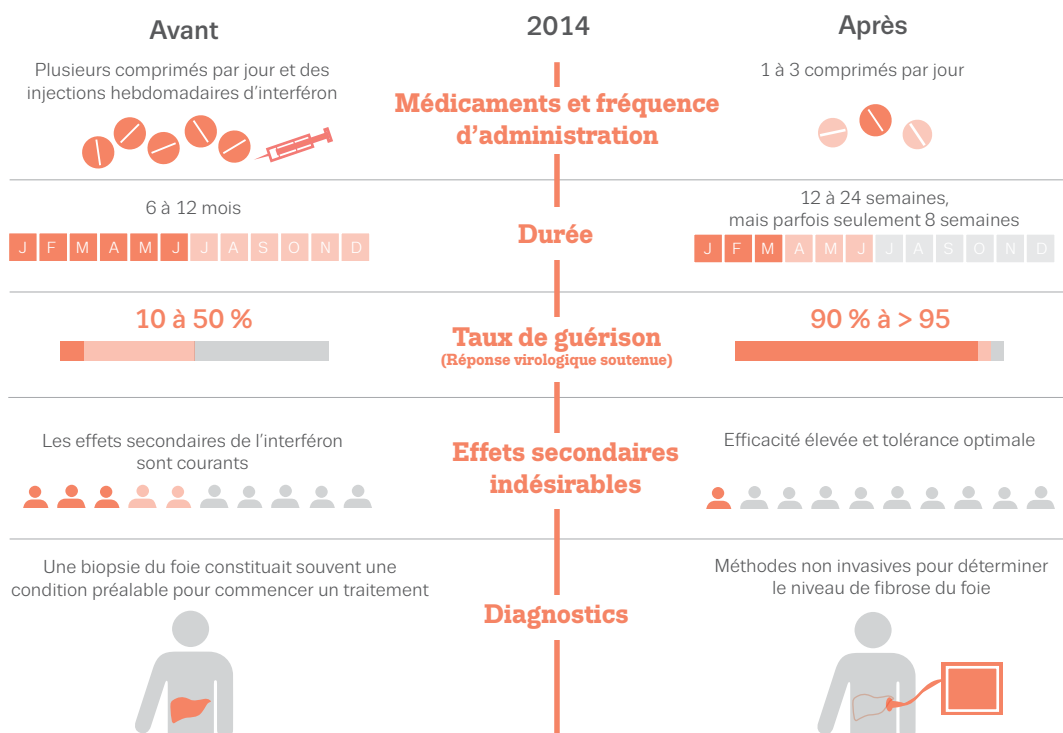
Dans de nombreux pays, les structures de proximité à bas seuil d'exigence proposent un dépistage des maladies infectieuses. Les normes minimales de qualité de l'Union européenne relatives au traitement pour usage de drogue promeuvent le dépistage volontaire des maladies transmissibles par le sang auprès d'organismes de proximité et l'offre de conseils sur les comportements à risque, ainsi qu'une assistance pour la prise en charge des maladies. Ces services peuvent améliorer les taux de vaccination contre les hépatites A et B.

Le dépistage précoce des infections au VHC et le traitement grâce à de nouveaux médicaments antiviraux à action directe très efficaces recèlent d'un potentiel considérable en matière de prévention des maladies hépatiques et des décès (figure 2.5). Une revue systématique des données scientifiquement validées indique que de nombreuses infections ne sont ni diagnostiquées ni traitées chez les consommateurs de drogues par injection. Il reste également nécessaire de récolter davantage de données empiriques et de mener plus d'évaluations de l'impact de la généralisation du traitement de l'hépatite C chez les usagers injecteurs, afin de démontrer comment maximiser les gains sanitaires dans ce domaine.

L'amélioration du taux d'admission en traitement est importante pour les consommateurs de drogues par voie injectable, et des options de traitement efficaces doivent être disponibles et facilement accessibles pour ce groupe de population. Le regroupement des traitements de substitution aux opioïdes avec ceux contre l'hépatite C devrait en faciliter l'accès aux usagers. Il est également possible d'améliorer l'observance thérapeutique chez les usagers injecteurs. La gestion des contingences, les services de soutien et la mise en place de programmes d'éducation et de formation pour améliorer les connaissances sur la santé et le VHC chez les usagers injecteurs et les professionnels présentent un intérêt à cet égard.

Il est essentiel d'élargir la couverture du traitement de l'hépatite C pour réduire la prévalence et la transmission de l'infection au VHC chez les injecteurs. Les directives cliniques européennes recommandent de proposer un traitement à tous les patients souffrant d'une maladie hépatique chronique due à une infection par le VHC, indépendamment de l'état d'avancement de leur maladie. Elles recommandent également de fournir un traitement sans délai aux personnes susceptibles de transmettre le virus, comme les usagers injecteurs. Idéalement, le traitement devrait être adapté aux besoins de chaque patient et dispensé dans un cadre multidisciplinaire.

FIGURE 2.5
Traitement de l'hépatite C avant et après l'arrivée des agents antiviraux à action directe



De nouvelles combinaisons de médicaments antiviraux à action directe administrés entièrement par voie orale peuvent éliminer l'infection au VHC en huit à douze semaines dans plus de 90 % des cas. Ces formules sont en train de devenir le traitement de première intention pour les infections au VHC en raison de leur fiabilité et de leur efficacité. L'hépatite C peut désormais être traitée en toute sécurité chez les usagers injecteurs et il convient d'en élargir les voies d'accès et d'orientation, par exemple en proposant ce traitement dans des services de soins spécialisés de proximité afin d'accroître son adoption et sa disponibilité.

Contrairement au traitement de l'hépatite C, le traitement de l'infection par le virus de l'hépatite B est de longue durée et ne permet pas d'éliminer le virus. Grâce à la vaccination universelle des enfants contre l'hépatite B et aux campagnes de vaccination ciblant les groupes problématiques, l'hépatite B devrait devenir de plus en plus rare à l'avenir. Toutefois, étant donné que la couverture

vaccinale des populations de consommateurs de drogues injectables est parfois faible, ceux-ci doivent être considérés comme un groupe approprié pour un dépistage et une vaccination supplémentaires selon le [calendrier de vaccination accéléré](#) recommandé par l'OMS. La vaccination devrait être proposée aux injecteurs à tous les points de contact avec les services, que ce soit dans les structures de réduction des risques à bas seuil d'accessibilité, dans les services de traitement ou dans les prisons (voir la [section 4.1](#)).

Il est capital que les services de prise en charge et de soins soient mis en place dans le cadre d'un programme coordonné à plusieurs composantes afin de maximiser leur efficacité. Les programmes doivent également être adaptés aux besoins des divers groupes de personnes, qui peuvent présenter une variété de modes de consommation des drogues injectables.

Éclairage... La généralisation du traitement de l'hépatite C pour éradiquer l'infection au VHC

Le coût constitue un frein important au déploiement à grande échelle des nouveaux traitements de l'hépatite C. En 2015, par exemple, le prix du médicament sofosbuvir variait entre 25 000 euros et 91 000 euros pour un traitement de douze semaines dans 20 pays européens. Cela signifie que le traitement de tous les adultes infectés par le VHC dans ces pays coûterait entre 0,91 million et 31,7 millions d'euros. Ces coûts pourraient être compensés par les économies considérables qui découleraient de la diminution des besoins en matière de traitement des cirrhoses et des cancers du foie.

La disponibilité de ces traitements améliorés a incité de nombreux pays européens à adopter de nouvelles stratégies de lutte contre l'hépatite virale, à mettre à jour les recommandations relatives au traitement et à améliorer le dépistage et le traitement du VHC. Les défis qui subsistent sont les faibles taux de dépistage du VHC et le manque de clarté des voies d'orientation et de traitement.

Les modèles laissent à penser que la mise à disposition d'un traitement de l'hépatite C combinée à un taux de couverture élevé des programmes de distribution de seringues et des TSO pourrait réduire la transmission du VHC à des niveaux négligeables. Pour y parvenir, il conviendrait d'améliorer le dépistage et l'accès à celui-ci, ainsi que le recours au traitement et à l'observance thérapeutique. L'idéal pourrait être d'intervenir par l'intermédiaire de services de «traitement de proximité du VHC» associés à d'autres services pour les consommateurs de drogues injectables, en particulier les programmes de traitement et de réduction des risques. Les techniques de test rapide rendent aujourd'hui cela possible dans divers contextes, y compris les services à bas seuils d'exigence et les services de proximité. Dans la mesure du possible, les traitements devraient être dispensés aux mêmes endroits afin d'en améliorer le taux de participation. Ces services devraient recueillir des données sur la consommation par injection, sur la transmission du VHC et sur sa prévalence. Le dépistage et le traitement des cas d'hépatite C en prison est également une méthode rentable pour réduire les taux d'infection.

Les besoins et les points de vue des consommateurs de drogues par injection doivent entrer en ligne de compte pour l'expansion des services de traitement du VHC. Il s'agira notamment de mener des recherches au sein de ce groupe d'usagers pour déterminer comment favoriser leur participation, leur admission en traitement et leur accès au traitement de l'hépatite C. Ces études et l'évaluation de l'impact du traitement à grande échelle de l'hépatite C sur les taux de réinfection sont nécessaires pour faciliter la prise de décision quant à la poursuite du déploiement de ces traitements.



FIGURE 2.6

Indicateurs synthétiques du risque potentiellement élevé d'infections au VIH et au VHC chez les usagers injecteurs de drogues



- Faible taux de notification des cas de VIH (< 5 cas par million d'habitants) et aucune hausse prouvée. Pas de tendance significative ou de baisse statistiquement significative de la prévalence du VIH. Taux de prévalence du VHC à l'échelon national ou infranational < 50 % ou pas de tendance significative ou de baisse statistiquement significative. Faible prévalence de la consommation de drogues par injection (< 3 %). Taux de couverture élevé (> 50 % du nombre estimé de consommateurs en traitement de substitution aux opioïdes). Taux de couverture élevé (> 200 seringues par nombre estimé d'usager injecteur).
- Taux de notification moyen des cas de VIH (5 à 10 cas par millions d'habitants), ou hausse régulière, mais non significative, de ce taux à l'échelon national. Hausse régulière, mais non significative, à l'échelon national. Taux de prévalence du VHC à l'échelon national ou infranational entre 50 % et 60 %, ou hausse régulière, mais non significative, à l'échelon national. Prévalence moyenne de la consommation de drogues par injection (3 à 6 %). Taux de couverture moyen (30 à 50 % du nombre estimé de consommateurs en traitement de substitution aux opioïdes). Taux de couverture moyen (100 à 200 seringues par nombre estimé d'usager injecteur).
- Taux de notification élevé des cas de VIH (> 10 cas par million d'habitants), ou hausse statistiquement significative (taux de fiabilité de 95 %). Hausse statistiquement significative de la prévalence du VIH (taux de fiabilité de 95 %). Taux de prévalence du VHC à l'échelon national ou infranational > 60 %, ou hausse statistiquement significative de la prévalence du VIH (taux de fiabilité de 95 %). Prévalence élevée de la consommation de drogues par injection (> 6 %). Taux de couverture faible (< 30 % du nombre estimé de consommateurs en traitement de substitution aux opioïdes). Taux de couverture faible (< 100 seringues par nombre estimé d'usager injecteur).
- Information inconnue/non communiquée/aucune estimation récente de la population.

NB: la mise à disposition gratuite de matériel d'injection stérile dans le cadre de programmes d'échange de seringues n'est pas disponible en Turquie. Le traitement de substitution aux opioïdes concerne le Royaume-Uni, tandis que le taux de couverture concerne uniquement l'Angleterre.

Établir des liens entre les prestataires des services de prise en charge pour usage de drogue et de soins en santé sexuelle peut jouer un rôle central pour remédier efficacement à la propagation des infections liées à l'injection de stimulants et d'autres drogues chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres

hommes. Les interventions de prévention ciblant ce groupe comprennent le dépistage et le traitement des infections, l'éducation en matière de santé et la distribution de matériel préventif (préservatifs et matériel d'injection stérile, par exemple). Pour prévenir l'infection par le VIH contractée lors de relations sexuelles, la prophylaxie avant exposition est

une possibilité supplémentaire pour les populations ayant un usage problématique.

Les salles de consommation de drogues à moindre risque peuvent également jouer un rôle dans la prévention de la propagation des maladies infectieuses associées à la consommation de drogues par voie intraveineuse (voir l'encadré «Éclairage... Les salles de consommation de drogues à moindre risque», page 164).

Les mesures adoptées en Europe pour prévenir la propagation des maladies infectieuses associées à la consommation de drogues par voie injectable

La mise en place d'interventions visant à prévenir la propagation des maladies infectieuses associées à la consommation de drogues par voie intraveineuse doit être

envisagée dans le contexte de la prévalence des facteurs de risque de transmission, tels que la consommation de drogues injectables et les tendances et taux de prévalence des maladies. La [figure 2.6](#) présente une synthèse des informations disponibles sur certains facteurs de risque clés et la couverture des interventions dans l'Union européenne, en Norvège et en Turquie.

Traitement de substitution aux opioïdes

Les informations sur les TSO dispensés dans l'Union européenne sont examinées plus en détail dans la [section 2.2](#), mais sont également résumées dans la [figure 2.6](#). Ces informations indiquent que, dans un certain nombre de pays de l'Union européenne, la couverture des TSO et des programmes d'échange de seringues, voire des deux, est faible; certains de ces pays présentent plusieurs autres facteurs de risque potentiels concernant les infections par le VIH ou par le VHC chez les consommateurs de drogues par injection.

Réduire les infections associées à la consommation de drogues par voie intraveineuse: implications pour les politiques et les pratiques



Éléments de base

- Les principales interventions dans ce domaine comprennent les programmes d'échange de seringues, la fourniture d'un TSO, le dépistage et le traitement des maladies infectieuses, ainsi que les activités de promotion de la santé.
- De nombreux consommateurs de drogues n'ont pas conscience d'avoir été infectés par le VHC. Un dépistage devrait être proposé dans le cadre de l'offre de services de base lors de chaque contact avec les structures de prise en charge.
- La vaccination des consommateurs de drogue par injection contre les hépatites A et B peut considérablement réduire ces infections et leurs effets nocifs sur la santé.

Perspectives

- La mise en œuvre d'une stratégie intégrée en vue de fournir des services de prévention, des services de proximité, un dépistage et de nouveaux traitements par voie orale très efficaces contre l'hépatite C, en coordination avec des mesures de réduction des risques (notamment les programmes d'échange de seringues) et des programmes de traitement pour usage de drogue (notamment le TSO) au niveau local et en prison, pourrait réduire les maladies et les cancers du foie et potentiellement exclure l'hépatite C des menaces pour la santé publique chez les consommateurs de drogues par injection.
- L'accès et le recours au dépistage et au traitement des maladies infectieuses et des infections sexuellement transmissibles peuvent être renforcés en mettant au point un dépistage sur place dans les services destinés aux consommateurs de drogues tels que les centres de soins, les salles de consommation de drogues à moindre risque ou les programmes d'échange de seringues.

Enjeux

- Actuellement, l'accès aux programmes d'échange de seringues et au TSO n'atteint pas les niveaux recommandés dans de nombreux pays de l'UE et doit être amélioré. De meilleures données sur le recours au traitement contre le VHC sont aussi nécessaires afin de pouvoir déterminer si l'offre de services est suffisante.
- L'infection au VIH chez les consommateurs de drogues par injection est souvent diagnostiquée tardivement et des cas de sida sont encore déclarés dans ce groupe d'usagers. Un dépistage renforcé du VIH, l'initiation du traitement contre le VIH immédiatement après le diagnostic et un meilleur maintien en traitement sont nécessaires.

Programmes d'échange de seringues

La Turquie est le seul pays parmi les 30 pays suivis par l'EMCDDA à ne pas mettre à disposition du matériel d'injection stérile gratuitement dans des points de distribution spécialisés. Il existe toutefois des différences notables entre les pays en ce qui concerne la répartition géographique des points de distribution de seringues et la proportion de consommateurs par injection couverts par les programmes d'échange de seringues. Dans les 17 pays pour lesquels des estimations du nombre de consommateurs de drogues par injection sont disponibles, environ la moitié (neuf pays) sont considérés comme fournissant, par l'intermédiaire de programmes spécialisés et subventionnés, un faible nombre de seringues par rapport au nombre de consommateurs de drogues injectables.

Les données provenant de programmes de ce type mis en œuvre dans 25 pays montrent que plus de 52 millions de seringues ont été distribuées en 2014-2015. Cependant, ce nombre est considérablement inférieur à la réalité, car les données de l'Allemagne, de l'Italie et du Royaume-Uni ne sont pas incluses. Sur la base des données locales provenant de ces pays, on estime que plus de 100 millions de seringues sont distribuées chaque année dans l'Union européenne dans

le cadre de programmes nationaux. Ce chiffre ne comprend pas le matériel d'injection acheté directement dans les pharmacies par les usagers injecteurs.

Dépistage et traitement

De plus en plus de pays ont adopté, ou sont en train d'élaborer, des stratégies spécifiques pour lutter contre l'hépatite C. Ces initiatives axées sur le dépistage, l'accompagnement et le traitement des usagers injecteurs se sont multipliées, mais semblent rester insuffisantes puisque, selon les rapports, la prévalence du VHC au sein de ce groupe serait moyenne ou élevée, voire en augmentation dans 18 des 23 pays fournissant des informations — et ce, malgré les données scientifiquement validées attestant l'efficacité d'un traitement antiviral de l'hépatite C chez ces usagers. Cette situation peut en partie s'expliquer par le coût élevé des nouveaux médicaments, même si les obstacles au dépistage et au traitement de l'hépatite C jouent probablement aussi un rôle. Certains de ces obstacles sont en voie d'être éliminés. Un nouvel outil de diagnostic (le fibroscan) a été introduit et devrait faciliter le dépistage des maladies hépatiques, tandis que de nouveaux médicaments ont permis de réduire à la fois la durée du traitement et les effets secondaires indésirables, ce qui devrait favoriser l'observance thérapeutique.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- [Portail des bonnes pratiques.](#)
- [Rapport européen sur les drogues — Tendances et évolutions 2017.](#)
- [Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on drugs, 2015.](#)
- [Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights, 2016.](#)
- [Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network, Rapid communication, 2017.](#)
- [Estimating trends in injecting drug use in Europe using national data on drug treatment admissions, Technical paper, 2015.](#)
- [Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users, Manual, 2010.](#)

ECDC et EMCDDA

- [Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, Joint publication, 2011.](#)

Autres sources

- [ONUDD, Onusida \(Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida\), OMS, Guidance relating to infectious diseases and injecting drug use \(page internet\).](#)

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.5 Remédier aux problèmes liés à la consommation de stimulants



RÉSUMÉ

Problématiques

Dans l'ensemble, la cocaïne est le stimulant le plus couramment utilisé en Europe, même si, dans certains pays, la MDMA, les amphétamines ou la méthamphétamine peuvent dominer.

Bon nombre des risques associés à la consommation de stimulants sont liés à la consommation intensive, à dose élevée ou à long terme. Le mode d'administration est un facteur médiateur important, l'injection de stimulants et le fait de fumer du crack ou de la méthamphétamine étant particulièrement associés à des habitudes de consommation plus problématiques. Cependant, même les consommateurs occasionnels ou s'initiant à un usage de stimulants peuvent connaître de graves problèmes.

Les stimulants peuvent être utilisés de manière fonctionnelle, par exemple pour rester éveillé au volant ou pour travailler de longues heures, ou encore dans un contexte de socialisation dans des lieux de vie nocturne. Cela signifie que certaines des réponses adaptées à la consommation de stimulants sont propres à un environnement précis ou recourent

des mesures de santé publique plus générales. L'environnement dans lequel les stimulants sont consommés et le fait que ces substances soient parfois consommées dans un contexte sexuel signifient aussi que les réponses à ce problème de drogue peuvent recouper les réponses apportées aux problèmes de santé sexuelle, en particulier pour certains groupes d'utilisateurs.

Réponses possibles

- Des interventions brèves, une orientation vers des programmes de prise en charge ou des services de réduction des risques peuvent être proposés lorsque les consommateurs demandent de l'aide aux services d'urgence pour des problèmes liés à une intoxication ou à la prise d'une dose élevée.
- Les consommateurs de stimulants par injection doivent avoir régulièrement accès à des programmes d'échange de seringues parce qu'ils peuvent procéder à davantage d'injections que les consommateurs d'opioïdes au cours d'un épisode de consommation excessive.
- Des programmes de proximité peuvent être nécessaires pour mener des interventions de réduction des risques auprès des consommateurs de stimulants qui n'auraient pas accès aux services autrement.
- Le traitement à l'aide d'interventions psychosociales peut être utile contre la consommation problématique de stimulants. Il n'existe pas de traitement pharmacologique dont l'efficacité pour traiter les consommateurs problématiques ait été raisonnablement démontrée, mais il a été prouvé que certains médicaments utilisés pour traiter la dépression aidaient à maintenir les consommateurs d'amphétamines en traitement.

Panorama européen

- Parmi les substances stimulantes, la cocaïne est la cause principale d'entrée en traitement en Europe (63 000 personnes en 2015), la majorité de ces cas étant recensés en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni. Le nombre de nouveaux patients admis en traitement est stable. 7 400 personnes supplémentaires ont commencé un traitement pour des problèmes primaires de cocaïne sous forme de crack, en grande majorité au Royaume-Uni.
- Quelque 34 000 personnes ont entamé un traitement pour des problèmes de consommation d'amphétamines en 2015, et 9 000 autres pour des problèmes liés à la méthamphétamine, essentiellement en Tchéquie et en Slovaquie. Le nombre de patients suivant pour la première fois un traitement pour des problèmes liés aux amphétamines a augmenté depuis 2009.
- Très peu de personnes suivent un traitement spécialisé pour consommation de MDMA; les interventions de réduction des risques dans les festivals et dans les lieux de vie nocturne sont les plus adaptées à ce groupe.

mots clés: stimulants, cocaïne, amphétamines, réduction des risques, traitement, santé sexuelle

Comprendre le problème et les principaux objectifs des réponses

La cocaïne est le stimulant illicite le plus consommé en Europe. Parmi les consommateurs réguliers, une distinction générale peut être établie entre les consommateurs socialement intégrés, qui sniffent de la cocaïne en poudre (chlorhydrate de cocaïne), et les consommateurs marginalisés, qui sont plus susceptibles de s'injecter de la cocaïne ou de fumer du crack (cocaïne-base), ainsi que de consommer parfois des opioïdes.

Dans de nombreux pays, la consommation de MDMA (souvent commercialisée sous le nom d'«ecstasy») a baissé après avoir culminé du début au milieu des années 2000. Ces dernières années, certaines sources ont montré que la consommation de MDMA et la teneur moyenne en MDMA des comprimés ont augmenté. Les quantités élevées de MDMA contenues dans certains comprimés ont été associées à des dommages et à des décès.

L'amphétamine et la méthamphétamine sont deux stimulants apparentés et consommés en Europe, bien que la première soit plus souvent consommée que la seconde. La consommation de méthamphétamine est historiquement limitée à la Tchéquie et, plus récemment, à la Slovaquie, même si une augmentation de la consommation de cette substance a aussi été constatée dans d'autres pays ces dernières années. Certaines sources de données ne font pas de distinction entre ces deux substances, de sorte que le terme générique «amphétamines» sert à les désigner toutes les deux. Ces deux substances peuvent se consommer par voie orale ou nasale, et l'injection est un mode d'administration courant chez les usagers problématiques dans certains pays. La méthamphétamine peut être fumée, mais c'est rarement le cas en Europe.

Les pays européens affichent différents constats pour ce qui est des stimulants les plus fréquemment consommés. Au Royaume-Uni, par exemple, la cocaïne était le stimulant illicite le plus consommé en population générale l'année dernière, suivie de près par la MDMA. En Finlande, par contre, une proportion similaire de la population déclare avoir consommé de l'amphétamine et de la MDMA au cours de l'année écoulée, tandis que l'usage de cocaïne est plus rare.

Bon nombre des risques associés à la consommation de stimulants sont liés à la consommation intensive, à dose élevée ou à long terme. Le mode d'administration est également un facteur médiateur important, l'injection de stimulants et le fait de fumer du crack ou de la méthamphétamine étant particulièrement associés à des habitudes de consommation plus problématiques. Les consommateurs s'initiant à un usage de stimulants peuvent

eux-aussi rencontrer des problèmes graves, mais ceux-ci sont généralement moins fréquents en cas de consommation ponctuelle et à faible dose. Bien que ce soit rare, certains consommateurs de stimulants en consomment de fortes doses durant de longues périodes, parfois pendant plusieurs jours. Les épisodes de consommation excessive («binge») de stimulants peuvent avoir une série d'effets néfastes graves, dont la psychose, l'agressivité et la paranoïa, et peuvent également être associés au développement d'une dépendance, ainsi qu'à d'autres problèmes sociaux et de santé à plus long terme. La consommation de stimulants en doses élevées et sur le long terme peut provoquer de graves problèmes cardiovasculaires, comme des accidents vasculaires cérébraux, des cardiomyopathies et des infarctus du myocarde.

La consommation problématique de stimulants peut être associée à des risques pour la santé sexuelle. Certains hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes pratiquent le «chemsex», qui consiste à s'injecter de la méthamphétamine et d'autres substances pour intensifier le désir sexuel. Bien qu'apparemment rares, des événements «chemsex» ont été signalés dans plusieurs grandes villes européennes. Ce phénomène suscite des inquiétudes dans plusieurs pays européens à cause du risque de propagation du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Certaines études ont également fait état de niveaux élevés d'échanges de type «relations sexuelles contre argent» ou «relations sexuelles contre drogue» chez les femmes souffrant de problèmes liés au crack. Cette situation illustre un problème potentiellement plus large lié à la consommation de stimulants et d'autres substances chez les femmes et les hommes travaillant dans l'industrie du sexe et révèle la nécessité d'élaborer des réponses portant à la fois sur la consommation de substances et sur les comportements à risque pour la santé sexuelle. En outre, le rôle des drogues dans l'exploitation sexuelle, y compris les agressions sexuelles facilitées par la drogue, est un autre sujet de préoccupation. Les informations disponibles sur l'étendue et sur la nature de ces problèmes sont toutefois limitées.

Les stimulants peuvent être consommés en combinaison avec de l'alcool et d'autres drogues illicites. Certaines de ces associations, comme la cocaïne et l'alcool, peuvent comporter des risques accrus pour la santé. Les consommateurs de stimulants peuvent aussi avoir recours à d'autres drogues pour gérer les effets négatifs ultérieurs de leur consommation et pour faciliter l'endormissement. Ces drogues comprennent l'alcool, le cannabis et les benzodiazépines. Chez certains usagers plus problématiques, des opioïdes peuvent être consommés à cette fin. Cette polyconsommation peut exposer les usagers de stimulants à des risques supplémentaires, raison

pour laquelle les réponses mises en œuvre dans ce domaine devront souvent tenir compte des interactions entre la consommation de stimulants et d'autres substances (voir la [section 2.8](#) sur la polyconsommation de drogues).

Réponses possibles

La consommation de stimulants a souvent lieu dans des contextes récréatifs comme les lieux de vie nocturne ou les festivals de musique. Les programmes de prévention et de réduction des risques destinés aux consommateurs de MDMA et d'autres stimulants dans ces contextes sont analysés dans la [section 4.2](#).

Les personnes qui connaissent des problèmes graves à la suite de la consommation de stimulants peuvent demander de l'aide aux services médicaux d'urgence. Les interventions proposées dépendront des symptômes signalés, mais une brève intervention médicale ou psychologique est souvent suffisante. Il importe toutefois que les services d'urgence sachent qu'il peut s'avérer nécessaire d'orienter ces patients vers des services appropriés de prise en charge, de réduction des risques et des dommages ou de santé sexuelle. De plus, en raison de la capacité des stimulants à causer ou à aggraver des problèmes cardiovasculaires, les intervenants prenant en charge des urgences cardiovasculaires ont à tenir compte du rôle possible d'une consommation de drogues dans cet événement.

Réduction des risques pour les problèmes résultant de la consommation de stimulants

Les consommateurs de stimulants par voie intraveineuse peuvent avoir besoin d'un accès accru aux programmes d'échange de seringues, dans la mesure où ils sont susceptibles de recourir à des injections plus fréquemment que les consommateurs d'opioïdes (voir aussi la [section 2.4](#) sur la réduction de la propagation des infections associées à la consommation de drogues par injection).

Les réponses ciblant ce groupe incluent souvent un travail de proximité et la mise à disposition de matériel d'injection stérile, de préservatifs, d'informations sur l'injection moins risquée, l'hygiène de base et les soins à apporter aux veines et aux plaies, ainsi que de crèmes et de pommades antibactériennes. Ces réponses semblent appropriées, mais les données scientifiquement solides à ce sujet restent actuellement limitées. Si quelques données attestent que les programmes de proximité peuvent aider les consommateurs de stimulants par injection à se prémunir contre les problèmes médicaux associés à l'injection, comme les infections cutanées, il n'existe pas assez de données fiables démontrant que ces approches entraînent une

baisse mesurable des comportements à risque en matière d'injection ou de sexualité. Étant donné que les problèmes liés aux stimulants semblent s'aggraver, il s'agit d'un domaine dans lequel il convient de poursuivre les recherches et le développement des services.

Peu de données scientifiquement validées indiquent que les interventions psychosociales et comportementales en plusieurs sessions peuvent réduire les comportements sexuels à risque chez les consommateurs de drogues. Pour les personnes qui fument des stimulants, la distribution de kits de crack stériles pour éviter le partage, la mise à disposition de matériel d'information, d'éducation et de communication et l'organisation d'activités de proximité peuvent être bénéfiques, mais il convient de mener des études supplémentaires pour déterminer l'efficacité de telles approches. Une intervention innovante mise en place par les services à bas seuil d'exigence pour les consommateurs de méthamphétamine en Tchéquie a consisté à distribuer des gélules vides pour encourager les usagers à consommer la drogue par voie orale et réduire ainsi les risques d'infection au VIH et au VHC liés à l'injection. Il est nécessaire d'évaluer cette intervention afin d'analyser son caractère pratique et son incidence sur les comportements.

Bien qu'elle soit rare en Europe, la consommation par voie fumée de méthamphétamine sous forme de cristaux est un mode d'usage des stimulants particulièrement associé à des problèmes tels que les troubles respiratoires et la corrosion dentaire. Les problèmes liés aux stimulants peuvent évoluer et se développer rapidement. Par exemple, la consommation de méthamphétamine par voie fumée est signalée chez des consommateurs d'opioïdes à Athènes depuis 2011. L'injection de méthamphétamine a commencé à faire son apparition plus récemment, principalement dans d'autres zones urbaines situées en dehors de la capitale. La consommation de méthamphétamine en cristaux est associée à des problèmes aussi divers que l'agressivité, l'insomnie, les inflammations et éruptions cutanées, la perte de poids et le décès. En Grèce, la capacité des structures à bas seuil d'exigence pour usage de drogues ou problèmes en santé mentale à répondre aux besoins de ces usagers a été restreinte par la disponibilité limitée de telles structures dans les zones urbaines situées en dehors d'Athènes.

Compte tenu du lien qui existe entre consommation de stimulants et comportements sexuels à risque, les services de santé sexuelle doivent être attentifs à l'usage de drogues chez leurs patients. Les services de soins doivent également évaluer la santé sexuelle de leurs patients. Ces questions sont abordées plus en détail dans l'encadré «[Éclairage... Le traitement des problèmes de santé sexuelle liés à la consommation de drogues](#)» (page 77).

Traitement des problèmes liés à la consommation de stimulants

Les personnes souhaitant suivre un traitement pour des problèmes liés à leur usage de stimulants consomment principalement de la cocaïne ou des amphétamines. Les consommateurs d'ecstasy cherchent rarement à se faire soigner. Les personnes qui commencent un traitement pour des problèmes liés à la cocaïne peuvent, en termes très simples, être réparties en trois groupes:

- les consommateurs de cocaïne en poudre, qui consomment cette substance par voie intranasale (cocaïne sniffée ou prise), seule ou en association avec du cannabis et/ou de l'alcool;
- les consommateurs de crack, qui consomment du crack souvent avec d'autres drogues, y compris l'héroïne;
- les polyconsommateurs, qui consomment souvent de la cocaïne et de l'héroïne ou d'autres drogues et utilisent parfois la voie intraveineuse.

Des approches différenciées sont, dans une certaine mesure, nécessaires pour ces groupes. Les consommateurs pour lesquels la cocaïne en poudre est la drogue posant le plus de problèmes sont généralement mieux intégrés socialement que ceux qui fument du crack ou qui consomment des opioïdes. Ils sont plus susceptibles d'avoir un logement stable et de recevoir des revenus réguliers. La situation sociale et les modes de consommation sont également hétérogènes chez les personnes qui cherchent à suivre un traitement pour leurs problèmes liés à la consommation d'amphétamines.

Il n'existe aucun traitement pharmacologique dont l'efficacité soit solidement établie pour le traitement

des consommateurs problématiques de stimulants. Les interventions ou les approches de traitement qui se sont révélées utiles sont décrites dans l'[encadré présentant les données scientifiquement validées](#) ci-dessous. Les revues systématiques d'essais cliniques des médicaments indiqués pour le traitement des usagers de cocaïne ont abouti à des résultats mitigés. Les médicaments antipsychotiques sont les plus efficaces pour aider les usagers à mettre un terme à leur consommation et à surmonter leur envie irrésistible de drogue (*craving*). Le disulfirame, un médicament utilisé dans le traitement de la dépendance à l'alcool, peut convenir à ces consommateurs. Cependant, aucun de ces médicaments ne s'est avéré aussi efficace pour le traitement des problèmes liés à la cocaïne que le TSO ne l'est pour traiter la dépendance aux opioïdes. Des essais de pharmacothérapies (bupropion, modafinil, par exemple) pour la méthamphétamine ont démontré que ces méthodes ne sont pas plus efficaces qu'un placebo.

Les interventions psychosociales peuvent être efficaces pour les usagers de cocaïne. La gestion des contingences peut être utile lorsqu'elle est combinée avec des médicaments. Une revue systématique de la littérature a montré que les interventions de thérapie cognitivo-comportementale diminuaient les risques d'abandon du traitement et la consommation de cocaïne. Leur effet est renforcé quand elles sont associées à la gestion des contingences. Une récente étude belge a rapporté qu'après six mois d'interventions de gestion des contingences et d'appui communautaire, les taux d'abstinence enregistrés chez les consommateurs de cocaïne étaient trois fois plus élevés que chez les usagers qui avaient reçu un traitement standard.



Aperçu des données scientifiquement validées sur... les traitements de la consommation problématique de stimulants



Les interventions psychosociales peuvent faire baisser la consommation de cocaïne en influençant les processus mentaux et les comportements liés à la dépendance.



Le disulfirame pour la dépendance à l'alcool et les médicaments antiparkinsoniens peuvent aider les consommateurs de cocaïne à diminuer leur consommation.



Les traitements psychosociaux (notamment la gestion des contingences) se montrent efficaces à court terme contre l'abus de crack/la dépendance au crack.



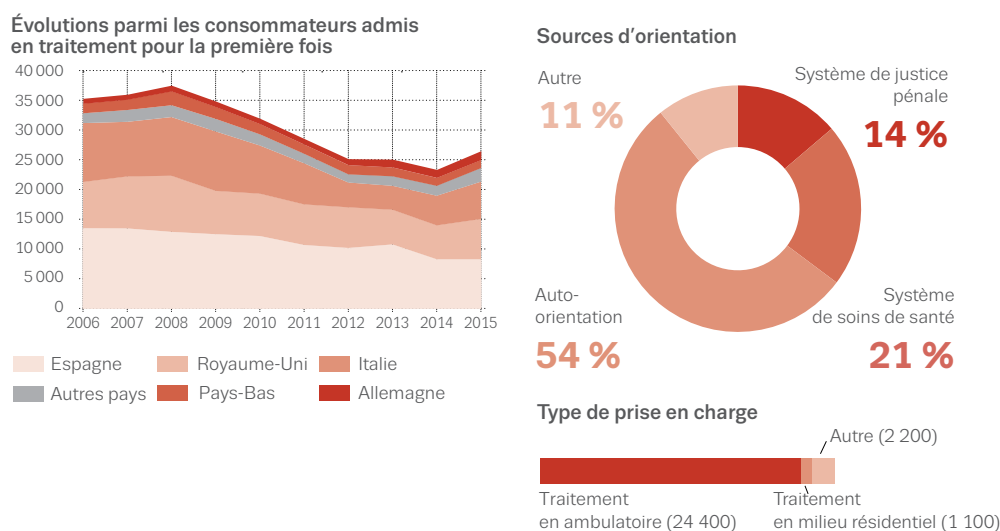
Certains médicaments utilisés pour traiter la dépression (fluoxétine et imipramine) se sont avérés maintenir les consommateurs d'amphétamines en traitement à court et à moyen terme.



Pour les femmes enceintes, les médicaments destinés à faciliter la désintoxication des stimulants peuvent être utilisés, mais ne sont recommandés que pour celles qui font face à un syndrome de sevrage.

FIGURE 2.7

Nombre de consommateurs de cocaïne admis en traitement en Europe: évolutions dans le temps et sources d'orientation en 2015



N.B.: Les informations sur les sources d'orientation et les types de prise en charge se fondent sur les dernières données disponibles pour tous les pays concernant l'ensemble des patients admis en traitement pour des problèmes de drogue principalement liés à la cocaïne. Les tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois sont basées sur 23 pays. Les données depuis 2014 concernant l'Italie ne sont pas directement comparables avec celles des années précédentes du fait de modifications du flux de données à l'échelon national.

Les mesures adoptées en Europe pour répondre aux problèmes liés à la consommation de stimulants

En Europe, le traitement des problèmes liés à l'usage de cocaïne est généralement dispensé dans des services en ambulatoire qui prennent surtout en charge les consommateurs d'opioïdes. Certaines personnes à la recherche d'un traitement pour leur usage de stimulants peuvent être réticentes à l'idée d'avoir recours à ces services parce qu'elles considèrent qu'ils ne répondent pas à leurs besoins et qu'elles ne s'identifient pas aux patients dépendants aux opioïdes, parfois majoritaires dans certains services. Le fait de modifier les modèles de prestation de ces services pour les adapter davantage aux besoins des patients peut les rendre plus attrayants. En Irlande, un projet pilote portant sur le traitement de la cocaïne a, par exemple, révélé que l'offre de séances en soirée dans des établissements de soins en ambulatoire permettait d'accroître la participation des consommateurs de cocaïne. Le travail de proximité peut également s'effectuer immédiatement avant et après le week-end, lorsque l'usage de cocaïne est généralement plus important.

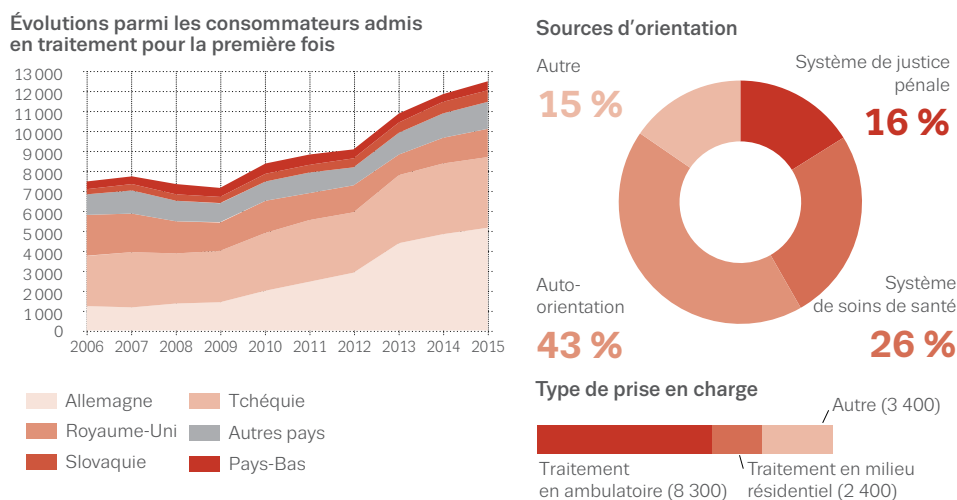
L'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni regroupaient trois quarts (74 %) de toutes les admissions en traitement liées à la cocaïne signalées en Europe en 2015. Globalement, la cocaïne était la drogue posant le plus de problèmes pour quelque 63 000 patients ayant entamé un traitement spécialisé pour usage de drogue, parmi lesquels 28 000 suivaient un tel traitement pour la première fois. Après une période de recul, le nombre total de patients entamant

pour la première fois un traitement pour dépendance à la cocaïne est stable depuis 2012 (figure 2.7). En 2015, 7 400 patients admis en traitement en Europe déclaraient consommer principalement du crack. Près des deux tiers de ces patients (4 800 personnes) se trouvaient au Royaume-Uni, les autres provenant en majorité d'Espagne, de France et des Pays-Bas (1 900 personnes pour ces trois pays).

En 2015, environ 34 000 patients ayant entamé un traitement spécialisé pour usage de drogues en Europe ont déclaré que les amphétamines étaient la substance leur posant le plus de problèmes. 14 000 d'entre eux environ suivaient un tel traitement pour la première fois (figure 2.8). Les consommateurs d'amphétamines représentaient plus de 15 % des patients admis en traitement pour la première fois en Bulgarie, en Allemagne, en Lettonie, en Pologne et en Finlande. Les patients admis en traitement pour des problèmes principalement dus à la méthamphétamine étaient concentrés en Tchéquie et en Slovaquie, ces deux pays regroupant 90 % des 9 000 consommateurs de méthamphétamine ayant commencé un traitement spécialisé en Europe. Dans l'ensemble, le nombre de patients admis pour la première fois en traitement qui déclarent l'amphétamine ou la méthamphétamine comme la drogue leur posant le plus de problèmes a progressé entre 2006 et 2015 dans la plupart des pays. L'évolution de la proportion des injecteurs d'amphétamines doit faire l'objet d'un suivi, car la diminution des pratiques d'injection observée chez les usagers d'autres substances n'est pas mise en évidence chez les consommateurs d'amphétamines.

FIGURE 2.8.

Nombre de consommateurs d'amphétamines admis en traitement en Europe: évolutions dans le temps et sources d'orientation en 2015



NB: les informations sur les sources d'orientation et les types de prise en charge se fondent sur les dernières données disponibles pour tous les pays concernant l'ensemble des patients admis en traitement pour des problèmes de drogue principalement liés aux amphétamines. Les tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois sont basées sur 23 pays.



Réponses ciblant les consommateurs de stimulants: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- Les problèmes liés à l'usage de stimulants varient en fonction des habitudes de consommation, des groupes qui consomment ces substances et du contexte dans lequel elles sont consommées. Les réponses doivent donc être adaptées aux habitudes de consommation locales et aux problèmes rencontrés.
- Les principales réponses aux problèmes liés à l'usage de stimulants comprennent actuellement le traitement psychosocial ou les interventions brèves et la réduction des risques et des dommages pour les personnes qui consomment ces drogues par injection.

Perspectives

- L'amélioration des liens entre les services de santé sexuelle et les services de prise en charge pour usage de drogue pourrait améliorer l'efficacité et l'efficacité de ceux-ci.

Enjeux

- Les interventions de réduction des risques et des dommages pour les consommateurs de stimulants doivent être développées et évaluées.
- La recherche portant sur les traitements pharmacologiques efficaces contre la dépendance aux stimulants devrait être une priorité au niveau de l'UE.

Bien que la consommation de méthamphétamine soit peu courante en population générale, l'usage de cette drogue par certains groupes pose des problèmes particuliers et suscite des réactions différentes de la part des prestataires des services de prise en charge. À l'heure actuelle, les structures qui interviennent pour remédier à ces problèmes sont les services de santé mentale, les services à bas seuil d'exigence, les services de prise en charge, les services pour la jeunesse et les services de santé

sexuelle. Par exemple, en Tchéquie, où l'injection est la voie d'administration la plus courante pour la méthamphétamine, les programmes de soins de santé mentale et de traitement en milieu résidentiel appliquant un modèle de communauté thérapeutique ont été au centre de la réponse apportée. Il existe également des services d'information et de conseils relatifs à la réduction des risques et des dommages à l'intention des consommateurs de méthamphétamine.



Éclairage... Le traitement des problèmes de santé sexuelle liés à la consommation de drogues

Quelle est la nature du problème?

La consommation de drogues, en particulier de stimulants, est très répandue chez les patients des services de santé sexuelle, et les problèmes de santé sexuelle sont courants chez les personnes qui suivent un traitement pour des problèmes de drogue. Les liens entre santé sexuelle et problèmes de drogue peuvent apparaître de plusieurs façons:

- l'usage de drogue peut intoxiquer, désinhiber et mener à des activités sexuelles imprévues — consenties ou non — qui ont des conséquences négatives, comme le regret, la détresse psychologique, les infections sexuellement transmissibles ou une grossesse non désirée;
- certaines personnes souffrant de problèmes de drogue peuvent se livrer au commerce du sexe pour financer leur consommation, ce qui augmente leurs risques de contracter des infections sexuellement transmissibles et d'être victimes d'agression;
- des drogues peuvent être consommées avant ou pendant les relations sexuelles afin d'améliorer les performances et le plaisir sexuels («chemsex»), ce qui accroît les risques d'infections sexuellement transmissibles, d'agression sexuelle et de développement d'une dépendance à la drogue. Des informations faisant état de ce type de comportement chez certains groupes d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes ont suscité des inquiétudes dans certains pays;
- des drogues peuvent être consommées pour faire face à la détresse émotionnelle découlant d'un problème de santé sexuelle, tel qu'un diagnostic de VIH.

En Europe, les services de prise en charge des addictions et de santé sexuelle sont généralement financés séparément, appliquent des critères d'éligibilité différents et sont rarement situés aux mêmes endroits. Il est donc difficile de proposer des soins «combinés» aux personnes qui sont aux prises avec ces deux types de problèmes. Chaque type de service se concentre sur l'offre d'un seul type de soins, manquant ainsi une occasion d'aborder ces deux catégories de problèmes conjointement.

Quelles sont les réponses requises?

Les recherches n'ont pas encore mis en évidence de modèle adéquat pour les structures, bien que de nouveaux modèles apparaissent. En l'absence de données scientifiquement validées suffisantes, il convient de commencer à recueillir de meilleures données sur l'ampleur du problème dans les services de santé sexuelle et de prise en charge pour usage de drogue afin:

- d'identifier les personnes souffrant de problèmes liés à une consommation de drogues, dont la dépendance, et de problèmes en santé sexuelle;
- de comprendre leurs comportements à risque et leurs besoins en matière de traitement;
- de comprendre où il peut être utile d'associer ou d'intégrer les services de santé sexuelle et de prise en charge pour usage de drogue, par exemple dans les services destinés aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ont été développés dans certains pays.

Ces deux types de services doivent également partager leur expertise respective et développer des parcours de soins:

- en formant le personnel de santé sexuelle pour qu'il soit en mesure d'évaluer la consommation de drogues et de proposer des interventions brèves lorsque c'est indiqué;
- en formant le personnel de prise en charge pour usage de drogue pour qu'il soit en mesure d'évaluer la santé sexuelle et de proposer des interventions brèves en cas de problèmes sexuels liés à la consommation de drogues;
- en encourageant les services à collaborer plus étroitement, par exemple à travers des sessions de formation conjointes ou des échanges de personnel.

Voir le document d'information intitulé [Joining up sexual health and drug services to better meet clients' needs](#).

Dans plusieurs pays d'Europe du Nord où la consommation de méthamphétamine est apparue chez les consommateurs de stimulants, le même type de traitement — généralement des interventions psychosociales — est proposé aux consommateurs d'amphétamine et de méthamphétamine. La méthamphétamine serait également consommée par les usagers de drogues à des fins récréatives, y compris par les habitués des boîtes de nuit, dans plusieurs pays. Les services pour la jeunesse ont parfois participé à la mise en œuvre de réponses ciblant ces consommateurs.

De plus, en réponse à la consommation de drogues dans le cadre du «chemsex», des initiatives ont été mises au point spécifiquement pour les consommateurs de méthamphétamine. Il s'agit notamment de structures multidisciplinaires proposant des services de santé sexuelle et des services de prise en charge pour usage de drogue, ou encore de l'amélioration des liens entre les services

existants (voir l'encadré «Éclairage... Le traitement des problèmes de santé sexuelle liés à la consommation de drogues», page 77).

Les interventions mises en œuvre en Europe pour atténuer les risques associés à l'injection de méthamphétamine incluent la distribution d'équipements pour fumer ou de kits pour fumer à moindre risque dans le cadre de programmes d'échange de seringues. Les initiatives de promotion de la santé ont tendance à mettre l'accent sur la sécurité en général et la prise en charge personnelle, y compris la santé mentale, physique et sexuelle.

La consommation de MDMA est rarement citée comme motif pour entamer un traitement spécialisé pour usage de drogue. En 2015, elle était indiquée par moins de 1 % (quelque 900 cas) des patients admis en traitement pour la première fois en Europe.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- Portail des bonnes pratiques.
- Statistical bulletin.
- Rapport européen sur les drogues — Tendances et évolutions 2017.
- Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on drugs, 2014.
- Treatment for cocaine dependence: reviewing current evidence, Perspectives on drugs, 2014.
- Emergency health consequences of cocaine use in Europe. A review of the monitoring of drug-related acute emergencies in 30 European countries, Technical report, 2014.
- Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on drugs, 2014.
- Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers, 2014.
- Joining up sexual health and drug services to better meet clients' needs, Owen Bowden-Jones, Background paper.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.6 Réagir face aux nouvelles substances psychoactives



RÉSUMÉ

Problématiques

Les nouvelles substances psychoactives sont des drogues qui ne sont pas réglementées par les conventions des Nations unies relatives au contrôle des drogues, mais qui sont susceptibles de constituer des menaces similaires pour la santé. Ces substances comprennent les cannabinoïdes de synthèse, des opioïdes et des stimulants de synthèse ainsi que des substances hallucinogènes. Elles sont souvent commercialisées en tant que substituts «légaux» des drogues illicites, tandis que certaines sont aussi utilisées par de petits groupes qui souhaitent les tester pour faire de nouvelles expériences et ressentir de nouveaux effets.

Le grand nombre de nouvelles substances, leur diversité et la vitesse à laquelle elles apparaissent sont problématiques tant pour leur suivi que pour l'élaboration de réponses efficaces et rapides.

mots clés:

nouvelles

substances

psychoactives,

drogues de

synthèse,

système d'alerte

précoce, urgences

hospitalières

Réponses possibles

- L'alerte rapide et l'évaluation des risques appuyées par des données d'identification chimique des nouvelles substances provenant des réseaux de laboratoires médico-légaux et de toxicologie.
- La communication aux autorités, aux professionnels et aux consommateurs des risques concernant les nouvelles substances particulièrement nocives.
- L'intégration des nouvelles substances dans des programmes de prévention généraux efficaces, avec des messages éducatifs et de réduction des risques propres à ces substances à l'intention des personnes qui consomment déjà de la drogue ou qui risquent de consommer de nouvelles substances.
- Des activités de formation et de sensibilisation destinées aux professionnels des services de prévention, de traitement et de réduction des risques et des dommages afin de renforcer leurs compétences en matière de détection de la consommation de nouvelles substances et de réponse à celle-ci.
- L'élaboration de directives cliniques pour la gestion de la toxicité aiguë causée par les nouvelles substances.
- Des approches pluridisciplinaires et une mise en relation des différents services sont nécessaires afin de nouer le dialogue avec les groupes vulnérables qui sont susceptibles de ne pas entrer en contact avec les services traditionnels.

De nombreuses réponses sanitaires et sociales pour faire face aux nouvelles substances sont des adaptations de programmes pour les drogues «traditionnelles». Les réponses ont tendance à cibler des groupes bien précis dans lesquels des problèmes ont été observés. Ceux-ci varient d'un pays à l'autre, mais incluent les consommateurs de stimulants à des fins récréatives, les psychonautes, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes qui évitent les contrôles de dépistage de la consommation de drogues, ainsi que les consommateurs problématiques de drogues. De nombreux pays se sont également concentrés sur le renforcement des réponses juridiques et sur la limitation de la disponibilité de ces substances.

Panorama européen

- La législation de l'Union européenne prévoit une approche en trois étapes (alerte rapide, évaluation des risques et mesures de contrôle) qui permet à l'Europe de détecter rapidement les menaces pour la santé publique causées par les nouvelles substances et d'y réagir promptement. L'EMCDDA joue un rôle central dans cette approche en gérant le système d'alerte précoce de l'Union européenne et en réalisant des évaluations des risques afin de contribuer à l'élaboration des réponses au niveau national et européen.
- Des approches pluridisciplinaires de réduction des risques sont mises au point et testées, dans le cadre desquelles le dialogue est noué avec des groupes vulnérables susceptibles de ne pas entrer en contact avec les services de prise en charge, mais en contact avec des centres de santé sexuelle par exemple.
- Des directives cliniques pour le traitement des intoxications aiguës liées aux nouvelles substances psychoactives sont en cours d'élaboration et de publication. Des orientations spécifiques sur la réponse à la consommation de ces substances en prisons et en milieu carcéral sont aussi en train d'être élaborées dans certains pays.
- Des plateformes d'information sur la réduction des risques et des dommages, souvent associées à un service d'analyse des drogues, sont en activité dans plusieurs pays et en ligne.
- La plupart des pays ne possèdent pas de traitement spécialisé bien développé pour les problèmes causés par les nouvelles substances.

Comprendre le problème et les principaux objectifs des réponses

Les nouvelles substances psychoactives représentent un large éventail de drogues qui ne sont pas réglementées au titre des conventions des Nations unies relatives au contrôle des drogues, mais qui sont susceptibles de constituer des menaces similaires pour la santé. Ces substances comprennent les cannabinoïdes de synthèse, des opioïdes et des stimulants de synthèse, des substances hallucinogènes ainsi que diverses autres substances. Au cours des dernières années, un certain nombre de ces substances [comme le GHB (gamma-hydroxybutyrate) ou le GBL (gammabutyrolactone) et, plus récemment, la méphédronne ainsi que certains fentanyl et cannabinoïdes de synthèse] ont été placées sous contrôle en vertu des conventions des Nations unies. Ces substances sont incluses dans cette section parce qu'elles posent des difficultés similaires pour l'élaboration de réponses.

Les dix dernières années ont vu l'augmentation considérable de la disponibilité des nouvelles substances psychoactives en Europe. Bon nombre de ces substances sont destinées à contourner les législations et sont vendues comme des substituts «légaux» du cannabis, de l'héroïne, de la cocaïne, des amphétamines, de la MDMA et des benzodiazépines. Afin d'accroître leur disponibilité et leur attrait, elles sont commercialisées comme «euphorisants légaux», «produits chimiques utilisés pour la recherche» et «compléments alimentaires». De nouvelles substances sont également vendues sur le marché des drogues illicites sous leur appellation de rue ou présentées comme drogues illicites.

Au fur et à mesure que les nouvelles substances et les nouveaux produits se sont diversifiés, les groupes d'usagers se sont, eux aussi, élargis. Au départ, la plupart des consommateurs de ces substances étaient des personnes qui les testaient pour vivre des expériences nouvelles et ressentir des effets inédits (consommateurs souvent appelés «psychonautes»), ainsi que des groupes tels que les amateurs de musique électronique et les habitués des boîtes de nuit. Les usagers incluent désormais des groupes plus larges de consommateurs à des fins récréatives, des personnes qui pratiquent l'automédication, des personnes qui cherchent à améliorer leur apparence ou leurs performances au travail, des groupes vulnérables comme les détenus et les sans-abri, ainsi que des consommateurs problématiques de drogues (comme les consommateurs d'opioïdes par injection). Cette évolution est liée aux interactions toujours plus nombreuses, ces dernières années, entre les marchés des nouvelles substances et ceux des drogues illicites.

Des liens ont été établis entre ces nouvelles substances et une série de dommages. Ces dommages incluent une nette augmentation des cas d'intoxication mortels et non mortels, ainsi que la propagation de maladies infectieuses et d'infections bactériennes liées aux drogues. Dans certains cas, ces effets se sont manifestés sous la forme de flambées épidémiques qui font peser une charge considérable sur les systèmes de soins de santé. À l'heure actuelle, les opioïdes de synthèse, comme les fentanyl, et les cannabinoïdes de synthèse posent des difficultés particulières pour la santé publique.

L'apparition d'un grand nombre de nouveaux opioïdes très puissants — en particulier les dérivés du fentanyl — pose de nouveaux problèmes. Ces drogues sont parfois vendues comme de l'héroïne ou d'autres drogues illicites, ou encore comme des médicaments de contrefaçon. Elles peuvent s'accompagner d'un risque accru d'intoxication grave et mortelle, tant pour les consommateurs problématiques d'opioïdes que pour les autres groupes de consommateurs qui n'ont pas développé une tolérance aux opioïdes. Le caractère très puissant de ces substances peut également constituer un risque grave en cas d'exposition accidentelle de la famille et des amis des usagers, des premiers intervenants, du personnel médico-légal, du personnel des services postaux et du personnel carcéral (voir l'encadré «Éclairage... Les fentanyl», page 56).

Les cannabinoïdes de synthèse sont souvent des substances très puissantes qui étaient initialement vendues comme «substituts légaux» du cannabis. Ces substances sont de plus en plus utilisées par des groupes marginalisés, tels que les sans-abri ou ceux qui souhaitent éviter les contrôles de dépistage des drogues. Dans les prisons, la consommation et la distribution de cannabinoïdes de synthèse ont été associées à l'endettement, aux brimades et à l'intimidation, ainsi qu'à des dommages graves entraînant des hospitalisations et des décès (voir l'encadré «Éclairage... Les cannabinoïdes de synthèse», page 87, et la section 4.1).

Plusieurs pays européens s'inquiètent de la consommation de drogues comme la méphédronne, le GHB/GBL et la méthamphétamine par les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes pour améliorer, faire durer, désinhiber ou favoriser le plaisir sexuel. Cette pratique, parfois désignée sous le nom de «chemsex», est associée à des comportements à risque en matière de consommation de drogues et de sexualité (injection de drogues, relations sexuelles non protégées, relations sexuelles avec des partenaires multiples, etc.), pouvant entraîner des hospitalisations, des surdoses, des infections sexuellement transmissibles et des infections au VIH et au VHC.

L'usage de [stimulants à base de cathinone de synthèse](#) a également été observé dans certains groupes de consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse. Ces pratiques peuvent accroître la fréquence des injections et être associées à des lésions des tissus et à des infections bactériennes graves.

Réponses possibles

Il est essentiel de savoir quelles nouvelles substances psychoactives sont vendues et consommées afin de réagir de manière appropriée. Les systèmes d'alerte précoce et les systèmes de suivi connexes peuvent jouer un rôle essentiel dans l'identification précoce et la réponse rapide aux risques émergents causés par les nouvelles substances (voir l'encadré sur le [système d'alerte précoce de l'Union européenne](#)). Ces systèmes doivent être fondés sur les données d'identification chimique des nouvelles substances provenant des réseaux de laboratoires médico-légaux et de toxicologie en lien avec les saisies des services répressifs et les signalements d'intoxications. Ils peuvent également s'appuyer sur les informations issues de diverses sources, notamment les services d'application de la loi, les centres antipoison, les urgences des hôpitaux et les enquêtes médico-légales à la suite d'un décès. D'autres sources de données inédites, comme l'analyse des eaux usées, l'analyse des résidus de drogues provenant de seringues usagées et des drogues prélevées dans des «amnesty bins» (bacs où l'utilisateur peut déposer un produit sans risquer de poursuite), pourraient présenter un intérêt. Les services d'analyse de drogues («testing») peuvent aussi potentiellement renforcer les systèmes d'alerte précoce ou servir d'intermédiaires pour fournir des informations, des conseils et des interventions brèves aux consommateurs de nouvelles substances psychoactives [voir l'encadré «[Éclairage... Les services d'analyse des drogues \(drug checking\)](#)», page 147].

Toutefois, l'évaluation et le suivi de la consommation des nouvelles substances psychoactives et des dommages qui en découlent comportent plusieurs difficultés. Parmi celles-ci figurent le grand nombre et la diversité des différents types de substances disponibles, la vitesse à laquelle ces substances apparaissent sur le marché, l'incapacité à détecter et à signaler les dommages graves (et à les mettre en relation avec une substance particulière) et le manque d'informations sur la pharmacologie et la toxicologie de ces substances.

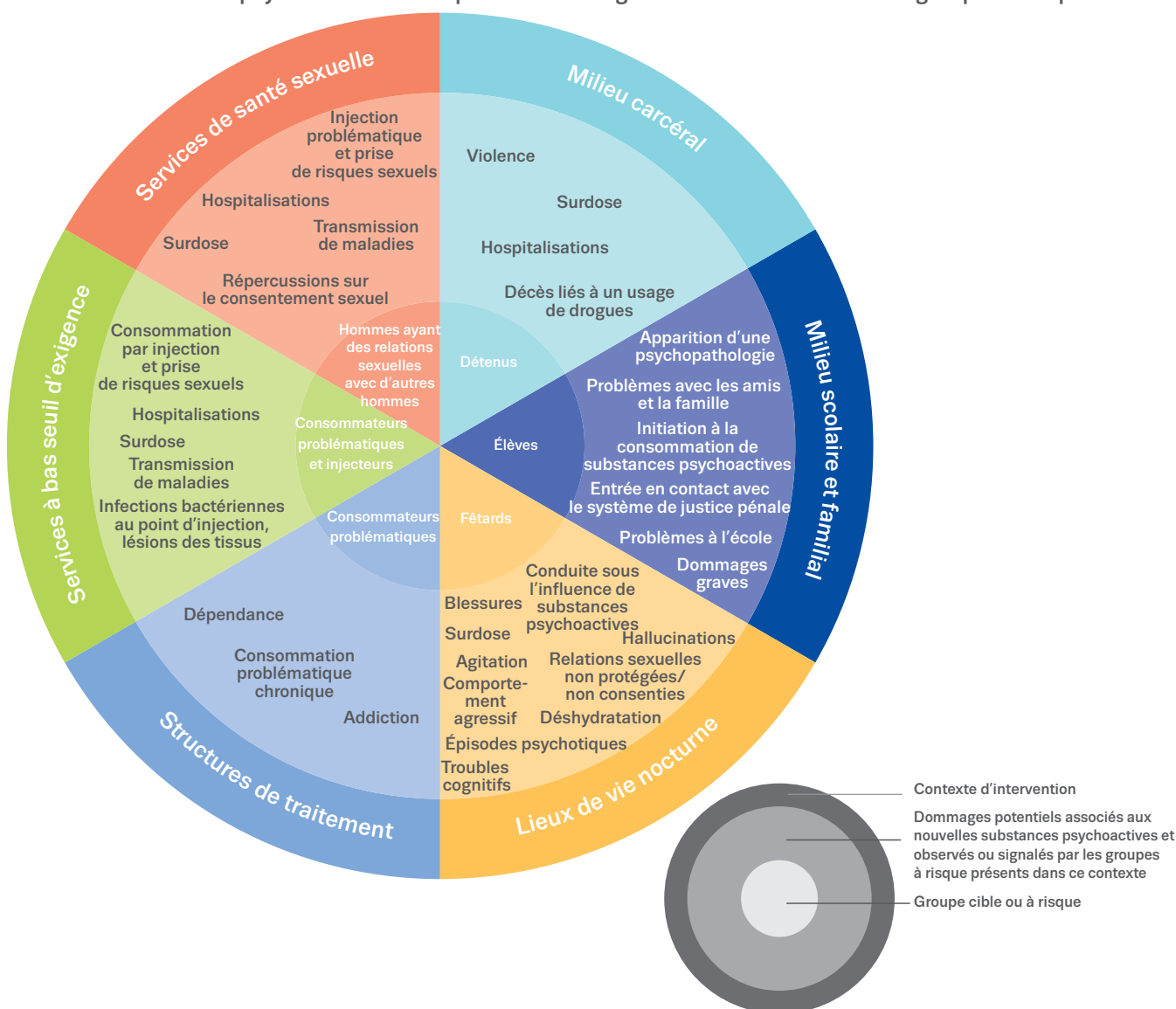
L'évaluation de la prévalence et des conséquences d'une consommation de nouvelles substances psychoactives est compliquée parce que les usagers sont souvent mal informés ou ignorent quelles substances ils ont

consommées. Les nouvelles substances psychoactives peuvent être vendues sous la forme de mélanges ou de produits connus dont les éléments constitutifs évoluent au fil du temps, ou encore à la place de drogues soumises à contrôle, ou mélangées à de telles drogues. Cette situation complique également l'élaboration de réponses à l'usage de ces substances. Les jeunes, s'ils ignorent quelles nouvelles substances psychoactives ils ont consommées — souvent dans des contextes récréatifs comme des fêtes et des festivals — et quels sont leurs effets, ou s'ils croient à tort qu'il s'agit de substances «licites» et peut-être «moins dangereuses» que les drogues soumises à contrôle, peuvent avoir plus de mal à appliquer les mesures de réduction des risques et à faire face aux conséquences négatives de leur consommation. Par conséquent, la compréhension des habitudes de consommation de ces nouvelles substances psychoactives demeure faible et la plupart des renseignements proviennent de populations et de milieux où des problèmes sont survenus. Néanmoins, cela suffit pour recenser une série de contextes dans lesquels il peut être nécessaire de mettre en œuvre des interventions ciblant les problèmes associés à la consommation de ces nouvelles substances ([figure 2.9](#)).

Les réponses pour faire face aux nouvelles substances supposent souvent d'adapter des réponses fondées sur des données scientifiquement validées visant à réduire les dommages liés à des drogues traditionnelles. Ces ajustements peuvent devoir tenir compte des effets spécifiques de la drogue concernée, des caractéristiques socioculturelles des groupes à risque (les fêtards, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, par exemple) ou de comportements à risque particuliers (l'amélioration de l'accès aux seringues en cas de fréquence d'injection élevée, par exemple). Outre les systèmes d'alerte précoce, les réponses peuvent inclure des contrôles réglementaires innovants, des traitements spécialisés, des interventions éducatives (diffusion de matériel éducatif, par exemple), des mesures de réduction des risques et des dommages (mise à disposition de matériel d'injection stérile, par exemple) et le traitement médical des surdoses (gestion symptomatique des urgences aiguës et administration d'antidotes, par exemple). Étant donné que les professionnels de santé peuvent se sentir peu qualifiés lorsqu'ils sont confrontés pour la première fois à des problèmes causés par de nouvelles substances, il peut également être important de partager les connaissances de base, de développer les compétences professionnelles et d'expliquer comment appliquer les compétences existantes aux nouvelles substances.

FIGURE 2.9

Les contextes d'intervention et les comportements à risque ainsi que les dommages potentiels liés aux nouvelles substances psychoactives susceptibles d'être signalés ou observés dans les groupes à risque



Les interventions de prévention qui mettent l'accent sur les compétences et les stratégies d'adaptation sont efficaces, quelle que soit la substance concernée. Les activités de prévention en milieu scolaire portant sur les nouvelles substances devraient uniquement être mises en place dans le cadre de programmes génériques de prévention dont l'efficacité a déjà été démontrée. Les composantes de ces activités incluent des discussions sur les nouvelles substances qui peuvent être axées sur la communication de normes descriptives et injonctives. En fonction des données locales, il peut notamment s'agir de messages du type: «très peu de personnes consomment de nouvelles substances» et «les jeunes comme vous disent qu'ils ne veulent pas prendre de risques avec de nouvelles substances psychoactives inconnues». Les mesures plus spécifiques d'éducation et de réduction des risques concernant les nouvelles substances sont particulièrement indiquées pour les groupes cibles et

les personnes qui consomment déjà de la drogue ou qui courent un risque accru d'en consommer.

Une difficulté particulière consiste à mettre en œuvre des interventions auprès des populations — difficiles à atteindre — de consommateurs de nouvelles substances psychoactives qui subissent des dommages considérables. Il s'agit notamment des consommateurs problématiques de drogues (y compris les consommateurs d'opioïdes par voie intraveineuse), des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, des sans-abri et des détenus. Des interventions multidisciplinaires et des collaborations entre les prestataires de soins dans différents cadres (cliniques de santé sexuelle, centres de détention et structures de prise en charge pour usage de drogue, par exemple) sont nécessaires pour réduire ces dommages (voir, à titre d'exemple, l'encadré «Éclairage... Le traitement des problèmes de santé sexuelle liés à la consommation de drogues», page 77).



Bonnes pratiques émergentes en vue de répondre aux nouvelles substances psychoactives

- La capacité de rapidement détecter, évaluer et communiquer sur les risques que peuvent causer des substances particulièrement nocives est importante pour réagir aux urgences liées aux nouvelles substances psychoactives.
- L'élaboration d'un soutien et d'une formation pour donner aux professionnels des services existants les moyens de reconnaître comment leurs aptitudes et leurs compétences peuvent être appliquées aux problèmes liés aux nouvelles substances psychoactives.
- L'élaboration d'orientations pratiques pour répondre aux problèmes liés aux nouvelles substances repose généralement sur les réponses aux autres drogues, par exemple, l'éducation, la formation professionnelle et les services à bas seuil d'exigence tels que les programmes d'échange de seringues. Ces réponses doivent être adaptées aux risques et aux besoins des différents groupes de consommateurs de nouvelles substances.
- Le renforcement des compétences culturelles (comprendre la manière dont les aspects culturels influencent les habitudes de consommation de drogues et les dommages associés) au sein des structures afin d'en améliorer la fréquentation et l'utilisation.
- L'éducation, y compris la réduction des risques et des dommages, portant spécifiquement sur les nouvelles substances est une solution particulièrement indiquée pour les groupes cibles et les personnes qui consomment déjà de la drogue ou qui courent un risque accru d'en consommer.
- Le meilleur moyen de mettre en œuvre les activités de prévention en milieu scolaire concernant les nouvelles substances est de les inscrire dans le cadre de programmes généraux de prévention ayant démontré leur efficacité.
- Des approches pluridisciplinaires et une mise en relation des différents services sont nécessaires pour nouer le dialogue avec les groupes vulnérables qui sont susceptibles de ne pas entrer en contact avec les services traditionnels (par exemple, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes pratiquant le «chemsex» et les sans-abri).
- Les réponses pour faire face aux nouvelles substances doivent être évaluées afin de déterminer lesquelles répondent efficacement aux différents problèmes posés par ces substances.

Des compétences culturelles (comprendre la manière dont les aspects culturels influencent les habitudes de consommation de drogues et les dommages associés) sont requises pour garantir la fréquentation et l'utilisation des services. Cela signifie que les structures doivent être accessibles et accueillantes pour tous les groupes de patients potentiels. Le personnel des structures à destination des personnes souffrant de problèmes liés aux nouvelles substances psychoactives peut aussi avoir besoin d'une formation afin d'acquérir les compétences culturelles nécessaires pour travailler avec les divers groupes d'utilisateurs, dont beaucoup ne se seraient peut-être pas présentés dans les centres prenant plutôt en charge les drogues illicites «traditionnelles».

Les mesures adoptées en Europe pour répondre aux problèmes associés à la consommation de nouvelles substances psychoactives

En Europe, la décision 2005/387/JAI du Conseil prévoit un cadre juridique en trois étapes (alerte rapide, évaluation des risques et mesures de contrôle) qui permet à l'Union européenne de détecter rapidement les menaces pour la santé publique que représentent les nouvelles substances et d'y réagir promptement. L'EMCDDA est responsable des deux premières étapes de ce système, à savoir la gestion d'un système d'alerte précoce en collaboration avec Europol (le service de police de l'Union européenne) et la conduite d'évaluations des risques (voir les encadrés sur le [système d'alerte précoce de l'Union européenne](#) et l'[évaluation des risques](#)). La Commission européenne, le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne sont responsables des mesures de contrôle.

Dans les pays européens, les premières réactions à l'émergence de nouvelles substances psychoactives sont principalement de nature réglementaire: elles visent à endiguer l'offre de ces substances à l'aide d'outils législatifs. Les réponses sociales et sanitaires aux défis posés par les nouvelles drogues ont mis du temps à émerger en Europe, mais prennent aujourd'hui de l'ampleur. Elles incluent des efforts très variés qui reflètent l'ensemble du spectre des actions menées pour lutter contre les substances illicites connues,

comme des activités d'éducation et de formation en matière de drogues, des interventions de protection des consommateurs menées en ligne par les usagers, ainsi que des programmes d'échange de seringues mis en œuvre dans les services à bas seuil.

Une attention accrue est désormais accordée au développement d'activités de prévention et d'éducation ciblées, ainsi qu'aux activités de formation et de sensibilisation à l'intention des professionnels.



Système d'alerte précoce de l'Union européenne

La phase d'alerte rapide de la décision 2005/387/JAI du Conseil est connue sous le nom de «système d'alerte précoce de l'UE sur les nouvelles substances psychoactives». L'EMCDDA et Europol sont responsables du fonctionnement du système d'alerte précoce, qui se compose d'un réseau multidisciplinaire de 30 systèmes nationaux d'alerte précoce des États membres de l'Union, de la Norvège et de la Turquie, d'Europol et de ses réseaux de services répressifs, de l'Agence européenne des médicaments (EMA), de la Commission européenne et d'autres partenaires.

Les systèmes nationaux collectent des informations sur l'identification chimique des nouvelles substances provenant des réseaux de laboratoires médico-légaux et de toxicologie. Ces laboratoires analysent des échantillons provenant de saisies effectuées par les forces de l'ordre et d'enquêtes sur des empoisonnements et des décès. Ils peuvent également inclure des échantillons de drogues recueillis auprès d'usagers, par exemple dans les boîtes de nuit et les festivals de musique, ou achetés auprès de vendeurs. Ces données peuvent être complétées par des renseignements provenant des services répressifs, des systèmes de soins de santé, des agences médicales, des informateurs clés (tels que les usagers, les propriétaires et le personnel des clubs, et les organisateurs des festivals) et de sources d'informations en accès libre (comme les articles dans les médias et les forums de discussion des usagers sur l'internet). Cela permet la collecte, l'évaluation et la communication rapide à l'EMCDDA d'informations fondées sur des événements concernant l'apparition de nouvelles substances au niveau national et les dommages causés par celles-ci.

L'EMCDDA rassemble et analyse ces données, ainsi que les données provenant de ses autres systèmes de suivi, afin de détecter rapidement l'apparition de nouvelles substances et les effets nocifs qui y sont associés. Ces éléments servent ensuite à produire une analyse qui contient des informations techniques et des communications sur les risques, y compris des alertes de santé publique. Il s'agit notamment d'informations sur la chimie et l'analyse, la fabrication, la pharmacologie, la toxicologie, l'épidémiologie, le trafic et la distribution des nouvelles substances. Si les informations recueillies sur une nouvelle substance signalée requièrent une réponse officielle, l'EMCDDA et Europol entreprennent une enquête spéciale sur la substance en question en vue de l'élaboration d'un rapport qui sera présenté aux institutions européennes. Connue sous le nom de «rapport conjoint», l'analyse fournie dans ce rapport est ensuite utilisée par les décideurs de l'Union européenne pour déterminer si une évaluation formelle des risques s'impose. Il s'agit de l'étape finale de l'alerte précoce.



Évaluation des risques liés aux nouvelles substances psychoactives réalisée par l'Union européenne

La deuxième partie de la décision 2005/387/JAI du Conseil prévoit une évaluation des risques liés aux nouvelles substances. Le volet «évaluation des risques» appuie la prise de décisions au sujet des nouvelles substances psychoactives au niveau de l'Union, en apportant ainsi une valeur ajoutée aux actions nationales dans ce domaine.

Une évaluation des risques tient compte de tous les facteurs qui, selon les conventions des Nations unies relatives au contrôle des drogues de 1961 ou de 1971, justifieraient de placer une substance sous contrôle international. L'EMCDDA a publié des [recommandations](#) pratiques relatives à l'évaluation des risques afin de fournir une base méthodologique et procédurale solide pour la réalisation d'une évaluation des risques, y compris un cadre conceptuel pour l'examen des risques.

Le processus d'évaluation des risques examine les risques sanitaires et sociaux potentiels liés à une substance et les conséquences qui découleraient de sa mise sous contrôle. Le concept de risque englobe à la fois la probabilité qu'un dommage se produise (aspect habituellement désigné par le terme «risque») et le degré de gravité d'un tel dommage (aspect habituellement désigné par le terme «danger»). Une évaluation du rapport risques/avantages d'une nouvelle substance psychoactive est également nécessaire. Divers facteurs peuvent être pris en considération, y compris la question de savoir si la substance visée a des utilisations légitimes, comme des avantages thérapeutiques potentiels, une utilisation industrielle ou toute autre valeur économique.

L'évaluation exploite les données communiquées par le réseau et mises en évidence par l'EMCDDA par l'intermédiaire de ses autres systèmes de suivi. Les évaluations des risques se fondent sur diverses données scientifiquement validées disponibles, y compris des données récentes non publiées, dont la qualité doit être évaluée. Pendant la phase d'évaluation des risques, la prévalence de l'usage d'une nouvelle substance est généralement faible et la majorité des renseignements disponibles proviennent des laboratoires médico-légaux et de toxicologie, des services répressifs et de rapports isolés. Les signalements d'intoxications mortelles et non mortelles impliquant la substance évaluée sont particulièrement importants. Étant donné que les données sur les effets des nouvelles substances sont souvent extrêmement restreintes, une partie de l'évaluation comprend une analyse de la nature et des risques possibles de la substance par rapport à des substances connues similaires, qu'il s'agisse de drogues soumises à contrôle ou non.

La procédure d'évaluation des risques se conclut par l'élaboration d'un rapport sur la substance, lequel contient une analyse des informations disponibles, notamment sur la chimie et la pharmacologie de cette substance, sur les risques de dépendance et d'abus, sur les risques sanitaires et sociaux, sur la participation de la criminalité organisée à la diffusion de cette substance, ainsi que sur sa production et sa distribution. Depuis 1997, l'EMCDDA a réalisé 22 évaluations des risques liés aux nouvelles substances psychoactives. La moitié de ces évaluations ont été menées au cours des trois dernières années, ce qui reflète la croissance récente de ce marché.

Pour de plus amples informations, voir la page consacrée aux [actions de lutte contre les nouvelles drogues](#) et les [publications](#) disponibles sur le site internet de l'EMCDDA.

Les structures qui interviennent dans les lieux de vie nocturne et de loisirs ont eu tendance à intégrer leur réponse aux nouvelles substances psychoactives dans des approches déjà établies. L'internet est également de plus en plus utilisé pour fournir des informations et des conseils, y compris au travers d'interventions de «sensibilisation en ligne» destinées à atteindre de nouveaux groupes cibles. Il s'agit par exemple d'initiatives prises par les usagers de drogues, telles que des forums et des blogs, qui fournissent des informations et des conseils sur la protection des consommateurs. L'incidence et la fiabilité de ces services

ne sont pas connues, et il se peut qu'ils diffusent aussi bien des informations erronées que de précieux conseils. Dans quelques cas, ces interventions sont associées à des services de dépistage des drogues et d'analyse des comprimés, avec diffusion en ligne des résultats et de messages de réduction des risques. Des recherches sont nécessaires dans le domaine de la communication des risques et de l'évaluation des différents modèles de communication d'informations aux usagers sur les nouvelles substances psychoactives.

En Europe, la demande de traitements spécialisés pour des problèmes causés par l'usage de nouvelles substances est restreinte. Cette situation peut être liée à un certain nombre de facteurs, comme une mauvaise identification de la consommation, une faible prévalence d'usage et de faibles niveaux de consommation problématique. Une mauvaise identification de la consommation peut être due à une sous-déclaration de l'usage ou à un signalement erroné des substances — parce que les usagers ne savent pas ce qu'ils consomment —, à un manque d'instruments de dépistage et de suivi appropriés ainsi qu'à une faible sensibilisation des professionnels aux nouvelles substances. Néanmoins, certains pays connaissent aujourd'hui une évolution de ces services.

L'émergence des nouvelles substances s'est manifestée de différentes manières dans chaque pays, et les réponses nationales reflètent ces divergences. En Hongrie et en Roumanie, où des cas d'injection de cathinones de synthèse ont été signalés, les services d'échange de seringues jouent un rôle central. Au Royaume-Uni, où l'on enregistre un nombre significatif d'usagers de méphédronne, des «cliniques des drogues en boîtes de nuit» interviennent auprès de ce groupe.

Des directives cliniques destinées à répondre aux dommages graves et chroniques pour la santé sont en cours d'élaboration dans certains pays européens, comme les recommandations *Neptune* au Royaume-Uni.



Répondre aux nouvelles substances psychoactives: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

Les principales interventions dans ce domaine incluent:

- des systèmes d'alerte rapide afin de surveiller les nouvelles substances mises sur le marché et les dommages qu'elles causent. Ces systèmes doivent être appuyés par l'identification chimique des nouvelles substances par des réseaux de laboratoires médico-légaux et de toxicologie;
- la fourniture de matériel de formation sur les nouvelles substances aux professionnels de la santé et la création de plateformes d'échange des connaissances pour les cliniciens, les prestataires de soins de santé et les travailleurs sociaux au niveau local et national;
- des interventions en réponse à la consommation des nouvelles substances, basées sur les réponses apportées aux groupes de drogues traditionnelles, mais adaptées de façon adéquate pour tenir compte de la nature et des habitudes de consommation des nouvelles substances, ainsi que des différents groupes de consommateurs et contextes de consommation.

Perspectives

- Les autorités sanitaires nationales devraient être encouragées à mettre au point des recommandations sur les nouvelles substances psychoactives, notamment sur la gestion des surdoses, ou à traduire et à adapter des recommandations existantes, telles que les recommandations «Neptune» (Royaume-Uni), aux besoins nationaux.
- Les capacités de dépistage analytique et toxicologique et d'évaluation des risques doivent être renforcées et les résultats doivent être diffusés de manière rapide et utilisable auprès des groupes à risque et des professionnels concernés.
- Des services doivent être mis en place pour répondre aux problèmes particuliers de la consommation de nouvelles substances psychoactives dans certains groupes bien précis tels que les sans-abri, les détenus et les consommateurs de drogue par injection.

Enjeux

- Il convient d'évaluer l'efficacité des interventions adaptées qui sont à présent utilisées pour répondre aux nouvelles substances.
- L'impact des différentes méthodes employées pour communiquer sur les risques liés aux nouvelles substances psychoactives n'est pas bien compris. Il est donc nécessaire de développer et de renforcer les données scientifiquement validées sur la façon de communiquer sur les risques.
- Afin de mieux cibler et élaborer des réponses adéquates, il est nécessaire d'obtenir de meilleures données épidémiologiques sur l'ampleur des consommations et les motivations à l'usage ainsi que sur les habitudes et la manière dont elles évoluent au fil du temps. Mener des recherches fondamentales (pharmacologiques et toxicologiques) est également nécessaire.



Éclairage... Les cannabinoïdes de synthèse

De quoi s'agit-il?

«Cannabinoïdes de synthèse» (ou agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes) est le nom donné à une série de substances variées qui agissent sur les mêmes récepteurs cérébraux que le tétrahydrocannabinol (THC), le principal ingrédient psychoactif du cannabis. Depuis 2008, plus de 170 cannabinoïdes de synthèse ont été détectés en Europe dans des centaines de produits différents, souvent vendus comme substituts «légaux» du cannabis, bien que leurs effets soient souvent très différents.

Les cannabinoïdes de synthèse sont par exemple souvent vendus comme des «mélanges d'herbes à fumer». Des cannabinoïdes de synthèse ont également été vendus sous la forme de poudres et de comprimés, de produits qui ressemblent à de la résine de cannabis et de liquides à vapoter avec des cigarettes électroniques.

Pourquoi leur consommation est-elle préoccupante?

Bon nombre de cannabinoïdes de synthèse vendus sur le marché des drogues sont plus puissants que le THC. Cela peut expliquer pourquoi les effets nocifs des cannabinoïdes de synthèse, comme les intoxications aiguës et mortelles, peuvent être plus fréquents que ceux causés par le cannabis. Les fortes doses auxquelles les consommateurs peuvent être exposés sont susceptibles d'être un autre facteur important.

Les mélanges à fumer sont obtenus en pulvérisant des cannabinoïdes de synthèse sur des matières végétales. Ce procédé grossier peut produire des mélanges qui contiennent de grandes quantités de cannabinoïdes très puissants, ainsi que des «poches de concentration» à l'intérieur desquelles le cannabinoïde est très concentré. Les usagers ont donc du mal à contrôler la dose consommée et courent le risque de s'administrer une dose toxique par inadvertance. Les mélanges à fumer sont responsables de plusieurs intoxications massives aux États-Unis. Si de telles épidémies sont rares en Europe, en 2015, plus de 200 personnes ont été hospitalisées en l'espace de quelques jours en Pologne après avoir fumé un produit appelé «Mocarz». Étant donné que ces produits affichent rarement les ingrédients qu'ils contiennent, la plupart des usagers ne savent pas qu'ils utilisent un cannabinoïde de synthèse.

La prévalence de la consommation de ces substances semble faible en population générale, mais elle peut être plus élevée parmi les populations socialement marginalisées, notamment les sans-abri et les détenus. Les cannabinoïdes de synthèse intéressent ces groupes parce qu'ils produisent des effets puissants à un prix relativement bas et que, dans le cas des détenus, ils ne sont pas détectés dans la plupart des tests d'urine de routine (voir la [section 4.1](#)).

Répondre aux problèmes liés aux cannabinoïdes de synthèse

Les systèmes d'alerte précoce jouent un rôle essentiel pour déterminer les dommages causés par les cannabinoïdes de synthèse et y remédier. Le risque de flambées épidémiques d'intoxications et d'autres dommages causés par ces substances souligne l'importance de poursuivre et de renforcer l'identification et le suivi des décès liés à leur consommation.

Les services de prise en charge doivent se concentrer sur la personne concernée, sur ses symptômes et sur le contexte de sa consommation plutôt que sur l'identification de la substance spécifique. Il importe de savoir que les besoins des consommateurs de cannabinoïdes de synthèse peuvent différer sensiblement de ceux des consommateurs de cannabis.

Les prisons peuvent nécessiter des approches particulières en matière de cannabinoïdes de synthèse, qui représentent à la fois une menace pour la santé et pour la sécurité. Il convient de recueillir des données sur l'ampleur du problème, d'élaborer des recommandations et de dispenser des formations à l'intention du personnel pour la prise en charge de ces cas. Le personnel pénitentiaire doit être préparé à gérer les effets dangereux sur la santé qui, dans les cas extrêmes, peuvent aboutir à un transfert à l'hôpital, mais qui peuvent aussi durer longtemps et nécessiter une gestion continue. Il est également nécessaire de mettre en place des interventions éducatives, de fournir des conseils en matière de réduction des risques et des dommages et de proposer des traitements à l'intention des détenus qui ont développé une dépendance aux cannabinoïdes de synthèse.

Voir le document de l'EMCDDA intitulé [Perspectives sur les drogues — Les cannabinoïdes de synthèse en Europe](#).



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- Portail des bonnes pratiques.
- Rapport européen sur les drogues — Tendances et évolutions 2017.
- Rapports et mises à jour du système d'alerte précoce de l'EMCDDA et rapports d'évaluation des risques.
- Health responses to new psychoactive substances, Perspectives on drugs, 2016.
- Health responses to new psychoactive substances, Rapid communication, 2016.
- Injection of synthetic cathinones, Perspectives on drugs, 2015.
- New psychoactive substances in Europe: Innovative legal responses, 2015.
- Drug-checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges, Tibor Brunt, Background paper.
- New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions, 2016.

Autres sources

- ONUDC, Global SMART programme.
- Neptune group, Neptune clinical guidance, 2015.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.7 | Lutter contre l'usage détourné de médicaments



RÉSUMÉ

Problématiques

L'usage détourné de médicaments (ou mésusage) correspond à l'utilisation d'un médicament psychoactif à des fins d'automédication, à des fins récréatives ou pour améliorer ses performances, sur prescription médicale ou non, et en dehors des bonnes pratiques médicales généralement acceptées. Il peut s'inscrire dans le cadre d'une polyconsommation de drogues.

L'usage croissant de médicaments détournés suscite de plus en plus d'inquiétudes dans de nombreux pays européens, en particulier à la lumière de la forte hausse des décès dus à la consommation d'analgésiques opioïdes délivrés sur ordonnance aux États-Unis. Il existe cependant des différences considérables dans les pratiques de prescription entre l'Europe et les États-Unis.

Les groupes de médicaments qui ont été associés à un usage détourné sont les suivants:

- les sédatifs et les hypnotiques, y compris les barbituriques, les benzodiazépines et les médicaments apparentés aux benzodiazépines comme les hypnotiques Z;
- les opioïdes, y compris les analgésiques et les médicaments utilisés dans le cadre d'un TSO (traitement de substitution aux opioïdes);
- les stimulants prescrits pour traiter le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

Ces médicaments peuvent être obtenus sur ordonnance ordinaire, en se rendant chez plusieurs médecins ou dans plusieurs pharmacies (nomadisme médical et pharmaceutique), en détournant des stocks vers le marché illicite ou via

des achats en ligne. Les mauvaises pratiques de prescription sont généralement en cause dans les cas d'usage détourné de médicaments: il peut s'agir de prescription excessive ou, en particulier pour les médicaments utilisés dans le cadre d'un TSO, d'une prescription insuffisante, ce qui peut pousser les patients à l'automédication. Les bonnes pratiques cliniques en matière de prescription des médicaments utilisés dans le cadre d'un TSO permettent de réduire le détournement et les dommages liés à cet usage détourné.

Réponses possibles

- L'observation en vue de déterminer l'ampleur et la nature du problème est essentielle pour élaborer des réponses adéquates. Outre les indicateurs épidémiologiques clés et les programmes de pharmacovigilance, les autres sources de données potentielles sont les intoxications aux médicaments enregistrés aux urgences hospitalières, les statistiques des ventes et les bases de données sur les ordonnances, ainsi que la surveillance des forums en ligne sur lesquels il est question de ces médicaments.
- Les approches préventives incluent la formation des praticiens et l'établissement de normes de qualité et de protocoles afin d'améliorer les pratiques de prescription; les contrôles de la disponibilité, tels que la limitation des ventes, les restrictions en matière de conditionnement et les systèmes d'élimination des déchets ou des surplus de médicaments; l'utilisation de formulaires spéciaux pour certains médicaments; et l'interdiction de la prescription par téléphone ou via l'internet.
- Les services délivrant des traitements en lien avec un usage de drogue doivent être prêts à traiter les personnes souffrant de problèmes liés à l'usage détourné de médicaments. Il s'agit notamment de prendre en considération l'éventualité que les patients qui se présentent pour recevoir un traitement pour consommation de substances illicites fassent aussi un usage détourné de médicaments et de traiter ce problème en conséquence. De plus, étant donné que les personnes qui présentent des problèmes principalement liés à l'usage détourné de médicaments peuvent être réticentes à demander de l'aide aux services de prise en charge pour usage de drogue traditionnels, un traitement alternatif dans des structures dispensant des soins de santé primaires peut s'avérer nécessaire.

Panorama européen

- Les informations sur les pratiques thérapeutiques en vigueur en Europe pour prendre en charge l'usage détourné de médicaments sont limitées.
- Des travaux visant à mieux comprendre l'ampleur et la nature du problème et à en suivre l'évolution sont en cours. Ils consistent notamment à surveiller les événements graves par l'intermédiaire de sites sentinelles (Euro-DEN Plus) et à développer l'analyse des eaux usées.
- Plusieurs projets financés par l'Union européenne, tels que CODEMISUSED, axé sur la consommation et l'utilisation détournée de la codéine et sur la dépendance à celle-ci, et le projet ATOME, axé sur l'accès aux médicaments opioïdes en Europe, ont été menés dans ce domaine, et une collaboration est en cours entre l'EMCDDA et l'EMA.

mots clés: usage détourné de médicaments, détournement de médicaments, benzodiazépines, observation

Comprendre le problème et les principaux objectifs des réponses

L'EMCDDA définit l'usage détourné de médicaments comme l'utilisation d'un médicament psychoactif, avec ou sans ordonnance fournie par un praticien compétent, clairement en dehors des directives ou bonnes pratiques médicales généralement acceptées, à des fins d'automédication, de divertissement ou d'amélioration des performances, y compris dans le contexte d'une polyconsommation de drogues.

L'usage détourné de médicaments soumis à prescription est un sujet de préoccupation croissant en Europe, bien que ce phénomène semble être beaucoup moins courant qu'aux États-Unis. Les informations fournies par le Réseau européen des urgences liées aux drogues (European Drug Emergencies Network — Euro-DEN Plus), qui effectue le suivi des passages aux urgences liées à la consommation de drogue dans 15 hôpitaux «sentinelles» de neuf pays européens, ont montré qu'en 2015, près d'un quart des cas (24 %) concernaient un usage détourné de médicaments délivrés sur ordonnance ou en vente libre (principalement des opioïdes et des benzodiazépines). Compte tenu de

l'échantillonnage utilisé pour cet exercice, ce chiffre doit être interprété avec prudence. Il suggère néanmoins que les médicaments détournés pourraient constituer un problème méritant un suivi plus poussé afin de comprendre l'ampleur et les tendances de l'usage détourné de médicaments en Europe.

La majorité de ces médicaments sont prescrits conformément aux bonnes pratiques et aux recommandations, souvent pour une période limitée, dans le but de soulager la douleur ou l'insomnie ou en cas de traumatisme chirurgical ou autre. Des problèmes relatifs à l'usage de ces médicaments, peuvent survenir par exemple lorsque les patients continuent à en prendre alors que le problème initial a été résolu, qu'ils en prennent trop ou qu'ils augmentent les doses au-delà des doses thérapeutiques à mesure qu'ils développent une tolérance à ces substances. Par ailleurs, des personnes qui ne se sont jamais vu prescrire ces médicaments peuvent également les utiliser à diverses fins. L'usage détourné de médicaments en association avec d'autres drogues peut entraîner des interactions susceptibles d'aggraver les dangers, et même de provoquer la mort.



Médicaments couramment prescrits susceptibles d'être détournés

Les **sédatifs** et les **hypnotiques** induisent le sommeil, soulagent l'anxiété et provoquent un sentiment d'euphorie. Il s'agit notamment des barbituriques, des benzodiazépines et des hypnotiques autres que les benzodiazépines, comme les «médicaments Z» (zaleplon, zopiclone, eszopiclone et zolpidem). Les benzodiazépines et les médicaments Z sont populaires chez les usagers injecteurs. Ils peuvent également être utilisés par les consommateurs de stimulants pour la phase de descente après un épisode de consommation excessive («binge»), ainsi que par les consommateurs d'héroïne pour prolonger les effets et gérer le syndrome de sevrage. Ils contribuent de façon sensible aux décès par surdose chez les consommateurs d'opioïdes illicites (voir l'encadré sur [les mélanges courants de drogues](#), page 99).

Les **opioïdes** englobent les substances naturelles, synthétiques et semi-synthétiques qui agissent sur les récepteurs des opioïdes en soulageant la douleur et provoquant une euphorie. Pris à fortes doses, ils peuvent provoquer une dépression respiratoire et la mort. Cette catégorie inclut une série d'**analgésiques**, qui peuvent être disponibles sur prescription uniquement ou sans ordonnance (médicaments parfois dits «en vente libre»). Certains de ces opioïdes, comme la méthadone ou la buprénorphine haut dosage, sont utilisés comme médicaments de **substitution aux opioïdes**.

Les **stimulants du système nerveux central** — la prescription de plus en plus fréquente de ces médicaments pour traiter le TDAH a accru leur disponibilité et facilité leur détournement. Les stimulants du système nerveux central peuvent être utilisés comme «stimulants cognitifs» permettant de rester éveillé et de travailler pendant de longues périodes ou dans l'espoir d'améliorer les performances scolaires.

Les **autres drogues** désignent un groupe large et varié de médicaments qui n'entrent pas dans les catégories ci-dessus. Un groupe de médicaments dont le détournement dans certains pays européens suscite actuellement des inquiétudes est celui de la prégabaline et de la gabapentine, qui sont prescrites pour contrôler les crises d'épilepsie et traiter les douleurs neuropathiques. Outre les stimulants, divers autres médicaments peuvent être utilisés de manière détournée pour améliorer l'image de soi et les performances, comme les stéroïdes anabolisants, les hormones peptidiques, les pilules amincissantes et le sildénafil (plus connu sous le nom commercial de «Viagra»).

Voici quelques exemples courants d'usage détourné de médicaments :

- certaines personnes souffrant de troubles anxieux, de douleurs ou de troubles psychiatriques peuvent détourner des médicaments de leur usage initial pour traiter ces symptômes par automédication. Une utilisation non conforme aux recommandations peut concerner une proportion relativement faible des personnes qui se sont vu prescrire ces médicaments et qui ont développé une tolérance ou une dépendance à leur égard;
- parmi les personnes qui détournent des médicaments de leur usage initial, certaines n'ont aucune raison médicale de prendre de tels médicaments, qu'elles utilisent plutôt à des fins récréatives ou d'amélioration, par exemple pour ressentir des effets enivrants, pour améliorer leur forme physique ou pour faciliter leur concentration sur de longues périodes;
- de nombreux consommateurs d'héroïne ou de stimulants consomment également des opioïdes soumis à prescription. Les benzodiazépines ou les médicaments Z peuvent également être consommés pour intensifier les effets enivrants, retarder le syndrome de sevrage des opioïdes ou mettre fin à un épisode de consommation excessive de stimulants. Cette forme de polyconsommation peut aussi correspondre à une forme d'automédication chez les consommateurs d'héroïne et de stimulants.

Les personnes qui détournent des médicaments de leur usage initial obtiennent ces médicaments de différentes manières, lesquelles se diversifient de plus en plus. Auparavant, leur disponibilité était presque entièrement attribuable au détournement de médicaments soumis à prescription, c'est-à-dire la fourniture non autorisée de produits pharmaceutiques réglementés provenant de sources légales sur le marché illicite ou auprès d'un usager auquel les médicaments n'étaient pas destinés. De nos jours, le détournement peut se produire à chacune des différentes étapes de la chaîne d'approvisionnement en médicaments : sur le site de fabrication original, chez le distributeur grossiste, au cabinet du médecin, à la pharmacie ou au niveau du patient.

Les méthodes de détournement comprennent les techniques suivantes :

- les vols auprès des fabricants, des distributeurs, des pharmacies et des fournisseurs institutionnels de médicaments;
- le phénomène du nomadisme médical, qui consiste à consulter plusieurs médecins pour obtenir plusieurs ordonnances ou à se rendre dans plusieurs pharmacies pour contourner les restrictions sur les quantités achetées;
- le vol (y compris le vol de cartes d'assurance pour obtenir plusieurs ordonnances), la falsification ou la modification d'ordonnances par les patients; et
- la vente et le recyclage illégaux d'ordonnances par les médecins et les pharmaciens.

De plus, le stockage et l'élimination non sécurisée des médicaments dans les habitations et les établissements peuvent aussi offrir des possibilités de détournement.

Ces dernières années, certaines formes de détournement ont été empêchées grâce à des progrès technologiques. Ainsi, l'introduction de la gestion électronique des dossiers et des bases de données centralisées des ordonnances restreint les possibilités d'obtenir des prescriptions auprès de plusieurs médecins. D'un autre côté, l'avènement des pharmacies en ligne a offert un nouveau point d'accès aux médicaments. En outre, il semble que certains médicaments soient fabriqués spécifiquement pour la vente à des fins non médicales sur le marché illicite. Il peut exister des imbrications entre l'usage détourné de médicaments et la consommation de nouvelles substances psychoactives, comme dans le cas des fentanyl (voir l'encadré «Éclairage... Les fentanyl», page 56).

Réponses possibles

Observation

Afin d'élaborer des réponses appropriées à ce phénomène d'usage détourné de médicaments, il est essentiel d'en saisir la nature et l'ampleur, y compris sa prévalence, les motivations à son origine et ses sources d'approvisionnement, ainsi que de suivre son évolution dans le temps. Cependant, la diversité des médicaments, de leurs sources d'approvisionnement et des groupes qui les utilisent, ainsi que les différences entre les pays en matière de pratiques de prescription et de cadres juridiques rendent cette tâche difficile. Cette diversité requiert également de définir clairement ce qui constitue un usage détourné, en particulier pour les comparaisons entre différents pays. L'ampleur du problème doit être évaluée à l'aide de diverses sources de données. Les analyses de cas rapportés et les séries chronologiques peuvent mettre en évidence des signes indiquant un usage détourné qui appellent des enquêtes systématiques sur l'ampleur du problème. À l'heure actuelle, les informations sur l'origine des médicaments qui sont détournés de leur usage initial ou saisis sont très limitées.

Les enquêtes en population générale coûtent cher et obtiennent des taux de réponse en baisse, mais elles fournissent cependant des informations utiles sur l'usage de ces médicaments. Les principaux indicateurs épidémiologiques de l'EMCDDA permettent également de recueillir certaines informations sur l'usage détourné de médicaments. On peut citer à titre d'exemple le nombre de personnes cherchant à se faire traiter pour une dépendance aux médicaments et le nombre de décès par surdose de drogues auxquels des médicaments étaient associés. Le système d'alerte précoce de l'Union européenne et les données sur les saisies de drogue peuvent également contribuer à recenser les médicaments qui font leur apparition sur le marché illicite.

Des signaux indiquant un usage détourné de médicaments peuvent également provenir des bases de données nationales

ou internationales sur les effets indésirables des médicaments, telles que la base de données Eudravigilance de l'EMA et la base de données du Centre de pharmacovigilance d'Uppsala de l'OMS. Ces bases de données collectent des informations sur les substances associées à des événements indésirables signalés par les services d'urgences des hôpitaux et par d'autres sources. Elles contiennent des informations sur les problèmes liés aux médicaments pris «à des fins récréatives», seuls ou en association avec d'autres substances psychoactives. Parmi les autres sources d'information figurent aussi les services travaillant avec des consommateurs de substances et les données issues des cas de conduite de véhicule sous l'influence de stupéfiants, ainsi que celles en provenance des autopsies et des prisons.

Les statistiques sur les ventes des pharmacies constituent un moyen économique et efficace de suivre l'usage des médicaments et les tendances en la matière. Les données sur les ventes devraient faire l'objet d'un suivi par secteur afin d'obtenir des informations sur les niveaux et les tendances de consommation. Les bases de données sur les ordonnances sont généralement une option plus coûteuse et moins facile à interpréter. Ces données proviennent des demandes de remboursement dans le cadre de l'assurance-maladie et des bases de données nationales sur les ordonnances ou des registres des pharmacies. Elles peuvent être analysées pour fournir des informations sur l'étendue du phénomène de nomadisme médical et des fausses ordonnances. Un autre indicateur d'usage détourné potentiel concerne les situations dans lesquelles une grande partie des stocks d'un médicament est utilisée par une petite proportion de consommateurs.

Les opioïdes délivrés sur prescription, les benzodiazépines et d'autres médicaments se retrouvent souvent sur le marché des drogues illicites. Ces médicaments peuvent être obtenus de manière frauduleuse, détournés par des personnes qui se les font prescrire, ou encore volés à des patients, à des pharmacies

ou à des usines. Les saisies effectuées par la police visent le marché illicite et donnent une indication de sa taille.

Le suivi via l'internet peut également permettre de repérer les usages détournés de médicaments. Des données peuvent être collectées auprès des sites internet au moyen de demandes d'informations sur des médicaments spécifiques ou des signalements d'usage détourné en ligne. L'analyse des eaux usées (eaux d'égout) est une nouvelle approche de l'épidémiologie des drogues qui permet de fournir des renseignements sur la consommation totale des substances visées dans une collectivité. Les variations temporelles hebdomadaires de consommation peuvent indiquer la quantité utilisée à des fins récréatives.

Prévention et traitement de l'usage détourné de médicaments

Tout système de contrôle des médicaments doit garantir leur disponibilité pour les personnes qui en ont besoin à des fins médicales tout en limitant au maximum les possibilités d'usage détourné. Les recommandations de l'OMS sur l'accès aux médicaments placés sous contrôle visent à garantir que les mesures de contrôle des médicaments n'empêchent pas les personnes qui en ont besoin d'y avoir accès. L'absence d'un tel accès constitue un problème dans plusieurs pays du monde, y compris dans certains pays d'Europe.

La disponibilité accrue des médicaments sur l'internet complique la régulation et nécessitera l'élaboration de nouvelles réponses. Comme c'est souvent le cas pour les mesures de lutte contre le détournement aux étapes de la production et de la distribution, bon nombre de ces réponses relèveront davantage du domaine de l'application de la loi plutôt que du champ sanitaire et social. La réussite de ces interventions nécessitera avant tout de mieux comprendre d'où proviennent les médicaments qui apparaissent sur les différents marchés.



Aperçu des données scientifiquement validées sur... le traitement de l'usage détourné de médicaments



La thérapie cognitivo-comportementale aide à réduire la consommation de benzodiazépines lorsqu'elle est combinée avec une diminution des doses à court terme.

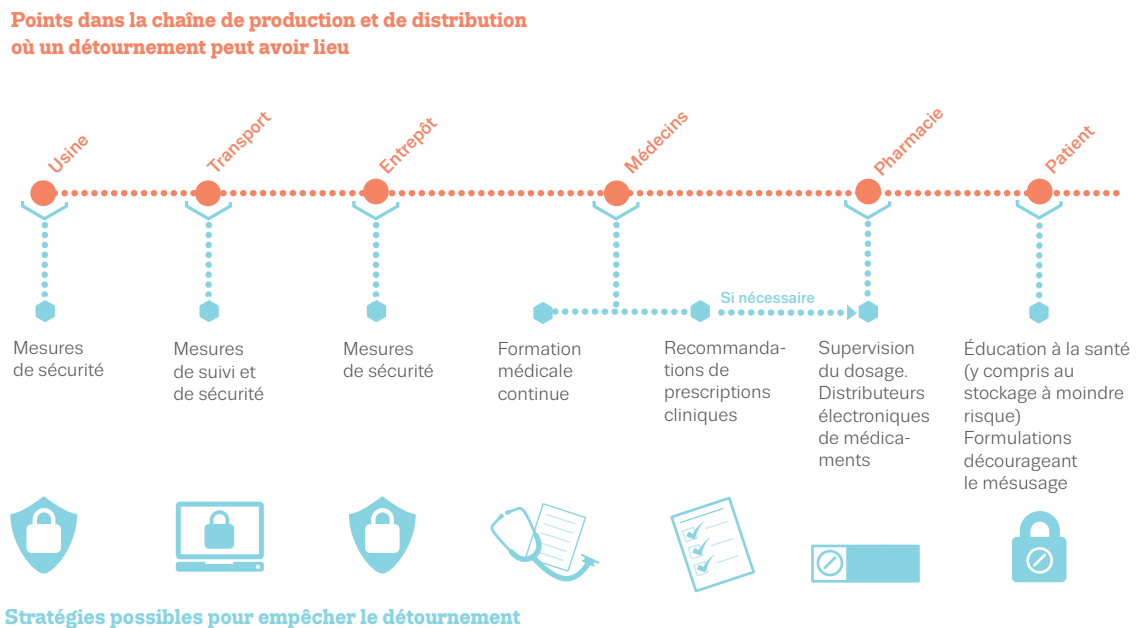


Les courriers personnalisés adressés par le médecin de famille aux patients, l'entretien normalisé avec le médecin traitant associé à une diminution des doses, et les techniques de relaxation ont tous donné des résultats prometteurs dans le cadre de petites études individuelles portant sur l'utilisation détournée des benzodiazépines. Ces approches méritent que l'on s'y intéresse de manière plus approfondie.

L'efficacité de l'entretien motivationnel dans la réduction de la consommation de benzodiazépines n'est pas clairement démontrée.

FIGURE 2.10

Exemples de stratégies visant à prévenir le détournement des médicaments utilisés lors d'un traitement de substitution aux opioïdes



Les mauvaises pratiques de prescription sont une des causes principales de l'usage détourné de médicaments. Il s'agit notamment des prescriptions excessives, mais aussi, en particulier pour les médicaments utilisés dans le cadre d'un TSO, de prescriptions insuffisantes, qui poussent les patients à l'automédication. Les bonnes pratiques cliniques en matière de prescription des médicaments utilisés dans le cadre d'un TSO permettent de réduire efficacement le détournement et les risques liés à l'usage détourné de ces médicaments. L'utilisation de médicaments de substitution pour le traitement de la dépendance aux opioïdes, fondée sur des données scientifiquement validées, représente une réponse clé aux problèmes liés à l'héroïne en Europe. Il est important que les personnes souffrant de problèmes de dépendance aux opioïdes puissent bénéficier d'une bonne couverture et de traitements de qualité. Or ce n'est pas toujours le cas.

Le détournement de ces médicaments de leur usage thérapeutique initial dans le traitement de problèmes de drogue afin de les utiliser à des fins non médicales et de les vendre sur les marchés des drogues illicites peut poser problème. Un aperçu des études disponibles indique que la consommation de substances détournées a été associée à trois grandes conséquences: des surdoses fatales ou non; une augmentation du nombre de cas de dépendance aux opioïdes (en particulier dans les territoires où l'héroïne est rare); et la mise en péril de l'acceptation des TSO par la population.

Toutefois, bien que le détournement des médicaments employés dans le cadre d'un TSO ait été identifié comme un problème croissant ces dernières années, le suivi systématique ou la collecte de données ont été limités en

ce qui concerne l'ampleur et la nature de ce problème. Les données empiriques sont donc insuffisantes pour éclairer les décisions réglementaires et élaborer des plans de prévention et de gestion des risques. Néanmoins, plusieurs interventions ont été développées et sont actuellement mises en œuvre en Europe pour limiter au maximum le détournement des médicaments utilisés dans le cadre des TSO (figure 2.10). Ces interventions comprennent:

- l'utilisation de formulations peu propices au détournement, comme la suboxone ou la dilution de la méthadone pour décourager l'injection;
- l'élaboration de recommandations de prescription clinique sur le contrôle du dosage pour les personnes qui ne suivent pas un traitement de manière stable;
- la formation des médecins à la prescription sécurisée d'opioïdes, y compris à l'évaluation initiale complète et au contrôle régulier des patients, ainsi que la communication d'informations aux patients sur l'utilisation sans danger de ces médicaments, dont les méthodes appropriées de stockage et d'élimination;
- la mise en place de distributeurs électroniques de médicaments pour promouvoir la prescription sécurisée d'opioïdes et réduire les erreurs médicales;
- l'adoption de mesures de contrôle, comme les analyses toxicologiques des patients, le décompte des comprimés et les contrôles inopinés;
- la régulation systématique au moyen de registres des transactions des pharmacies, avec l'application de mesures disciplinaires pour lutter contre les pratiques de prescription inappropriées.

Le traitement des cas d'usage détourné de médicaments est similaire à celui des autres troubles liés à l'usage de drogues et doit être adapté aux besoins de chacun. Les personnes

qui connaissent des problèmes liés à l'usage détourné de médicaments peuvent appartenir à des groupes sociaux très divers. Le traitement dans des structures dispensant des soins de santé primaires peut être plus indiqué pour certains groupes qui n'ont pas facilement accès aux services de prise en charge pour usage de drogue. Les structures de soins de santé primaires peuvent être moins bien informées au sujet de l'usage détourné de médicaments, et beaucoup de personnes qui présentent des problèmes liés à des médicaments soumis à prescription ne considèrent pas qu'elles sont dépendantes ou n'en parlent pas à leur médecin. Les polyconsommateurs peuvent ne pas admettre qu'ils font un usage détourné de médicaments, de sorte que les services de prise en charge doivent examiner ces patients en vue de déterminer s'ils sont concernés par un usage abusif de médicaments et leur fournir le traitement nécessaire.

Une relation thérapeutique solide entre le patient et son médecin peut jouer un rôle important dans la prévention de l'usage détourné de médicaments. Quand ils reçoivent en consultation des patients en quête de médicaments, les médecins doivent être attentifs aux motifs avancés par ces patients pour obtenir des médicaments supplémentaires, comme la perte de médicaments et d'ordonnances, et approfondir leur examen si ces visites se répètent. Ils devraient faire preuve de prudence lorsqu'ils prescrivent des médicaments à des patients inconnus, sans pour autant refuser de prescrire des médicaments à ceux qui en ont besoin. Le personnel des structures dispensant des soins de santé primaires doit être formé pour pouvoir faire face à ces dilemmes.

Ce personnel doit connaître les principes de base des interventions minimales. Une stratégie simple et efficace consiste à envoyer aux patients une lettre exprimant les préoccupations des professionnels de santé. Un soutien supplémentaire peut s'avérer nécessaire si cette stratégie échoue («soins progressifs»). Ce soutien peut inclure des informations éducatives sur la pharmacologie et sur la maladie sous-jacente, des solutions alternatives aux traitements pharmacologiques, ainsi que l'orientation vers des groupes de soutien ou une thérapie de groupe.

Les mesures adoptées en Europe pour répondre à l'usage détourné de médicaments

Différentes organisations et agences internationales assument des responsabilités dans le domaine du contrôle des médicaments, notamment l'EMA, l'OMS, l'ONUDDC et l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS). L'EMCDDA recueille des informations tirées des législations nationales concernant la prescription, les substances autorisées, les réglementations en matière de prescription, les critères régissant l'obtention de médicaments dans le cadre d'un TSO et les sanctions en cas d'infraction. Les registres de traitement de substitution instaurés dans chaque État membre de l'Union européenne permettent d'éviter les doubles prescriptions qui peuvent survenir lorsque plusieurs médecins prescrivent des médicaments en parallèle. Le recours aux analyses des eaux usées à des fins de suivi est également à l'étude.



Usage détourné de médicaments: implications pour les politiques et les pratiques

Aspects fondamentaux

Dans ce domaine, les objectifs consistent essentiellement à:

- veiller à ce que les réglementations relatives aux médicaments susceptibles de faire l'objet d'une consommation abusive prévoient une disponibilité suffisante pour un usage médical tout en limitant les possibilités d'usage détourné;
- veiller à ce que les professionnels de la santé soient formés aux bonnes pratiques en matière de prescription, à la détection et au traitement de la consommation problématique, ainsi qu'au traitement des signes d'usage détourné.

Perspectives

- Élaborer et proposer des options thérapeutiques alternatives pour faire face à l'usage détourné de médicaments pour les patients qui sont réticents à demander de l'aide dans les structures traditionnelles de traitement pour dépendance à la drogue.
- Sensibiliser les patients et le grand public au problème de l'usage détourné de médicaments afin de déstigmatiser ce phénomène et d'encourager les personnes concernées à demander de l'aide.

Enjeux

- Étudier et surveiller l'ampleur et la nature de l'usage détourné de médicaments aux niveaux local et national, afin de faciliter la mise au point d'interventions adaptées, à l'aide d'une série de sources: enquêtes, demande de traitements, statistiques des ventes, saisies de la police, tendances sur l'internet et analyse des eaux usées. Il conviendrait aussi d'évaluer l'importance relative des différentes sources de médicaments sur le marché illicite et de comprendre combien de personnes, et quelles personnes, font un usage détourné de médicaments et pour quelles raisons.



Éclairage... L'usage abusif de benzodiazépines

Les benzodiazépines sont un groupe de médicaments largement prescrits et utilisés pour traiter l'anxiété et l'insomnie et pour gérer le sevrage de l'alcool. Les benzodiazépines font souvent l'objet d'un usage abusif par les consommateurs problématiques d'opioïdes chez qui leur consommation est associée à une morbidité et à une mortalité accrues.

La plupart des benzodiazépines prescrites aux consommateurs problématiques de drogue le sont à des fins thérapeutiques légitimes. Cependant, des inquiétudes ont été exprimées quant aux conséquences pour la santé découlant de la consommation de benzodiazépines pendant plusieurs semaines, quant à leur consommation par des polyconsommateurs et quant à leur usage non conforme aux directives de prescription. L'usage abusif de benzodiazépines accroît le risque de surdose d'héroïne et est associé à des risques plus élevés de contracter une infection au VIH, de souffrir d'une psychopathologie (anxiété et dépression), de compromettre les résultats d'un traitement et de connaître des difficultés d'intégration sociale.

Les consommateurs d'opioïdes peuvent abuser des benzodiazépines dans une optique d'automédication, par exemple pour traiter l'anxiété ou l'insomnie, ou encore pour atténuer les symptômes du sevrage des opioïdes ou les effets indésirables de l'alcool ou de la cocaïne. Les benzodiazépines peuvent également être utilisées pour prolonger l'intensité et la durée des effets des opioïdes, surtout lorsque ceux-ci sont consommés par voie intraveineuse. Les patients qui suivent un traitement de substitution aux opioïdes à base de méthadone, par exemple, peuvent faire un usage abusif des benzodiazépines pour augmenter les effets de leur médicament opioïde lorsque son sous-dosage fait que les symptômes de sevrage réapparaissent.

Les consommateurs se procurent des benzodiazépines en détournant des ordonnances (par exemple en s'en faisant prescrire par différents médecins), sur le marché illicite ou sur l'internet. De plus en plus de benzodiazépines qui ne sont pas des médicaments approuvés au sein de l'Union européenne, comme le flubromazolam ou le flubromazépam, sont vendues dans la rue et en ligne.

L'usage combiné d'opioïdes et de benzodiazépines constitue un problème important chez les consommateurs problématiques d'opioïdes en prison, ainsi que chez ceux qui suivent un traitement. Selon des données de 2014 fournies par 18 pays, sur les 102 000 personnes admises en traitement qui déclaraient que les opioïdes étaient la drogue leur posant le plus de problèmes, 10 000 (soit 11 %) signalaient connaître également des problèmes liés aux benzodiazépines. Ce nombre est peut-être sous-estimé, car la consommation d'autres drogues est souvent sous-déclarée.

La présence de benzodiazépines est souvent mise en évidence lors des examens post-mortem des cas de décès liés à la drogue. Les données actuelles de l'EMCDDA sur les décès liés aux drogues montrent que les benzodiazépines étaient associées (c'est-à-dire qu'on estimait qu'elles avaient joué un rôle dans le décès), souvent en combinaison avec des opioïdes, à 28 % des décès par surdose en Écosse, à 48 % des cas en France, à 30 à 32,5 % au Portugal et à 35 % en Irlande.

Quelles sont les mesures adoptées pour remédier à ce problème?

Les directives de prescription et de pratique clinique ont un rôle essentiel à jouer dans la gestion de l'usage des benzodiazépines chez les consommateurs problématiques d'opioïdes. Le [portail des bonnes pratiques](#) de l'EMCDDA contient actuellement six ensembles de recommandations qui traitent de ces questions, dans le cadre de recommandations générales ou spécifiques sur la gestion de la consommation d'opioïdes.

Voir la publication intitulée [The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe](#), EMCDDA Perspectives on drugs.

D'autres médicaments psychoactifs, tels que le tramadol, les benzodiazépines et les médicaments non autorisés vendus en tant que nouvelles substances psychoactives ou l'inverse, font l'objet d'un suivi dans le cadre du système d'alerte précoce de l'Union européenne. Ce système suit également les drogues traditionnelles (placées sous contrôle) coupées par des adultérants inhabituels ou nocifs, ainsi que les substances vendues sous un autre nom (les «nouveaux opioïdes» vendus comme des benzodiazépines, par exemple).

Le Réseau européen des urgences liées aux drogues (EuroDEN Plus) effectue le suivi des admissions aux urgences dans 29 centres «sentinelles» à travers l'Europe afin de fournir un aperçu unique des dommages graves pour la santé liés à la consommation de drogues et à l'usage détourné de médicaments.

Plusieurs projets de recherche européens présentent un intérêt à cet égard. Le projet ATOME, financé par l'UE et aujourd'hui terminé, a déjà été mentionné dans la [section 2.2](#) ci-dessus. Un autre exemple est CODEMISUSED, un projet d'une durée de quatre ans financé par l'UE qui a débuté en 2013 et qui se penche sur l'usage de la codéine, son usage détourné et la

dépendance qu'elle peut entraîner. Le projet collaboratif CODEMISUSED a recueilli des données sur l'utilisation de la codéine prescrite ou en vente libre, sur son usage détourné et sur la dépendance à cette substance dans les pays partenaires. Ces données ont été recueillies par le projet auprès de divers groupes (patients prenant de la codéine, prescripteurs, pharmaciens, spécialistes de la prise en charge des addictions, consommateurs de drogues, clients des pharmacies et patients suivant un traitement pour dépendance). Les résultats de ce projet serviront à appuyer la conception de mesures d'intervention diverses et variées, telles que l'information des patients, la formation et l'éducation des professionnels, la détection des risques, la surveillance et le suivi, ainsi que la fourniture de traitements.

Les informations sur les pratiques thérapeutiques en vigueur en Europe pour prendre en charge l'usage détourné de médicaments sont limitées. La collecte de ces informations est entravée par le fait que les traitements sont principalement prescrits par des médecins de famille ou des médecins généralistes plutôt que par des services de prise en charge pour usage de drogue et ne sont pas signalés aux systèmes de suivi des traitements pour usage de drogue.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- [Portail des bonnes pratiques.](#)
- [Rapport européen sur les drogues — Tendances et évolutions 2017.](#)
- [The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe](#), Perspectives on drugs, 2015.
- [Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications](#), Perspectives on drugs, 2016.
- [EMCDDA activities in the area of hospital emergency data.](#)

Autres sources

- OMS, [Accès aux analgésiques et aux autres médicaments placés sous contrôle.](#)
- OICS, [Disponibilité des drogues placées sous contrôle international: assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques. Indispensables et dûment disponibles, sans restrictions injustifiées](#), 2015.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.8 | Faire face à la polyconsommation de drogues



RÉSUMÉ

Problématiques

L'expression «polyconsommation de drogues» est employée pour décrire la consommation concomitante ou successive de plusieurs drogues ou types de drogue par une personne. Elle englobe la consommation de drogues illicites et de substances légales, telles que l'alcool et les médicaments.

Parmi les polyconsommateurs, une distinction majeure peut être faite entre, d'une part, les consommateurs d'héroïne et d'autres substances (telles que la cocaïne, les benzodiazépines et l'alcool) qui sont socialement marginalisés et, d'autre part, les personnes socialement intégrées qui associent de façon problématique cocaïne et alcool ou cannabis et alcool, par exemple.

La consommation de multiples drogues peut accroître les risques et aggraver la dépendance. Parmi les conséquences les plus graves de la polyconsommation figurent les surdoses fatales ou non, l'hépatotoxicité et la mise en péril des résultats thérapeutiques.

Réponses possibles

Les mesures de prévention et de réduction des risques en vue de réduire la consommation d'alcool et de drogues lors des festivals et dans les lieux de vie nocturne ainsi que l'utilisation détournée de médicaments peuvent être utiles pour réduire la polyconsommation.

Il est important de mettre en place des processus d'évaluation permettant de déceler une polyconsommation problématique chez les patients en traitement, car ce phénomène est courant dans ce groupe. Les traitements pour d'autres formes de dépendance à la drogue peuvent aussi réduire la polyconsommation chez les consommateurs de drogues problématiques sur le long terme.

Panorama européen

- Les informations sur les pratiques thérapeutiques actuellement en vigueur en Europe pour prendre en charge la polyconsommation de drogues sont limitées.
- S'il est admis que la polyconsommation de drogues est difficile à traiter, de vastes études des résultats menées en Europe montrent qu'un traitement réduit considérablement la polyconsommation chez les consommateurs très problématiques.

**mots clés: alcool,
polyconsommation
de drogues**

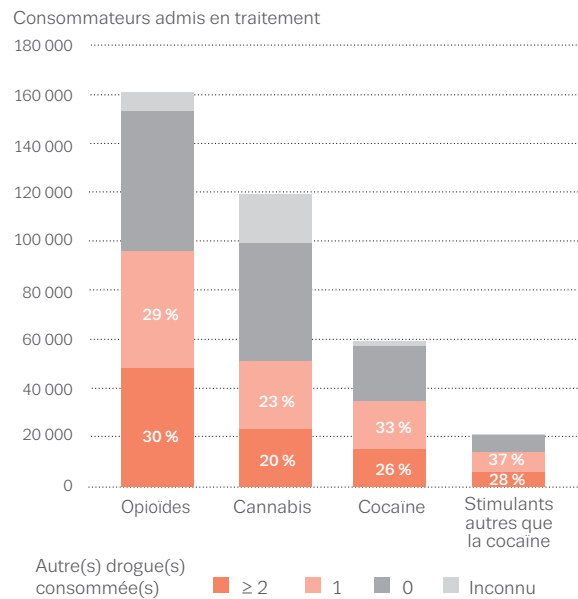
Comprendre le problème et les principaux objectifs des réponses

L'expression «polyconsommation de drogues» est une expression globale employée pour décrire la consommation de plusieurs drogues ou types de drogue par une personne. Cela peut désigner la consommation de plusieurs substances de manière concomitante ou successive au cours d'une période donnée. Cette expression englobe la consommation de drogues illicites et de substances légales, telles que l'alcool, les nouvelles substances psychoactives et les médicaments. L'éventail des comportements couverts par ce terme est si large que quasiment tous les consommateurs de substances psychoactives peuvent être considérés comme s'adonnant à une forme ou une autre de polyconsommation. C'est pourquoi, afin de répondre aux problèmes de polyconsommation, il est nécessaire de se concentrer sur des populations spécifiques, des interactions entre substances ou des comportements à risque.

Les interactions entre différentes substances consommées de manière rapprochée dans le temps peuvent augmenter la toxicité desdites substances. Les effets de certaines substances psychoactives peuvent favoriser la consommation à risque d'autres substances. L'ivresse par exemple, peut altérer le jugement quant à la quantité des opioïdes consommés ou au risque de présenter une tolérance réduite après avoir suivi un traitement ou en sortant de prison. De même, la consommation combinée de cocaïne et d'alcool peut aggraver les risques toxicologiques. La consommation simultanée de plusieurs substances peut également augmenter le risque d'accidents ou de blessures. Les intoxications dues à des combinaisons de substances incluant l'alcool constituent une part importante des cas de présentations aux services des urgences.

La polyconsommation est très répandue chez les personnes souffrant de problèmes de drogue qui cherchent à se faire traiter (voir la [figure 2.11](#)). En Europe, plus de la moitié des personnes qui commencent un traitement pour usage de drogue déclarent avoir une consommation problématique de plusieurs substances — bien que ce chiffre soit peut-être sous-estimé, puisque les autres drogues consommées ne sont pas toujours signalées. Des interactions entre substances pouvant avoir d'importantes répercussions sur les traitements et sur la santé sont souvent présentes parmi les populations traitées pour des problèmes de drogue et peuvent parfois ne pas être repérées. Par exemple, bon nombre des personnes prises en charge pour un problème principalement lié à des drogues illicites souffriront également de problèmes de consommation d'alcool. Le tabagisme est également très répandu. L'absence de prise en considération ou de résolution de ces problèmes pourrait constituer une occasion manquée en matière d'amélioration de santé.

FIGURE 2.11
La polyconsommation de drogues chez les patients admis en traitement, par drogue principale



NB: les «autres drogues consommées» désignent les drogues consommées en plus de la drogue principale (c'est-à-dire celle qui pose le plus de problèmes au patient) et sont des substances qui causent des problèmes au patient ou qui modifient la nature du problème tel qu'il a été évalué par le patient et le thérapeute. Données les plus récentes pour les 28 pays de l'Union européenne (2014 ou 2015).

La polyconsommation peut compromettre l'efficacité des approches thérapeutiques si elle n'est pas prise en considération. À titre d'exemple, la consommation de stimulants par les patients qui suivent un TSO peut mener à une aggravation de leur état. Une grande partie des informations disponibles sur la polyconsommation se fondent sur des données relatives aux admissions en traitement. Si l'on fait abstraction des différences entre les pays, les associations de drogues les plus souvent rencontrées de manière générale chez les patients soumis à un traitement en Europe sont les suivantes: les opioïdes, en tant que drogue principale à l'origine du traitement, consommés avec du cannabis et de la cocaïne sous forme de poudre; la cocaïne, en tant que drogue principale, consommée avec du cannabis et de l'alcool; le cannabis, en tant que drogue principale, consommé avec de l'alcool et de la cocaïne sous forme de poudre; et les stimulants, en tant que drogue principale, consommés avec de l'alcool et du cannabis. Il est important de connaître ces types de polyconsommation, car l'usage de drogues multiples peut aggraver un état de santé déjà problématique et être associé à une prise de risque accrue. Parmi les conséquences les plus graves de ces formes de polyconsommation figurent les surdoses fatales ou non, l'hépatotoxicité — notamment en combinaison avec une infection par le virus de l'hépatite C — et la mise en péril des résultats thérapeutiques.



Mélanges courants de drogues: effets et conséquences

Les risques liés aux mélanges de drogues dépendent de différentes caractéristiques propres au consommateur, telles que sa tolérance, son état de santé ou des facteurs génétiques ou phénotypiques. Une insuffisance hépatique peut provoquer des concentrations plus élevées de substance dans le sang, ce qui augmente les effets toxiques. La quantité et la pureté des drogues consommées ainsi que leur mode d'administration ont une incidence sur les effets des mélanges effectués. La consommation de drogues par voie intraveineuse entraînera des concentrations plus élevées dans le sang.

Voici quelques-uns des effets les mieux documentés des mélanges de drogues les plus courants:

alcool: l'alcool est présent dans la plupart des mélanges de drogues. Il peut entraîner des erreurs d'appréciation quant aux quantités d'autres substances consommées et modifier leur pharmacocinétique. La consommation excessive d'alcool à long terme peut endommager le foie et entraver le métabolisme d'autres substances, ce qui rend dangereuse la consommation de quantités qui seraient tolérées dans d'autres cas. Dans les lieux de vie nocturne et autres lieux festifs, l'alcool est souvent consommé en association avec de la MDMA, d'autres stimulants et de nouvelles substances psychoactives;

cannabis et tabac: fumer du cannabis et du tabac simultanément représente la forme la plus courante de polyconsommation en Europe. Les consommateurs mélangent ces deux substances pour faciliter la combustion. L'usage du tabac dans les joints de cannabis est souvent ignoré lors de l'évaluation de la dépendance au cannabis, alors que son importante responsabilité en termes de dépendances chez l'être humain est solidement établie;

cocaïne et alcool: l'alcool peut augmenter le taux de cocaïne dans le sang d'environ 30 % et produit un métabolite psychoactif de la cocaïne (cocaéthylène) ayant une plus longue durée d'action. Cette association augmente la fréquence cardiaque et la tension artérielle et peut entraîner des problèmes cardiovasculaires. La prise de cocaïne peut augmenter la consommation d'alcool en réduisant les effets perçus de l'état d'ivresse. Des comportements violents et des idées suicidaires ont été associés à la consommation combinée de ces deux substances;

opioïdes et cocaïne: les opioïdes dépriment le système nerveux central, tandis que la cocaïne le stimule. Les effets cardiovasculaires néfastes de la cocaïne sont amplifiés lorsque cette substance est associée à des opioïdes. L'association de cocaïne et d'opioïdes peut augmenter le risque de surdose et de dépression respiratoire associée. Les effets sédatifs des opioïdes peuvent être masqués par la cocaïne ce qui accroît le risque d'une surdose ultérieure;

opioïdes et benzodiazépines, avec ou sans alcool: les opioïdes, les benzodiazépines et l'alcool sont tous des dépresseurs du système nerveux central et, lorsqu'ils sont consommés conjointement, ils peuvent donc augmenter le risque de surdoses d'opioïdes fatales ou non. Les consommateurs de drogues plus âgés peuvent également présenter une altération du métabolisme des benzodiazépines, ce qui accroît le risque de dépression respiratoire lorsqu'ils prennent de la méthadone en même temps.

Réponses possibles en Europe

Certaines approches de **prévention** utilisées pour lutter contre l'usage détourné de médicaments se sont avérées réduire la polyconsommation incluant ce type de consommation. En outre, étant donné que la plupart des approches préventives efficaces ne sont pas axées sur une substance spécifique, elles devraient contribuer à réduire la polyconsommation. En particulier, les approches environnementales et les autres approches de prévention, abordées dans la [section 4.2](#) sur les festivals et les lieux de vie nocturne, peuvent remédier à certains des risques liés

à la consommation d'alcool en combinaison avec d'autres drogues dans ce contexte récréatif.

Les **services thérapeutiques** se concentrent souvent sur une substance particulière posant problème, même si d'importantes études nationales sur les résultats thérapeutiques menées en Australie, en Italie et au Royaume-Uni indiquent que la polyconsommation est courante chez les patients qui suivent un traitement. Ces études montrent également que le traitement pour usage de drogue réduit considérablement la proportion de patients qui consomment des substances multiples

(données de qualité moyenne). Bien que l'absence de randomisation des patients en traitement limite l'attribution de ces évolutions au traitement, les résultats suggèrent que le traitement peut réduire la polyconsommation chez des usagers problématiques de longue date. Ces conclusions sont corroborées par les analyses systématiques de quelques études randomisées contrôlées qui ont démontré que les interventions pharmacologiques et psychosociales, telles que la gestion des contingences, pouvaient réduire la polyconsommation (données de qualité moyenne).

Les services de **réduction des risques** destinés aux usagers problématiques de drogues s'attaquent généralement aux dommages et aux comportements à risque liés à l'injection plutôt qu'à une substance particulière. Les interventions de réduction des risques s'inscrivent dans une stratégie de prévention plus large qui combine d'autres types de services comme le travail de proximité et les TSO, ce qui contribue à améliorer la santé des polyconsommateurs.

On dispose de peu d'informations sur les pratiques actuelles de traitement de la polyconsommation dans les

États membres de l'Union européenne. En général, les études sur les traitements se concentrent sur la prise en charge des problèmes liés aux opioïdes ou aux stimulants. Il existe peu d'informations sur la gestion des problèmes découlant de la consommation de substances multiples. S'il est généralement admis que la polyconsommation est difficile à traiter, de vastes études des résultats thérapeutiques menées en Europe montrent que le traitement réduit considérablement la polyconsommation chez les consommateurs très problématiques.

Les pays européens proposent un large éventail de services de réduction des risques, tels que des formations à une consommation moins risquée, des programmes d'échange de seringues, des dépistages des maladies infectieuses et un accompagnement à ce sujet, la vaccination contre l'hépatite B et le traitement des hépatites virales et des infections au VIH. Ces services peuvent également s'adresser aux polyconsommateurs. L'évaluation des soins de santé fournis aux patients apporte des renseignements, des conseils et des soins de santé de base appropriés.



Répondre à la polyconsommation: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- La polyconsommation accroît le risque de subir divers dommages liés aux drogues. Parmi les conséquences les plus graves, la consommation simultanée de plusieurs drogues ayant un effet dépressif, comme les opioïdes, les benzodiazépines et l'alcool, accroît le risque de surdose fatale ou non.
- La prise en charge de la polyconsommation reste une tâche complexe et difficile. Le traitement est souvent moins efficace chez les personnes qui consomment plusieurs substances.
- Les interventions psychosociales peuvent contribuer à réduire la polyconsommation chez les patients en traitement, en particulier la consommation de stimulants chez les patients suivant un traitement de substitution aux opioïdes.

Perspectives

- La réduction de la polyconsommation devrait être une priorité dans le cadre des interventions de réduction des risques et des dommages.
- Étant donné l'incidence de la polyconsommation sur le risque de surdose, des informations sur les dangers généraux et les associations particulièrement à risque doivent être fournies aux consommateurs d'opioïdes et intégrées dans les interventions de conseil à l'intention de ce groupe.

Enjeux

- Il convient de se faire une meilleure idée de l'ampleur et de la nature de la polyconsommation dans les différents groupes d'usagers de drogue afin de contribuer à l'élaboration de réponses adéquates.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- Polydrug use: patterns and responses, Selected issue, 2009.
- Indicateur de demande de traitement (TDI, Treatment demand indicator) — Protocole standard 3.0 — Directives pour la déclaration des données concernant les usagers de drogue en traitement dans les pays européens, 2012.
- Rapport européen sur les drogues — Tendances et évolutions 2017.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

3



CHAPITRE 3

Répondre aux besoins de groupes spécifiques

Certains sous-groupes de la population présentent des problèmes de drogue, des vulnérabilités ou des besoins particuliers qui nécessitent des interventions adaptées. Dans cette section, les problèmes liés à la drogue et les façons d'y réagir efficacement sont examinés pour des groupes spécifiques de personnes susceptibles d'être particulièrement touchées. Cette démarche offre un point de vue différent sur certaines des questions soulevées au chapitre 2, où il s'agissait de développer une perspective axée sur un type de drogue. Elle reflète également davantage la logique de développement des services, selon laquelle différents problèmes de drogue peuvent correspondre aux besoins d'un groupe cible particulier.

Les sections suivantes examinent à la fois le profil des besoins et la façon dont il est possible de mieux répondre aux besoins des groupes suivants:

- le groupe toujours plus important des consommateurs problématiques d'opioïdes vieillissants;
- les femmes ayant des problèmes de drogue;
- les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile qui viennent d'arriver;
- les jeunes vulnérables; et
- les familles de personnes ayant des problèmes de drogue.

Dans chaque cas, une description du type de problème de drogue rencontré par ces groupes est fournie, sur la base des données épidémiologiques et cliniques disponibles. Des exemples de réponses sociales et sanitaires mises au point pour répondre à leurs besoins dans différents pays de l'Union européenne sont fournis.

Pour beaucoup de ces sous-groupes de consommateurs de drogues, il n'existe que des informations limitées sur l'efficacité des interventions de prévention, de traitement et de réduction des risques. Les informations fournies dans ces sections sont donc fondées sur ce qui semble être un consensus entre les experts quant aux bonnes pratiques en vigueur. Cette approche part souvent du principe que les interventions fondées sur des données scientifiquement validées mises en place auprès de l'ensemble de la population consommatrice de drogues peuvent aussi être efficaces dans ces sous-groupes. Une mise en garde importante s'impose à cet égard: bien qu'il s'agisse d'une approche raisonnable à adopter pour développer les services, qui exploite au mieux les connaissances disponibles, les réponses devront toujours être adaptées de façon adéquate aux différents contextes dans lesquels elles seront mises en œuvre. Le suivi et l'évaluation sont d'autant plus importants dans les domaines où les données scientifiquement validées sont insuffisantes (voir le chapitre 5).



3.1 Les consommateurs problématiques d'opioïdes vieillissants



RÉSUMÉ

Problématiques

Les personnes de plus de 40 ans représentent une part de plus en plus importante des consommateurs souffrant de problèmes liés aux opioïdes en Europe. Cette évolution se reflète dans la hausse de l'âge des personnes qui suivent un traitement pour usage de drogue et des victimes de surdoses fatales d'opioïdes.

Au sein de ce groupe de consommateurs d'opioïdes plus âgés, le processus de vieillissement physique peut être accéléré par les effets cumulés de la polyconsommation, des surdoses et des infections subies pendant de nombreuses années. Les personnes vieillissantes qui ont des problèmes avec les opioïdes affichent des taux supérieurs de troubles dégénératifs, de problèmes circulatoires et respiratoires, de pneumonie, d'essoufflement, de diabète, d'hépatite et de cirrhose que ceux de leurs pairs et des consommateurs de drogues plus jeunes. Ces consommateurs peuvent aussi être plus exposés aux infections, aux surdoses et au suicide.

De plus, leur environnement social peut s'être réduit du fait des décès prématurés et de la stigmatisation, ce qui peut encore renforcer l'exclusion sociale et l'isolement par rapport aux familles. La stigmatisation et la honte de continuer à consommer de la drogue peuvent aussi les empêcher de demander de l'aide.

mots clés:

consommateurs de

drogues vieillissants,

consommation

problématique de drogues

Réponses possibles

- Les services de prise en charge pour usage de drogue adaptés aux besoins des personnes plus âgées doivent proposer des soins pluridisciplinaires afin de répondre à leurs besoins médicaux et psychologiques ainsi que pour remédier à leur isolement social.
- Un meilleur accès et un plus grand recours aux traitements antiviraux contre l'hépatite C.
- Des maisons de soins spécialisées dans la prise en charge résidentielle de longue durée des consommateurs de drogue vieillissants.
- La sensibilisation et la formation du personnel des services de soins de santé et d'assistance sociale chargé des personnes âgées quant à la manière de répondre aux besoins des personnes vieillissantes qui ont des problèmes de drogue afin de garantir qu'elles reçoivent des soins adéquats et qu'elles ne soient pas stigmatisées.
- Des soins de santé physique adaptés, notamment des services de soins dentaires.
- Des services de défense des intérêts afin de renforcer l'estime de soi, l'acceptation et les sentiments positifs quant à l'avenir, les approches menées par des pairs étant susceptibles d'être particulièrement appropriées.

Conséquences pour les évolutions futures en Europe

- Il est nécessaire de planifier la mise en place de services en vue de répondre aux futurs besoins de soins de santé et d'assistance sociale de ce groupe grandissant des consommateurs de drogues vieillissants en Europe.
- Cela peut nécessiter la mise en place de services de soins spécialisés pour les personnes vieillissantes qui organisent des activités sociales et des événements et qui offrent un soutien régulier par des pairs et des bénévoles.
- Une approche pluridisciplinaire intégrée est nécessaire, avec des partenariats interservices et une orientation des patients entre les services sociaux et sanitaires spécialisés ou traditionnels afin de répondre aux besoins des consommateurs d'opioïdes vieillissants.

Questions sanitaires et sociales et objectifs clés pour répondre aux besoins des personnes vieillissantes ayant des problèmes de drogue en Europe

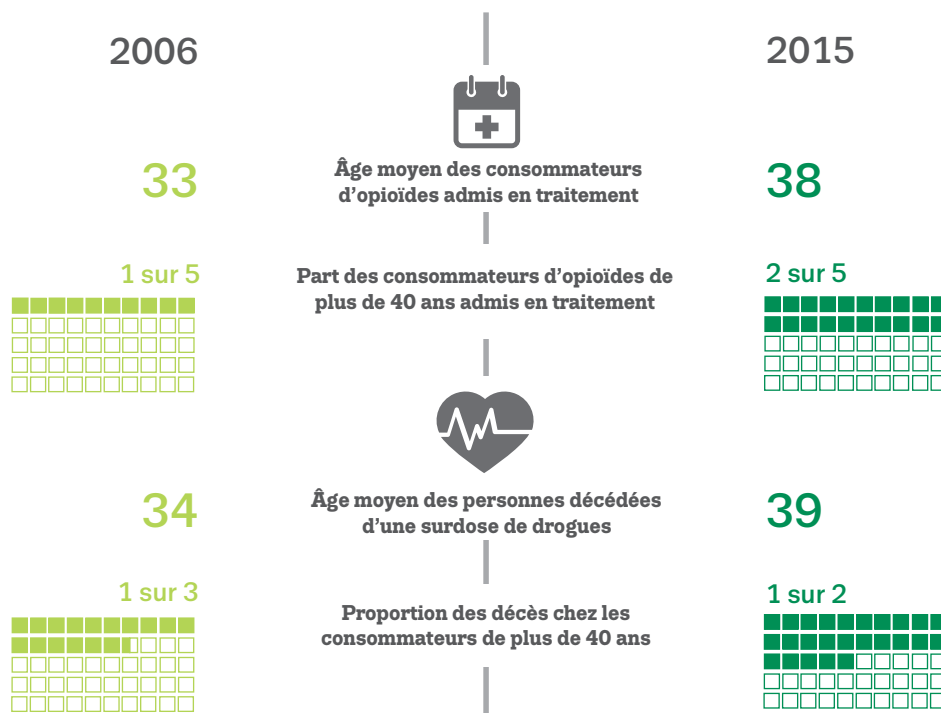
Cette section étudie les besoins des personnes vieillissantes présentant un problème de drogue, que l'on définit ici comme des personnes âgées de 40 ans ou plus, qui subissent des dommages ou sont exposées à des risques importants de subir des dommages à cause de leur consommation récurrente d'opioïdes. Ce groupe représente une part de plus en plus importante des consommateurs d'opioïdes en Europe, comme l'illustrent deux tendances ressortant des données de l'EMCDDA sur les traitements et les décès liés aux drogues (figure 3.1). Entre 2006 et 2015, le nombre de nouveaux consommateurs d'opioïdes admis en traitement dans l'Union européenne a diminué de 45 %, alors que la baisse était de 9 % pour l'ensemble des drogues. L'âge moyen des patients qui commencent un traitement pour des problèmes liés aux opioïdes est passé de 33 à 38 ans, et la proportion des plus de 40 ans est passée d'un sur cinq en 2006 à près de deux sur cinq en 2015. En outre, l'âge moyen des décès liés à la drogue (qui sont principalement associés aux opioïdes) a augmenté de cinq ans entre 2006 et 2015. Parmi ces décès, la proportion des personnes âgées de plus de 40 ans est passée d'environ une sur trois en 2006 à près d'une sur deux en 2015.

Si cette section porte principalement sur les personnes vieillissantes connaissant des problèmes liés à la

consommation d'opioïdes, il existe aussi des groupes de personnes plus âgées qui consomment d'autres substances de façon problématique, comme l'alcool ou les médicaments. Ces cas n'ont pas été étudiés spécifiquement dans cette section, mais certaines des réponses examinées peuvent également être pertinentes pour ces groupes.

Divers problèmes de santé peuvent réduire la qualité de vie des personnes qui consomment des drogues depuis longtemps. En Europe, une grande partie des personnes vieillissantes qui ont une consommation problématique de drogues ont commencé à consommer de l'héroïne dans les années 80 et 90. Bon nombre de ceux qui ont un passé de consommation par voie intraveineuse ont contracté le VIH et le VHC, et leur longue histoire d'usage problématique de drogues peut aussi avoir accéléré leur vieillissement. En général, les membres de ce groupe présentent des niveaux plus élevés de problèmes de santé physique et mentale que leurs pairs non usagers de drogues et que les consommateurs de drogues plus jeunes. Ils peuvent également souffrir plus précocement de maladies dégénératives, de problèmes circulatoires et respiratoires, de pneumonie, d'essoufflement, du diabète, de l'hépatite et de cirrhose. Ils peuvent aussi être davantage exposés aux risques d'infections liées à la drogue, de surdose et de suicide. Les problèmes dentaires peuvent constituer une autre préoccupation sérieuse dans ce groupe.

FIGURE 3.1
La cohorte vieillissante des consommateurs problématiques



NB: l'âge moyen des personnes décédées d'une surdose de drogues s'applique à tous les pays de l'Union européenne, à l'exception de la Grèce. La proportion des décès chez les consommateurs de plus de 40 ans s'applique à tous les pays de l'Union européenne, à l'exception de la Grèce et du Portugal.

La plupart de ces consommateurs d'opioïdes vieillissants ont reçu ou reçoivent encore un traitement à la méthadone ou à la buprénorphine. On sait peu de choses sur les interactions et l'efficacité des médicaments opioïdes et des traitements des troubles physiques et des dysfonctionnements hépatiques.

Les taux d'infections virales à diffusion hémotogène sont généralement élevés chez les personnes vieillissantes qui ont un long passé de consommation d'opioïdes par voie intraveineuse. Par exemple, une enquête française réalisée en 2015 dans des structures à bas seuil (ENa-CAARUD) a révélé que la prévalence déclarée du VIH était douze fois plus élevée (7,4 % contre 0,6 %) et celle du VHC quatre fois plus élevée (35,6 % contre 8,9 %) chez les consommateurs de drogues âgés (40 ans ou plus) que chez les consommateurs plus jeunes (30 ans ou moins). Les consommateurs d'opioïdes plus âgés qui ont contracté le VHC tôt dans leur vie courent un plus grand risque de développer un cancer et une maladie du foie s'ils ne sont pas traités.

Outre les problèmes physiques et psychologiques qu'ils connaissent, les consommateurs problématiques de drogues vieillissants sont davantage susceptibles de souffrir de l'isolement. La stigmatisation et l'âgisme (discrimination fondée sur l'âge) s'ajoutent à l'exclusion sociale et à la rupture des liens avec la famille et les amis, phénomènes courants dans ce groupe. Ces usagers sont susceptibles de souffrir de dépression et de solitude parce que leur réseau social se rétrécit à mesure que d'autres consommateurs de drogues âgés meurent ou s'affranchissent de leur dépendance et tournent la page. La stigmatisation et la honte qu'ils ressentent parce qu'ils continuent à consommer des drogues alors qu'ils avancent en âge peuvent les empêcher de chercher de l'aide, de prendre contact avec des groupes d'entraide ou de rechercher des soins.

Une part importante des personnes vieillissantes ayant des problèmes de drogue vivent seules, ont besoin d'un logement, sont au chômage et sont économiquement inactives. Dans une étude sur les personnes vieillissantes ayant des problèmes liés à la consommation d'opioïdes, réalisée dans huit pays de l'Union européenne, 86 % de celles qui commençaient un traitement pour consommation d'héroïne étaient au chômage ou économiquement inactives. Le chômage amoindrit les réseaux sociaux, les compétences et les connaissances et renforce la marginalisation et l'isolement.

Il peut être difficile pour les prestataires de soins de santé généralistes d'offrir un soulagement adéquat de la douleur aux consommateurs d'opioïdes vieillissants, car ces patients peuvent présenter une tolérance accrue aux analgésiques opioïdes. En l'absence de directives sur la prise en charge efficace de la douleur dans ce groupe, il se peut que les prestataires de soins ne leur fournissent pas assez de

médicaments. Les prestataires de soins doivent également savoir qu'un certain nombre de médicaments pouvant être prescrits aux consommateurs problématiques d'opioïdes, y compris en parallèle d'un traitement de substitution aux opioïdes, s'accompagnent d'un risque accru de surdose en raison de leurs effets déprimeurs sur le système nerveux central. Il s'agit notamment des gabapentinoïdes, prescrits pour soulager les douleurs neuropathiques, et des benzodiazépines.

Le développement des services de réduction des risques dans de nombreux pays européens a permis aux usagers problématiques d'héroïne de survivre jusqu'à un âge avancé. Leurs besoins sanitaires et sociaux complexes exigent des réponses politiques spécifiques.

Réponses requises pour les personnes vieillissantes souffrant de problèmes liés aux opioïdes

Le traitement et les soins destinés aux personnes vieillissantes souffrant de problèmes liés aux opioïdes sont limités en Europe parce que la plupart des services ont été établis pour répondre aux besoins d'un groupe de consommateurs de drogues plus jeunes. Les consommateurs de drogues vieillissants sont considérés comme étant moins motivés, même s'ils obtiennent souvent de meilleurs résultats que les consommateurs plus jeunes dans le cadre des traitements.

Des approches pluridisciplinaires et innovantes sont nécessaires pour répondre aux besoins médicaux (y compris dentaires), psychologiques et sociaux des personnes vieillissantes souffrant de problèmes de drogue. Leur isolement social et leur solitude doivent être combattus en renforçant les stratégies d'adaptation, en consolidant leur réseau social et en encourageant les activités qui améliorent le bien-être. Une étude pilote menée au Royaume-Uni a montré que les consommateurs de drogues vieillissants pouvaient être recrutés pour un programme d'exercice dans une salle de gym, mais que de multiples difficultés sociales réduisaient leur capacité à y participer. Les programmes *Men's shed*, qui offrent des espaces communautaires destinés aux hommes en Australie, au Canada, en Irlande et au Royaume-Uni, ont encouragé les hommes vieillissants à développer un sentiment d'identité, d'estime de soi et de valeur en apprenant de nouvelles compétences, en développant leur réseau social et en nouant des relations avec la communauté.

Il est nécessaire d'améliorer l'accès aux thérapies antivirales contre l'hépatite C et le recours à ces thérapies au sein de cette population. Le risque élevé de décès par surdose fait de ce groupe une cible importante pour la distribution de naloxone à administrer à domicile et d'autres stratégies de prévention des surdoses (voir la [section 2.3](#)).



Les personnes vieillissantes souffrant de problèmes liés aux opioïdes: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- Les principales difficultés pour les prestataires de services sont la gestion des comorbidités psychiatriques, les problèmes de santé chroniques, les décès par surdose, le vieillissement prématuré, la solitude et l'isolement. Ces besoins peuvent être couverts en modifiant ou en restructurant les services et en créant des services spécialisés qui répondent aussi bien aux besoins en matière de soins de santé que d'aide sociale.
- Des canaux de communication et des filières d'orientation clairs doivent être mis en place entre les services de prise en charge pour problèmes de drogue et les services de soins de santé et d'assistance sociale traditionnels.

Perspectives

- Un investissement dans le développement du personnel qui prodigue des soins généraux aux personnes âgées, afin d'améliorer sa compréhension des besoins des personnes vieillissantes souffrant de problèmes de drogue, pourrait améliorer la gestion des problèmes de santé physique et mentale au sein de ce groupe.
- L'élaboration de protocoles de gestion de la douleur chez les personnes dépendantes aux opioïdes, qui seraient utilisés dans les centres de traitement de la douleur et de soins palliatifs, contribuerait à la fourniture de soins de santé de qualité dans ces structures.

Enjeux

- Il est nécessaire de mettre au point des outils de dépistage et des mesures des résultats qui soient adaptés aux personnes vieillissantes qui consomment des substances et ont des problèmes de santé et sociaux connexes depuis longtemps.
- Il est nécessaire de recenser les interventions et les modèles de soins prometteurs pour remédier aux problèmes de santé et sociaux du groupe de plus en plus nombreux des personnes vieillissantes qui ont une consommation problématique d'opioïdes, et de les évaluer afin de recenser et de partager les bonnes pratiques.

Des maisons de soins spécialisées pour les personnes vieillissantes qui ont des problèmes de drogue et qui ne sont pas en mesure de prendre soin d'elles-mêmes existent au Danemark, en Allemagne et aux Pays-Bas. Ces structures peuvent servir de modèles pour des programmes résidentiels à long terme qui offrent des soins et un soutien aux consommateurs de drogues chroniques et vieillissants. Il convient également de favoriser l'intégration des personnes présentant des problèmes de drogue dans les unités de soins gériatriques en milieu hospitalier et dans les établissements communautaires de soins aux personnes âgées. À l'heure actuelle, ces services sont mal équipés pour offrir l'évaluation, le traitement et les soins complets dont les personnes vieillissantes souffrant de problèmes de drogue peuvent avoir besoin.

L'initiative *Geriatric Addiction Program* a été élaborée aux États-Unis pour répondre aux besoins des adultes vieillissantes victimes de problèmes de drogue. La majorité des patients renvoyés vers ce service l'étaient pour des problèmes d'alcool, mais 15 % souffraient également de problèmes de drogue. Ce programme communautaire prévoit une intervention à domicile afin de maîtriser la consommation de substances, une évaluation et une mise en relation avec des services destinés aux adultes vieillissants.

Le personnel des services de gériatrie n'est généralement pas sensibilisé ni formé pour prendre en charge les personnes vieillissantes qui consomment des drogues. Des formations s'imposent pour aider ces professionnels à faire face au

nombre croissant de patients de ce type. *Drink Wise Age Well* est un programme national d'éducation et de sensibilisation mis en œuvre au Royaume-Uni qui propose des formations aux professionnels afin de leur permettre de reconnaître et de prendre en charge la consommation d'alcool chez les plus de 50 ans. Des programmes similaires sont nécessaires pour les consommateurs de drogues vieillissants. Le personnel des cliniques de la douleur peut nécessiter une formation spécialisée à la gestion de la douleur chez les personnes dépendantes aux opioïdes sur la base de protocoles de traitement clairs. Des investissements dans le développement d'une main-d'œuvre qualifiée seront essentiels pour améliorer la prise en considération des personnes vieillissantes souffrant de problèmes liés aux opioïdes et l'offre de services à ces personnes.

Pour remédier à l'âgisme et à la stigmatisation subis par ces consommateurs de drogues vieillissants, des services de défense de leurs intérêts pourraient être proposés par des personnes elles-mêmes plus âgées au sein des services de prise en charge pour usage de drogue. Le soutien par les pairs peut accroître l'estime de soi, le sentiment d'être accepté et compris, ainsi que l'optimisme vis-à-vis de l'avenir. Les personnes qui jouent le rôle de pairs/bénévoles sont également susceptibles de tirer des bienfaits de ce type d'engagement.

Un logement sûr et convenable constitue une condition préalable à la résolution des problèmes sociaux, sanitaires et physiques. Les besoins en matière de logement des

consommateurs de drogues plus âgés requerront souvent une attention particulière pour ceux qui s'éloignent de leur réseau lié à la consommation de drogues. Les personnes qui continuent à consommer des drogues peuvent avoir besoin d'un logement dont l'occupation n'est pas menacée par cet usage de drogue. Les modèles de «priorité au logement», qui fournissent un logement le plus rapidement possible avant de s'attaquer aux problèmes de drogue d'une personne ou qui offrent d'autres formes de soutien, peuvent être utiles pour les consommateurs de drogue plus âgés sans domicile.

Évolutions futures en Europe

Une planification minutieuse est nécessaire pour répondre aux futurs besoins du groupe vieillissant des usagers d'opioïdes présent dans de nombreux pays d'Europe. Cela peut nécessiter la mise en place de groupes par tranche d'âge dans les services, l'organisation d'activités sociales et d'événements et l'offre d'un soutien régulier par des pairs et des bénévoles pour briser l'isolement social de ces usagers. L'accès physique aux services peut s'avérer difficile pour les personnes vieillissantes souffrant de problèmes liés aux opioïdes, qui peuvent avoir besoin d'une aide pour le transport. Des visites à domicile peuvent être nécessaires pour les patients qui ont des problèmes de mobilité ou qui vivent dans des zones rurales, tout comme des structures satellites délocalisées pour personnes âgées et un élargissement du travail de proximité. Une approche intégrée et multidisciplinaire est nécessaire pour répondre aux besoins des personnes vieillissantes ayant des problèmes de drogue là où elles vivent.

Les outils de dépistage et l'évaluation des résultats thérapeutiques des personnes vieillissantes qui ont des problèmes de drogue font défaut. L'initiative *50 Plus Crowd* du *Bristol Drugs Project*, au Royaume-Uni, vise à améliorer la santé et le bien-être des patients cinquantenaires plutôt qu'à produire

des résultats «axés sur la guérison». L'objectif consistant à trouver un emploi, par exemple, peut être dénué d'intérêt pour les retraités ou pour les patients qui n'ont jamais eu d'emploi durable. Les actions concrètes menant à la guérison peuvent différer en fonction de l'âge des consommateurs de drogues. Les services pourraient envisager d'autoriser la consommation de méthadone à domicile sous supervision chez les consommateurs d'opioïdes plus âgés ou permettre aux patients d'emporter plus de doses chez eux.

Le programme *Addiction Worker Training Programme* du *Scottish Drugs Forum* forme des personnes dont la consommation de drogues et d'alcool est problématique afin de leur permettre de travailler dans le domaine de l'aide sociale. La majorité des participants à ce programme ont plus de 35 ans. Des programmes similaires peuvent fournir à certains consommateurs de drogues plus âgés un travail rémunéré ou bénévole stable. Une formation pourrait être dispensée aux employeurs afin de leur faire prendre conscience des problèmes sociaux sanitaires auxquels ce groupe est confronté.

Il sera particulièrement important d'adopter une approche de traitement intégrée pour les personnes vieillissantes ayant des problèmes liés à la drogue, dans le cadre de partenariats interservices et de filières d'orientation bien établies entre services de santé et services sociaux spécialisés ou traditionnels. La formation du personnel des services traditionnels sera essentielle pour garantir une mise en œuvre fructueuse de ces modèles de soins.

Étant donné que dans un avenir proche, les consommateurs chroniques d'opioïdes de plus de 40 ans représenteront probablement la majorité de la population suivant un traitement pour usage de drogue en Europe, ces mesures doivent absolument être mises en place. Il est également nécessaire de produire des données scientifiquement validées à l'appui d'interventions efficaces pour ce groupe de consommateurs.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- [Ageing and addiction: challenges for treatment systems](#), affiche, 2015.
- [Treatment and care for older drug users, Selected issues](#), 2010.
- [Responding to the needs of ageing drug users](#), Lauren Johnston, Dave Liddell, Katie Browne and Saket Priyadarshi, Background paper.

Autres sources

- [Scottish Drug Forum, Older people with drug problems in Scotland: addressing the needs of an ageing population](#).

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

3.2 | Les femmes ayant des problèmes de drogue



RÉSUMÉ

Problématiques

Les femmes représentent environ un quart de l'ensemble des personnes qui souffrent de graves problèmes de drogue et environ un cinquième de l'ensemble des patients admis en traitement pour consommation de drogue en Europe. Elles sont particulièrement susceptibles:

- d'être stigmatisées et défavorisées sur le plan économique et de bénéficier d'un soutien social moins important;
- de provenir de familles qui ont des problèmes de drogue et d'avoir un conjoint usager de drogues;
- d'avoir des enfants qui peuvent jouer un rôle central dans leur consommation de drogues et dans leur guérison; et
- d'avoir été victimes d'agressions et d'abus sexuels et physiques et de souffrir de troubles de santé mentale concomitants.

Plusieurs sous-groupes de femmes ayant des problèmes de drogue ont des besoins particuliers. Ces sous-groupes, qui se recoupent souvent, comprennent les femmes enceintes et les mères; les travailleuses du sexe, qui sont souvent susceptibles d'être victimes de violences et stigmatisées; les femmes issues de minorités ethniques, qui peuvent avoir été victimes de la traite des êtres humains; et les femmes détenues.

**mots clés: femmes,
grossesse, enfants**

Réponses possibles

- Des services spécialement conçus pour les femmes. Ces services peuvent être proposés dans le cadre de programmes exclusivement destinés aux femmes ou de programmes mixtes. Afin de remédier à la stigmatisation et aux traumatismes, ils doivent avoir l'air accueillants, être dispensés sans porter de jugement, offrir une source de réconfort et garantir l'intégrité physique et émotionnelle des femmes. Ils devraient favoriser des relations saines avec les enfants, les membres de la famille et les conjoints.
- Une collaboration entre les services de prise en charge pour usage de drogues et les services de santé mentale afin de répondre aux besoins concomitants concernés.
- Des services pour les femmes enceintes et les mères qui doivent couvrir la consommation de drogues, les soins obstétricaux et gynécologiques, les maladies infectieuses, la santé mentale et le bien-être personnel, et inclure des services de garde d'enfants et de soutien familial.
- Des mesures visant à supprimer les obstacles qui entravent l'accès des travailleuses du sexe aux soins, comme des services accessibles le soir, des services de proximité mobiles et une aide en libre accès.
- Une sensibilité aux aspects ethniques et culturels et la possibilité de bénéficier des services d'un interprète lorsque des femmes issues de minorités ethniques sont concernées.

Conséquences pour les évolutions futures en Europe

- La nécessité et les avantages des interventions spécifiquement destinées aux femmes qui ont des problèmes avec différentes drogues, notamment la consommation de médicaments prescrits sur ordonnance et la polyconsommation, devraient être étudiés.
- Des évaluations, notamment des études coût-efficacité, des interventions destinées aux femmes dans divers contextes en Europe sont nécessaires.
- Les connaissances en matière d'usage de drogue chez les femmes souffrent d'importantes lacunes, et ce pour plusieurs raisons: les études n'incluent pas toujours les femmes; celles qui le font ne ventilent pas toujours les données par sexe, ou n'intègrent pas toujours les différences entre hommes et femmes; la plupart des recherches sur les femmes usagères de drogue en âge de procréer ne concernent que les consommatrices d'opioïdes; et les recherches sur le cannabis, les nouvelles substances psychoactives, l'usage détourné de médicaments et la polyconsommation chez les femmes sont limitées.

Principaux problèmes sanitaires et sociaux rencontrés par les femmes ayant des problèmes de drogue

Dans l'Union européenne, on estime que 35 millions de femmes et 54 millions d'hommes âgés de 15 à 64 ans ont expérimenté une drogue illicite à un moment de leur vie. La différence entre les sexes en ce qui concerne la consommation de drogues est globalement plus faible chez les jeunes, et l'écart semble se réduire dans les groupes d'âge plus jeunes dans de nombreux pays d'Europe. Cependant, la différence entre les sexes est plus importante s'agissant des formes de consommation de drogues plus intensives et problématiques.

Les femmes représentent environ un quart de l'ensemble des personnes qui souffrent de graves problèmes liés à des drogues illicites et environ 20 % de l'ensemble des patients admis en traitement spécialisé pour consommation de drogue en Europe. Certaines études ont constaté que les femmes étaient plus susceptibles d'avoir accès à un traitement en raison de besoins découlant d'une grossesse ou de responsabilités parentales, ou encore du fait que les femmes ont généralement davantage tendance à demander des soins. D'autres études ont montré que les femmes sont moins susceptibles que les hommes de recourir à des services spécialisés en raison des risques de stigmatisation. Les femmes peuvent attribuer leurs problèmes à des troubles de santé physique ou mentale et requérir des soins dans les secteurs de la santé physique ou mentale. L'ampleur et la nature de l'écart de traitement dans différentes régions et différents sous-groupes en Europe doivent faire l'objet d'études plus approfondies.

Les femmes se distinguent des hommes qui ont des problèmes de drogue par leurs caractéristiques sociales, les conséquences découlant de la consommation de substances ainsi que la manière dont la dépendance se développe et progresse chez elles. Les femmes ont des préoccupations spécifiques fondées sur le sexe et le genre, mais de nombreux services de prise en charge pour usage de drogue sont plutôt destinés aux hommes.

Ces problèmes spécifiques sont les suivants:

- **la stigmatisation:** les femmes qui consomment des drogues sont davantage stigmatisées que les hommes parce qu'elles sont perçues comme contrevenant à leur rôle de mère et de soignante. Cette stigmatisation peut exacerber leur culpabilité et leur honte, tandis que des services perçus comme discriminatoires et manquant de soutien peuvent les dissuader de demander de l'aide;
- **les contraintes socio-économiques:** ces contraintes sont plus lourdes pour les femmes qui consomment des

drogues, car celles-ci ont des niveaux d'emploi et de revenu inférieurs. Le coût d'un traitement pour usage de drogue peut constituer un obstacle lorsque ce service n'est pas fourni par l'État et qu'il n'y a pas de couverture sociale. Les coûts de transport peuvent aussi entraver l'accès au traitement;

- **le soutien social:** les femmes qui consomment des drogues peuvent avoir moins de soutien social que les hommes parce qu'elles sont plus susceptibles d'être issues d'une famille connaissant des problèmes pour usage de drogue et d'avoir un partenaire qui consomme également des substances. Ainsi, parmi les patients anglais commençant un traitement pour usage de drogue, trois quarts des femmes avaient un partenaire usager de drogue, contre deux cinquièmes des hommes;
- **les enfants:** les relations avec les enfants sont très importantes et peuvent jouer un rôle central dans la consommation de drogues et la guérison chez les femmes. Les femmes qui commencent un traitement sont plus susceptibles que les hommes de vivre avec leurs enfants;
- **les partenaires usagers de drogue:** le fait d'avoir un partenaire qui consomme des drogues peut jouer un rôle significatif dans l'initiation, la poursuite et la rechute relatives à la consommation de drogues chez les femmes. Cet aspect affecte également leur exposition aux infections virales à diffusion hématogène et à la violence. Les hommes qui consomment des substances ne soutiennent pas toujours leur partenaire dans leur traitement et les femmes peuvent redouter de compromettre leur relation si elles mettent un terme à leur consommation.

De plus, les femmes qui consomment des drogues sont plus susceptibles que les hommes d'avoir été victimes d'agressions et d'abus sexuels et physiques pendant l'enfance ou à l'âge adulte et d'être exposées aux violences conjugales.

Les troubles de stress post-traumatique et d'autres problèmes de santé mentale, comme l'anxiété et la dépression, sont plus fréquents chez les femmes usagères de drogue. En conséquence, l'exclusion d'une structure de prise en charge des femmes pour cause de double diagnostic peut être plus grande que pour les hommes.

Les femmes qui consomment des drogues par voie intraveineuse sont particulièrement vulnérables aux infections virales à diffusion hématogène. Elles présentent une prévalence du VIH plus élevée que les hommes parce qu'elles sont susceptibles de partager le matériel d'injection avec davantage de personnes. Elles sont également plus susceptibles d'échanger des services sexuels contre de la drogue ou de l'argent et ont du mal à négocier l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires sexuels.

Plusieurs sous-groupes de femmes présentent des besoins particuliers nécessitant des réponses spécifiques pour les satisfaire (voir l'**encadré** ci-après).



Exemples de sous-groupes de femmes ayant des besoins spécifiques

Les femmes enceintes et les mères: la consommation de drogues pendant la grossesse peut avoir des effets néfastes sur le fœtus et le nouveau-né. Chaque année en Europe, quelque 30 000 femmes enceintes consomment des opioïdes et un nombre similaire ont d'autres problèmes de drogue. La grossesse et la maternité peuvent constituer à la fois un puissant facteur de motivation et un obstacle à la guérison. Il existe désormais des recommandations concernant la prise en charge clinique et l'utilisation des médicaments de substitution pendant la grossesse et la période périnatale chez les femmes qui consomment des opioïdes. En plus de la stigmatisation, de la honte et de la culpabilité, les femmes usagères de drogues peuvent redouter qu'on leur enlève leurs enfants. Les femmes jouent un rôle central dans l'accès aux soins de santé ou aux services sociaux des membres de la famille, mais elles peuvent avoir peur de contacter elles-mêmes ces services. Elles ne sont parfois pas non plus en mesure d'obtenir le soutien dont elles ont besoin à cause de leurs responsabilités familiales et du manque de services de garde d'enfants.

Les femmes impliquées dans le commerce du sexe: le commerce du sexe est souvent étroitement lié à la consommation de drogues. On estime par exemple que, dans certains pays, entre 20 % et 50 % des femmes qui consomment des drogues par injection participent à des échanges de services sexuels. Une grande partie des femmes qui échangent des rapports sexuels contre des drogues ont peu de possibilités d'imposer des rapports sexuels protégés ou des pratiques d'injection à moindre risque et s'exposent aux violences et à l'incarcération. Elles sont aussi davantage stigmatisées.

Les femmes issues de minorités ethniques: ces femmes peuvent se heurter à des obstacles supplémentaires pour avoir accès aux services de traitement, comme des difficultés linguistiques ou des pratiques thérapeutiques qui vont à l'encontre de leurs croyances religieuses. Leur statut d'immigrantes peut influencer sur leur admissibilité à ces services et elles peuvent être victimes de racisme et de discrimination. Certaines femmes issues de minorités ethniques peuvent être des migrantes qui ont été victimes de la traite des êtres humains et qui ont subi des traumatismes dus à la guerre et à la violence dans leur pays d'origine. La diversité ethnique, culturelle et religieuse doit être prise en considération dans les interactions avec ces femmes.

Les femmes détenues: de nombreuses femmes détenues ont des antécédents en matière d'usage de drogues (une revue de la littérature a révélé que 30 % à 60 % d'entre elles étaient concernées, bien que ce phénomène ressorte surtout d'études américaines). Les délinquantes qui ont une consommation problématique de substances connaissent des problèmes plus graves que les femmes qui sollicitent un traitement au sein de la collectivité. Les prisons manquent de services pour répondre à leurs besoins psychologiques, sociaux ou sanitaires. Les prisons constituent des environnements à haut risque pour la transmission des infections à diffusion hématogène, mais on refuse pourtant souvent d'y donner un accès à des seringues propres. Cela peut avoir un effet plus important sur les femmes que sur les hommes puisqu'en Europe, les détenues sont plus susceptibles de consommer des drogues par voie intraveineuse. Ces femmes ont besoin d'interventions diverses en prison et après leur remise en liberté.

Réponses visant les femmes ayant des problèmes de drogue

Une approche tenant compte de la différence de genre est nécessaire pour répondre aux besoins des femmes qui consomment des drogues. Il s'agit notamment de prendre en considération les besoins des femmes dans tous les aspects de la conception et de la mise en œuvre des services: structure et organisation, emplacement, personnel (y compris la présence de praticiennes féminines dans tous les services), développement, approche et contenu. Ces programmes peuvent être réservés exclusivement aux femmes, mais peuvent aussi prendre la forme d'un

programme mixte incluant des services spécifiques pour les femmes. Cette section se concentre sur les besoins spécifiques de groupes de femmes particuliers, mais il est important d'avoir à l'esprit que les femmes présentant des problèmes de drogue peuvent faire partie de plusieurs de ces groupes et que leur situation évoluera avec le temps (figure 3.2).

Compte tenu des niveaux élevés de stigmatisation et de traumatisme subis par les femmes usagères de drogue, les services doivent être accueillants, non moralisateurs, et offrir un soutien. Ils ne doivent pas présenter de danger pour les femmes sur les plans physique et émotionnel et

adopter une approche qui tienne compte des traumatismes subis. Ils doivent également être globaux et complets afin de répondre aux multiples problèmes auxquels les femmes sont confrontées.

Les approches de **traitement tenant compte des traumatismes** sont recommandées pour les femmes qui ont subi des traumatismes et des violences conjugales. Pour les femmes exposées à un risque permanent de violence, il est essentiel d'adopter une approche multisectorielle et multi-institutionnelle qui comprenne des collaborations entre les services sanitaires et sociaux et le secteur de la justice. Un exemple de ce type d'approche est celui d'un service de réadaptation résidentielle axé sur l'abstinence et réservé aux femmes au Royaume-Uni, dans lequel les femmes participent à une série de thérapies de groupe fondées sur un programme de traitement structurées grâce à un manuel et tenant compte des traumatismes subis. Les femmes bénéficient de conseils individuels, d'une intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) pour réduire la détresse liée aux traumatismes, ainsi que d'un soutien familial. Les patientes peuvent également bénéficier d'un programme structuré incluant des compétences pédagogiques, des formations et des activités récréatives, ainsi que des groupes de soutien par les pairs (Narcotiques anonymes et Alcooliques anonymes). À l'issue d'un traitement réussi, les femmes emménagent dans leur propre logement ou dans l'une des maisons de réintégration du programme et bénéficient, si nécessaire, d'un soutien continu.

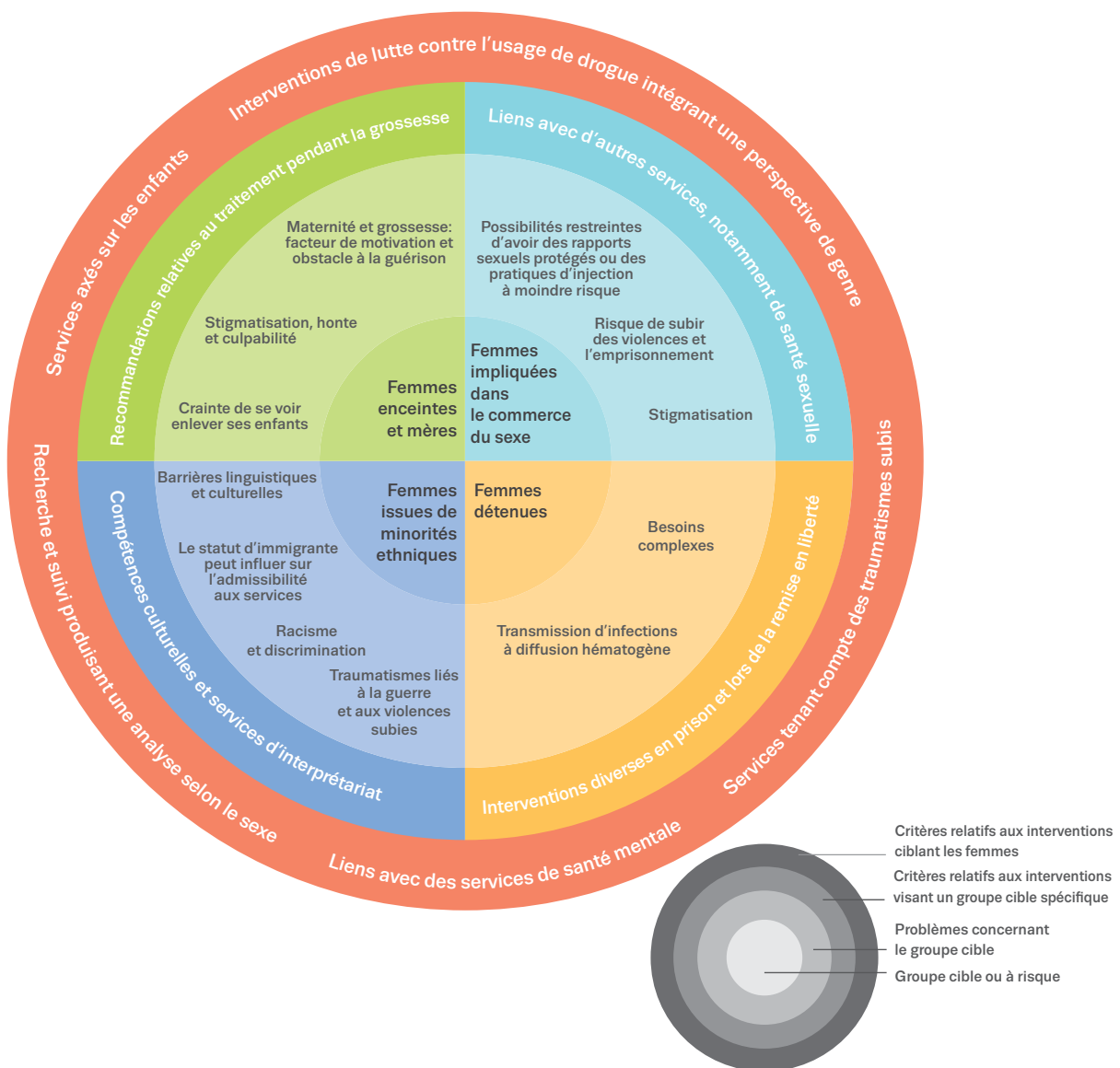
Les services destinés aux femmes enceintes et aux mères qui consomment des drogues doivent être non

discriminatoires et complets. Les politiques punitives, comme le traitement obligatoire, dissuadent les femmes de demander un traitement. L'anonymat peut encourager les femmes à demander des soins en supprimant la crainte de représailles. Les interventions destinées aux femmes enceintes doivent également porter sur leur consommation de drogues, les soins obstétricaux et gynécologiques, les maladies infectieuses, la santé mentale et le bien-être personnel et social. Dans certains pays, il existe des centres familiaux spécialisés et des services de santé à domicile pour aider les femmes usagères de drogues enceintes et les parents de jeunes enfants qui consomment des drogues. La mise à disposition de services destinés aux femmes enceintes et aux mères peut être bénéfique tant pour la mère que pour l'enfant, car ceux-ci améliorent les compétences parentales et ont une incidence positive sur le développement de l'enfant, comme le soulignent les Normes internationales pour la prévention de l'usage des drogues publiées par l'ONUUDC.

Les femmes enceintes dépendantes aux opioïdes ont besoin d'un traitement de substitution aux opioïdes et d'une aide psychosociale. De nombreuses femmes enceintes qui consomment des opioïdes veulent arrêter quand elles découvrent qu'elles sont enceintes, mais le sevrage n'est pas conseillé pendant la grossesse parce qu'il augmente les effets néfastes pour le nouveau-né, y compris les risques de fausse couche. La méthadone et la buprénorphine peuvent être utilisées. La buprénorphine est associée à de meilleurs résultats néonataux, mais il n'est pas recommandé que les femmes qui prennent déjà de la méthadone changent de traitement, sauf si elles ne réagissent pas bien à la méthadone.

FIGURE 3.2

Besoins et réponses pour certains sous-groupes de femmes ayant des problèmes de drogue



Des programmes de soins multidisciplinaires sont dispensés dans différents pays. Certains proposent des interventions aux femmes qui consomment des drogues et à leurs enfants dès le début de la grossesse et bien après la naissance. Les femmes peuvent bénéficier d'un soutien psychosocial, d'interventions visant à les autonomiser et à développer des compétences qui renforcent la famille, ainsi que d'un suivi avec des gestionnaires de cas. Les services doivent répondre à des préoccupations pratiques et offrir des structures d'accueil des enfants. Les services résidentiels devraient fournir un hébergement adapté aux enfants, permettant ainsi aux mères de rester avec leurs enfants.

Compte tenu de la position centrale que les femmes occupent en matière relationnelle, les interventions devraient promouvoir de bonnes relations avec leurs enfants, les membres de leur famille et leurs conjoints. La participation de la famille et les liens avec la communauté peuvent améliorer l'efficacité d'un traitement pour usage de drogue.

Pour les femmes qui présentent des **problèmes concomitants d'usage de drogue et de santé mentale**, il est important de traiter les deux problèmes. Une approche multidisciplinaire dans le cadre de laquelle des professionnels du secteur de la prise en charge pour usage de drogue et du secteur de la santé mentale collaborent œuvrant à la réalisation d'objectifs communs, définis en concertation est donc requise.



Recommandations concernant le traitement des femmes enceintes qui consomment des drogues

Dépistage et interventions brèves

Les prestataires de soins de santé devraient :

- demander aux femmes enceintes dès le début de leur grossesse et à chaque visite prénatale si elles consomment ou ont consommé des drogues ou de l'alcool; et
- proposer une intervention brève à toutes les femmes enceintes qui consomment des drogues ou de l'alcool.

Interventions psychosociales

Les prestataires de soins de santé qui prennent en charge des femmes enceintes ou qui ont accouché récemment et qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives devraient leur proposer une évaluation complète et des soins individualisés.

Programmes de désintoxication ou d'arrêt

Les prestataires de soins de santé devraient, dès qu'ils en ont la possibilité, conseiller aux femmes enceintes dépendantes à l'alcool ou à la drogue de mettre un terme à leur consommation et leur proposer ou les orienter vers des services de désintoxication sous surveillance médicale si c'est nécessaire et applicable.

Les femmes enceintes dépendantes aux opioïdes devraient être encouragées à suivre un traitement de substitution plutôt qu'une cure de désintoxication.

Les femmes enceintes dépendantes aux benzodiazépines devraient voir leur dose progressivement réduite, en utilisant des benzodiazépines à demi-vie longue.

Dans la gestion du sevrage des femmes enceintes dépendantes aux stimulants, les médicaments psychopharmacologiques peuvent être utiles pour soulager les symptômes de troubles psychiatriques, mais ils ne sont pas systématiquement nécessaires.

Traitement pharmacologique (substitution et prévention des rechutes)

La pharmacothérapie n'est pas recommandée pour le traitement ordinaire de la dépendance aux stimulants de type amphétamines, au cannabis, à la cocaïne, ou aux produits inhalés (substances volatiles) chez les patientes enceintes.

Il conviendrait de conseiller aux patientes enceintes dépendantes aux opioïdes de poursuivre ou d'entamer un traitement de substitution à base de méthadone ou de buprénorphine.

Adapté de la publication de l'OMS intitulée «*Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*».

Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas et, comme les femmes sont davantage sujettes que les hommes à de nombreuses maladies mentales, les usagères de drogues peuvent être particulièrement désavantagées par cette situation (voir l'encadré «[Éclairage... Addiction et comorbidités psychiatriques](#)», page 33).

En raison de taux élevés de consommation de drogues, d'abus subis par le passé et de problèmes de santé mentale souvent observés chez les **femmes détenues**, il convient de mettre en place des interventions intégrées, sensibles aux questions de différence de genre et tenant compte des traumatismes subis afin de remédier à la consommation de drogues, aux traumatismes, aux problèmes de santé mentale et de santé

physique et reproductive, ainsi qu'au risque de maladies infectieuses. Il conviendrait d'envisager des programmes d'échange de seringues, comme ceux mis en place dans la prison pour femmes de Hindelbank, en Suisse, où il est possible d'échanger des seringues au moyen de distributeurs automatiques. Des traitements de substitution et des interventions psychosociales devraient être disponibles pour les femmes dépendantes aux opioïdes.

Afin de préparer les femmes à leur sortie de prison, il convient de prévoir des interventions dans les domaines suivants : logement et questions financières, compétences professionnelles et nécessaires dans la vie courante, soutien social et relations familiales, ainsi qu'orientation vers des

services de prise en charge pour usage de drogues au sein de la collectivité. Un exemple de ce type de dispositif est le Quartier intermédiaire sortantes, une unité de préparation à la remise en liberté en région parisienne qui s'adresse aux femmes détenues souffrant de problèmes liés à la drogue.

Les obstacles qui entravent la prise en charge des **femmes participant au commerce du sexe** peuvent être résolus par des heures d'ouverture en soirée, des services de proximité mobiles, des services de garde d'enfants et une aide en libre accès. Il est recommandé d'adopter une approche empathique et non moralisatrice, d'offrir un soutien par les pairs et de proposer des services réservés exclusivement aux femmes. Des interventions allant de l'échange de seringues au traitement et au soutien en matière d'emploi et de logement devraient être mises en place.

Les aspects ethniques et culturels doivent être pris en considération dans les interactions avec les **femmes issues de minorités ethniques**. Les travailleurs de proximité en mesure de jouer le rôle de médiateurs culturels peuvent être amenés à encourager ces femmes à entamer et à suivre un traitement. Des services d'interprétariat ou des services

dans la langue maternelle des femmes concernées peuvent s'avérer nécessaires et les aspects culturels doivent être pris en considération pour orienter les femmes vers un traitement adapté.

Évolutions futures en Europe

Il sera probablement de plus en plus nécessaire de mettre en place des services capables de répondre aux différents besoins des femmes souffrant de problèmes de drogue, à mesure que l'écart entre les hommes et les femmes en matière de demande de services de prise en charge pour usage de drogues diminuera. Davantage d'interventions pourraient être requises pour les femmes qui présentent des problèmes liés à leur consommation de cannabis ou de médicaments prescrits sur ordonnance ou à leur polyconsommation. Les interventions devront aussi potentiellement répondre aux besoins des femmes vieillissantes. Le traitement des problèmes de drogue par l'internet peut donner lieu à une série d'activités orientées vers les femmes, mises en place de façon indépendante ou en complément d'autres interventions.

Éclairage... Les interventions destinées aux femmes enceintes et aux mères

Les interventions destinées aux femmes enceintes et aux mères usagères de drogue doivent aussi aborder divers autres problèmes en plus de la consommation de drogues. Il s'agit notamment des soins obstétricaux et gynécologiques, des maladies infectieuses, de la santé mentale et du bien-être personnel et social. Ces services doivent également aborder les questions parentales, y compris la crainte des femmes que leurs enfants ne leur soient retirés, et proposer un accueil des enfants ou un hébergement adapté aux enfants.

En Hongrie, le *Józan Babák Klub* prend en charge les femmes enceintes et les mères qui ont un enfant de moins de 2 ans, selon une approche en trois phases. Dans la première phase, les femmes contactent le groupe d'entraide *Józan Babák Klub* pour obtenir des informations sur ce service. Durant la deuxième phase, ces femmes peuvent avoir recours à des services médicaux, juridiques, sociaux et psychologiques de manière anonyme. Une femme enceinte ou une mère qui participe à huit séances d'accompagnement reçoit 11 euros par séance. Enfin, lors de la troisième phase, l'organisme met les femmes en contact avec des services de soins de santé, des services sociaux ou des services juridiques, ainsi qu'avec des services prénatals pour femmes enceintes. Dans la deuxième et la troisième phase, un membre du groupe d'entraide *Józan Babák Klub* accompagne les femmes auprès des différents services.

Le projet Kangourou est un programme belge destiné aux mères usagères de drogue dans un cadre résidentiel. Il vise à renforcer les liens entre les mères et leurs enfants. Les femmes sont soutenues dans leur rôle parental. Les enfants passent la journée à la crèche, à l'école maternelle ou à l'école primaire, tandis que les mères suivent un programme thérapeutique. Ce projet fournit des informations aux parents, favorise les activités parents-enfants et les groupes thématiques, propose des consultations individuelles et accompagne les parents aux rendez-vous.

Au Royaume-Uni, le service *Family Drug and Alcohol Court* a été conçu comme une solution alternative aux procédures judiciaires lorsque l'abus de substances par les parents joue un rôle important. Ce service offre un soutien intensif aux parents afin de les aider à mettre un terme à leur consommation, de maintenir les familles unies et d'améliorer les perspectives pour les enfants et les parents. Après une évaluation, des services sont dispensés par une équipe multidisciplinaire qui comprend un infirmier, un travailleur spécialiste des addictions, des travailleurs sociaux, des psychiatres, un thérapeute familial et un gestionnaire de services. Les questions abordées incluent la consommation de substances, la santé physique et mentale, le rôle parental, les relations avec les enfants et les autres membres de la famille, la violence domestique et le logement.



Ces approches peuvent convenir aux femmes qui ne sont pas prises en charge de manière adéquate par les services spécialisés de lutte contre l'usage de drogue. Il importe que les politiques et les pratiques mises en œuvre intègrent les questions d'égalité entre les hommes et les femmes (c'est-à-dire qu'elles veillent à accorder une place centrale aux perspectives de genre et à l'objectif d'égalité entre les sexes) et que les femmes usagères de drogue participent à la planification, à l'élaboration et au développement des programmes.

Le financement constitue un défi dans de nombreux pays européens en cette période de restrictions budgétaires. Les programmes à destination des femmes peuvent être négligés parce que les femmes représentent une minorité des usagers de ces services. Il convient de mener des études coût-efficacité des interventions en faveur des femmes mises en place dans différents contextes à travers l'Europe pour garantir un financement à long terme.

Il subsiste encore d'importantes lacunes dans les connaissances sur la consommation de drogues chez les femmes. Les études n'incluent pas toujours les femmes et ne ventilent parfois pas les données par sexe, ou elles n'intègrent pas les différences entre femmes et hommes. La plupart des recherches sur la consommation de drogues chez les femmes en âge de procréer ne portent que sur les consommatrices d'opioïdes. Il est nécessaire de mener davantage d'études sur la consommation de cannabis et la polyconsommation de drogues chez les femmes.

Les problèmes complexes et connexes auxquels font face de nombreuses consommatrices de drogues requièrent des services coordonnés et intégrés. En Europe, les réseaux de prise en charge pour usages de drogues sont souvent distincts des réseaux chargés de la santé mentale. La collaboration repose sur la bonne volonté des parties prenantes et la coopération au niveau individuel. Les collaborations doivent être intégrées dans les politiques.



Les interventions pour les femmes ayant des problèmes de drogues: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- Fournir des services adaptés aux femmes et tenant compte des traumatismes subis afin de répondre aux besoins de groupes de femmes spécifiques et veiller à ce qu'ils soient accessibles à toutes celles qui en ont besoin.
- Fournir des services coordonnés et intégrés en vue de résoudre également des problèmes autres que la consommation de drogues. Cela pourrait nécessiter d'inclure une collaboration avec d'autres services, tels que les services de santé mentale et les services pour enfants, dans les politiques et les stratégies.
- Le personnel des services spécialisés dans la prise en charge de l'usage de drogue et d'autres services sociaux ou de soins de santé, qui entre en contact avec les femmes usagères de drogue, doit avoir l'attitude, les connaissances et les compétences adéquates pour lui permettre de prodiguer des soins de qualité.

Perspectives

- Inclure une ventilation par sexe dans les statistiques établies de façon systématique afin de mieux comprendre les tendances en matière d'usage de drogues, les facteurs sociodémographiques et les problèmes auxquels les femmes sont confrontées dans une région donnée et d'élaborer des réponses adaptées.
- Renforcer la participation des femmes usagères de drogue à la planification, à l'élaboration et au développement des politiques et des programmes.
- La mise en place des recommandations sur la fourniture de services pour le traitement des femmes enceintes usagères de drogue peut potentiellement améliorer les résultats tant pour la mère que pour l'enfant.

Enjeux

- Réduire les lacunes dans les connaissances grâce à des recherches qui portent sur les différences entre les sexes et qui tiennent compte des questions de genre dans tous les aspects de la conception des services afin de déterminer les types d'interventions les plus appropriés pour les différents groupes de femmes.
- Intégrer l'usage détourné de médicaments prescrits sur ordonnance dans les politiques et les réponses.

Le personnel des services concernés doit adopter une approche non moralisatrice, non discriminatoire et solidaire. Il doit aussi encourager les femmes usagères de drogues à faire appel à leurs services et intervenir efficacement auprès d'elles. Pour ce faire, ce personnel doit avoir conscience des besoins propres aux femmes et avoir des compétences dans d'autres domaines que celui de l'usage de drogues. Les prestataires de services actifs dans les milieux associés à l'usage de drogue doivent adopter les mêmes attitudes et disposer de connaissances sur

la consommation de drogues. Il convient de renforcer les qualifications du personnel à travers l'éducation, la formation, le développement des compétences et une supervision adéquate. Les organismes spécialisés (comme les systèmes de protection de l'enfance et les prestataires de soins de santé) doivent également suivre des formations pour être mieux sensibilisés à ces questions, pouvoir identifier les consommatrices de drogues et proposer des interventions ou une orientation vers les services adéquats, selon les besoins.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- [Portail des bonnes pratiques](#).
- [Pregnancy and opioid use: strategies for treatment](#), EMCDDA Papers, 2014.
- [Women and gender issues in drug use](#), page thématique de l'EMCDDA.
- [Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice](#), Sharon Arpa, Background paper.

Autres sources

- OMS, [Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy](#), 2014.
- ONUDC, [Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women](#), 2016.
- ONUDC, [International standards on drug use prevention](#), 2015.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

3.3 | Les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile



RÉSUMÉ

Problématiques

L'Europe possède un long passé migratoire et la diversité de ses ethnies et de ses religions crée des liens complexes entre ethnicité et consommation de drogues. Au cours de la période récente, à la suite des nombreux conflits au Moyen-Orient et en Afrique, plus de 1,4 million de personnes ont demandé l'asile dans l'Union européenne au cours du second semestre 2015 et du premier semestre 2016. En 2015, plus de la moitié des demandeurs d'asile dans l'Union européenne (53 %) étaient de jeunes adultes (18-34 ans), soit le groupe d'âge le plus susceptible de consommer des substances psychoactives. Certains enseignements peuvent être tirés des recherches réalisées par le passé sur les migrants en Europe, mais doivent être considérés avec prudence en raison des différences culturelles et des causes des migrations.

Le taux de consommation de substances psychoactives de nombreux migrants est inférieur à celui de leurs communautés d'accueil, mais certains individus peuvent être plus vulnérables à l'abus de substances pour des raisons telles que les traumatismes subis, le chômage et la pauvreté, la perte du soutien familial et social et l'arrivée dans un environnement plus tolérant sur

le plan normatif. Des drogues peuvent être consommées pour faire face aux traumatismes, à l'ennui, ainsi qu'à l'incertitude et à la frustration liées au statut de migrant. La vulnérabilité peut être aggravée par une méconnaissance des services de traitement et un manque d'accès à ceux-ci.

Réponses requises

- Les compétences culturelles au sein des services existants et l'aide pour surmonter les obstacles linguistiques seront importants pour déterminer les besoins des nouveaux migrants et y répondre. Certaines études indiquent des taux de recours aux soins de santé inférieurs, en particulier pour les problèmes de santé mentale. Plus il faut de temps pour obtenir un permis de séjour, plus les services de santé mentale et de traitement de la dépendance sont sollicités, mais certains besoins restent encore à couvrir. Les problèmes linguistiques et les facteurs culturels peuvent être des motifs majeurs du recours insuffisant aux services.
- Les interventions préventives destinées aux populations ethniques minoritaires ne sont pas disponibles dans tous les pays de l'Union européenne. Pour ce qui est des demandeurs d'asile, les actions de sensibilisation générales aux vulnérabilités potentielles et à la marginalisation des groupes de migrants sont plus courantes. Certaines interventions font appel à des pairs éducateurs pour fournir des informations sur la consommation de drogues et ses risques et sur les services d'aide en matière de drogue et d'alcool.
- Les politiques relatives à la santé des migrants et à la lutte contre les obstacles culturels, les problèmes linguistiques et la dépendance font défaut et le personnel ne possède pas toujours les compétences requises pour travailler avec les migrants.

Évolutions futures en Europe

- Il est essentiel d'entreprendre des évaluations des besoins et de mettre en place des systèmes de suivi afin de recenser et de traiter les problèmes émergents et de combler l'actuel manque de données dans ce domaine.
- Le partage des bonnes pratiques et des programmes à l'échelle nationale et internationale peut contribuer à élargir l'offre de services afin de répondre aux besoins de ces groupes de personnes vulnérables.
- Les futures recherches devraient analyser le rôle joué par les continuités culturelles entre le pays d'origine et le pays d'accueil dans la consommation de drogues et d'alcool après la migration.

**mots clés: migrants,
réfugiés,
demandeurs d'asile**

Ampleur et nature des problèmes de santé potentiels rencontrés par les demandeurs d'asile

L'Europe possède un long passé migratoire et sa population comprend de nombreuses ethnies et religions différentes. Compte tenu de cette diversité et des différentes expériences des migrants d'une génération à l'autre, les liens entre appartenance ethnique et consommation de drogues sont très complexes, variés et difficiles à résumer simplement.

Toutefois, à la suite de conflits violents survenus dans plusieurs pays du Moyen-Orient et régions d'Afrique, les flux migratoires vers l'Europe atteignent aujourd'hui des niveaux exceptionnellement élevés. Plus de 1,4 million de personnes ont demandé l'asile dans l'Union européenne au cours du second semestre 2015 et du premier semestre 2016. Le nombre de demandes d'asile n'a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui, ce qui suscite des inquiétudes quant aux répercussions potentielles de cette situation dans différents domaines politiques, y compris celui des problèmes de drogue. Les recherches antérieures sur les migrants ne s'appliquent que de façon limitée aux demandeurs d'asile actuels en raison des différences de valeurs et de pratiques culturelles, ainsi que des différentes raisons motivant la migration. Néanmoins, des enseignements peuvent éventuellement être tirés des expériences passées, ce qui pourra aider les personnes chargées de répondre aux besoins de ce groupe.

En 2015, plus de la moitié (53 %) des demandeurs d'asile de l'Union européenne étaient de jeunes adultes et environ un tiers des enfants. Cette situation est à l'origine du *paradoxe du migrant en bonne santé*: la plupart des demandeurs d'asile sont en relativement bonne condition physique et mentale du point de vue des maladies chroniques, mais souffrent davantage de maladies infectieuses, comme la tuberculose et l'hépatite A, et de blessures que les habitants du pays d'accueil. Il existe des variations considérables entre les groupes de migrants d'origines ethniques différentes, ce qui rend les généralisations problématiques. On manque d'informations sur le récent afflux de migrants, car la plupart des données disponibles sur l'état de santé des migrants et leur accès aux soins de santé ont été collectées avant 2014.

Plusieurs facteurs peuvent accroître la vulnérabilité des nouveaux migrants face aux problèmes d'usage de drogue, mais d'autres peuvent également les protéger (voir le tableau 3.1). Les facteurs de risque comprennent les expériences traumatisantes, le chômage et la pauvreté, la perte du soutien familial et social et le fait de vivre dans un environnement tolérant sur le plan normatif. La gestion des traumatismes, de l'ennui et de la frustration, ainsi que la consommation d'alcool en tant qu'expérience sociale étaient des motivations importantes expliquant la consommation d'alcool chez les migrants africains en Australie.

Certaines études ont révélé qu'une forte identité culturelle ou ethnique est associée à une plus grande consommation de drogues. Le fait d'être resté longtemps dans des conditions hostiles après l'arrivée dans le pays d'accueil semble avoir le même effet. Les enfants dont les parents sont moins bien intégrés ou moins culturellement adaptés sont plus exposés au risque de consommation et d'abus de drogues pendant leur jeunesse. La vulnérabilité de certaines minorités ethniques face aux problèmes de consommation de drogues illicites peut être aggravée par une mauvaise connaissance des services de prise en charge pour usage de drogue et un accès insuffisant à ces services. Plus il faut de temps pour obtenir un permis de séjour, plus les services de santé mentale et de traitement de la dépendance sont sollicités, mais ces services restent pourtant souvent sous-exploités.

D'un autre côté, certaines études montrent que, de manière générale, les personnes issues de minorités ethniques consomment moins d'alcool que la population d'accueil, et que les réfugiés sont moins susceptibles de développer des problèmes d'alcool et de drogue que d'autres groupes de la population, y compris les immigrants non réfugiés. Ces différences peuvent être liées à l'identité culturelle, religieuse et ethnique. Un fort sentiment d'identité ethnique, des valeurs religieuses durablement ancrées et des liens familiaux bien entretenus peuvent initialement décourager la consommation d'alcool, mais celle-ci peut augmenter avec l'intégration sociale.

Les migrants forcés peuvent être susceptibles de développer des troubles liés à la consommation de substances à cause

Définitions

Le terme «**migrant**» peut être compris comme «toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays» (Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture — Unesco).

Ici, l'accent est mis principalement sur les **demandeurs d'asile**. L'asile est un statut juridique accordé par un État à une personne qui ne peut vivre en sécurité dans son pays d'origine parce qu'elle craint d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques. Un **réfugié** est un demandeur d'asile qui a reçu un permis de séjour dans un pays.



TABLEAU 3.1
Principaux facteurs de risque et de protection pour les problèmes d'usage de drogue pertinents à l'égard du phénomène migratoire actuel

Facteurs de risque	Facteurs de protection
Le célibat	Des convictions religieuses fortes, comme le fait d'être musulman pratiquant
Être issu d'une culture dans laquelle la consommation de substances est normalisée (opium, khat, etc.)	Vivre dans une cellule familiale très soudée
L'ennui, le chômage	L'intégration linguistique, professionnelle ou via d'autres activités dans la nouvelle société
Les expériences traumatisantes	Une bonne santé physique et mentale
La pauvreté	
La mauvaise connaissance des services de prise en charge	
Vivre dans des quartiers délabrés et des zones socialement défavorisées	

d'expériences traumatisantes vécues, de comorbidité psychiatrique, de difficultés d'acculturation et d'inégalités sociales et économiques. Les habitudes de consommation d'alcool et de drogues dans le pays d'origine peuvent être plus importantes que les traumatismes vécus pour expliquer les pratiques de consommation d'alcool et de drogues. Ces pratiques peuvent ne pas être durables en Europe en raison de l'évolution des conditions de vie, de la disponibilité des substances concernées et des changements dans la vie quotidienne. Les facteurs les plus notables semblent être la monotonie de la vie quotidienne et l'incertitude quant au statut de réfugié. L'ennui et le chômage, ainsi que la présence de dépressions non diagnostiquées, rendent les demandeurs d'asile plus susceptibles de perpétuer des habitudes de consommation de drogues issues de leur pays d'origine, parfois même de façon plus intensive. Citons à titre d'exemple la consommation de khat chez les Somaliens installés en Europe. Les problèmes liés à la consommation de khat semblent s'être intensifiés après l'arrivée en Europe de ces immigrants qui sont souvent au chômage ou ne sont pas autorisés à travailler et peuvent passer de longues périodes à consommer cette substance. Une intensification similaire de la consommation traditionnelle d'opium a été observée chez les migrants iraniens arrivés en Europe.

Réponses et interventions visant à répondre aux besoins des nouveaux migrants

Une étude récemment menée par la FRA dans 14 États membres n'a trouvé aucune initiative de collecte de données relatives au nombre de personnes présentant des signes de dépendance à la drogue parmi les victimes de torture ou les personnes gravement traumatisées. Cependant, cette étude a mis en lumière des rapports de certains services faisant état d'une augmentation du nombre de migrants ou de demandeurs d'asile parmi les personnes ayant des problèmes de drogue. Les procédures de dépistage et

d'évaluation des besoins des migrants et des demandeurs d'asile doivent inclure les problèmes potentiels de consommation de substances et le personnel de tous les services, tels que les services d'hébergement et les centres d'accueil, doit faire preuve de vigilance vis-à-vis de tels problèmes. Outre la gamme d'outils d'évaluation standard disponibles, le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) et l'OMS ont mis au point des outils d'évaluation à l'usage des [populations déplacées](#) et dans les [situations d'urgence](#).

Les données relatives à l'utilisation des soins de santé par les migrants dans l'Union européenne sont également limitées. Peu de pays collectent des données sur les soins ambulatoires, qui sont importants en matière de santé mentale. Les demandeurs d'asile nouvellement arrivés ou «sans papiers» n'ont généralement droit à des soins de santé qu'en cas d'urgence, mais les modes de fonctionnement varient d'un pays à l'autre. De plus, les demandeurs d'asile peuvent ne pas connaître leurs droits et leurs craintes concernant les éventuelles répercussions sur leur demande d'asile peuvent les dissuader de demander de l'aide.

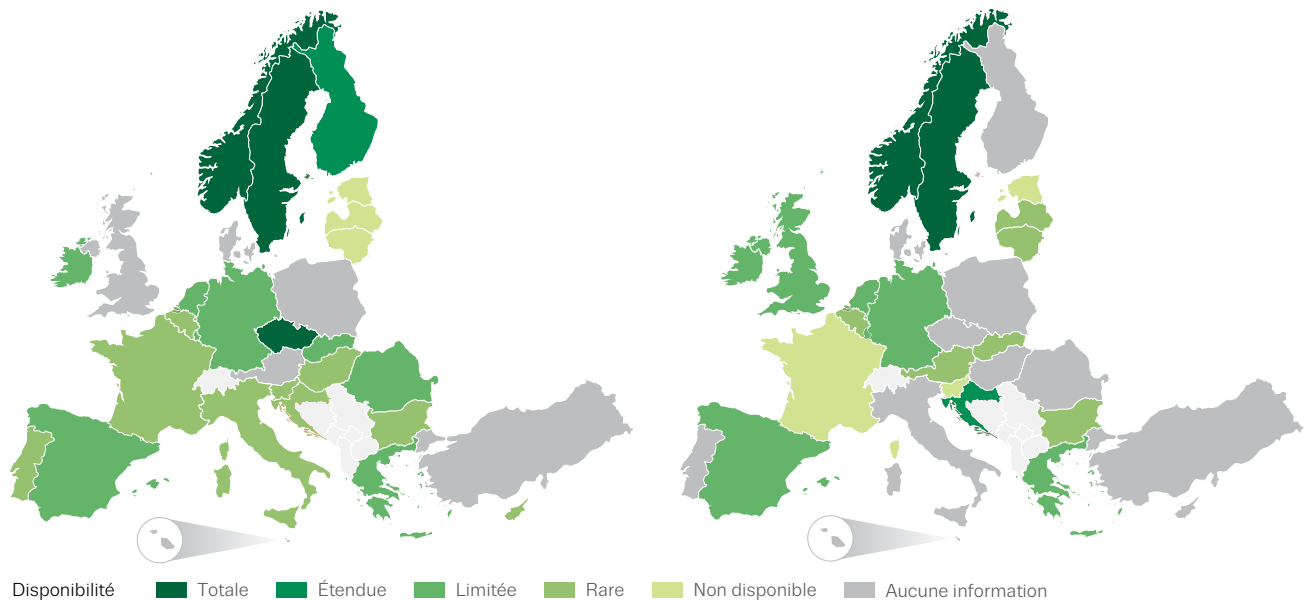
Après avoir obtenu le statut de réfugié dans un pays de l'Union européenne, les migrants ont généralement les mêmes droits d'accès aux soins de santé que les résidents du pays d'accueil. Cependant, plusieurs études font état de taux inférieurs de recours aux soins de santé, en particulier pour des problèmes de santé mentale. Les croyances culturelles et les problèmes linguistiques qui entravent la communication peuvent être des raisons importantes de cette sous-utilisation. Des niveaux plus élevés d'acculturation et des niveaux plus faibles de traditionalisme culturel sont associés à un recours accru aux soins de santé mentale. Un récent rapport néerlandais a conclu que la santé objective et subjective des demandeurs d'asile est moins bonne que celle de la population locale et que cet écart se creuse avec l'âge.

FIGURE 3.3

Interventions de prévention sélective disponibles pour des groupes ethniques minoritaires dans l'Union européenne, 2015-2016

Jeunes issus de groupes ethniques

Familles ethniques marginalisées



NB: les informations fournies ici sont fondées sur l'avis d'un expert (ou d'un panel d'experts) dans chaque pays. Explication des différents niveaux de disponibilité: «totale», disponible presque partout où cela est pertinent; «étendue», disponible dans la majorité des endroits où cela est pertinent (mais pas presque partout); «limitée», disponible dans plus de quelques endroits où cela est pertinent (mais pas dans la majorité); «rare», disponible seulement dans quelques endroits où cela est pertinent; «non disponible», inexistant.

Les politiques de lutte contre la drogue mises en œuvre dans les pays de l'Union européenne ciblent rarement la consommation de substances par les migrants. Parmi les exceptions figurent l'interdiction du khat par le gouvernement néerlandais en 2013 et une interdiction similaire instaurée au Royaume-Uni en 2014. En 2015, une évaluation de l'interdiction néerlandaise a abouti à la conclusion que la consommation de khat avait diminué, mais que la consommation problématique avait augmenté. L'interdiction a entraîné une multiplication par 10 du prix, une baisse de la qualité et une augmentation de la consommation d'alcool. Avant et après l'interdiction, les problèmes les plus fréquents étaient l'éclatement familial et les troubles du sommeil. Après l'interdiction, les gros consommateurs de khat ont déclaré avoir davantage de problèmes financiers.

Les plans d'action antidrogue de l'Union européenne qui accompagnent la stratégie antidrogue de l'UE pour la période 2013-2020 ont souligné la nécessité de mettre en place des activités de réduction de la demande pour répondre aux situations et aux besoins des minorités ethniques, des migrants et des demandeurs d'asile. Cela s'est traduit par l'élaboration d'interventions préventives dans plusieurs pays. Toutefois, les données sur la disponibilité de telles interventions de prévention

sélective pour les groupes minoritaires sont lacunaires. D'après les informations disponibles, la couverture varie selon le pays et semble être particulièrement limitée pour les familles ethniques marginalisées (figure 3.3). L'objectif principal des interventions a été d'accroître la sensibilisation aux vulnérabilités et de réduire l'exclusion sociale et la marginalisation des groupes de migrants. Les interventions ont fait appel à des pairs éducateurs pour fournir des informations sur la consommation de drogues et ses risques, ainsi que sur les services de prise en charge des problèmes de drogue et d'alcool. La plupart de ces programmes visent à prévenir la consommation de substances chez les jeunes. Cependant, ils se heurtent souvent à plusieurs obstacles: le manque de politiques relatives à la santé des migrants; les barrières culturelles; les problèmes linguistiques et la vision conceptuelle de l'addiction; ainsi que le manque de compétences du personnel pour travailler avec les migrants.

De nouvelles initiatives axées spécifiquement sur les réfugiés et les demandeurs d'asile commencent à apparaître. En Belgique, par exemple, une nouvelle petite équipe psychosociale (*LaMba*) a été créée en 2015 pour aider les demandeurs d'asile qui présentent un problème de dépendance à obtenir un traitement. L'idée est de faciliter l'articulation entre les centres d'accueil

pour demandeurs d'asile et les services de traitement spécialisé à bas seuil d'exigence. À Chypre, les nouveaux migrants ont été identifiés comme un groupe d'usagers problématiques pour les services de traitement. L'ONUDC, en partenariat avec l'université de Manchester, met à l'essai un programme pilote de soutien aux parents et aux soignants à plusieurs niveaux tenant compte des traumatismes subis, destiné aux populations déplacées et visant à renforcer la capacité des parents à protéger leurs enfants dans les situations difficiles auxquelles ils sont confrontés. L'aide fournie comprend aussi bien des brochures d'information qu'un programme plus spécifique pour les familles exposées à des traumatismes, ainsi que des séminaires à l'intention des parents et un programme de développement des compétences familiales structuré grâce à un manuel et basé sur le programme *Strengthening Families*. Ce programme pilote est actuellement testé dans plusieurs pays du Moyen-Orient, ainsi que dans des camps de réfugiés en Turquie et auprès de réfugiés en transit en Serbie.

Évolutions futures en Europe

Pour combler les lacunes actuelles dans les connaissances sur l'ampleur et la nature des problèmes de consommation

de drogue chez les nouveaux migrants en Europe, il sera essentiel d'élaborer des outils d'évaluation appropriés, d'entreprendre des évaluations des besoins et d'établir des systèmes de suivi. Ces mesures devront s'accompagner de la mise au point d'interventions appropriées pour faire face à tout nouveau problème et, le cas échéant, de l'expansion des services, notamment de soins de santé mentale, afin de répondre aux besoins des réfugiés traumatisés ou affectés d'une autre manière.

Il conviendra d'évaluer ces nouveaux programmes pour garantir leur efficacité. Le partage des bonnes pratiques et des programmes tant au niveau national qu'entre les pays pourrait aider à élargir l'offre de services afin de répondre aux besoins de ces groupes de personnes vulnérables.

Des recherches sont également nécessaires pour analyser le rôle joué par les continuités culturelles entre le pays d'origine et le pays d'accueil dans la consommation de drogue et d'alcool après la migration. Cela permettra d'élaborer des programmes de prévention et de soutien qui maximisent la résilience de ces personnes, dont beaucoup ont subi des traumatismes, des épreuves et des bouleversements graves et qui pourraient continuer à souffrir d'exclusion sociale et de préjugés après la migration.



Migrants, réfugiés et demandeurs d'asile: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- Les groupes de migrants, tels que l'actuelle vague de demandeurs d'asile, peuvent être des groupes vulnérables aux problèmes de drogue. Il est nécessaire de sensibiliser aux vulnérabilités et de lutter contre l'exclusion sociale de ces personnes.
- Les services doivent être attentifs aux problèmes de santé — et notamment aux problèmes de drogues — potentiellement présents chez les demandeurs d'asile, et être prêts à faire face aux éventuels obstacles culturels et difficultés linguistiques.
- Un suivi des besoins sanitaires des nouveaux migrants, notamment des problèmes d'abus de substances, est nécessaire.

Perspectives

- Des services visant à répondre aux besoins des groupes de migrants sont mis en place dans plusieurs pays et il conviendrait de les recenser et d'assurer le partage des pratiques prometteuses.

Enjeux

- Lorsque des besoins particuliers sont détectés, de nouveaux services de prévention et de traitement des problèmes doivent être mis en place. Ceux-ci doivent être évalués afin d'améliorer les données scientifiquement validées, qui sont actuellement limitées.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- [Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies](#), Thematic paper, 2013.
- [Responding to the needs of new migrants, refugees, and asylum seekers](#), Paul Lemmens and Hans Dupont, Background paper.

Autres sources

- Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, [Current migration situation in the EU: Torture, trauma and its possible impact on drug use](#), 2017.
- HCR et OMS, [Rapid assessment of alcohol and other substance use in conflict-affected and displaced populations: a field guide](#), 2008.
- HCR et OMS, [Guide d'intervention humanitaire mhGAP: Prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire](#), 2015.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

3.4 | Les jeunes vulnérables



RÉSUMÉ

Problématiques

De nombreux jeunes font l'expérience de la drogue, mais seulement une minorité d'entre eux deviennent dépendants au début de l'âge adulte. Ceux qui sont les plus vulnérables à la dépendance sont les jeunes socialement défavorisés et ceux dont des membres de la famille ou des pairs consomment. Des facteurs individuels, comme une mauvaise maîtrise de l'impulsivité, renforcent aussi la vulnérabilité, tout comme la consommation de substances à un âge précoce.

Les jeunes vulnérables qui développent une dépendance à la drogue sont plus susceptibles de signaler des troubles anxieux et dépressifs, des symptômes et des troubles psychotiques, des idées suicidaires et des tentatives de suicide, des infections à diffusion hématogène et une incapacité à achever leur scolarité et à trouver un emploi. Déterminer dans quelle mesure ces difficultés accroissent le risque de problèmes de drogue ou si le problème de drogue est à l'origine de ces difficultés n'est pas toujours simple.

**mots clés: jeunes,
prévention,
traitement**

Réponses possibles

- Des interventions de prévention indiquée et sélective peuvent être utilisées pour intervenir rapidement afin d'empêcher les jeunes vulnérables de commencer à consommer de la drogue et de s'engager dans une consommation régulière et problématique.
- De brefs questionnaires de dépistage en vue de détecter les problèmes de consommation de drogues illicites chez les adolescents dans les structures dispensant des soins de santé primaires peuvent être utiles.
- Des approches du dépistage et des interventions brèves dans le cadre de la santé en ligne sont des moyens prometteurs d'atteindre les jeunes vulnérables qui sont habitués aux téléphones portables et à l'internet et qui sont réticents à demander de l'aide auprès des services de santé.
- Des services de traitement destinés aux jeunes qui ont développé de graves problèmes de drogue, fondés sur des approches thérapeutiques adéquates, comme la thérapie familiale multidimensionnelle.
- Des programmes d'échange de seringues sont nécessaires pour les jeunes qui consomment de la drogue par injection et qui courent un risque élevé de contracter des infections à diffusion hématogène au cours des premières années de leur consommation. La vaccination contre l'hépatite B devrait être systématique chez les jeunes qui consomment de la drogue par injection.
- Les prisons, les programmes de proximité, les programmes d'échange de seringues et les dispensaires peuvent constituer de bons environnements dans lesquels intervenir auprès des jeunes exposés aux risques liés à la consommation par injection.

Panorama européen

- L'Autriche, le Danemark, l'Allemagne, le Portugal et l'Espagne ont mis en œuvre des interventions de prévention sélective pour les élèves des écoles professionnelles.
- L'Irlande a adopté une approche plus générale en s'efforçant d'améliorer les compétences en lecture, en écriture et en mathématiques des élèves défavorisés.
- Les interventions communautaires qui ciblent les groupes de jeunes à haut risque en Italie et en Europe du Nord allient travail de proximité, animation socio-éducative et coopération formelle entre les autorités locales et les organisations non gouvernementales.

Principaux enjeux sanitaires et sociaux et objectifs des réponses ciblant les jeunes vulnérables en Europe

Beaucoup de jeunes testent des drogues illicites ou en consomment occasionnellement, mais une minorité d'entre eux deviennent des consommateurs réguliers et développent une dépendance aux drogues à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La dépendance à la drogue est plus susceptible de se manifester chez les jeunes qui ont consommé des substances à un âge précoce, dont les membres de la famille et les frères et sœurs consomment de la drogue, qui viennent de milieux socialement défavorisés et dont les camarades consomment des drogues et adoptent un comportement antisocial. Certains facteurs individuels sont également associés à un risque accru de développer une consommation de drogues plus problématique, comme des problèmes de comportement [problèmes de contrôle de l'impulsivité, trouble du déficit de l'attention (avec hyperactivité), trouble oppositionnel avec provocation, par exemple].

En Europe, les jeunes qui sont très vulnérables aux problèmes de drogue présentent souvent des facteurs de risque multiples, comme le fait d'avoir quitté l'école prématurément, d'être placé en institution, de connaître des problèmes de santé mentale ou d'être en contact avec le système de justice pénale.

Les jeunes vulnérables qui développent une dépendance à la drogue sont plus susceptibles de connaître d'autres problèmes, tels que :

- des troubles anxieux et dépressifs;
- des symptômes et des troubles psychotiques;
- des idées suicidaires et des tentatives de suicide;
- des infections à diffusion hématogène dues au partage de matériel d'injection contaminé;
- une incapacité à achever leur scolarité et à trouver un emploi; et
- des surdoses de drogues fatales ou non.

À l'exception des infections à diffusion hématogène et des surdoses, les liens entre les problèmes de drogue et leurs conséquences ne sont pas toujours clairement établis. Il se peut que la présence de ces difficultés augmente le risque de développer des problèmes de drogue. Il se peut aussi que le fait de présenter un problème de drogue cause ou aggrave ces difficultés. Et ce peut être les deux : la présence de ces difficultés peut accroître le risque de développer des problèmes de drogue, qui aggravent ensuite ces difficultés initiales.

La façon la plus évidente de prévenir les problèmes liés à la drogue chez les jeunes vulnérables est de les empêcher de commencer à consommer des drogues. Il peut s'agir de l'un

des objectifs des interventions familiales ciblant les jeunes enfants. Cependant, cet objectif peut être difficile à atteindre pour les jeunes très vulnérables et plus âgés vivant dans des milieux sociaux favorisant la consommation précoce de drogues et qui ont accès aux drogues très tôt dans leur vie. Dans ces cas de figure, le but de la plupart des interventions préventives est d'intervenir rapidement pour empêcher les jeunes de passer à une consommation de drogues régulière et problématique. Il existe des interventions qui visent à réduire les dommages liés à la drogue chez les jeunes qui ont une consommation problématique, comme la consommation de drogues par voie intraveineuse.

Réponses et interventions visant à répondre aux besoins des jeunes vulnérables

Prévention sélective et indiquée

Certains programmes de prévention universelle dont les groupes vulnérables peuvent également tirer profit sont examinés dans la [section 4.4](#) sur les interventions dans les écoles et les établissements d'enseignement supérieur. Par ailleurs, un grand nombre des interventions du chapitre 2, en particulier celles qui s'attaquent aux problèmes de consommation de cannabis, dans la [section 2.1](#), seront largement utilisées auprès des jeunes vulnérables, puisque ceux-ci constituent le groupe le plus exposé aux problèmes de consommation de cannabis. L'accent est principalement mis ici sur les programmes de prévention sélective et indiquée.

Les programmes de prévention en milieu familial forment généralement les parents afin qu'ils puissent contribuer au développement de leurs enfants de sorte qu'ils acquièrent des compétences propres à leur âge (notamment le contrôle de l'impulsivité, la capacité à vivre en société et la satisfaction différée), qui sont associées à un moindre risque de consommer des substances et de connaître d'autres problèmes comportementaux. Les programmes de prévention sélective en milieu familial s'adressent aux familles marginalisées et vulnérables, y compris celles qui sont touchées par des problèmes d'usage de drogue chez les parents.

Le contenu de bon nombre d'interventions en milieu familial mises en œuvre en Europe reste peu documenté. Le *Strengthening Families Programme*, qui propose des formations dans le domaine des compétences parentales et est actuellement mis en œuvre dans 13 pays européens, fait figure d'exception. Recommandé au niveau international, ce programme vise également à éliminer les obstacles freinant la participation des parents vulnérables, en leur proposant des services de transport et d'accueil des enfants.

Les interventions indiquées ciblant les jeunes qui consomment des drogues ou qui présentent des facteurs de vulnérabilité personnelle tels que ceux décrits ci-dessus ont pour but de

réduire leur consommation de drogues, leurs pratiques de consommation à risque et les dommages qui peuvent en découler. De brefs questionnaires de dépistage permettent de déceler les problèmes de consommation de drogues illicites chez les adolescents dans les établissements dispensant des soins de santé primaires, mais les données scientifiquement validées sont insuffisantes pour déterminer si les interventions brèves réduisent la consommation de drogues et les dommages connexes chez les jeunes dans ces établissements.

Un programme canadien de prévention indiquée (*Preventure*) ciblant les adolescents qui consomment de l'alcool en quête de sensations fortes dans les écoles a fait l'objet d'une évaluation positive et a été adapté en vue de son application en Tchéquie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Des programmes de prévention indiquée fondés sur des données scientifiquement validées et ciblant les jeunes enfants dans les écoles existent en Espagne (*Empecemos*) et en Allemagne (*Trampolin*) (voir la page «[EDDRA](#)» sur le site internet de l'EMCDDA).

En règle générale, les approches qui consistent à entrer en contact avec le groupe cible à domicile ou dans la rue ont plus de chances d'aboutir auprès des jeunes vulnérables que les approches dans lesquelles les jeunes doivent se manifester pour bénéficier d'un service.

Les approches de santé en ligne en matière de dépistage et d'interventions brèves, au moyen d'ordinateurs et de plateformes pour téléphones portables, représentent une méthode prometteuse pour atteindre les jeunes vulnérables. Ces approches peuvent être particulièrement attrayantes pour les jeunes, qui ont généralement accès aux téléphones portables et à l'internet et qui sont familiarisés et très à l'aise avec l'utilisation de ces technologies. Les interventions en ligne pourraient permettre d'accroître la portée des interventions précoces auprès d'un groupe de jeunes à haut risque potentiellement réticents à demander de l'aide auprès des services de santé conventionnels (voir l'encadré «[Éclairage... Les interventions de santé en ligne](#)», page 127).



Aperçu des données scientifiquement validées sur... les réponses ciblant les jeunes vulnérables



Plusieurs traits de personnalité qui renforcent la vulnérabilité peuvent être décelés et atténués précocement, grâce, par exemple, à des programmes d'amélioration de la maîtrise de soi et des pulsions.



Le dépistage et l'intervention brève sont des approches prometteuses de prévention indiquée qui doivent encore être évaluées. Le dépistage et les interventions brèves en ligne à l'aide de l'ordinateur et du téléphone portable semblent aussi potentiellement intéressants, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour en évaluer l'efficacité.



Les approches fondées sur des données scientifiquement validées à destination des jeunes vulnérables consistent à fournir un soutien à la réussite scolaire en général (en particulier pour les garçons), des formations pour améliorer les compétences personnelles et sociales et des formations pour permettre aux familles de mieux encadrer et surveiller leur progéniture. Les programmes de mentorat peuvent être utiles pour les jeunes vulnérables.



Les approches fondées sur des données scientifiquement validées pour les jeunes enfants («protection de l'enfance») comprennent des programmes de visite à domicile pour les familles vulnérables et victimes d'exclusion sociale.

Les programmes d'échange de seringues, la vaccination contre l'hépatite B et le traitement de substitution aux opioïdes sont efficaces chez les consommateurs de drogue par injection plus âgés et pourraient être efficaces chez les moins de 18 ans, mais cela reste à démontrer.



Éclairage... Les interventions de santé en ligne

Que sont la santé en ligne et la santé mobile?

La santé en ligne intègre l'utilisation des technologies numériques pour améliorer la santé de diverses façons, notamment:

- en fournissant des informations sur les drogues avec des conseils pour réduire les risques (par exemple, grâce à une consommation moins risquée), avec ou sans commentaires personnalisés de la part de professionnels et en relation avec des services spécialisés de prise en charge pour usage de drogue, si nécessaire;
- en prenant en charge les patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances par l'intermédiaire d'interventions de santé en ligne;
- en formant les professionnels de la santé au moyen de modules d'apprentissage en ligne sur les techniques thérapeutiques; et
- en utilisant des carnets de suivi numériques pour surveiller la consommation de substances chez les personnes traitées pour des problèmes d'usage de drogue.

La santé mobile est un dispositif de santé en ligne qui consiste notamment à dispenser des interventions de santé par l'intermédiaire des téléphones portables et d'appareils similaires. Les opérations de dépistage et d'intervention brève au moyen d'applications de santé en ligne et de santé mobile sont une innovation prometteuse pour remédier aux problèmes de consommation de substances chez les jeunes vulnérables en Europe.

Comment ces applications sont-elles développées en Europe?

Un projet financé par l'Union européenne a créé le réseau *Click for Support*, qui a élaboré des recommandations pour le développement des interventions de santé en ligne. Les applications de ce type se multiplient. Voici quelques exemples:

- *Quit the Shit* (QTS) est un programme en ligne allemand de sevrage du cannabis conçu pour les adolescents de 15 à 17 ans qui veulent réduire ou arrêter leur consommation de cannabis. Un journal interactif aide les utilisateurs à surveiller leur consommation et une équipe de conseillers leur fournit des conseils et des retours personnalisés pour les aider à atteindre leurs objectifs personnels;
- le centre néerlandais de traitement de la toxicomanie, Jellinek, a mis au point un programme «mixte» appelé *MijnJellinek*, destiné aux personnes qui satisfont aux critères d'un diagnostic de troubles liés à l'usage de drogue. Ce programme combine une intervention de santé en ligne et une séance en face à face avec un thérapeute;
- l'*Overdose Risk Information Tool* (ORION) est un dispositif de santé en ligne qui se présente sous la forme d'un outil d'aide à la décision destiné aux personnes qui courent un risque élevé de subir une surdose. Au moyen d'une série de questions, cet outil calcule une estimation du risque de surdose allant de 0 (risque minimum) à 100 (risque maximum) et présente le résultat d'une façon visuellement attrayante, dans le but de faciliter la discussion sur la gestion des risques de surdose entre les consommateurs de substances et leurs médecins.

Évolutions futures en Europe

Des recherches sur l'efficacité de ces interventions sont nécessaires, en particulier dans les populations cibles difficiles à atteindre, comme les jeunes à haut risque.

Une mesure importante consiste à s'assurer que les outils électroniques développés pour des projets de recherche restent ensuite en ligne. Leurs coûts de fonctionnement représentent souvent une fraction des coûts de recherche et de développement, de sorte qu'il serait très rentable de mettre ces outils à disposition du public une fois les projets terminés.

Les progrès technologiques ont également rendu possibles la collecte de données et le retour d'information continus en temps réel par l'intermédiaire des smartphones, des réseaux sociaux, des capteurs et de la déclaration volontaire. La gestion de la qualité et la sécurité des données sont des enjeux de taille. Les utilisateurs pourraient être lésés si la confidentialité des données n'est pas garantie. Il convient d'intégrer la politique et les bonnes pratiques en matière de sécurité des données au niveau européen dans les interventions de santé en ligne destinées aux consommateurs de substances.

Voir le document d'information intitulé [E-health and m-health: using new technologies to respond to drug problems](#).

Interventions de réduction des risques et des dommages

Les jeunes qui consomment des drogues par voie intraveineuse courent un risque élevé de contracter des infections à diffusion hématogène au cours des premières années où ils pratiquent ce mode de consommation. Les programmes d'échange de seringues réduisent les comportements à risque liés à l'injection et la transmission du VIH chez les jeunes adultes, mais peu de recherches ont été menées sur leurs effets sur les jeunes. La vaccination contre l'hépatite B est une mesure efficace et sans danger, qui devrait être systématiquement appliquée chez les jeunes qui consomment de la drogue par injection. Les prisons, les programmes de proximité, les programmes d'échange de seringues et les dispensaires peuvent constituer de bons environnements dans lesquels identifier les jeunes exposés aux risques liés à la consommation par injection et intervenir auprès de ceux-ci. Toutefois, dans certains cas, les services ne sont pas autorisés à travailler avec des mineurs.

Traitement

La famille peut jouer un rôle important pour remédier aux problèmes d'usage de drogue chez les jeunes. La [thérapie familiale multidimensionnelle](#) — un processus qui inclut le jeune concerné, sa famille et son environnement — est une approche globale qui peut produire des résultats prometteurs durant la thérapie, susceptibles de se maintenir après la fin du traitement. Une revue systématique de cinq études majeures réalisées aux États-Unis et dans l'Union européenne a mis en évidence la possibilité de résultats positifs, mais il importe de veiller à la bonne mise en œuvre de la procédure et à l'adhésion des familles, ce qui peut s'avérer difficile. En outre, le coût relativement élevé de ce type de traitement doit être pris en considération avant d'en recommander une utilisation généralisée.

Les jeunes sont souvent pris en charge pour des problèmes de consommation de cannabis, et ces prestations ont été abordées dans la [section 2.1](#). Cependant, les jeunes vulnérables qui connaissent des problèmes liés à l'usage d'autres drogues peuvent avoir du mal à obtenir un traitement ou, lorsqu'il existe des services réservés aux moins de 18 ans, peuvent éprouver des difficultés lors de la transition vers les services pour adultes. Il est nécessaire de recenser des modèles de bonnes pratiques et d'enrichir le corpus de données scientifiquement validées concernant la fourniture de traitements aux enfants et aux adolescents qui connaissent des problèmes de drogue.

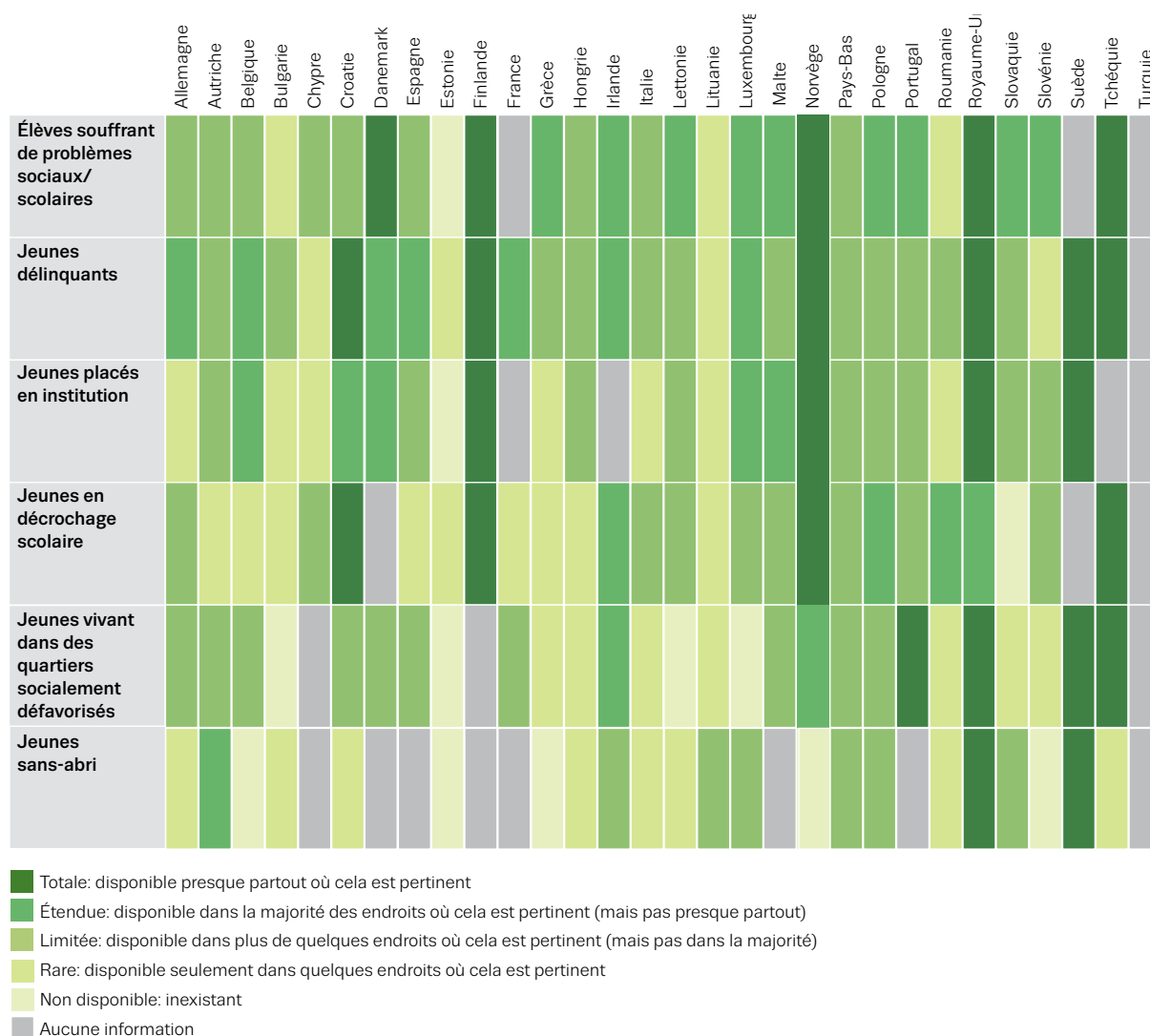
Mesures et interventions européennes ciblant les jeunes vulnérables

L'Autriche, le Danemark, l'Allemagne, le Portugal et l'Espagne ont mis en œuvre des interventions de prévention sélective à l'intention des élèves des écoles professionnelles, un groupe de jeunes identifié comme présentant un risque accru de développer des problèmes de drogue. L'Irlande a adopté une approche plus générale vis-à-vis des jeunes à risque en s'efforçant d'améliorer les compétences en lecture, en écriture et en mathématiques des élèves défavorisés.

Des réponses de prévention sélective ciblant les groupes vulnérables sont mises en œuvre dans les pays européens, qui fondent leurs interventions à la fois sur les comportements individuels et sur les contextes sociaux. Au niveau local, de telles approches, fréquentes dans les pays nordiques et en Irlande, ainsi que dans certaines régions d'Espagne et d'Italie, peuvent faire intervenir une multitude de services et de parties prenantes (opérant par exemple dans les domaines sociaux et familiaux ainsi qu'au niveau des jeunes et des services de police).

Les approches les plus couramment employées ciblent les familles ayant des problèmes de consommation abusive de substances, les élèves ayant des problèmes sociaux et scolaires et les jeunes délinquants (figures 3.4 et 3.5). Le contenu concret de ces stratégies de prévention est peu documenté et leur évaluation est limitée. Toutefois, selon les experts, les techniques de prévention sélective les plus utilisées reposent sur la communication d'informations. Un programme ciblant les jeunes délinquants se distingue des autres: il s'agit de *FreD*, un ensemble d'interventions structurées grâce à un manuel, qui a été mis en œuvre dans 15 États membres de l'UE. Les évaluations de ce programme ont révélé une diminution des taux de récidive.

FIGURE 3.4
Interventions de prévention sélective disponibles pour différents groupes de jeunes vulnérables
en Europe, 2015-2016



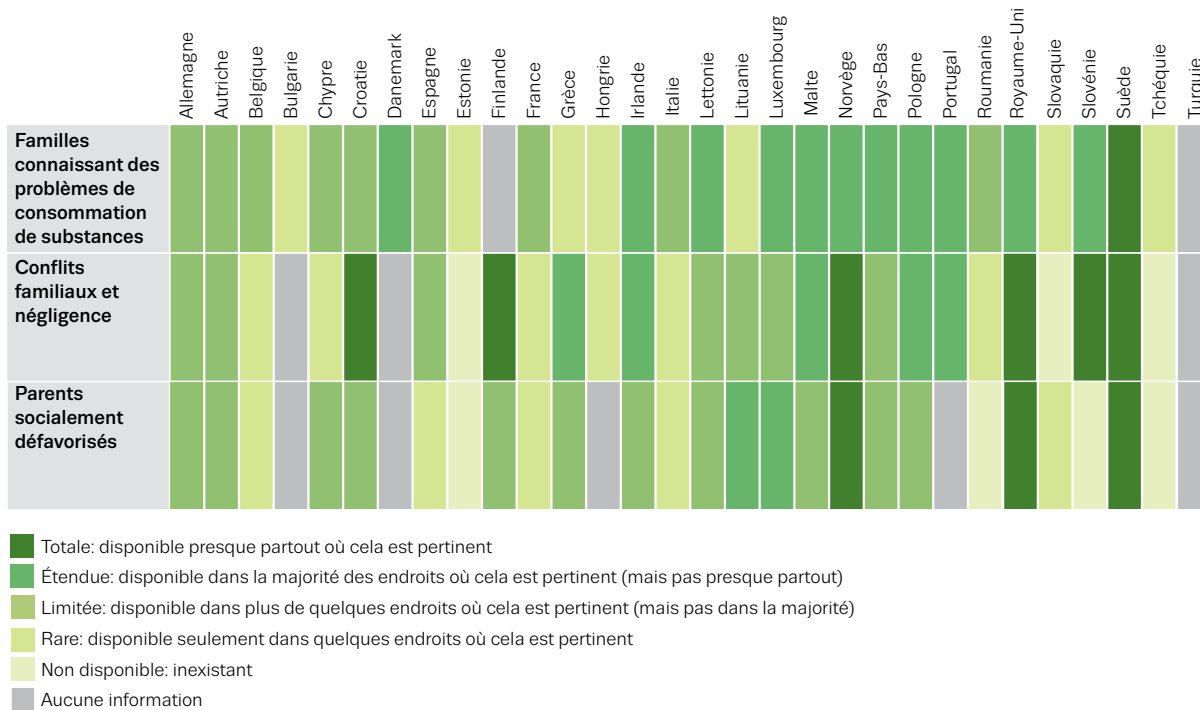
NB: Les informations fournies ici sont fondées sur l'avis d'un expert (ou d'un panel d'experts) de chaque pays.

Bien que des actions de prévention destinées aux familles vulnérables existent dans la majorité des pays, des évaluations d'experts de 2013 indiquent que leur couverture est souvent limitée. La plupart des pays européens proposent des interventions familiales pour les familles qui connaissent des problèmes de consommation abusive de

substances, mais les interventions ciblant spécifiquement les familles issues de minorités ethniques marginalisées ou celles qui sont confrontées à des problèmes de santé mentale ou des démêlés avec la justice pénale sont moins fréquentes.

FIGURE 3.5

Interventions de prévention sélective disponibles en milieu familial pour les jeunes vulnérables en Europe, 2015-2016



NB: Les informations fournies ici sont fondées sur l'avis d'un expert (ou d'un panel d'experts) de chaque pays.



Répondre aux besoins des jeunes vulnérables: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- Les principaux groupes de jeunes vulnérables en Europe sont les jeunes délinquants, les jeunes en décrochage scolaire ou qui risquent d'abandonner l'école, les jeunes qui rencontrent des problèmes scolaires et sociaux, les jeunes sans-abri, les jeunes placés en institution, et les jeunes issus de groupes ethniques marginalisés et de familles vulnérables.
- Il convient d'appliquer des approches de prévention indiquée et sélective fondées sur des données scientifiquement validées qui ciblent la consommation de substances chez les jeunes vulnérables plutôt que de recourir exclusivement à des approches de sensibilisation et d'information. Les approches qui consistent à entrer en contact avec le groupe cible à domicile ou dans la rue sont plus indiquées que les approches dans lesquelles les personnes doivent se manifester pour bénéficier d'un service.
- Des services de traitement et de réduction des risques et des dommages doivent être fournis au petit groupe de jeunes présentant des problèmes graves.

Perspectives

- Les programmes de prévention indiquée qui ciblent les vulnérabilités d'origine neurobiologique en matière de comportement et de tempérament sont rares en Europe, mais ont démontré qu'ils avaient des effets conséquents dans des études menées en Amérique du Nord. Accroître leur disponibilité en Europe pourrait avoir un effet significatif.

Enjeux

- Il est nécessaire d'élargir la base des connaissances sur l'efficacité des services de traitement et de réduction des risques et des dommages pour les moins de 18 ans qui présentent de graves problèmes de drogue, ainsi que de recenser et de partager des modèles de bonnes pratiques.
- Une meilleure compréhension de l'offre et des niveaux de services de prise en charge pour les jeunes qui présentent des problèmes de drogue est nécessaire afin de déterminer où cette offre doit être accrue.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention, Thematic paper, 2010.
- Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review, EMCDDA Papers, 2014.
- Prevention of addictive behaviours, Insights, 2015.
- Treatment of cannabis-related disorders in Europe. Insights, 2015.
- Drugs and vulnerable groups of young people, Selected issues, 2008.
- Exemples de bonnes pratiques: EDDRA.
- E-health and m-health: using new technologies to respond to drug problems, Background paper, Matthijs Blankers et Ajla Mujcic.

Autres sources

- OICS, [International standards on drug use prevention](#).

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

3.5 Les membres adultes de familles incluant une personne avec des problèmes de drogue



RÉSUMÉ

Problématiques

Les familles des usagers de drogue peuvent être touchées par la consommation de drogue de leur proche et peuvent influencer celle-ci de différentes manières. Certaines sont positives, d'autres sont négatives. Cette section porte plus particulièrement sur les problèmes rencontrés par les membres adultes de familles incluant une personne avec des problèmes de drogue et sur le rôle potentiel des familles pour encourager l'admission en traitement.

Les familles incluant un usager de drogue peuvent endurer toute une série d'effets négatifs: inquiétude et détresse psychologique entraînant des problèmes de santé physique et mentale; dommages dus à la violence domestique; exposition aux menaces et aux violences associées aux dettes liées à la drogue et implication de l'usager de drogue dans le marché illicite; charge financière du soutien direct ou indirect à un usager de drogue; effets sur l'emploi découlant du stress ou des responsabilités de prise en charge; pression sur les relations familiales; perte de vie sociale et isolement.

Les membres de la famille peuvent apporter une contribution positive en soutenant leur proche usager de drogue et en l'encourageant à suivre un traitement.

**mots clés: familles,
proches soignants**

Réponses possibles

- Des services spécialisés de soutien familial qui apportent une aide et un soutien aux membres de la famille à titre individuel.
- Un soutien aux membres de la famille qui assument les responsabilités parentales pour les enfants d'un proche usager de drogue.
- La fourniture de soins de santé adéquats par des médecins dans les structures de soins de santé primaires, notamment via des interventions fondées sur des données scientifiquement validées, telles que le programme en cinq étapes.
- Une évaluation adéquate des relations familiales lors de l'admission en traitement d'un usager de drogue et l'apport d'un soutien aux membres de la famille afin de renforcer leur contribution à une issue positive.
- Le cas échéant, des interventions plus intensives et spécialisées, telles qu'une thérapie familiale intensive, une thérapie comportementale de couple, une thérapie familiale multidimensionnelle et des approches basées sur le réseau social.
- L'accompagnement du deuil.

Panorama européen

- Il n'existe pas d'informations comparables sur la disponibilité en Europe de programmes d'aide aux membres adultes de familles incluant une personne avec des problèmes de drogue ou sur l'offre de thérapies familiales.
- Des organisations d'aide aux familles et de défense des intérêts des familles à l'initiative de pairs existeraient dans plusieurs pays.

Principaux enjeux sanitaires et sociaux pour les membres adultes de familles incluant un usager de drogue en Europe

Les familles incluant un usager de drogue peuvent être touchées par la consommation de drogue de leur proche et peuvent influencer celle-ci de différentes manières. Les amis très proches peuvent être touchés de la même façon et fournir un soutien similaire et ils auront alors besoin des mêmes interventions que les membres de la famille. Certains de ces effets sont positifs, d'autres négatifs. Les principaux effets sont les suivants:

- les membres adultes de la famille d'une personne qui consomme de la drogue de façon problématique peuvent souffrir d'une série de problèmes de nature sanitaire, économique et sociale;
- la situation familiale, comme les conditions socio-économiques ou la présence d'un parent, d'un frère, d'une sœur ou d'un partenaire qui consomme de la drogue, peuvent accroître le risque qu'un membre de la famille développe des problèmes de drogue ou exacerber les problèmes lorsqu'ils surviennent;
- le soutien familial peut encourager une personne ayant des problèmes de drogue à initier et à poursuivre un traitement;
- les enfants des personnes qui souffrent de problèmes de drogue sont exposés à divers dangers.

Cette section se penche essentiellement sur le premier de ces éléments ainsi que sur le rôle potentiel joué par les familles pour favoriser l'admission en traitement. Il s'agit d'un choix motivé par des raisons d'ordre pratique, qui n'a nullement pour but de suggérer que les autres aspects revêtent moins d'importance. L'incidence de la situation familiale sur la vulnérabilité des jeunes aux problèmes de drogue a été évoquée dans la [section 3.4](#), consacrée aux jeunes vulnérables. Les questions liées à l'offre de services aux mères souffrant de problèmes de drogue, abordées dans la [section 3.2](#), recoupaient également l'enjeu extrêmement complexe et difficile de la réduction des dommages subis par les enfants des personnes ayant des problèmes de drogue.

Les dommages que peuvent subir les membres adultes de la famille d'une personne ayant des problèmes de drogue sont notamment les suivants:

- une inquiétude et une détresse psychologique entraînant des problèmes de santé physique et mentale;
- des dommages dus à la violence domestique;
- l'exposition aux menaces et aux violences associées aux dettes liées à la drogue et l'implication du proche usager de drogue dans le marché illicite;
- le fardeau découlant d'un soutien financier direct ou indirect à un consommateur de drogue, pouvant inclure la prise en charge des enfants d'un membre de la famille touché;

- les répercussions potentielles du stress ou des responsabilités familiales supplémentaires sur l'emploi;
- la pression sur les relations familiales, la perte de vie sociale et l'isolement accru résultant de la stigmatisation associée au fait d'avoir un membre de sa famille qui consomme de la drogue.

L'impact précis d'un usage de drogues par un membre de la famille va varier d'une personne à l'autre et dépendre de la situation de chacun ainsi que des relations entretenues avec cette personne. Les parents des personnes usagères de drogue peuvent par exemple être appelés à élever leurs petits-enfants de façon temporaire ou permanente. Les frères et sœurs des consommateurs de drogues problématiques souffrent de leur comportement chaotique. Ils peuvent aussi se sentir négligés par leurs parents parce que ceux-ci concentrent leur attention sur le consommateur de drogue. Les conjoints des personnes qui ont des problèmes de drogue doivent parfois assumer seuls la responsabilité de tous les aspects de la vie familiale et, en plus de s'inquiéter pour leur conjoint, ils peuvent aussi se sentir coupables et préoccupés par les répercussions sur leurs enfants. Parfois, les familles peuvent ressentir le besoin de se désolidariser du consommateur de drogue, ce qui peut aussi poser problème et avoir des retombées psychologiques considérables. Que les familles restent soudées ou non, les relations risquent de subir de profonds dommages.

Outre le soutien qu'elles apportent au quotidien, les familles peuvent également être une source importante de motivation et d'aide financière pour permettre à un proche de participer à un programme de prise en charge pour usage de drogue. Les recherches indiquent qu'il peut également être bénéfique de faire participer les familles à ce traitement. Dans certains cas, les familles offrent un soutien et un encouragement qui permettent à l'usager de drogue de se sevrer et de se rétablir en dehors des structures de traitement traditionnelles.

Réponses disponibles

Les types de services et d'interventions nécessaires pour soutenir les familles sont, entre autres:

- les services spécialisés d'aide à la famille qui offrent une aide et un soutien aux membres d'une famille, comme les groupes de soutien par les pairs ou les services et groupes de soutien spécialisés. Ces services peuvent s'avérer précieux pour réduire l'isolement social;
- le soutien destiné aux proches qui assument des responsabilités parentales, comme les grands-parents prenant en charge les enfants de leur enfant usager de drogue;
- les médecins travaillant dans le domaine des soins de santé primaires doivent identifier les besoins de santé des personnes touchées par l'usage de drogues d'un

membre de leur famille et y répondre. Il existe des programmes pour répondre au besoin de soutien des membres adultes d'une famille et faciliter l'élaboration de stratégies d'adaptation dans différents contextes, comme le programme en cinq étapes, au sujet duquel les données scientifiquement validées sont de plus en plus nombreuses;

- l'évaluation adéquate des relations familiales lorsqu'un consommateur de drogue commence un programme de traitement, suivie, le cas échéant, par l'offre d'un soutien et la reconnaissance de la contribution des membres de la famille dans le cadre des programmes de traitement pour usage de drogue. Cela comprend habituellement la mise à disposition d'informations sur l'usage de drogue et la sensibilisation à ce sujet, le recensement des sources de stress, la gestion des rechutes et la promotion des stratégies d'adaptation. Les services de traitement doivent respecter la confidentialité des informations concernant les patients, mais il est possible de concevoir des protocoles qui autorisent le soutien familial quand cela est approprié;
- certaines personnes auront besoin d'un soutien plus intensif et spécialisé, fourni par l'intermédiaire d'interventions telles que la thérapie familiale intensive, la thérapie de couple comportementale, la thérapie familiale multidimensionnelle, l'appui communautaire et la formation familiale (CRAFT) et les approches fondées sur le réseau social;
- l'accompagnement du deuil.

Les mesures adoptées en Europe pour soutenir les familles touchées par des problèmes de drogue

Il n'existe pas d'informations comparables sur la disponibilité de programmes d'aide aux membres adultes de familles incluant une personne avec des problèmes de drogue en Europe.

En Irlande, le *National Family Support Network*, un organisme dirigé par des pairs, apporte un appui aux réseaux de soutien par les pairs dans tout le pays et plaide en faveur de l'amélioration des politiques et des pratiques. Le problème des dettes et des intimidations liées à la drogue est reconnu par la stratégie antidrogue nationale irlandaise et figure également dans le *Drug Related Intimidation Programme* instauré par la police en collaboration avec le *National Family Support Network*.

Des organisations nationales similaires de soutien et de défense des intérêts des familles, dirigées par des pairs, sont présentes dans plusieurs autres pays européens, comme les organisations *Adfam* et *Scottish Families Affected by Alcohol and Drugs* au Royaume-Uni. Le soutien aux personnes en deuil est souvent une composante essentielle du travail de ces organisations, qui peuvent également contribuer à des campagnes en faveur de programmes de distribution de naloxone et à la promotion de tels programmes.



Familles incluant une personne avec des problèmes de drogue: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- Les membres adultes de familles comprenant un usager de drogue peuvent subir toute une série d'effets négatifs et ont besoin de soutien pour les aider à y faire face. Ces services incluent des soins de santé primaires pour atténuer l'anxiété et le stress vécus, un soutien par des pairs, un accompagnement du deuil et une aide pour les proches aidants.
- Les besoins des membres de la famille et leur contribution potentielle à l'efficacité du traitement pour usage de drogue devraient être reconnus dans les recommandations sur les politiques et les pratiques en matière de drogue.

Perspectives

- La participation des membres adultes de familles incluant un usager de drogue à l'élaboration des politiques et des pratiques ainsi qu'à l'apport d'un soutien par les pairs peut améliorer l'offre de services en général, et plus particulièrement pour les membres de la famille.

Enjeux

- Les informations sur l'ampleur et la nature des interventions proposées pour ce groupe sont actuellement limitées, et la recherche et le suivi dans ce domaine doivent être améliorés.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- [Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs](#), Selected issue, 2012.

Autres sources

- UK Drug Policy Commission, [The forgotten carers: support for adult family members affected by a relative's drug problems](#), 2012.
- UK Drug Policy Commission, [Adult family members and carers of dependent drug users: prevalence, social cost, resource savings and treatment responses](#), 2009.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

4



CHAPITRE 4

Intervenir dans des contextes particuliers

Un autre facteur important susceptible d'influencer la consommation de drogues et les problèmes pouvant y être associés est le contexte dans lequel cette consommation se déroule. Le contexte influencera également les réponses les plus appropriées. C'est cet angle qui est adopté dans ce chapitre.

Les contextes examinés sont les suivants:

- les prisons et le système de justice pénale;
- les lieux de vie nocturne, les festivals et les autres lieux de divertissement;
- les lieux de travail;
- les écoles et les établissements d'enseignement supérieur; et
- les communautés locales.

Chacun de ces contextes présente des caractéristiques singulières qui en font des éléments fondamentaux pour les réponses à apporter aux problèmes de drogue. La quantité d'informations disponibles sur ces différents contextes est variable car, dans la plupart de ces domaines, l'EMCDDA ne dispose d'aucun suivi de données établi.

Les informations sur l'efficacité des interventions de prévention, de traitement et de réduction des risques et des dommages dans ces contextes particuliers sont limitées. Les conseils fournis se fondent souvent sur un consensus entre les experts quant aux bonnes pratiques en vigueur et, parfois, sur l'hypothèse selon laquelle des interventions fondées sur des données scientifiquement validées qui fonctionnent dans d'autres contextes pourraient également être efficaces si on les applique aux contextes visés. Toutefois, ces hypothèses doivent être mises à l'épreuve. L'importance d'améliorer l'évaluation et le suivi afin d'étoffer le corpus de données scientifiquement validées à l'appui de la mise en place d'activités dans ces contextes est un sujet récurrent.



4.1 | Les prisons et le système de justice pénale



RÉSUMÉ

Problématiques

Les personnes qui commettent des infractions et qui entrent dans le système de justice pénale affichent des taux de consommation de drogues et de consommation par injection plus élevés que le grand public. Les consommateurs problématiques de drogues impliqués dans le système de justice pénale sont souvent des récidivistes et représentent une part significative des détenus. Le respect des conventions internationales relatives au contrôle des drogues n'impose pas de punir d'emprisonnement la consommation de substances psychoactives placées sous contrôle. Pourtant, un nombre non négligeable de délinquants souffrant de problèmes de drogue sont emprisonnés pour consommation ou possession de ces substances. De nombreux autres sont incarcérés pour d'autres infractions plus ou moins graves à la législation sur les stupéfiants, comme le vol commis pour obtenir de l'argent afin de se procurer des substances. Les besoins complexes de ces personnes en matière de soins de santé doivent être évalués à leur entrée en prison.

Étant donné que la durée moyenne d'une peine de prison pour ce groupe est de quelques mois, il s'agit d'une population dynamique qui entretient des contacts réguliers avec l'extérieur, ce qui a des conséquences en termes de santé publique. La drogue consommée en prison représente également un risque de santé et de sécurité publique pour les détenus et les agents pénitentiaires. La consommation de cannabinoïdes de synthèse est un nouveau phénomène préoccupant dans certains pays.

**mots clés: prison,
peines de substitution,
traitement, réduction
des risques**

Réponses possibles

Peines de substitution: encourager les délinquants dépendants de la drogue à suivre un traitement peut constituer une bonne solution alternative à l'incarcération. L'efficacité de certaines de ces approches, mais pas toutes, pour réduire la consommation de drogue et la récurrence est démontrée par un nombre raisonnable de données scientifiquement validées. Des évaluations supplémentaires et améliorées des différents modèles d'interventions sont nécessaires.

Réponses en prison: l'équivalence des soins par rapport à ceux proposés à l'extérieur et la continuité des soins entre la vie en liberté et la détention à l'arrivée en prison et après la remise en liberté constituent deux principes fondamentaux des interventions sanitaires en prison. Cela suppose que tous les services appropriés de prévention, de réduction des risques et de traitement soient proposés au sein des prisons, et qu'une attention particulière soit accordée à l'offre de ces services lors de l'arrivée en prison et de la remise en liberté.

Panorama européen

- 28 des 30 pays suivis par l'EMCDDA (les 28 États membres de l'Union européenne, la Norvège et la Turquie) ont indiqué proposer un traitement de substitution aux opioïdes en prison.
- La plupart des pays proposent des cures de désintoxication, des thérapies individuelles et de groupe, des communautés thérapeutiques ou encore des quartiers d'hébergement spécialisés en prison.
- Le dépistage des maladies infectieuses est assuré dans les prisons de la plupart des pays, mais le traitement contre l'hépatite C est rare. 16 pays ont déclaré proposer la vaccination contre l'hépatite B.
- Quatre pays déclarent proposer des programmes d'échange de seringues en prison.
- De nombreux pays européens ont instauré des partenariats entre les services sanitaires pénitentiaires et les prestataires de soins à l'extérieur afin de garantir la continuité des soins lors de l'arrivée en prison et de la remise en liberté.
- La préparation à la sortie de prison, y compris la réinsertion sociale, existe dans la plupart des pays. Des programmes de prévention des surdoses chez les consommateurs d'opioïdes par injection ont été signalés dans cinq pays qui proposent une formation et de la naloxone à la sortie de prison.

L'usage de drogues et ses conséquences dans les prisons et le système de justice pénale

Les personnes qui commettent des infractions pénales et qui entrent en contact avec le système de justice pénale et la prison affichent des taux plus élevés de consommation de drogue au cours de leur vie et adoptent des pratiques de consommation plus nocives (y compris l'injection) que la population générale. Les prisons et le système de justice pénale représentent donc des cadres à privilégier pour les interventions de lutte contre la drogue.

La consommation de drogues peut être liée à la délinquance de différentes façons: la consommation ou la possession constituent des infractions à la législation sur les stupéfiants; certaines infractions, comme la fourniture de substances, peuvent être commises dans le but de se procurer de la drogue ou de financer l'achat de drogue; certaines infractions peuvent être commises sous influence de substances psychoactives; et il existe aussi des infractions liées au trafic de drogue, comme les cas de violence entre différents groupes de trafiquants.

Les consommateurs de drogues commettent le plus souvent des infractions relevant des trois premières catégories. Dans la plupart des pays de l'Union européenne, la majorité des infractions à la législation sur les stupéfiants enregistrées concernent la consommation ou la possession de cannabis, tandis que les personnes qui présentent des habitudes de consommation problématiques entrent généralement en contact avec le système de justice pénale pour des infractions liées à l'acquisition de drogues, telles que le vol, le vol aggravé et le cambriolage, commises pour financer leur consommation de drogues. Cette seconde catégorie comprend de nombreux récidivistes et peut représenter une proportion significative de la population carcérale.

Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues reconnaissent que les personnes souffrant de problèmes de drogue ont besoin d'un soutien sanitaire et social, et prévoient des peines de substitution pour les aider à résoudre leurs problèmes de drogue. De nombreux consommateurs problématiques de drogues sont toutefois incarcérés. Les détenus usagers de drogue peuvent avoir des besoins complexes en matière de soins de santé, ce qui a des répercussions sur les réponses à apporter lors de l'arrivée en prison, pendant la durée de la peine d'emprisonnement et à la sortie de prison. Étant donné que la durée moyenne d'une peine de prison pour ce groupe est de quelques mois, il s'agit d'une population dynamique qui entretient des contacts réguliers avec l'extérieur, ce qui a des conséquences pour la santé publique. La consommation de drogues dans les prisons représente également un risque de santé et de sécurité publique pour les détenus et les agents pénitentiaires. Dès lors, l'évaluation de la consommation de drogue et de ses problèmes conséquents devrait constituer un élément important de la visite médicale lors de l'arrivée en prison.

L'incarcération des délinquants ayant commis des infractions à la législation sur les stupéfiants représente une charge économique élevée pour les gouvernements. Il est difficile d'estimer les coûts qui en découlent, car bon nombre d'entre eux se dissimulent dans les dépenses générales des prisons. Selon une estimation approximative, entre 2006 et 2010, les dépenses consacrées à l'emprisonnement des contrevenants à la législation sur les stupéfiants auraient représenté entre 0,06 % et 0,9 % des dépenses publiques totales dans les 22 pays pour lesquels des données étaient disponibles. Il s'agit d'une sous-estimation du coût total des peines de prison pour toutes les infractions liées à la consommation de drogue, car les infractions à la législation sur les stupéfiants ne représentent qu'un type d'infraction directement liée à la drogue et ces chiffres n'incluent pas le coût des infractions commises sous l'influence de substances, ni celui des infractions commises dans le but de se procurer de la drogue ou de financer l'achat de drogue, ni celui des actes de violence perpétrés dans le cadre de l'approvisionnement, de la distribution et de la consommation de drogues.

La consommation croissante de cannabinoïdes de synthèse dans les prisons est un sujet de préoccupation particulier dans plusieurs pays. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que ces substances ne sont généralement pas détectables par les tests aléatoires de dépistage des drogues effectués dans les prisons de certaines juridictions, ou qu'elles sont moins chères que d'autres drogues et plus faciles à introduire clandestinement en prison (voir l'encadré «[Éclairage... Les cannabinoïdes de synthèse](#)», page 87).

Les réponses apportées aux problèmes de drogue dans les prisons et le système de justice pénale

Peines de substitution

Il existe de nombreuses peines de substitution différentes, qui peuvent être appliquées à diverses étapes du processus de justice pénale, de l'arrestation à la condamnation. Une étude récente, financée par la Commission européenne et menée par RAND Europe, a mis en évidence treize types de peines de substitution différents (ou, comme elle les décrit, de «solutions alternatives aux sanctions coercitives») disponibles dans les 28 États membres de l'Union européenne. Ces peines vont d'une simple mise en garde, d'un avertissement ou de l'absence de toute mesure à une série d'options qui comportent ou non un volet de traitement pour usage de drogue.

Voici les types de peines recensés:

- mise en garde/avertissement/aucune mesure adoptée;
- mesure de déjudiciarisation;
- comités de dissuasion à l'usage de drogue;
- suspension des enquêtes/des poursuites assortie d'un traitement;

- suspension des procédures judiciaires assortie d'un traitement;
- sursis assorti d'un traitement;
- tribunal spécialisé dans les affaires de drogues;
- traitement pour usage de drogue;
- probation assortie d'un traitement;
- travail d'intérêt général assorti d'un traitement;
- restriction de la liberté assortie d'un traitement;
- détention intermittente/libération assortie d'un traitement;
- libération conditionnelle/libération anticipée assortie d'un traitement.

Il est reconnu que les peines de substitution peuvent réduire les méfaits liés à la consommation de drogue en orientant les délinquants souffrant de problèmes de drogue vers des programmes qui pourront les aider à régler ces difficultés souvent à l'origine des infractions commises. Ces peines leur permettent également d'échapper aux effets extrêmement sévères d'une condamnation pénale et, éventuellement, d'éviter l'emprisonnement et les coûts qui en découlent pour l'État. Les données scientifiquement

validées attestant l'efficacité de ces programmes sont cependant limitées, car peu d'entre eux ont fait l'objet d'une évaluation. Lorsque des évaluations ont été réalisées, celles-ci ont généralement eu lieu en dehors de l'Europe et présentent des problèmes intrinsèques de conception.

Pour mieux comprendre quels sont les types de peines de substitution les plus efficaces en Europe et pour quels groupes de délinquants, il est nécessaire de disposer d'informations sur les principaux objectifs de ces programmes, sur l'ampleur de leur utilisation et sur les résultats obtenus. Ce n'est qu'à l'aide de ces données qu'il sera possible de comparer les coûts et les avantages potentiels des peines de substitution par rapport aux autres sanctions.

Réponses en prison

En général, lorsque des données scientifiquement validées sont disponibles, elles appuient la mise en œuvre, dans les prisons, d'interventions qui ont démontré leur efficacité pour remédier aux problèmes de drogue dans la collectivité. De telles interventions peuvent être particulièrement importantes, car les prisons représentent un environnement à haut risque.



Aperçu des données scientifiquement validées sur... les interventions dans les prisons et le système de justice pénale



Le traitement de substitution aux opioïdes protège les détenus dépendants des opioïdes contre le décès en prison.



Le traitement de substitution est aussi important en prison pour réduire les comportements à risque liés à l'injection.



Pour prévenir le décès par surdose au cours de la période qui suit immédiatement la remise en liberté, il est important d'assurer la continuité du traitement à l'extérieur.



Les programmes de tribunaux spécialisés dans les affaires de drogues (aux États-Unis, où la grande majorité des études ont été menées) peuvent aider les personnes à accéder à l'indépendance financière et à trouver un emploi ou à s'inscrire à des cours et à réduire la récidive.



Certaines données scientifiquement validées montrent qu'un traitement quasi coercitif qui comprend des programmes détournant les personnes qui ont des problèmes de drogue du système de justice pénale peut être aussi efficace qu'un traitement volontaire.



Les traitements psychosociaux réduisent les taux de réincarcération chez les délinquantes usagères de drogue.



Pour les délinquants dépendants des opioïdes, l'utilisation de naltrexone semble contribuer à réduire leurs taux de réincarcération.



Les interventions d'éducation et de formation liées à la mise à disposition de naloxone à administrer à domicile aident à réduire les décès par surdose après la sortie de prison.

L'équivalence des services offerts par rapport à ceux proposés à l'extérieur et la continuité des soins avant et après la remise en liberté constituent deux principes fondamentaux des interventions sanitaires dans les prisons. Les principes des droits de l'homme doivent également être respectés: il convient de garantir un traitement humain, l'accès aux soins, le consentement du patient et la confidentialité de ses informations, ainsi que l'offre d'une aide humanitaire aux personnes les plus vulnérables.

Le principe de l'équivalence des soins oblige les services de santé des prisons à fournir aux détenus des soins de qualité équivalente à celles des soins dispensés au grand public dans le même pays, y compris des interventions de réduction des risques, comme des programmes d'échange de seringues et des traitements. Il convient de surmonter les obstacles, qu'ils soient juridiques ou structurels, pour garantir l'offre d'un traitement et de soins de qualité aux détenus.

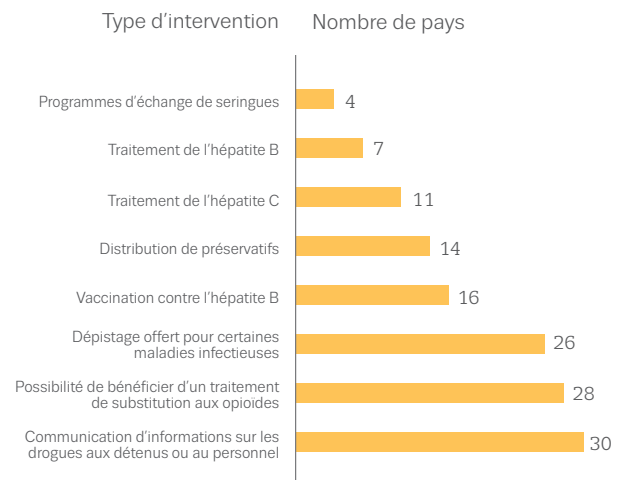
Le principe de la continuité des soins entre les services dispensés dans la collectivité et les services en prison s'applique tant lors de l'arrivée en prison qu'au moment de la remise en liberté. Il devrait également s'appliquer au traitement pour usage de drogue, y compris au traitement de substitution aux opioïdes et à tous les types de soins sanitaires. De nombreux pays européens ont établi des partenariats entre les services sanitaires des prisons et les prestataires actifs au sein de la collectivité pour faciliter les actions d'éducation sanitaire et de traitement en prison et garantir la continuité des soins lors de l'incarcération comme de la sortie de prison.

Pour satisfaire à ces exigences de base, les procédures habituelles d'accueil en prison doivent incorporer des systèmes permettant d'identifier dès leur arrivée les personnes qui présentent d'importants besoins en matière de traitement. En outre, il est nécessaire de procéder à des évaluations et à une revue appropriée des besoins pour s'assurer que les traitements sont adaptés aux besoins de chacun. Lorsque la cure de désintoxication est indiquée, elle devrait être gérée de manière adéquate. La gestion de la désintoxication aiguë peut comprendre le traitement symptomatique du syndrome de sevrage, et elle peut tirer profit de l'utilisation d'outils cliniques pour en surveiller les symptômes.

La mise en place de programmes universels de dépistage volontaire d'une série d'infections (virus à diffusion hémato-gène, infections sexuellement transmissibles et tuberculose) lors de l'arrivée en prison, et d'un traitement

FIGURE 4.1

Interventions de réduction des risques et des dommages disponibles en prisons en Europe, 2015-2016



NB: les pays sont les 28 États membres de l'Union européenne, ainsi que la Norvège et la Turquie.

rapide si nécessaire, peut réduire la propagation des maladies infectieuses en milieu carcéral et, à plus long terme, dans la collectivité (voir la [section 2.4](#)). La formation du personnel de santé pénitentiaire au thème des maladies transmissibles et la promotion du dépistage peuvent renforcer la recherche active de cas et la mise en œuvre de tels programmes.

Les mesures adoptées en Europe pour répondre aux problèmes de drogue dans les prisons et le système de justice pénale

Des peines de substitution sont disponibles dans tous les États membres de l'Union européenne, et toutes incluent au moins une option de traitement pour usage de drogue. La plupart de ces peines sont applicables lors de la condamnation, et non pas au début de la procédure pénale. La mesure dans laquelle ces peines de substitution sont employées est très variable. Souvent, des restrictions relatives à l'admissibilité excluent une grande partie des personnes qui pourraient en bénéficier. Cette situation met en lumière la nécessité de revoir et, le cas échéant, d'ajuster les règles qui sont trop restrictives. Un autre obstacle freinant le recours aux peines de substitution est la perception de leur inefficacité ou leur faible acceptabilité au sein des autorités judiciaires. Il semble pertinent d'investir dans des études susceptibles de renforcer les données scientifiquement validées à ce sujet.

De nombreux pays ont établi des partenariats entre les services sanitaires des prisons et les prestataires actifs au sein de la collectivité afin de garantir la mise en œuvre d'actions d'éducation sanitaire et de traitement en prison et la continuité des soins lors de l'arrivée en prison et de la remise en liberté. Des traitements de substitution aux opioïdes sont dispensés dans les prisons de 28 des 30 pays suivis par l'EMCDDA, bien que leur couverture ne soit pas complète. La plupart des pays proposent également des cures de désintoxication, des thérapies individuelles et de groupe, des communautés thérapeutiques ou encore des quartiers d'hébergement spécialisés (figure 4.1).

Le dépistage des maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC et tuberculose) est disponible dans les prisons de la plupart des pays, mais il se limite parfois, par exemple,

uniquement au dépistage du VIH et de la tuberculose lors de l'arrivée en prison tandis que le dépistage des hépatites est réservé aux individus présentant des symptômes. Le traitement de l'infection au VHC n'est accessible que dans 11 pays, et les nouveaux traitements plus efficaces ne sont pas systématiquement utilisés. Seize pays ont signalé qu'ils disposaient de programmes de vaccination contre l'hépatite B. La mise à disposition de matériel d'injection propre est moins courante, quatre pays seulement déclarant mettre en place des programmes d'échange de seringues en milieu carcéral, et seulement trois pays communiquent des chiffres relatifs aux actions concrètes de distribution de seringues. Les approches, les groupes cibles et les modalités des mesures de réduction des risques en prison varient selon les pays.



Réponses apportées dans les prisons et le système de justice pénale: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- Les principes d'équivalence et de continuité des soins exigent que la même gamme d'interventions fondées sur des données scientifiquement validées soit fournie aux personnes qui ont des problèmes de drogue en prison et à l'extérieur par du personnel qualifié pour traiter la dépendance (du personnel pénitentiaire ou des professionnels externes), et que des mécanismes soient en place pour garantir la continuité du traitement; c'est particulièrement important pour les personnes incarcérées pour de courtes périodes.
- La préparation de la remise en liberté devrait comprendre des activités en vue de faciliter la réinsertion sociale et une formation à la prévention des surdoses — la fourniture de naloxone à administrer à domicile devrait être envisagée.
- Les peines de substitution sont reconnues dans les conventions internationales sur le contrôle des drogues comme une option potentiellement intéressante pour les délinquants qui ont des difficultés liées à leur consommation de drogue.

Perspectives

- Les actions en milieu carcéral peuvent avoir un impact significatif sur la morbidité, la mortalité et la santé publique: premièrement, en incitant les personnes qui ont des problèmes liés aux opioïdes à suivre un traitement, en réduisant ainsi leur consommation d'opioïdes illicites et leurs comportements à risque en prison ainsi que les risques de surdose à leur sortie de prison et deuxièmement, en proposant un dépistage des maladies infectieuses à tous les détenus lors de leur arrivée en prison et en leur fournissant ensuite un traitement si nécessaire.
- Le fait d'accroître le recours aux peines de substitution en révisant les réglementations qui régissent leur application et de se pencher sur les attitudes sociétales et professionnelles à l'égard de leur utilisation pourrait potentiellement améliorer les résultats à long terme et réduire les dépenses de justice pénale.

Enjeux

- Les orientations de l'ONU/l'OMS recommandent de mettre en place des mesures de réduction des risques (programmes d'échange de seringues, distribution de préservatifs, tatouages sans danger) en prison, mais de telles mesures sont actuellement rares. Le développement de ces programmes à plus grande échelle pourrait contribuer sensiblement à améliorer la santé.
- Des études sont nécessaires pour améliorer le corpus de données scientifiquement validées sur les peines de substitution, en accordant une attention particulière aux groupes qui peuvent en tirer le plus profit et aux phases de la procédure judiciaire auxquelles elles sont le plus appropriées.

La préparation à la sortie de prison, y compris la réinsertion sociale, existe dans la plupart des pays. Des programmes visant à réduire le risque élevé de décès par surdose de drogues chez les consommateurs d'opioïdes par injection au cours de la période suivant leur sortie de prison sont signalés dans plusieurs pays. Ces programmes comprennent des formations et des informations sur la réduction des risques de surdose et, dans certains cas, la mise à disposition de naloxone à la sortie de prison.

Face au problème des infections dans les prisons, l'EMCDDA collabore avec l'ECDC pour formuler des directives de santé publique fondées sur des données scientifiquement validées pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles en milieu carcéral. Dans le cadre de ce travail, des revues systématiques de l'ensemble des données scientifiquement validées concernant la tuberculose et la recherche active de cas ont été publiées ou sont en voie de l'être. La vaccination et la prévention des infections à diffusion hémotogène sont d'autres sujets à inclure à l'avenir.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- [Portail des bonnes pratiques.](#)
- [Rapport européen sur les drogues — Tendances et évolutions 2017.](#)
- [Prisons and drugs: prevalence, responses and alternatives to imprisonment](#), page thématique.
- [Prisons and drugs in Europe: the problem and responses](#), Selected issue, 2012.
- [Estimating public expenditure on drug law offenders in prison in Europe](#), EMCDDA Papers, 2014.
- [Alternatives to punishment for drug-using offenders](#), EMCDDA Papers, 2015.
- [Health and social responses to drug problems in prisons](#), Ciara Guiney, Background paper.

Autres sources

- OMS, [Prisons et santé](#), 2014.
- ECDC, [Systematic review on the diagnosis, treatment, care and prevention of tuberculosis in prison settings](#), 2017.
- Commission européenne, [Study on alternatives to coercive sanctions as response to drug law offences and drug-related crimes](#), 2016.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

4.2 Les lieux de vie nocturne, les festivals et autres lieux de divertissement



RÉSUMÉ

Problématiques

La consommation de drogue et d'alcool dans les lieux de vie nocturne, tels que les bars, les boîtes de nuit et d'autres lieux de divertissement, est liée à des problèmes sanitaires et sociaux, notamment des problèmes de santé graves, des comportements agressifs et violents, et la conduite sous l'influence de l'alcool et de stupéfiants, sans parler des effets à long terme sur la santé et de la dépendance. Les conséquences sociales négatives peuvent inclure le trafic de drogues et les nuisances publiques. Étant donné que beaucoup de ces effets négatifs sont associés à une consommation excessive lors d'une occasion particulière, de nombreuses réponses visent à réduire la quantité d'alcool et de drogue consommée.

Réponses possibles

La majeure partie des données scientifiquement validées relatives aux interventions dans les lieux de divertissement concernent l'alcool. Peu d'interventions axées sur la consommation de drogue dans les lieux de divertissement ont été évaluées de manière fiable.

Du matériel de prévention et d'information sur la réduction des risques peut être distribué aux jeunes dans les lieux de divertissement. La diffusion de ce type d'informations par des pairs éducateurs pourrait être jugée plus crédible. Ces activités peuvent être assorties de sites internet et d'applications qui donnent des informations plus détaillées sur les drogues, l'alcool et les risques connexes, ainsi que des conseils pour les éviter. Cependant, les données qui démontrent l'efficacité de ces interventions en matière de changement des comportements sont rares.

Il existe davantage de données scientifiquement validées à l'appui des stratégies axées sur l'environnement. Cette approche prévoit des mesures qui ciblent les facteurs favorisant la consommation excessive (comme les boissons vendues à prix réduit, la musique à plein volume et le mauvais service des boissons) ou qui créent des espaces et des lieux plus sûrs (par exemple en réduisant la densité de la foule, en prévoyant des salles de repos et de l'eau gratuite, en servant à manger ou en faisant appliquer des règles de comportement et d'accès).

Les services d'analyse des drogues (*drug checking*, parfois aussi appelés «services d'analyse de comprimés») permettent aux consommateurs de drogues d'obtenir une analyse chimique de leurs drogues de synthèse et fournissent des informations sur la composition des échantillons analysés ainsi que des conseils, et, dans certains cas, un accompagnement ou des interventions brèves. L'efficacité de cette approche pour induire un changement des comportements n'est pas clairement établie, mais elle pourrait offrir une excellente occasion de nouer le dialogue avec les consommateurs de drogue et être très utile dans le cadre du suivi des drogues.

Panorama européen

Différentes approches environnementales et réglementaires sont employées en Europe pour tenter de remédier aux problèmes liés à la drogue dans les lieux de vie nocturne et autres lieux de divertissement. Parmi celles-ci, on relève la tolérance zéro, des mesures réglementaires à l'encontre de lieux qui présentent des problèmes visibles, la formation des portiers et du personnel de sécurité, des mesures sanitaires et de sûreté, et la formation à l'identification et à la prise en charge des urgences liées à la drogue et à l'alcool. Des approches de prévention axées sur l'environnement, structurées et fondées sur des données scientifiquement validées sont à présent employées dans plus de pays, tout comme les collaborations locales et régulées entre la police, le secteur de la vie nocturne et les services de prévention et de réduction des risques. Des normes en matière de bonnes pratiques pour les personnes qui travaillent dans ce secteur sont élaborées dans le cadre de deux projets européens, le *Nightlife empowerment and well-being implementation project* (NEWIP) et le *Club Health Project*.

Le nombre de services d'analyse des drogues (*drug checking*) disponibles en Europe est en augmentation. Ces services utilisent des modes d'interventions différents, comme des centres d'analyse hors site et des tests in situ dans les festivals et les boîtes de nuit. L'impact de ces différentes interventions doit être étudié.

mots clés: lieux de vie nocturne, lieux de divertissement, festivals, jeunes, drug checking

Problèmes de drogue dans les lieux de vie nocturne

Les bars, les boîtes de nuit et les autres lieux de divertissement offrent aux jeunes Européens des occasions de faire des rencontres et de danser. Les grands festivals de musique organisés en été attirent des milliers de visiteurs, parmi lesquels l'usage de drogues est beaucoup plus répandu que dans la population générale.

Dans ces contextes récréatifs, la consommation excessive d'alcool est également courante en parallèle de la consommation de drogues illicites. Une étude menée dans neuf villes européennes a estimé que plus des trois quarts des visiteurs des lieux de vie nocturne avaient été ivres au moins une fois au cours des quatre dernières semaines. Les enquêtes en milieu scolaire montrent que la plupart des élèves âgés de 15 et 16 ans qui avaient consommé de la MDMA/de l'ecstasy au cours du dernier mois avaient également consommé au moins une fois cinq boissons alcoolisées ou plus, ce qui met en évidence l'étroite corrélation entre la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes.

La consommation de drogues et d'alcool dans les lieux de vie nocturne est associée à un certain nombre de problèmes sociaux et sanitaires. Parmi ceux-ci, on peut citer les risques graves pour la santé et d'autres complications, tels que l'intoxication aiguë, la perte de conscience et les blessures involontaires, les comportements agressifs et la violence, les rapports sexuels non protégés et non consentis, ainsi que la conduite sous l'influence de l'alcool et de stupéfiants. Les conséquences néfastes de la consommation chronique d'alcool et de drogues peuvent comprendre des dommages au

foie et au cerveau ainsi que la dépendance. Les conséquences sociales négatives peuvent inclure le trafic de drogues et les nuisances publiques.

La plupart de ces méfaits sont associés aux épisodes de consommation excessive («binge»), c'est-à-dire à la consommation excessive de substances lors d'une occasion particulière. Par conséquent, beaucoup de réponses cherchent à réduire la quantité de drogue ou d'alcool consommée. On s'inquiète aussi du fait que la consommation de drogues dans ces contextes est de plus en plus considérée comme la norme dans de nombreux pays et que les risques associés à cette consommation sont sous-estimés. Une autre source de préoccupation est la disponibilité accrue d'une gamme toujours plus diversifiée de substances, dont la composition et les effets psychoactifs sont souvent inconnus.

Réponses aux problèmes de drogue dans les lieux de vie nocturne

La majeure partie des données scientifiquement validées relatives aux interventions dans les lieux de divertissement concernent la consommation d'alcool et ses risques. Les données scientifiquement validées concernant l'efficacité des interventions qui ciblent l'usage de drogues dans ces contextes se multiplient. Toutefois, rares sont les interventions qui ont déjà fait l'objet d'une évaluation approfondie. Malgré ces limites, certains enseignements tirés des données scientifiquement validées sur les interventions visant la consommation d'alcool et les risques en découlant devraient s'avérer utiles pour aborder les problèmes liés aux drogues.

Bonnes pratiques en matière de réponses aux problèmes de drogue dans les lieux de vie nocturne

Les données factuelles issues de la recherche et les avis d'experts disponibles suggèrent qu'une approche équilibrée est nécessaire pour lutter contre les problèmes sanitaires et sociaux liés à la drogue et à l'alcool au sein des lieux de vie nocturnes. Le consensus sur les mesures individuelles est moins net, même si tous les éléments suivants méritent d'être pris en considération dans le cadre d'une réponse complète dans ces lieux:

- des interventions à composantes multiples coordonnées qui mobilisent les parties concernées de la communauté locale, les services de santé et d'urgence, les instances régulatrices, ainsi que la police et les agences répressives;
- des stratégies axées sur l'environnement, telles que la mise à disposition de salles de repos ou d'eau potable gratuite;
- la formation du personnel de ces lieux;
- des mesures d'intervention d'urgence rapide;
- des systèmes d'alerte rapide et de suivi des substances consommées, y compris des services d'analyse des drogues (*drug checking*);
- la mise à disposition de matériel de prévention et de réduction des risques, même s'il est peu probable qu'il soit efficace à lui seul.

Dans l'ensemble, les données démontrant l'efficacité des interventions visant à réduire les méfaits de l'alcool sont plus solides que celles relatives aux méfaits de la drogue.



Le kit *Healthy Nightlife Toolbox* (boîte à outils pour des sorties nocturnes sans danger) est disponible à l'adresse hntinfo.eu. Il se compose de trois bases de données concernant, respectivement, les interventions évaluées, la documentation relative à ces interventions et d'autres documents dans le domaine de la prévention de la consommation d'alcool et de drogues dans les lieux de vie nocturne. Les principaux types d'interventions disponibles sont brièvement décrits ci-dessous.

Éducation/information à destination des consommateurs dans un contexte de vie nocturne

Les jeunes qui participent à des activités nocturnes peuvent recevoir du matériel d'information sur la prévention ou la réduction des risques, comme des brochures et des dépliants sur l'ivresse et les dangers connexes. Les pairs éducateurs peuvent contribuer à diffuser des informations crédibles sur les dangers et la réduction des risques auprès des jeunes dans ces contextes. Ces activités de prévention peuvent être assorties de sites internet et d'applications complémentaires qui donnent des informations plus détaillées sur les drogues, l'alcool et les risques connexes, ainsi que des conseils pour y échapper. La promotion de stratégies de réduction des risques visant certains dommages clés, comme la conduite sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants (programmes de conducteurs désignés, par exemple), peut également être adoptée. Néanmoins, les données issues de la recherche indiquent que la communication d'informations ne suffit pas pour réduire efficacement les problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool, et les approches de communication sur les risques doivent encore faire l'objet d'autres travaux de recherche et de développement.

Il existe un consensus quant à l'importance de fournir des informations de qualité sur les différentes substances disponibles, les risques qui sont associés à leur consommation et les moyens permettant d'en réduire les dommages. Toutefois, les stratégies de communication sur les risques doivent veiller à ce que les informations transmises permettent aux personnes de faire des choix qui limiteront les conséquences négatives, tout en évitant d'employer une terminologie susceptible d'accroître l'attrait des substances dangereuses. Il se peut que certaines personnes recherchent délibérément les substances qui ont été présentées comme fortement dosées ou très puissantes. Il importe de mener des recherches pour mieux comprendre comment communiquer les risques de façon à produire les effets voulus sur les comportements et éviter des répercussions négatives imprévues.

Les services d'analyse des drogues (*drug checking*)

Au sein de l'Union européenne, le *drug checking* constitue une intervention controversée de réduction des risques liés à la consommation de drogues illicites [voir l'encadré «Éclairage... Les services d'analyse des drogues (*drug checking*)», page 147]. Si cette intervention permet de fournir aux usagers certains renseignements sur les substances qu'ils consomment, les détracteurs de cette méthode craignent que les consommateurs n'en retirent la fausse impression que les drogues analysées peuvent être consommées sans danger. Il est difficile de se prononcer sur cette question en raison des différentes approches analytiques utilisées pour les tests et des difficultés techniques rencontrées pour fournir une analyse chimique rapide et précise des substances et des mélanges vendus sur le marché des drogues illicites. Il existe de nombreux programmes différents d'analyse des drogues en Europe, parmi lesquels le plus ancien est le *Drug Information and Monitoring System (DIMS)* mis en place aux Pays-Bas. Ce programme fournit aux usagers des informations sur la composition de la drogue analysée et délivre un message de prévention sur la base des informations scientifiques tirées de l'analyse de la composition chimique de l'échantillon de drogue. Le DIMS publie également des informations qualitatives sur l'évolution du contenu des échantillons de drogues aux Pays-Bas. Des services d'analyse des drogues in situ ont fait leur apparition dans plusieurs pays de l'Union européenne lors de festivals et dans les boîtes de nuit, et peuvent être l'occasion de mettre en place des interventions brèves auprès de personnes qui n'ont pas l'habitude de faire appel à des structures de soins ou qui ne considèrent pas leur consommation de drogue comme étant problématique.

On ne sait pas encore précisément dans quelle mesure les consommateurs changent leurs habitudes de consommation lorsqu'ils sont informés sur le contenu de leurs comprimés. Quoi qu'il en soit, les services d'analyse des drogues donnent l'occasion d'atteindre des personnes qui n'ont pas l'habitude de faire appel à des structures de soins ou qui ne considèrent pas leur consommation de drogue comme problématique. Ils fournissent également des informations utiles pour le suivi des drogues. Des alertes sont parfois émises, par exemple, lorsqu'une «marque» très puissante de comprimés de MDMA est détectée, bien qu'il reste encore du travail à mener pour comprendre les effets de cette approche sur les comportements. Compte tenu de l'évolution du marché européen de la drogue et de l'intérêt croissant porté aux services d'analyse de drogues, l'évaluation de l'impact de ces services devrait être considérée comme une priorité.



Éclairage... Les services d'analyse des drogues (*drug checking*)

Que sont les services d'analyse des drogues ou d'analyse de comprimés?

Les services d'analyse des drogues permettent aux consommateurs de drogues d'obtenir une analyse chimique de leurs drogues de synthèse et fournissent des informations sur la composition des échantillons analysés ainsi que des conseils, et, dans certains cas, un accompagnement ou des interventions brèves. Ces services poursuivent divers objectifs, allant de la collecte d'informations à la réduction des risques par l'information et la mise en garde des consommateurs au sujet des drogues vendues sur le marché. Les techniques d'analyse utilisées varient également et vont des technologies sophistiquées capables de fournir des informations sur la puissance et la composition des substances aux kits de test autonome permettant simplement de démontrer la présence ou l'absence d'une substance particulière (voir la figure ci-dessous). Les tests sont effectués dans des laboratoires fixes, auxquels les individus et les organisations peuvent envoyer des drogues à analyser (résultats en quelques jours), et des laboratoires mobiles dans des festivals ou des boîtes de nuit, qui fournissent des résultats presque immédiats.

Un aspect fondamental du *drug checking* est la façon dont les résultats sont communiqués aux individus et le fait qu'ils soient assortis ou non de conseils en matière de réduction des risques ou d'interventions brèves.

Éventail des méthodes d'analyse des drogues disponibles et de leurs atouts respectifs



Que sait-on de l'efficacité du *drug checking*?

Si le *drug checking* est controversé, il a certainement apporté une contribution précieuse aux systèmes d'alerte précoce dans l'Union européenne. Cependant, les preuves attestant son effet sur la consommation de drogues ou les comportements à risque demeurent limitées. D'un côté, les défenseurs de cette intervention soutiennent qu'il existe des exemples de cas où les informations provenant des services d'analyse des drogues ont eu des répercussions positives sur la santé publique. Ils estiment par ailleurs que l'analyse des drogues peut potentiellement réduire les dommages liés à la consommation en établissant un dialogue avec les jeunes consommateurs de drogues récréatives non identifiés par les services existants; en détectant des substances qui renferment des produits chimiques indésirables ou inconnus, et en facilitant ainsi la mise en place rapide d'une réponse de santé publique; en contribuant à prévenir les surdoses par la fourniture d'informations sur la teneur en principe actif. D'un autre côté, les opposants à cette activité estiment que l'analyse des drogues peut donner un faux sentiment de sécurité parce que la fiabilité de

Suite page suivante

Éclairage... Les services d'analyse des drogues (*drug checking*) (suite)

certaines des méthodes d'analyse utilisées est contestable; que cette intervention peut également donner l'impression que la consommation de drogues est un comportement normal et acceptable — ce qui pourrait compromettre les efforts de prévention — et que les usagers de drogues consommeront de toute façon leurs substances, indépendamment des analyses obtenues.

Tout examen de ces arguments se heurte au manque d'études solides et aux difficultés de généralisation du fait des approches et des modèles très différents mis en œuvre. Toutefois, compte tenu de l'importance croissante des drogues de synthèse sur le marché européen, y compris des opioïdes de synthèse très puissants, toute réponse susceptible de réduire les risques mérite de faire l'objet d'étude et d'évaluation minutieuses.

Services d'analyse des drogues en Europe: les défis pour l'avenir

L'impact des différents modèles de *drug checking* devrait être évalué afin de déterminer quels types de modèles sont les plus à même d'atteindre quels objectifs (alerte précoce ou réduction des risques, par exemple). Il est en particulier nécessaire de mener des recherches sur les effets que produisent le *drug checking* sur les comportements. Ces recherches devront accorder une attention particulière à la communication sur les risques encourus, et l'adoption d'une approche axée sur les sciences comportementales pourrait s'avérer également utile.

Les questions juridiques relatives à la manipulation des substances placées sous contrôle doivent être abordées car de nombreux pays n'acceptent pas l'analyse des drogues comme motif d'exemption légale aux lois sur le contrôle des drogues, quelle qu'en soit la finalité. Ceci concerne également les utilisateurs du *drug checking*, ainsi que le personnel et les propriétaires des établissements récréatifs proposant des services d'analyse des drogues in situ. Une collaboration étroite avec la police est toujours recommandée.

L'évolution de la consommation de drogues et des marchés de la drogue pose des difficultés pour le *drug checking* et la formulation des réponses associées:

- l'analyse précise des drogues nécessite du matériel de laboratoire perfectionné et sophistiqué, bien que des techniques plus simples et moins coûteuses soient en cours d'élaboration. En outre, l'analyse des nouvelles substances psychoactives nécessite de connaître leurs bases de données chimiques et spectrales. La coordination entre les services d'analyse des drogues, les services universitaires et les services médico-légaux pourrait maximiser la rentabilité des investissements dans ces services;
- même lorsque des substances sont mises en évidence, les risques liés à leur consommation peuvent demeurer inconnus. La polyconsommation de drogues complique encore davantage la fourniture de conseils dans le cadre du *drug checking* car les interactions entre les substances sont beaucoup moins prévisibles que les risques liés à la consommation d'une seule drogue.

Voir le document d'information intitulé [Drug-checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges](#) et les [recommandations](#) du projet NEWIP.

Stratégies axées sur l'environnement

Les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues peuvent également être exacerbés par l'environnement physique et social des lieux de divertissement. Un environnement permissif, caractérisé par exemple, par la tolérance à l'égard des comportements sous l'effet de substances, des boissons vendues à prix réduit, un manque d'hygiène, une foule très dense, un volume sonore élevé et un mauvais service de boisson, peut favoriser des niveaux plus élevés d'état d'ivresse, et éventuellement une consommation accrue de drogues. Les stratégies axées sur l'environnement, dont les effets positifs sont appuyés par plusieurs données scientifiquement validées, englobent la création d'espaces et de lieux

plus sûrs marqués par une moindre densité de la foule, l'aménagement d'espaces de repos, l'offre de nourriture, l'application de règles de comportement claires dans les établissements et l'interdiction de l'accès aux mineurs. Faire en sorte que de l'eau potable soit disponible gratuitement dans les endroits où l'on consomme des drogues comme de la MDMA ou de l'ecstasy est l'un des moyens de prévenir la déshydratation.

Formation du personnel et disponibilité des services de premiers secours

La formation des serveurs, des videurs et d'autres membres du personnel des lieux de divertissement combine information et renforcement des compétences. Les sujets

abordés peuvent inclure la législation sur l'alcool, les effets psychoactifs de la consommation d'alcool et de drogues, les liens entre l'alcool et la violence, les premiers secours et les techniques pour refuser de servir les clients qui sont sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue, pour gérer les conflits et faire face au trafic de drogues dans l'établissement. Les éléments attestant l'efficacité de la formation du personnel en matière de prévention des risques liés à l'alcool et aux drogues ne sont pas concluants, en partie à cause du taux élevé de renouvellement du personnel dans ces établissements.

Les premiers secours peuvent permettre de repérer les cas d'urgence liés à la consommation de drogues et d'intervenir plus rapidement, sauvant ainsi des vies en réduisant le temps de transfert vers les services d'urgence des hôpitaux. Il existe des recommandations européennes pour réagir face aux urgences graves dans les lieux de vie nocturne.

Approches coordonnées à composantes multiples

Des partenariats entre parties prenantes peuvent faciliter la mise en œuvre d'interventions efficaces dans les lieux de vie nocturne. Ces partenariats, conclus entre les municipalités locales, les propriétaires ou gestionnaires des établissements, la police et les autorités sanitaires, ont pour but de mobiliser les communautés en sensibilisant aux risques et en incitant les parties prenantes et le grand public à appuyer les mesures préventives. Le nombre d'interventions

communautaires évaluées augmente lentement. Les interventions à composantes multiples peuvent avoir un effet sur les niveaux de violence, les problèmes d'alcoolisme et les accidents de la route. Dans ces configurations, le leadership, la continuité des interventions et le financement constituent des facteurs essentiels de réussite.

Mesures législatives

La meilleure façon de résoudre des problèmes tels que la consommation d'alcool avant l'âge légal, la violence à l'intérieur ou à l'extérieur des lieux de vie nocturne et la conduite en état d'ivresse consiste à mettre en place des interventions communautaires à composantes multiples qui associent: les structures de prévention, les instances régulatrices, le secteur de la vie nocturne, ainsi que le contrôle et l'application des mesures de réglementation adéquates. Il peut s'agir de visites de la police dans les lieux de vie nocturne à haut risque, de contrôles de l'âge à l'entrée des établissements et du recours à des sanctions (comme la révocation des licences d'exploitation) pour faire respecter la loi sur les licences. Ces mesures se sont révélées efficaces pour réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool, mais leurs effets positifs diminuent rapidement si elles ne sont pas mises en œuvre régulièrement et assorties de véritables mesures dissuasives, telles que la perte de licence en cas de non-respect. Elles peuvent également entraîner le déplacement des activités vers d'autres lieux ou cadres.

Intervenir dans les lieux de vie nocturne, les festivals et les autres lieux de divertissement: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- Des interventions de prévention et de réduction des risques axées sur l'environnement et étayées par les recommandations et les normes établies dans le cadre des projets NEWIP et *Club Health* devraient être mises en œuvre selon les besoins.
- Des soins de santé d'urgence devraient être prévus pour faire face aux événements indésirables dans les lieux de divertissement, en liaison avec les services d'urgences des hôpitaux. Les recommandations européennes pourraient être utiles à cet égard et doivent être développées.
- Les initiatives communautaires qui mettent en œuvre toute une série d'interventions coordonnées par l'intermédiaire d'un partenariat entre plusieurs organisations sont plus efficaces que les interventions isolées. Elles allient souvent la mobilisation de la communauté, la formation du personnel et l'application de la loi, et semblent être efficaces pour réduire la violence, la consommation problématique d'alcool et les accidents de la route.

Perspectives

- Accroître le partage des bonnes pratiques et des recommandations concernant les interventions de prévention et de réduction des risques dans ces lieux et encourager l'évaluation de leur efficacité.
- Le *drug checking* peut potentiellement être utile tant pour réduire la consommation de drogues à risque que pour surveiller quelles drogues sont présentes sur le marché. Des recherches sont cependant nécessaires concernant l'efficacité des différents modèles de mise en œuvre et leur caractère adéquat dans différents scénarios.

Enjeux

- Les données scientifiquement validées sur les effets de la diffusion d'information auprès des habitués des boîtes de nuit ou de l'éducation par les pairs (souvent en vue de réduire les risques) sont limitées. Ces interventions pourraient être contre-productives, et il convient donc de mener des recherches supplémentaires sur les moyens les plus efficaces de présenter des informations sur les risques, les doses sans danger, etc.



Les mesures adoptées en Europe pour répondre aux problèmes de drogue dans les lieux de vie nocturne

Certains projets européens ont élaboré des recommandations et des normes relatives aux activités de prévention et de réduction des risques dans le cadre des interventions dans les lieux de vie nocturne. Ces normes et recommandations volontaires comprennent :

- des normes relatives aux bonnes pratiques en matière de labels et de chartes pour des sorties nocturnes sans danger, de services d'analyse des drogues et d'éducation par les pairs, établies par le projet NEWIP;
- un «ensemble de normes pour améliorer la santé et la sécurité des lieux de divertissement nocturne» publié par le projet *Club Health*. Ce projet, auquel ont participé 20 partenaires associés et 15 partenaires collaborateurs issus de 15 États membres de l'Union européenne et de la Norvège, avait pour objectif la réduction du nombre de maladies (en particulier les addictions et les infections sexuellement transmissibles), d'accidents et de blessures, ainsi que de la violence chez les jeunes dans les lieux de vie nocturne.

Des approches de prévention axées sur l'environnement, plus structurées et fondées sur des données scientifiquement validées, telles que le projet STAD (*Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems*), sont aujourd'hui déployées dans d'autres pays. Certaines collaborations locales entre la police, le secteur de la vie nocturne et les services de prévention et de réduction des risques se sont avérées avoir un effet sur la violence, les agressions sexuelles et les hospitalisations au Royaume-Uni et aux Pays-Bas.

S'il existe des preuves à l'appui de l'utilisation de différentes mesures régulatrices, celles-ci semblent être appliquées moins fréquemment. Il s'agit notamment de l'interdiction des «forfaits» ou des «happy hours», de la mise en place de prix minimaux pour les boissons, du refus de servir les personnes ivres, de la formation obligatoire du personnel, de l'interdiction de l'accès pour les mineurs, de la limitation de la densité de la foule et des heures d'ouverture, ainsi que de l'adoption d'une loi sur le «jus de pomme» — selon laquelle la boisson la moins chère proposée dans les débits de boissons devrait toujours être non alcoolisée.

En collaboration avec l'EMCDDA, le réseau multidisciplinaire Euro-DEN a adapté au contexte européen plus large des recommandations en vigueur au Royaume-Uni. Ces recommandations portent sur l'identification des personnes présentant un état d'intoxication aiguë causé par des drogues qui doivent faire l'objet d'une évaluation clinique dans des services d'urgence et pour lesquelles il convient d'appeler les secours. Cela permet aux premiers secours et, si besoin, aux services d'urgence d'examiner et de prendre en charge rapidement les personnes exposées à un risque très élevé de morbidité ou de décès des suites d'une intoxication aiguë liée à une consommation de drogues.

Au moment de la publication de ce document, 16 programmes de *drug checking*, utilisant différents modes d'intervention, avaient été mis en place dans 11 pays européens. Certains proposent leurs services à l'échelle nationale, tandis que d'autres, notamment ceux qui interviennent in situ dans les festivals et les boîtes de nuit, se limitent à une région ou à un lieu particulier. Ce type de service semble susciter de plus en plus d'intérêt.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- [Responding to drug use and related problems in recreational settings](#), Thematic paper, 2012.
- [Portail des bonnes pratiques](#).
- [Healthy Nightlife Toolbox](#).

Autres sources

- Normes du projet *Nightlife empowerment and well-being implementation project* (NEWIP), disponibles à l'adresse <http://newip.safernightlife.org/standards>.
- [Peer education interventions in nightlife settings](#).
- [Drug checking services](#).
- [Safer nightlife labels and charters](#).
- [Serious games in nightlife settings](#).
- IREFREA Manual: Set of standards to improve the health and safety of recreational nightlife venues.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.



4.3 | Le milieu du travail



RÉSUMÉ

Problématiques

Une part significative des travailleurs d'Europe est susceptible de connaître des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogue. On estime par exemple qu'entre 5 % et 20 % de la population active d'Europe souffre de graves problèmes liés à la consommation d'alcool. Outre les répercussions générales sur la santé publique et la société, les problèmes de consommation de substances sont extrêmement problématiques dans les secteurs où il existe des enjeux de sécurité ou dans lesquels les erreurs individuelles peuvent avoir des conséquences significatives. Il s'agit, entre autres, des secteurs de la construction, de l'agriculture, des transports, de l'électricité, des Technologies de l'information et de la communication (TIC) et des services financiers.

La consommation d'alcool et la consommation de drogues sont des sujets importants dans le milieu du travail, car :

- elles peuvent accroître les accidents et les blessures, l'absentéisme et les comportements inadéquats;
- elles peuvent constituer une charge économique pour les employeurs, les gouvernements et la société;
- en vertu des législations en matière de santé et de sécurité, les employeurs sont tenus de protéger, dans la mesure où cela est raisonnable, la santé, la sécurité et le bien-être des employés et des autres personnes concernées par leurs activités;
- sur les lieux de travail, il est aussi possible de mener des actions éducatives sanitaires sur l'alcool et les drogues et de repérer les personnes qui ont des problèmes d'alcool et de drogue ou dont des membres de la famille ont de tels problèmes.

Le milieu du travail peut aussi jouer un rôle dans la réinsertion sociale des personnes qui ont des antécédents de sérieux problèmes de consommation de drogue.

**mots clés: prévention,
milieu du travail**

Réponses possibles

- Des mesures ou politiques relatives à la consommation d'alcool et de drogues au travail.
- La prévention des problèmes d'alcool et de drogue par l'intermédiaire de programmes d'information, d'éducation et de formation de préférence dans le cadre plus vaste de programmes de promotion de la santé.
- Un dépistage et des tests sur les lieux de travail afin de détecter les problèmes de consommation de substances, soit de manière informelle à travers des discussions autour de problèmes de performance, soit à la suite d'évaluations formelles, qui peuvent inclure des tests dans les secteurs où la sécurité est cruciale.
- Des interventions afin de s'attaquer aux problèmes qui ont été détectés, y compris des programmes d'assistance, de traitement et de réhabilitation.
- Offrir des possibilités d'emploi aux personnes qui ont des antécédents de graves problèmes de consommation de drogue.

Panorama européen

La plupart des pays européens ont une législation ou des accords généraux qui visent à interdire ou à réglementer la consommation d'alcool et de drogues dans le milieu du travail. Cependant, le type de législation en vigueur et la nature de la législation en matière de santé et de sécurité sur le lieu de travail varient considérablement en fonction de la culture nationale, de la conscience du problème et de la priorité qui lui est accordée.

Il n'existe pas d'informations à jour et complètes sur l'ampleur et sur la nature des différents types d'interventions dans le milieu du travail en Europe. Il n'existe en outre que très peu de données européennes scientifiquement validées sur l'efficacité des différentes interventions.

Dans un avenir proche, la consommation de substances qui améliorent les performances, telles que le modafinil utilisé à des fins d'amélioration des fonctions cognitives, pourrait devenir de plus en plus problématique au sein du milieu du travail.

Problèmes d'abus de substances sur le lieu de travail

La consommation d'alcool et de drogues représente un grave problème pour une part substantielle de la population active. Selon les estimations nationales, entre 5 % et 20 % des travailleurs d'Europe seraient dépendants de l'alcool ou susceptibles de le devenir. Le problème de la consommation d'alcool ou de drogues par les travailleurs (sur le lieu de travail et en dehors) est particulièrement préoccupant dans certains secteurs économiques, tels que ceux de la construction, de l'agriculture et des transports.

Les raisons motivant la consommation d'alcool ou de drogues sur le lieu de travail peuvent être liées au travail lui-même ou revêtir une dimension sociale ou personnelle. Les raisons liées au travail comprennent les conditions de travail difficiles sur le plan physique ou inconfortables (dans un environnement froid, par exemple), le faible niveau de satisfaction au travail, les heures de travail irrégulières, l'impression d'un manque de soutien social de la part des collègues et des supérieurs, l'absence de latitude décisionnelle et d'autres facteurs liés au stress au travail. Ces raisons peuvent rendre certains types d'emplois plus propices à la consommation de substances. Les conducteurs de camions sur de longues distances, devant rester concentrés pendant de longues périodes monotones de conduite, peuvent par exemple être tentés d'avoir recours à des stimulants. Les médecins et les autres professionnels de la santé peuvent être vulnérables aux problèmes de dépendance en raison de leur accès facilité aux médicaments, combiné au stress subi au travail. D'autres groupes de travailleurs soumis à de fortes pressions, à une concurrence féroce ou au harcèlement moral dans leur cadre professionnel, tels les opérateurs de marchés financiers, les universitaires et les avocats, peuvent consommer, pour différentes raisons, une gamme de substances améliorant les performances pour accroître leur productivité ou surmonter la fatigue due au décalage horaire, par exemple.

Les raisons non liées à l'emploi incluent des facteurs sociaux, comme une tolérance sociale «élevée» à l'égard de la consommation d'alcool et de drogues, des modèles culturels qui rendent les travailleurs plus «enclins» à ce type de consommation, l'accès «facilité» à ces substances (dans les industries de l'alcool et du divertissement, par exemple) et des facteurs personnels (comme des types de personnalité spécifiques ou des antécédents familiaux en matière de consommation abusive d'alcool).

La consommation d'alcool et de drogues peut accroître les difficultés sur le lieu de travail, comme les accidents

et les blessures, l'absentéisme et les comportements inappropriés. L'intoxication par l'alcool ou des drogues illicites peut diminuer les performances au travail en altérant la prise de décisions et le temps de réaction, en faisant baisser la productivité, en produisant des biens et des services de qualité inférieure et en provoquant des erreurs et des accidents du travail.

Il existe plusieurs obligations éthiques et souvent légales pertinentes pour lutter contre les problèmes d'abus de substances sur le lieu de travail. Les professionnels de la santé invités sur un lieu de travail à aider les employés ou conseiller la direction doivent présenter clairement leur rôle et respecter la confidentialité des informations recueillies. Il est généralement admis que les responsables et les superviseurs devraient être formés pour identifier les difficultés liées à la consommation d'alcool et de drogues illicites. Ils doivent également savoir comment réagir s'ils soupçonnent un employé de souffrir d'un tel problème ou s'ils sont approchés par un employé qui déclare présenter un problème en ce sens.

Lorsqu'ils aident les personnes qui ont eu ou qui ont actuellement un problème d'alcool ou de drogue à reprendre le travail, les professionnels de la santé doivent éviter d'imposer des périodes d'abstinence arbitraires, sauf lorsqu'il s'agit d'une obligation légale, par exemple dans le cadre de la conduite. Ils peuvent également avoir une grande influence lorsqu'il s'agit de répondre aux préoccupations des employeurs au sujet des risques et de combattre la stigmatisation et les stéréotypes négatifs.

Les réponses aux problèmes de drogue dans le milieu du travail

Les lieux de travail offrent des possibilités d'éducation sanitaire sur l'alcool et les drogues. Ils permettent également d'identifier les personnes qui présentent des problèmes de consommation d'alcool et de drogues illicites. Les professionnels de la santé qui apportent leur aide sur le lieu de travail sont bien placés pour prodiguer des conseils sanitaires aux travailleurs. Ils peuvent également former les responsables et les superviseurs à identifier et gérer la consommation d'alcool et de drogues illicites sur le lieu de travail.

L'Organisation internationale du travail a publié un code de bonnes pratiques relatives à la gestion des problèmes liés à l'alcool et aux drogues sur le lieu de travail. En Europe, Eurofound (la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail) et l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) sont des

organes de l'Union européenne qui interviennent dans ce domaine. Le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe dispose d'un volet d'activités sur la prévention de la consommation de drogues sur le lieu de travail. Un thème commun réside dans l'importance d'adopter une approche préventive qui aborde les problèmes de drogue du point de vue sanitaire plutôt que disciplinaire.

Au niveau national, les approches des problèmes liés à la consommation de drogues sur le lieu de travail seront influencées par le contexte administratif, législatif et culturel de chaque pays. Les politiques, les législations et les réglementations en vigueur dans les domaines du droit du travail, de la santé et de la sécurité au travail peuvent toutes s'appliquer aux problèmes de drogue dans le milieu du travail. Pour appuyer leurs politiques, les pays peuvent produire leurs propres directives à l'intention des employeurs, comme le document *Drug misuse at work: a guide for employers* publié par le Health and Safety Executive du Royaume-Uni.

Les interventions suivantes peuvent être mises en œuvre pour remédier à la consommation de drogues sur le lieu de travail et aux problèmes en résultant:

- politiques sur le lieu de travail: de telles politiques peuvent imposer des restrictions de la consommation d'alcool et de drogues licites et illicites sur le lieu de travail, établissant ainsi des normes et réduisant la disponibilité;
- prévention à travers des programmes d'information, d'éducation et de formation, tels que *Top on job*. Ce programme cible les jeunes travailleurs avant que des problèmes de dépendance n'apparaissent. De plus, il utilise une approche d'éducation par les pairs. L'intégration des questions relatives à l'alcool et aux drogues dans des programmes de promotion de la santé plus généraux peut les rendre plus attrayantes aux yeux des employés;
- le dépistage officiel des problèmes de drogue a généralement lieu dans trois cas de figure: 1) le dépistage des candidats à un poste avant l'embauche; 2) le dépistage des employés à la suite d'un incident ou pour d'autres motifs valides (après un accident ou pour tester l'aptitude au travail, par exemple); et 3) le dépistage en cours d'emploi sans motif précis, effectué auprès d'employés souvent choisis au hasard parmi un ensemble de postes sensibles visés. En Europe, on procède généralement à des dépistages officiels pour promouvoir la sécurité sur le lieu de travail;
- mise en évidence des problèmes — dépistage et tests sur le lieu de travail. La mise en évidence des problèmes de drogue sur le lieu de travail résulte habituellement d'une auto-évaluation par la personne concernée ou d'une identification par l'employeur, que ce soit de façon informelle dans le cadre de discussions au sujet de problèmes de performance ou à la suite d'évaluations officielles, qui peuvent comprendre des tests dans des secteurs où la sécurité est cruciale. Ces approches comprennent souvent un dépistage, une évaluation, des conseils et une orientation vers des soins plus spécialisés,

et visent à offrir aux responsables la possibilité d'éviter les mesures disciplinaires ou le licenciement des employés souffrant de problèmes de drogue, en fonction de leur capacité à régler de façon constructive ces problèmes qui nuisent à leurs performances au travail;

- interventions visant à résoudre les problèmes détectés, y compris des programmes d'aide, de traitement et de réhabilitation. Le type et le niveau de soutien fourni dépendront d'une série de facteurs, dont la taille de l'organisation. Il convient au minimum de mettre en place les mesures suivantes: recenser les services spécialisés dans la région et fournir des informations à leur sujet ou réorienter la personne vers ces services si cela est approprié; recenser les organismes de soutien communautaire, tels que les Narcotiques anonymes, qui peuvent aider la personne concernée; suggérer à la personne de demander de l'aide à son médecin traitant.

Le milieu du travail peut aussi jouer un rôle dans la réinsertion sociale des personnes qui ont antérieurement connu de graves problèmes de drogue. La stigmatisation liée à la consommation problématique de drogues peut constituer un obstacle majeur à l'emploi alors qu'il est indispensable à la réinsertion sociale. Toutefois, certains employeurs ont collaboré avec des structures de prise en charge pour élaborer des programmes, comme des régimes d'emploi assisté, qui facilitent l'embauche des personnes ayant des antécédents en matière d'usage problématique de drogue, et ont constaté que ces programmes présentent des avantages tant pour leur organisation que pour l'individu concerné.

Les mesures adoptées en Europe pour répondre aux problèmes de drogue dans le milieu de travail

Un rapport publié par [Eurofound](#) a montré que la plupart des pays européens disposent d'une législation ou d'accords généraux qui visent à interdire ou à réglementer la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail. Cependant, le type de législation en vigueur et la nature des limites définies en vertu de la législation relative à la santé et à la sécurité sur le lieu de travail varient considérablement en fonction de la culture nationale, de la conscience du problème et de la priorité qui lui est accordée. Par exemple, certains pays se sont dotés d'une réglementation spécifique sur l'alcool, tandis que d'autres laissent ce sujet à la discrétion de l'employeur.

Il n'existe pas de cartographie complète et à jour des pratiques et des interventions relatives aux problèmes de drogue dans le milieu du travail en Europe. Les preuves de l'efficacité des différents programmes et interventions mis en œuvre sont également limitées et proviennent en majorité des États-Unis. Il est donc impossible de procéder à une évaluation globale des interventions actuellement mises en place.

Cependant, il existe potentiellement des sources de données disponibles susceptibles de fournir certaines informations. Par exemple, l'EU-OSHA mène l'Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER), qui se concentre sur une série de questions: les risques généraux pour la sécurité et la santé sur le lieu de travail; les **risques psychosociaux**, tels que le stress, les brimades et le harcèlement; les moteurs et les obstacles à la gestion de la sécurité et de la santé au travail; et la **participation des travailleurs** aux pratiques de sécurité et de santé. Cette enquête a été menée en 2009

et en 2014, et les données produites sont disponibles en ligne. Elle comprenait une question visant à déterminer si l'entreprise ciblée prenait des «mesures de promotion de la santé auprès des employés. [...] [en vue de] sensibiliser à la prévention de la dépendance, comme le tabagisme, l'alcoolisme ou la toxicomanie». En 2014, environ un tiers des participants interrogés en Europe déclaraient que leur entreprise prenait de telles mesures, cette proportion variant entre 19 % et 59 % dans les différents pays (figure 4.2).



Principes essentiels de la prise en charge des questions d'usage de drogue sur le lieu de travail recensés par l'Organisation internationale du travail des Nations unies

- Les politiques et programmes de prise en charge des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail devraient viser à prévenir, réduire et maîtriser ces problèmes.
- Les problèmes liés à la consommation de drogue devraient être considérés comme des problèmes sanitaires et traités comme tous les autres problèmes de santé au travail et couverts par les régimes de soins de santé (publics ou privés), selon les cas.
- Les employeurs ainsi que les travailleurs et leurs représentants devraient procéder de concert à l'évaluation des effets de la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail et devraient coopérer à l'élaboration d'un texte relatif à la politique de l'entreprise.
- Les employeurs devraient coopérer avec les travailleurs et leurs représentants pour faire ce qui est raisonnablement possible pour identifier les emplois qui peuvent déboucher sur des problèmes de drogue et prendre des mesures préventives ou de soutien adéquates.
- Il faudrait imposer les mêmes restrictions ou interdictions en matière d'alcool aux cadres qu'au reste du personnel, de manière à ne pas donner l'impression qu'il existe deux poids, deux mesures.
- Des programmes d'information, d'éducation et de formation relatifs à l'alcool et aux drogues devraient être entrepris pour promouvoir la sécurité et la santé sur le lieu de travail; ils devraient être intégrés dans des programmes sanitaires plus vastes.
- Les employeurs devraient établir un système qui garantisse la confidentialité de toutes les informations qui leur sont communiquées sur les problèmes liés à l'alcool ou à la drogue.
- L'analyse des substances organiques pour déceler chez les travailleurs d'éventuels problèmes liés à l'alcool ou aux drogues soulève des questions d'ordre moral, éthique et juridique de grande importance qui exigent que soient déterminées les circonstances dans lesquelles il est juste et approprié d'effectuer ces analyses.
- Le fait d'avoir un emploi contribue beaucoup à faciliter la réadaptation des alcooliques et des usagers de drogue. Par conséquent, le milieu du travail joue un rôle particulier en aidant les personnes confrontées à ces problèmes.
- Les travailleurs qui sollicitent un traitement et une réhabilitation pour des problèmes liés à l'alcool ou à la drogue ne devraient pas faire l'objet d'une discrimination de la part de leur employeur et devraient bénéficier de la sécurité de l'emploi et des mêmes possibilités de transfert et d'avancement que leurs collègues.
- L'employeur a l'autorité pour sanctionner les fautes professionnelles liées à la consommation d'alcool ou de drogues, mais l'orientation, le traitement et la réhabilitation sont préférables à des mesures disciplinaires. Si un travailleur n'apporte pas sa pleine coopération au traitement, l'employeur peut prendre la mesure disciplinaire qu'il juge appropriée.
- L'employeur devrait adopter le principe de non-discrimination à l'emploi pour les personnes consommant ou ayant consommé de l'alcool ou des drogues, conformément à la législation et à la réglementation nationales.

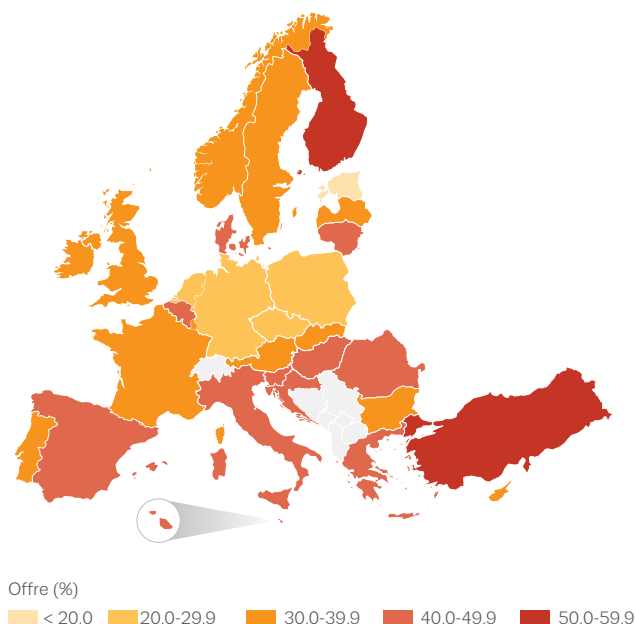
Adapté de: *Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail*. Recueil de directives pratiques. Genève, Bureau international du travail, 1996.

Il est difficile de fournir une vue d'ensemble exhaustive, compte tenu de la grande diversité des programmes concernés et de la nécessité d'éviter de surcharger les employeurs. Les mesures les plus efficaces pourraient consister à mettre l'accent sur les interactions entre les structures de prise en charge de l'usage de drogue et les employés, ainsi qu'à décrire et évaluer l'accès au traitement pour les employés qui ont des problèmes de drogue ou ceux qui participent à des programmes visant à aider les personnes sous traitement pour problèmes de drogue à trouver un emploi.

Dans un avenir proche, la consommation de substances à des fins d'amélioration des performances pourrait devenir un problème de plus en plus préoccupant sur le lieu de travail. Cette pratique comprend la consommation de stimulants prescrits sur ordonnance, comme le modafinil, pour favoriser la concentration ou parce qu'ils sont considérés comme améliorant les fonctions cognitives. Il semble que l'usage de substances qui améliorent les performances soit de plus en plus répandu et, comme mentionné précédemment, certains groupes d'employés sont plus susceptibles d'y avoir recours pour des raisons professionnelles. On peut donc s'attendre à ce que, dans une société toujours plus compétitive, la consommation de telles substances sur le lieu de travail soit appelée à augmenter. Il sera important de surveiller la consommation de drogues améliorant les performances dans les années à venir. Il conviendra également d'étudier davantage les effets de l'usage de telles substances dans le milieu du travail.

FIGURE 4.2

Interventions en promotion de la santé à destination des employés: proportion (%) des lieux de travail indiquant prendre des mesures pour sensibiliser à la prévention des addictions



Source: EU-OSHA: [Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents](#), 2014.

Réponses apportées dans le milieu du travail: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- Il est recommandé aux employeurs de se doter d'une politique relative à la consommation d'alcool et de drogue qui soit intégrée dans le cadre plus vaste de la santé et du bien-être au travail plutôt qu'utilisée comme outil disciplinaire.
- Les principes essentiels de la prise en charge des questions liées à l'usage de drogue sur le lieu de travail recensés par l'Organisation internationale du travail des Nations unies et mis en évidence ci-dessus devraient aussi être encouragés.

Perspectives

- L'obtention d'un emploi est un élément majeur de la réinsertion et il est donc important que les personnes qui connaissent ou ont connu des problèmes d'alcool ou de drogue soient accompagnées dans leur retour à l'emploi. Travailler avec les employeurs afin de surmonter les obstacles à l'emploi des personnes qui ont des antécédents de problèmes de drogue présente des avantages tant pour les employeurs que pour les personnes qui essaient de surmonter leurs problèmes de drogue et pour la société dans son ensemble.

Enjeux

- Il convient d'établir un panorama ou une cartographie des sources de données existantes et des réponses et interventions actuelles concernant les problèmes de drogue dans le milieu du travail, ainsi que d'évaluer les interventions qui existent en Europe.
- Il est nécessaire d'étudier l'ampleur et la nature de la consommation de substances qui améliorent les performances et les effets de leur consommation dans le cadre du travail.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- [Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment](#), EMCDDA Insights, 2013.

Autres sources

- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, [Une analyse de l'avenir du travail: les médicaments qui améliorent les performances](#), document de discussion, 2015.
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, [Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents](#), 2014.
- Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, [Use of alcohol and drugs at the workplace](#), 2012.
- Bureau international du travail, *Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail*, Recueil de directives pratiques. Genève, 1996.
- Shahandeh, B. et Caborn, J., *Ethical issues in workplace drug testing in Europe*, Genève: Bureau international du travail, 2003
- Groupe Pompidou, [Prévention de l'usage de drogues en milieu professionnel](#).
- UK Health and Safety Executive. Drug misuse at work: A guide for employers.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

4.4 | Les écoles et les établissements d'enseignement supérieur



RÉSUMÉ

Problématiques

L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes de prise de risques et d'expérimentation qui incluent souvent la consommation de substances. Les écoles et les établissements d'enseignement supérieur sont des lieux importants où entrer en contact avec les jeunes, même si certains groupes vulnérables peuvent ne pas y être bien représentés.

Dans les écoles, il s'agit essentiellement de prévenir ou de retarder le début de la consommation de substances et de développer les compétences permettant une prise de décision saine.

Les élèves qui ne fréquentent pas régulièrement l'école, ceux qui sont souvent absents ou les jeunes qui ont des problèmes de comportement, tels qu'une mauvaise maîtrise de l'impulsivité, présentent un risque accru de développer des formes problématiques de consommation de substances. Cela fait des écoles un environnement important pour un repérage précoce des personnes à risque.

Dans les établissements d'enseignement supérieur, les jeunes ont une indépendance plus grande et tendance à une consommation accrue d'alcool et de drogue ce qui fait de ces établissements un environnement important pour réduire les risques et pour orienter les jeunes à problèmes vers des services spécialisés.

**mots clés: jeunes,
prévention,
étudiants**

Réponses possibles

La consommation de drogue chez les écoliers est généralement faible et peut s'inscrire dans une tendance plus générale de problèmes de comportement et de prise de risques. Les interventions doivent donc être axées sur les facteurs déterminants plus généraux des comportements à risque et impulsifs plutôt que sur la seule consommation de drogue.

La plupart des interventions préventives dans les écoles visent à avoir un impact sur l'ensemble des élèves et du personnel. Celles qui sont étayées par des données scientifiquement validées actuelles comprennent:

- les programmes de prévention universelle fondés sur des données scientifiquement validées et axées sur le développement des compétences sociales et des techniques de refus, de prise de décision saine, ainsi que la correction des malentendus normatifs sur la consommation de drogue;
- les politiques scolaires relatives à la consommation de substances; et
- les interventions visant à développer un environnement éducatif protecteur et enrichissant qui soit propice à l'apprentissage et qui établisse des règles claires sur la consommation de substances.

Parmi les autres approches susceptibles d'avoir des effets positifs figurent les événements ou les interventions qui mobilisent les parents et le recours à des approches entre pairs.

Panorama européen

Parmi les interventions dont l'efficacité est étayée par des données scientifiquement validées de qualité, des interdictions de fumer dans les écoles sont mentionnées par tous les pays qui fournissent des informations, tandis que 21 pays ont indiqué que des politiques scolaires relatives à la consommation de substances étaient en place dans la majorité des écoles. Les programmes visant à développer les compétences personnelles et sociales sont moins courants, 11 pays seulement indiquant qu'il y en a dans la majorité des écoles. C'est moins que le taux de mise en œuvre de programmes exclusivement axés sur l'information, qui ne se sont pas révélés efficaces, mais qui sont signalés dans la majorité des écoles dans 16 pays.

Il existe certaines données scientifiquement validées qui appuient d'autres types de programmes. Parmi ceux-ci, les programmes entre pairs semblent être relativement rares, les activités extrascolaires créatives et les événements destinés aux parents étant plus courants. Le dépistage des drogues chez les élèves n'est pas recommandé et est rarement utilisé; seuls 10 pays ont déclaré qu'il était pratiqué dans quelques écoles.

Problèmes liés à la consommation de drogues dans les écoles et les établissements d'enseignement supérieur

L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes de la vie associées à la prise de risques et à l'expérimentation, y compris la consommation de substances. Les écoles et les établissements d'enseignement supérieur sont des lieux stratégiques pour entrer en contact avec la population générale des jeunes. Ces lieux peuvent également permettre d'identifier les personnes à risque et d'intervenir auprès d'elles, comme les jeunes présentant des traits de personnalité vulnérables (mauvais contrôle de l'impulsivité, par exemple), les élèves qui ne fréquentent pas régulièrement l'école et les absentéistes fréquents, qui ont un risque plus élevé de développer des formes problématiques de consommation de substances. Les interventions ciblant les jeunes vulnérables sont examinées dans la [section 3.4](#).

Dans les écoles, il s'agira essentiellement de prévenir ou de retarder le début de la consommation de substances et, plus généralement, de développer les compétences personnelles et sociales permettant une socialisation et une prise de décision saines. Dans les établissements d'enseignement supérieur, la réduction des risques sera également une composante importante, puisque les jeunes qui fréquentent ces lieux deviennent plus indépendants et peuvent faire plus souvent la fête et croire qu'une consommation élevée d'alcool constitue la norme.

Réponses possibles

La consommation de drogues chez les écoliers est généralement faible et peut s'inscrire dans une tendance plus générale de problèmes de comportement et de prise de risques. Les interventions visant à réduire cette forme de consommation doivent donc être axées sur les facteurs déterminants de ces comportements généraux plutôt que sur la seule consommation de drogue. De même, les systèmes éducatifs sont plus susceptibles d'appuyer les programmes, les politiques et les interventions de prévention si, en plus de réduire la consommation de drogues, ces actions font aussi reculer la violence et le harcèlement, améliorent l'apprentissage et les résultats scolaires, et instaurent un meilleur climat scolaire.

Les interventions de prévention de la consommation de substances sont souvent mises en œuvre dans les écoles parce que le cadre scolaire offre un accès unique aux jeunes à un moment où ceux-ci traversent une phase de développement critique. Les interventions préventives visent habituellement à avoir un impact sur l'ensemble des élèves et du personnel. Elles peuvent comprendre des programmes de prévention universelle fondés sur des données scientifiquement validées

et axés sur le développement des compétences sociales et les techniques de refus, ainsi que des compétences de prise de décision saine, tout comme la correction des malentendus normatifs au sujet de la consommation de drogue. Tel est par exemple le cas d'*Unplugged*, un programme axé sur le développement des compétences de la vie courante et la correction des croyances normatives qui a reçu une évaluation positive dans plusieurs pays européens, et de *Rebound*, une initiative qui a été développée en Allemagne et mise à l'essai également au Royaume-Uni. Il est important de mettre en place des politiques scolaires relatives à la consommation de substances pour appuyer de tels programmes. Les interventions visant à créer un climat scolaire positif, qui soit propice à l'apprentissage et qui établisse des règles claires sur la consommation de substances, peuvent avoir un effet positif. Il existe des programmes fondés sur des données scientifiquement validées qui ne traitent pas explicitement de la consommation de substances, mais qui mettent plutôt l'accent sur le comportement en général et qui ont des effets positifs avérés sur la maîtrise de l'impulsivité, le climat d'apprentissage et l'ambiance en classe, ainsi que des effets potentiels à plus long terme sur la consommation de substances et la santé mentale. Ce type de programme peut être particulièrement indiqué dans les écoles primaires. On peut citer, à titre d'exemple, les projets *Good Behaviour Game* et *Nina e Nino*.

D'autres approches, dont les résultats sont plus mitigés, incluent des événements ou des activités associant les parents, l'offre d'activités extrascolaires créatives pour les élèves et le recours à des approches entre pairs dans les programmes en milieu scolaire.

Dans les établissements d'enseignement supérieur, où la consommation intensive d'alcool et de drogues peut être considérée comme normale ou comme faisant partie intégrante de l'expérience étudiante, la prévention tend à se concentrer sur la remise en question de ces normes. Ces approches sont très répandues aux États-Unis et les évaluations ont montré qu'elles ont un certain effet, quoique limité, sur les comportements nocifs en matière de consommation d'alcool. Les interventions axées sur les normes sociales partent du principe qu'avoir une perception erronée du niveau élevé de consommation de substances chez ses pairs est liée à une augmentation de sa consommation personnelle. Un projet de recherche transnational (*Social norms intervention for the prevention of polydrug use*, ou SNIPE) a cherché des preuves de cela dans sept pays européens. Ce projet montre qu'il existe effectivement de telles perceptions erronées liées à la consommation de diverses drogues (cannabis, cocaïne, ecstasy, amphétamines, hallucinogènes, cannabinoïdes de synthèse et substances à inhaler), ainsi que de stimulants non médicaux délivrés sur ordonnance (à savoir la Ritaline, consommée pour sa potentielle capacité à améliorer les performances scolaires). Des programmes normatifs sont aujourd'hui en cours d'élaboration et d'expérimentation en Europe.



Aperçu des données scientifiquement validées sur... les interventions dans les écoles et les établissements d'enseignement supérieur



Des programmes efficaces de prévention en milieu scolaire peuvent retarder le début de la consommation. Ces programmes sont structurés grâce à des manuels et se focalisent sur le développement des compétences sociales et les techniques de refus, favorisent la prise de décision saine et les capacités d'adaptation, et corrigent les malentendus normatifs au sujet de la consommation de drogues. Idéalement, ils devraient être mis en œuvre dans le cadre d'une politique scolaire relative aux drogues.



Les problèmes liés à la consommation de substances peuvent être réduits en offrant un environnement éducatif protecteur et enrichissant qui soit propice à l'apprentissage et qui établisse des règles claires sur la consommation de substances.



Il existe des programmes fondés sur des données scientifiquement validées pour les écoles primaires qui, sans explicitement parler de drogues, ont des effets sur la maîtrise des pulsions et donc, potentiellement, sur les problèmes ultérieurs de consommation de substances et de santé mentale. Ils ont des effets immédiats sur l'apprentissage et l'ambiance en classe.



Les interventions qui se contentent de fournir des informations sur les risques de la consommation de drogues ne se sont **pas** révélées efficaces pour prévenir la consommation de drogues.

Bien que rare, le dépistage des drogues dans les écoles est pratiqué dans certains pays européens. L'hypothèse selon laquelle le dépistage des drogues aurait un effet dissuasif sur la consommation de substances n'est pas appuyée par les données scientifiquement validées disponibles. Les tests peuvent être aléatoires ou ciblés. Les tests aléatoires peuvent être considérés comme une intervention universelle, puisqu'ils visent à créer un climat dissuasif pour l'ensemble de la population étudiante. Le dépistage ciblé des drogues consiste à n'effectuer des tests qu'auprès des personnes dont le comportement éveille des soupçons raisonnables quant à une éventuelle consommation de drogues. Les preuves attestant que les tests aléatoires de dépistage des drogues modifient les comportements ne sont pas solides, même aux États-Unis, où ces tests sont utilisés à plus grande échelle. Certaines données indiquent au contraire que de tels tests peuvent accroître la consommation de drogues illicites ou les risques associés à la consommation de substances. Il n'est donc actuellement pas recommandé d'y avoir recours. Le caractère invasif de cette procédure et les limites des informations issues des tests de dépistage affectent également leur utilité.

Si l'on décide d'avoir recours au dépistage des drogues, il convient de mener des études supplémentaires pour définir les bonnes pratiques à appliquer auprès des adolescents. Il importera en particulier de déterminer quelles procédures assurant le suivi des résultats des tests sont les plus efficaces pour aider les étudiants dont les tests ont révélé la présence de substances. La littérature

scientifique indique qu'il est préférable de traiter de telles infractions en procédant à des évaluations supplémentaires et en fournissant des services de conseil, de traitement ou d'autres services sanitaires et psychosociaux, ou en orientant les étudiants vers de tels services, plutôt que de punir ou de renvoyer les étudiants.

Les mesures adoptées en Europe pour répondre à la consommation de drogues dans les écoles et les établissements d'enseignement supérieur

Les différentes interventions en milieu scolaire visant à prévenir la consommation de substances qui sont mises en place dans les pays européens varient à la fois du point de vue de la solidité des données scientifiquement validées à leur appui et du niveau de mise en œuvre (figure 4.3). L'évaluation, par des experts, du niveau de mise en œuvre de treize types d'intervention dans chaque pays montre que, parmi les mesures dont l'efficacité a été démontrée de manière satisfaisante, l'interdiction de fumer dans les écoles est appliquée dans la totalité des 29 pays qui ont fourni une réponse. Les politiques scolaires relatives à la consommation de substances sont mises en œuvre de façon systématique ou à grande échelle dans 21 pays. Les programmes visant à développer les compétences personnelles et sociales sont moins courants, onze pays seulement indiquant qu'ils mettent en œuvre de tels programmes de façon systématique ou à grande échelle. En revanche, un nombre considérable de pays déclarent mettre en œuvre de façon systématique ou à grande échelle des

interventions pour lesquelles les données scientifiquement validées sont peu solides. Seize pays déclarent mettre en œuvre des programmes axés exclusivement sur l'information, et 9 pays, des visites d'agents de police. Il convient de relever que la nature exacte de ce qui est mis en place dans chaque catégorie d'intervention peut varier considérablement d'un pays à l'autre.

En ce qui concerne les autres types de programmes pour lesquels il existe des données scientifiquement validées, les programmes entre pairs semblent relativement rares. Les activités et événements extrascolaires créatifs à destination des parents sont plus fréquents, 18 pays déclarant mettre en œuvre de telles interventions de façon systématique, 12 pays le faisant à grande échelle et 8 pays en proposant une offre limitée.

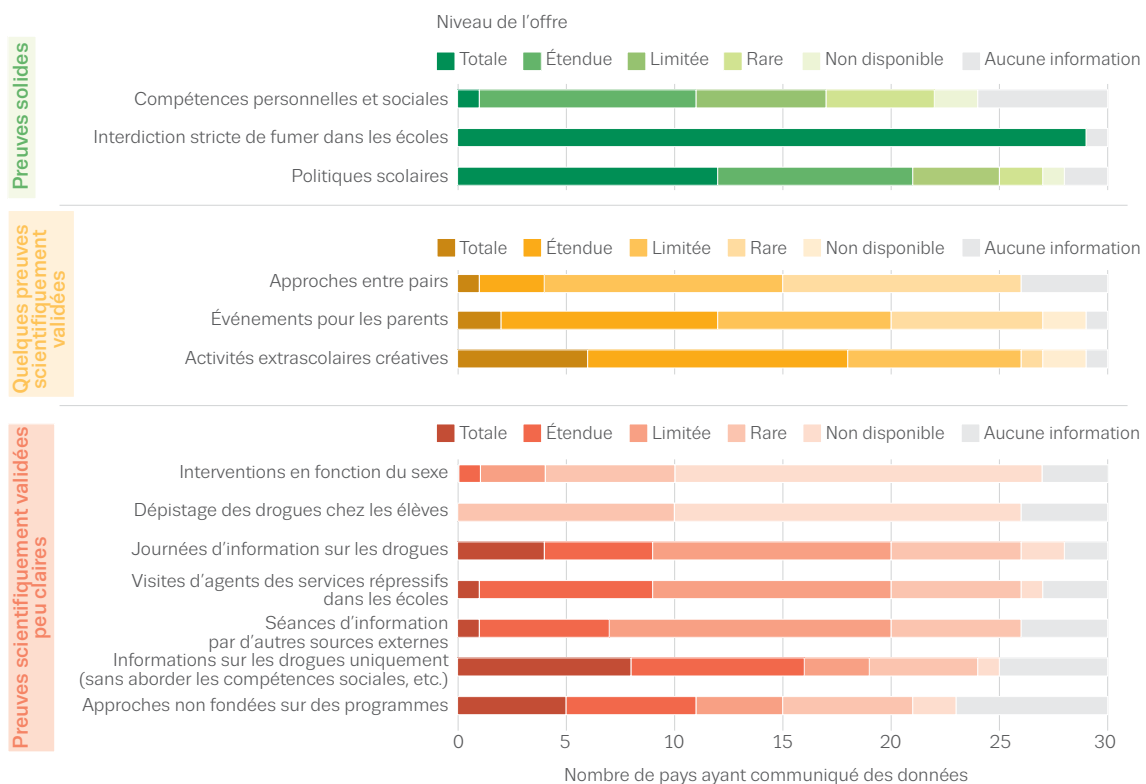
Le dépistage des drogues chez les élèves, qui n'est pas une intervention recommandée, est considéré par 10 pays comme étant rarement appliqué. Seize pays ont déclaré ne

pas avoir recours à cette méthode et les 4 pays restants n'ont pas fourni d'informations à ce sujet.

Des stratégies de détection et d'intervention précoces sont mises en œuvre dans certains établissements scolaires, généralement sur la base d'une offre de conseils aux jeunes consommateurs de substances. Un programme canadien (*Preventure*) ciblant les jeunes en quête de sensations fortes et qui consomment de l'alcool a fait l'objet d'une évaluation positive et a été adapté pour être appliqué en Tchéquie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Les interventions ciblant des groupes vulnérables spécifiques sont examinées plus en détail dans la [section 3.4](#).

Des approches normatives sont en cours d'élaboration pour être utilisées dans les établissements d'enseignement supérieur d'Europe, y compris une intervention sur l'internet actuellement mise à l'essai en Allemagne (INSIST). Toutefois, il n'existe actuellement aucune information sur l'étendue des interventions liées à la drogue mises en place dans les établissements d'enseignement supérieur.

FIGURE 4.3
Interventions en milieu scolaire pour prévenir la consommation de substances en Europe: niveau d'offre et preuves attestant de leur efficacité



NB: les pays sont les 28 États membres de l'Union européenne, ainsi que la Norvège et la Turquie. Niveaux de disponibilité: «totale», disponible dans presque toutes les écoles; «étendue», disponible dans une majorité des écoles, mais pas dans presque toutes; «limitée», disponible dans plus de quelques écoles, mais pas dans la majorité; «rare», disponible dans quelques écoles seulement.



Réponses apportées dans les écoles et les établissements d'enseignement supérieur: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

- Les écoles sont des points d'accès importants permettant d'atteindre les adolescents et leurs parents. Elles jouent aussi un rôle dans le repérage des individus à risque en vue de mener des interventions ciblées.
- Les systèmes éducatifs devraient veiller à ce que les écoles mettent en œuvre des programmes de prévention basés sur les données scientifiquement validées et mettent en place des politiques appropriées de lutte contre la drogue. Ceux-ci devraient viser non seulement à réduire la consommation de substances, mais également à réduire la violence, à améliorer l'apprentissage, à obtenir de meilleurs résultats scolaires et à instaurer une meilleure ambiance à l'école — des résultats qui présentent un intérêt intrinsèque pour le secteur de l'éducation.
- Les programmes de prévention inefficaces sont souvent populaires, mais de plus en plus de programmes ont démontré leur efficacité et devraient être utilisés à la place.

Perspectives

- L'établissement de systèmes qui encouragent ou obligent les écoles et les établissements d'enseignement supérieur à recourir à des programmes éprouvés plutôt qu'à des programmes inefficaces et la fourniture de l'aide nécessaire à cet égard constitueraient une utilisation plus efficace des ressources.

Enjeux

- Les éléments attestant l'existence de programmes efficaces dans les établissements d'enseignement supérieur sont très limités alors qu'il s'agit d'une période à haut risque de consommation de drogues, et des programmes adéquats sont nécessaires dans ces structures.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- [Portail des bonnes pratiques.](#)
- [Registre Xchange.](#)
- Prevention of addictive behaviours, Insights, 2015
- Prevention profiles.

Autres sources

- Unesco, ONUDC et OMS, [Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.](#) Paris: Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture, 2017.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.



4.5 | Les communautés locales

RÉSUMÉ

Problématiques

Dans cette section, le terme «communauté» ou «communauté locale» est utilisé pour désigner un groupe de personnes qui partagent un même contexte géographique et administratif.

Les communautés locales sont importantes dans les réponses aux problèmes liés à la consommation de drogue, car elles permettent d'encourager l'engagement et l'action civiques. En Europe, les municipalités et les pouvoirs publics locaux sont souvent les principaux moteurs de l'élaboration et de la mise en œuvre des stratégies.

Les communautés peuvent participer à la mise en place des réponses aux problèmes de drogue de différentes manières:

- en tant que lieu d'intervention (plutôt que les écoles ou les services, par exemple);
- les réponses peuvent cibler plus particulièrement les risques et les dommages liés à la consommation de drogue subis par les communautés; et

mots clés:

communautés

locales, salles

de consommation

de drogues

à moindre risque

- à travers la participation de la communauté aux interventions visant à lutter contre les problèmes de drogue.

Réponses possibles

- L'élaboration de plans communautaires afin de coordonner les activités en fonction des besoins locaux.
- Le travail de proximité fournit des services destinés aux personnes et aux groupes que les structures établies dans des lieux fixes ou les canaux traditionnels de promotion de la santé peinent à atteindre.
- Les activités de diversion pour les jeunes de la communauté visent à dissuader les plus vulnérables de consommer de la drogue et d'entrer dans des gangs en leur proposant des activités positives qui renforcent l'estime de soi et le savoir-vivre.
- Des programmes destinés à lutter contre les risques liés à la consommation de drogue subis par la communauté locale, comme les actions de nettoyage via le ramassage des seringues et autres types de matériel utilisé pour consommer, et les salles de consommation de drogues à moindre risque.
- Des approches d'intervention communautaire, telles que les collaborations communautaires et les programmes *Communities that Care*.

La manière dont les communautés sont définies en Europe varie d'un pays à l'autre, tout comme les approches pour leur mobilisation.

Panorama européen

Des approches de prévention ciblant les quartiers problématiques sont mises en œuvre dans certains pays et appliquent de nouvelles méthodes comme le réaménagement des espaces urbains. Ce type d'intervention est, selon les données transmises, le plus souvent proposé dans le nord et dans l'ouest de l'Europe. Les approches (normatives et environnementales) dont l'efficacité est relativement bien démontrée sont mises en œuvre dans un peu plus d'un quart des pays.

Le programme *Communities that Care* (CTC) est utilisé en Allemagne, aux Pays-Bas, en Croatie et au Royaume-Uni. De plus, la Belgique mène actuellement une étude sur l'utilisation de ce programme pour prévenir la délinquance.

La collecte systématique d'informations sur les interventions communautaires est limitée. La diversité des types d'interventions, leur mise en œuvre au niveau local, et le fait qu'elles recoupent souvent des activités de santé publique et de prévention de la délinquance plus générales rend le suivi de ces interventions difficile.

Les bonnes pratiques peuvent être partagées par l'intermédiaire de réseaux, qui peuvent aussi avoir un objectif plus large, ou être plus particulièrement axés sur un type d'intervention. La cartographie de ces réseaux et une meilleure compréhension des différentes approches adoptées en Europe face aux différents types d'interventions dans les communautés peuvent être un point de départ utile pour développer le partage des bonnes pratiques et assurer le suivi de la mise en œuvre.

Problèmes liés à la consommation de drogues dans les communautés

Le sens du terme «communauté» varie d'un pays européen à l'autre. Dans certains cas, les communautés peuvent être définies par des limites géographiques, soit de façon informelle, comme dans le cas des quartiers, soit de façon plus officielle par des frontières municipales ou des délimitations administratives locales. Dans d'autres cas, elles peuvent se définir à travers les caractéristiques ethniques, linguistiques ou culturelles partagées par leurs membres.

Quelle que soit la façon dont on les définit, les communautés subissent divers préjudices associés à la consommation de drogues, comme les problèmes liés à la présence de scènes ouvertes de drogues dans leur quartier. Elles peuvent également jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre les problèmes de drogue en encourageant l'engagement et l'action civiques. Les municipalités et les pouvoirs publics locaux sont souvent les principaux moteurs et contributeurs de l'élaboration de stratégies et de la mise en œuvre d'interventions.

Dans cette section, le terme «communauté» ou «communauté locale» est utilisé pour désigner un groupe de personnes qui partagent un même contexte géographique et administratif. Les interventions au sein d'une communauté locale ne s'adressent pas nécessairement à l'ensemble de la communauté en question, mais peuvent concerner plusieurs acteurs clés (associations ou groupements familiaux, services de santé, écoles et infrastructures sportives, par exemple).

La participation des communautés locales aux interventions de lutte contre la drogue peut se manifester de différentes manières:

- les communautés locales peuvent servir de cadre d'intervention, par exemple par l'intermédiaire de services de proximité;
- les réponses peuvent expressément viser à remédier aux risques et dommages liés à la drogue que subissent les communautés locales, comme les troubles et la délinquance associés à la drogue; et
- les communautés peuvent soutenir mesures de lutte contre les problèmes de drogue, ces mesures pouvant cibler les risques et dommages subis par l'ensemble de la communauté locale ou sur le plan individuel.

Réponses possibles

Les communautés en tant que cadre d'intervention

Les services de proximité peuvent constituer une composante souple et efficace des stratégies locales en matière de réduction et de prévention des risques. En

général, ces services cherchent à améliorer la santé en réduisant les risques et les dommages pour les personnes et les groupes que les structures établies dans des lieux fixes ou les canaux traditionnels d'éducation sanitaire ne parviennent pas à atteindre. Les travailleurs de proximité établissent généralement des contacts et des relations avec les populations cibles et se font accepter comme source d'informations et conseillers fiables et bien informés. Les activités de proximité se présentent sous diverses formes et peuvent être menées par des travailleurs sociaux ou par des pairs ayant suivi une formation. Les groupes cibles de ces interventions peuvent varier des jeunes abordés dans la rue ou dans des fêtes, aux consommateurs problématiques de drogues et aux travailleurs du sexe. Les interventions menées par les pairs doivent être particulièrement bien appuyées par une bonne gestion. Les questions relatives à la confidentialité, à la définition et au respect des limites, ainsi qu'à la protection sanitaire et la sécurité des membres du personnel sont des préoccupations essentielles des services de proximité. Pour y répondre, il convient notamment d'établir des recommandations claires concernant les objectifs, les actions proposées, les responsabilités et la nécessité de reconnaître et de respecter les limites personnelles, professionnelles et juridiques.

Les interventions positives de développement de la jeunesse ou les activités de diversion pour les jeunes, telles que celles mises en place par les organisations *Positive Futures* au Royaume-Uni ou les «semaines d'aventure» annuelles organisées au Luxembourg, offrent un éventail d'activités (escalade, sports, musique ou activités créatives et bénévolat) qui développent des compétences, de nouvelles amitiés et l'estime de soi. Ces interventions visent à renforcer les facteurs de protection et à réduire les facteurs de risque, ainsi qu'à offrir aux jeunes vulnérables des solutions alternatives à la consommation de substances, à la délinquance et l'implication dans des gangs.

Réponses aux préjudices subis par les communautés

Le *Drug Related Intimidation Reporting Programme* mis en œuvre en Irlande est un exemple d'initiative visant à remédier aux préjudices subis par les communautés. Ce programme repose sur une collaboration entre les services de police et le réseau *National Family Support Network*. Il apporte une aide aux membres de la communauté victimes d'intimidation en raison de dettes liées à la drogue. Dans d'autres pays, des lignes téléphoniques combinées avec des campagnes dans les médias peuvent permettre le signalement anonyme des cas de trafic de drogue dans les quartiers.



Éclairage... Les salles de consommation de drogues à moindre risque

Que sont les salles de consommation de drogues à moindre risque?

Les salles de consommation de drogues à moindre risque, parfois appelées «centres d'injection sous surveillance», sont des lieux où les consommateurs de drogues peuvent consommer des drogues illicites sous la surveillance d'un personnel médical qualifié. Ces salles sont présentes dans plusieurs pays européens et sont généralement situées dans des zones où il existe une scène ouverte de drogues et où la consommation par injection dans les lieux publics est courante. Leur but premier est de réduire la morbidité et la mortalité en offrant un environnement plus sûr pour la consommation de drogues et en formant les patients à des modes de consommation moins dangereux.

Quels problèmes ces salles cherchent-elles à résoudre?

Les salles de consommation de drogues à moindre risque ont été initialement conçues comme une réponse de santé publique à la propagation rapide du VIH/sida parmi les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans les années 80. Elles avaient pour but de réduire les risques liés à l'injection non hygiénique, de prévenir les surdoses fatales et de mettre en relation les consommateurs de drogues avec les services sociaux, sanitaires et de prise en charge. L'ouverture de ce type de salles s'est souvent heurtée à l'opposition des riverains, qui craignaient qu'elles n'encouragent la consommation de drogues, qu'elles ne retardent le traitement et qu'elles n'aggravent les scènes ouvertes de consommation. Cependant, le grand public est de plus en plus conscient du potentiel de ces dispositifs pour réduire les préjudices subis par la consommation publique de drogues par injection, comme les déchets liés à consommation de drogues.

Que sait-on de leur efficacité?

De plus en plus de données scientifiquement validées de qualité moyenne attestent que les salles de consommation de drogues à moindre risque sont capables d'attirer les consommateurs de drogues difficiles à atteindre, en particulier les personnes marginalisées qui s'injectent des drogues dans la rue, dans des conditions risquées et peu hygiéniques. Il existe également des données scientifiquement validées de qualité moyenne indiquant que les salles de consommation de drogues à moindre risque favorisent les injections moins risquées et peuvent réduire la transmission des infections à diffusion hémotogène et les cas de surdose à proximité des salles. Des données similaires montrent qu'elles réduisent aussi la visibilité publique de l'usage de drogues illicites et des déchets liés à la consommation de drogues, améliorant ainsi les espaces publics autour des marchés urbains des drogues.

Les salles de consommation de drogues à moindre risque en Europe

Les salles de consommation de drogues à moindre risque sont présentes en Europe depuis 1986, date à laquelle la première a été créée à Berne, en Suisse. En 2016, 90 salles de ce type étaient opérationnelles dans six pays de l'Union européenne, ainsi qu'en Norvège et en Suisse. En 2016, deux salles ont ouvert leurs portes en France, de nouvelles structures ont été créées au Danemark et en Norvège, et d'autres pays sont en train d'adopter des législations en vue d'autoriser les salles de consommation de drogues à moindre risque.

Perspectives de développement

Les salles de consommation de drogues à moindre risque ont été initialement conçues pour atténuer les risques et dommages associés à l'injection publique d'opioïdes, mais, dans certains cas, elles sont également utilisées par des personnes qui consomment d'autres substances par voie intraveineuse. À mesure que les taux d'injection diminuent dans certains pays, on envisage d'utiliser les salles de consommation de drogues à moindre risque pour réduire les risques et les dommages associés à d'autres modes de consommation (par exemple, par voie fumée) ou à d'autres substances (comme la cocaïne et la méthamphétamine). Cela nécessitera de modifier les objectifs de ce type d'intervention, et de mener des recherches et des évaluations pour mesurer l'efficacité de cette approche vis-à-vis des populations qui n'ont pas recours à l'injection. De façon plus générale, à mesure que le nombre de salles de consommation de drogues à moindre risque augmente, il importe de les évaluer afin d'améliorer les données scientifiquement validées sur leur niveau d'efficacité dans la réduction des risques et des dommages individuels et communautaires.

Voir le document intitulé [Salles de consommation de drogues: un aperçu de l'offre et des réalités](#).

Les salles de consommation de drogues à moindre risque, parfois appelées «centres d'injection sous surveillance», peuvent également avoir des effets bénéfiques sur les riverains ainsi que pour les consommateurs de drogues par voie intraveineuse (voir aussi l'encadré «Éclairage... Les salles de consommation de drogues à moindre risque», page 164). Il a été montré que ces structures sont efficaces pour réduire les risques et dommages subis par les riverains, comme la présence de déchets liés à la consommation de drogue et les nuisances publiques, ainsi que pour diminuer les risques de surdose et d'infection chez les usagers injecteurs. Cependant, les riverains s'opposent souvent à l'ouverture de tels lieux, de sorte que la mobilisation communautaire est cruciale pour assurer leur réussite.

D'autres interventions de réduction des risques peuvent aussi avoir des retombées positives directes sur les communautés locales, parallèlement à leurs objectifs principaux: les programmes d'échange de seringues permettent par exemple de réduire la quantité de déchets liés à la consommation de drogues. Certaines structures peuvent également être à l'initiative de programmes proactifs dans les quartiers, tels que l'organisation de journées d'action pour nettoyer les parcs ou les zones où les déchets liés à la consommation de drogues posent un problème.

Mobilisation communautaire

Les collaborations communautaires coordonnent les activités et les ressources pour prévenir la consommation de substances et les comportements délinquants chez les adolescents. Elles peuvent réunir divers acteurs locaux afin d'atteindre un objectif commun et mobiliser les groupes communautaires pour qu'ils participent à des initiatives de prévention et de promotion de la santé.

L'approche *Communities That Care* part du principe que la prévalence des problèmes sanitaires et de comportement des adolescents dans une communauté peut être réduite en repérant les facteurs de risque élevés et les facteurs de protection faibles chez les jeunes de cette même communauté. Cela permet ensuite de choisir des programmes de prévention et d'intervention précoce éprouvés et efficaces pour aborder ces facteurs de risque et de protection spécifiques.

Si les études relatives à l'efficacité de cette approche ont été principalement réalisées aux États-Unis, l'Europe commence maintenant à avoir une certaine expérience de sa mise en œuvre. Les évaluations préliminaires font apparaître la nécessité d'adapter l'organisation du programme. Par exemple, en Europe, les collaborations professionnelles semblent être plus indiquées que celles essentiellement gérées par des bénévoles, étant donné que les systèmes scolaires sont généralement organisés au niveau national ou étatique, avec une participation des communautés locales moins marquée qu'aux États-Unis. Les études d'évaluation doivent tenir compte du processus d'adaptation et de la fidélité au programme. L'impact des différents contextes de mise en

œuvre doit être évalué de manière systématique au sein de plusieurs sites et dans plusieurs pays afin d'améliorer la qualité des interventions futures mises en œuvre. Les plans d'action antidrogue locaux constituent un mécanisme important pour traduire les stratégies nationales en réponses adaptées aux besoins locaux. Le niveau auquel ils sont élaborés variera d'un pays à l'autre, en fonction des responsabilités et des structures administratives. Le fait d'associer les consommateurs de drogues et les riverains aux processus de consultation permet de s'assurer que les plans soient élaborés sur la base de la situation locale. Une telle démarche peut également contribuer à réduire la stigmatisation à l'égard des consommateurs de drogues et promouvoir la compréhension entre les différents membres de la communauté.

Les mesures adoptées en Europe pour répondre aux problèmes de drogue dans les communautés

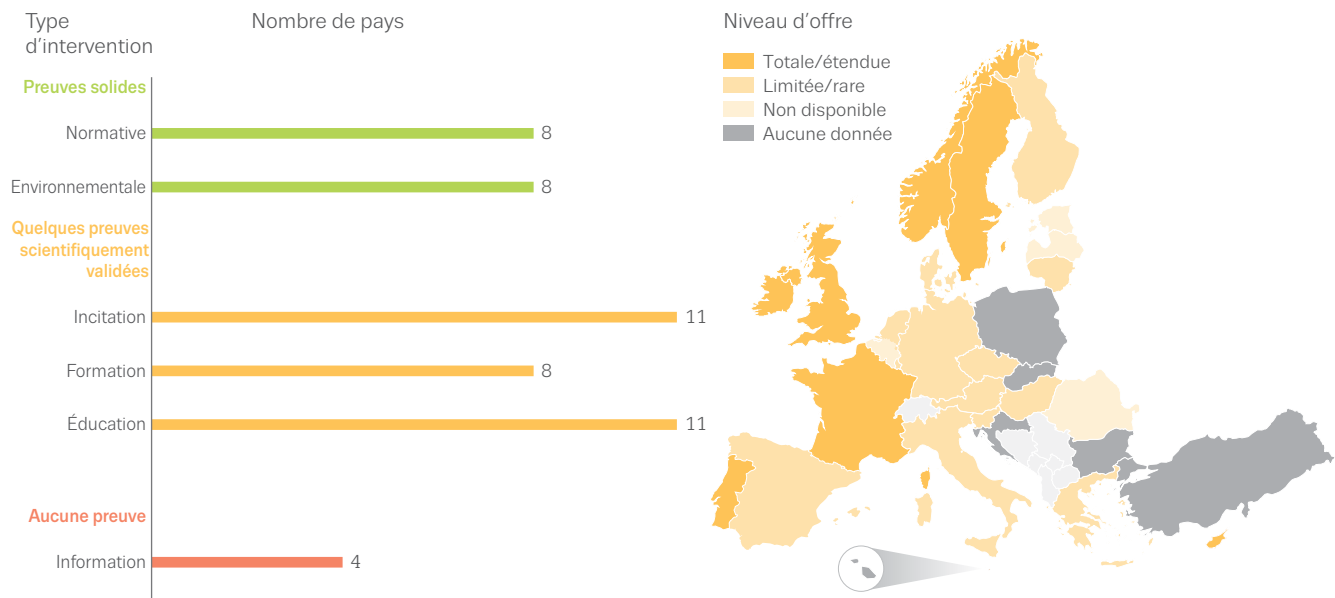
Des approches de prévention ciblant les quartiers problématiques sont mises en œuvre dans certains pays, qui appliquent de nouvelles méthodes, comme le réaménagement des espaces urbains. Ce type d'intervention est, selon les données transmises, le plus souvent proposé dans le nord et dans l'ouest de l'Europe (voir la figure 4.4). Les approches (normatives et environnementales) dont l'efficacité est relativement bien démontrée sont mises en œuvre dans un peu plus d'un quart des pays.

Le programme *Communities That Care* est un exemple d'une approche de prévention axée sur les quartiers. Des exemples d'utilisation de ce modèle existent aujourd'hui en Croatie, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. De plus, la Belgique mène actuellement une étude sur l'utilisation de cette approche pour prévenir la délinquance.

La collecte systématique d'informations sur les interventions communautaires est toutefois limitée. La diversité des différents types d'interventions décrits ci-dessus et le fait qu'elles soient, de par leur nature, souvent menées et mises en œuvre au niveau local rendent leur suivi difficile. En outre, bon nombre de ces activités communautaires peuvent s'inscrire dans le cadre d'activités plus vastes de santé publique et de prévention de la délinquance, voire se recouper. Les bonnes pratiques peuvent être partagées par l'intermédiaire de réseaux, qui peuvent aussi avoir un objectif plus large, ou être plus particulièrement axés sur un type d'intervention, voire couvrir différentes zones géographiques. Quelques exemples sont le réseau *Communities that Care EU*, la plateforme *International Network of Drug Consumption Rooms* ou encore le projet *Club Health*. La cartographie de ces réseaux et une meilleure compréhension des différentes approches adoptées en Europe et de différents types d'interventions communautaires peuvent être un point de départ utile pour développer le partage des bonnes pratiques et assurer le suivi de la mise en œuvre.

FIGURE 4.4

Interventions dans les quartiers problématiques: preuves attestant de leur efficacité et niveau d'offre dans les pays européens, 2015



NB: Les informations relatives au niveau d'offre sont fondées sur l'avis d'un expert (ou d'un panel d'experts) de chaque pays. Niveau de disponibilité: «totale/étendue», disponible dans presque tous les endroits où cela est pertinent ou dans la majorité de ces endroits; «limitée/rare», disponible au moins dans quelques endroits où cela est pertinent, mais pas dans la majorité; «non disponible», inexistant dans le pays concerné.



Intervenir au sein des communautés: implications pour les politiques et les pratiques

Éléments de base

Les interventions en matière de drogue au sein des communautés ou communautés locales comprennent:

- les politiques et les interventions en réponse aux nuisances et aux risques et dommages subis par les communautés;
- la participation des communautés dans la mise en œuvre des interventions, tels que les programmes de prévention de l'usage de drogue à composantes multiples;
- les services de proximité pour les personnes qui n'entrent pas en contact avec les services offerts par ailleurs.

Perspectives

- La mobilisation communautaire peut réduire la stigmatisation des usagers de drogue et ainsi faciliter la fourniture des services.
- Dans certaines régions, la mise en place de salles de consommation de drogues à moindre risque ou d'autres mesures pourrait être envisagée afin de réduire les nuisances dues à la consommation de drogue en public (scènes ouvertes de drogues).

Enjeux

- Les informations sur l'ampleur, la nature et l'impact des interventions mises en œuvre pour réduire les risques et les dommages sur les communautés sont limités.
- Il existe très peu de preuves de l'efficacité des interventions communautaires et il est donc important de mener des recherches dans ce domaine.



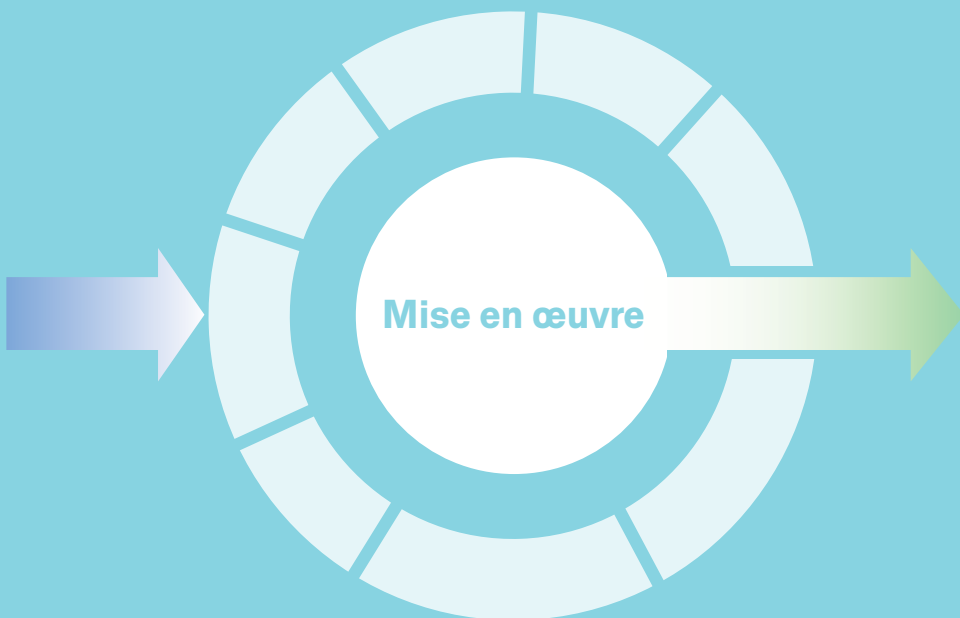
Ressources supplémentaires

EMCDDA

- [Communities That Care \(CTC\): a comprehensive prevention approach for communities](#), EMCDDA Papers, 2017.
- [Salles de consommation de drogues: un aperçu de l'offre et des réalités](#), Perspectives on drugs, 2017.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse: <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

5



CHAPITRE 5

Favoriser une mise en œuvre réussie

RÉSUMÉ

Indépendamment des données scientifiquement validées qui appuient l'utilisation d'une intervention ou d'une autre, il est peu probable que cette intervention s'avère efficace si elle n'est pas mise en œuvre correctement. Ce chapitre met en lumière un certain nombre d'activités qui peuvent contribuer à une mise en œuvre réussie dans trois grands domaines.

Mise en pratique des données scientifiquement validées

Ces activités visent à garantir la qualité des services fournis et l'utilisation d'interventions fondées sur des données scientifiquement validées, y compris:

- la transposition des programmes dans des contextes culturels différents;
- l'utilisation de normes et de recommandations en matière de qualité;
- le partage des bonnes pratiques.

Systemes et partenariats

Les activités dans ce domaine favorisent une mise en œuvre efficace en prenant en considération les personnes et les organisations concernées. Il s'agit notamment des actions suivantes:

- formation et perfectionnement du personnel;
- mobilisation des usagers des services et des communautés;
- promotion des liens entre les services et collaboration entre les organisations;
- adoption d'une logique de systèmes pour la mise en œuvre des programmes.

Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation sont nécessaires pour appuyer une mise en œuvre efficace. Ces activités favorisent l'apprentissage par l'expérience, ainsi que la planification systémique et le transfert des connaissances. Parmi les sujets abordés figurent:

- les différents rôles du suivi et de l'évaluation;
- le suivi des réponses sanitaires et sociales apportées en Europe;
- les pratiques en vigueur en Europe et les priorités en matière de développement;
- l'évaluation afin de comprendre l'intégralité des effets des interventions de lutte contre la drogue.

Ce chapitre se concentre sur la mise en œuvre des réponses. Il s'agit d'un aspect fondamental, qui est trop souvent négligé. Indépendamment des données scientifiquement validées qui appuient l'utilisation de l'une ou l'autre intervention, il est peu probable que cette intervention s'avère efficace si elle n'est pas mise en œuvre correctement. La mise en œuvre réussie de toute intervention peut être complexe et dépendra des interactions entre un grand nombre de facteurs divers et variés. Puisqu'il n'est pas possible d'examiner en détail dans ce guide toutes les questions relatives à la mise en œuvre de réponses apportées aux problèmes de drogue, l'approche adoptée consiste à présenter un aperçu de trois domaines d'intervention clés qui doivent être pris en considération pour appuyer la mise en œuvre d'interventions reposant sur des données scientifiquement validées. Ces domaines sont présentés ci-dessous.


Mise en pratique des données scientifiquement validées: les activités relevant de ce domaine visent à garantir la qualité tout en adaptant les programmes aux besoins locaux. Il s'agit

notamment d'activités qui se concentrent sur le contenu à délivrer et qui soutiennent l'utilisation d'interventions fondées sur des données scientifiquement validées; l'adaptation des programmes à d'autres contextes culturels; l'utilisation de normes de qualité et recommandations, ainsi que le partage des bonnes pratiques.

Développement de systèmes et de partenariats efficaces: les activités relevant de ce domaine favorisent une mise en œuvre efficace en prenant en considération les personnes et les organisations concernées. Elles comprennent la formation et le perfectionnement du personnel, la mobilisation des usagers et de la communauté, la promotion des liens entre les services et la collaboration entre les organismes, ainsi que l'adoption d'une logique de systèmes pour la mise en œuvre des programmes.

Suivi et évaluation: ces activités représentent un fondement indispensable à la bonne mise en œuvre des réponses apportées aux problèmes de drogue. Elles favorisent l'apprentissage par l'expérience, ainsi que la planification systémique et le transfert des connaissances.

5.1 | Mise en pratique des données scientifiquement validées



Afin d'appuyer le processus de mise en œuvre, des systèmes sont nécessaires pour faciliter l'intégration des preuves scientifiques aux politiques et pratiques pertinentes. Ces dernières années, on s'accorde de plus en plus à dire que le meilleur moyen d'y parvenir est d'instaurer un dialogue et des partenariats proactifs et continus («échange de connaissances») entre chercheurs, décideurs politiques et professionnels.

Comme dans d'autres domaines, les résultats des recherches peuvent être mal retranscrits dans les politiques de lutte contre la drogue et leur mise en pratique. Cela peut signifier qu'il existe un décalage entre ce que les données scientifiquement validées définissent comme des interventions efficaces et les programmes qui sont réellement mis en œuvre. Cette situation peut s'expliquer de différentes façons. Par exemple, elle pourrait être simplement due au fait que le choix des programmes ne s'est pas appuyé sur une revue de littérature des données scientifiquement validées disponibles. Toutefois, il peut aussi arriver que de nouveaux éléments remettent en question les modèles mis en œuvre antérieurement, ou que de nouveaux problèmes nécessitent l'adoption de nouvelles approches. Cela signifie qu'il convient d'évaluer les besoins, de mener des recherches et d'assurer un suivi de façon continue si l'on veut que les interventions restent adaptées aux besoins (voir la [section 5.3](#)). Il importe également de se rappeler que les programmes dont l'efficacité a été démontrée dans un contexte ou un pays donné ne pourront pas nécessairement être directement transposés dans un autre contexte ou une autre culture. Bien souvent, pour garantir une mise en œuvre réussie, il est nécessaire d'appliquer un processus de transposition et d'essai qui exigera du temps et des ressources.

Différents outils sont en cours d'élaboration pour appuyer la mise en œuvre ainsi que l'utilisation de données scientifiquement validées dans la prise de décisions et dans divers contextes. Le cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (*Consolidated Framework for Implementation Research*) fournit, par exemple, un cadre conceptuel complet pour étudier le processus de mise en œuvre et y réfléchir. Il s'articule autour de cinq grands domaines: les caractéristiques de l'intervention, l'environnement intérieur et extérieur, les caractéristiques des personnes concernées et le processus de mise en œuvre. Au sein de ces domaines, on définit des concepts qui reflètent les données scientifiquement validées sur les facteurs les plus susceptibles d'influencer la mise en

œuvre des interventions. Leur importance dépend du stade de mise en œuvre, qu'il s'agisse de l'adoption et de la mise en œuvre initiales ou de la pérennisation d'un programme ou d'une intervention déjà établis.

Un autre exemple est celui de [DECIDE](#) (*Developing and Evaluating Communication strategies to support Informed Decisions and practice based on Evidence*), un projet financé par l'Union européenne qui classait les dimensions importantes pour la prise de décisions dans les interventions sanitaires. Ce projet a contribué à élaborer des outils pour aider les personnes à prendre des décisions en matière de prestation de soins de santé, comme des directives cliniques, des décisions sur la couverture des interventions et des décisions de santé publique, en tenant compte des données scientifiquement validées disponibles et du contexte local. Les questions à prendre en considération sont, entre autres, le contexte dans lequel l'intervention doit être mise en place et la population cible, le risque d'effets indésirables, les valeurs locales et les considérations relatives à la mise en œuvre, ainsi que la solidité des données disponibles. Idéalement, un panel composé d'experts et de représentants du personnel soignant, des patients et des familles évalue l'ensemble de tous ces facteurs dans le cadre d'un processus structuré et transparent en vue de décider quels programmes conviennent au contexte local et de préciser comment ces programmes devraient être mis en œuvre (voir la [figure 5.1](#)).

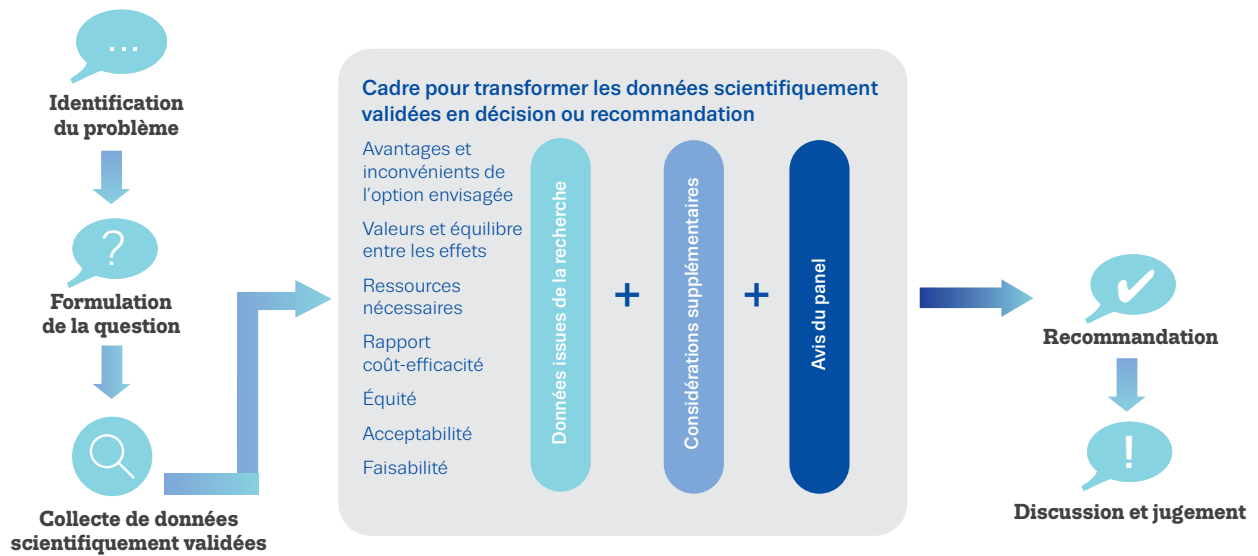
L'élaboration de recommandations et de normes de qualité fondées sur la recherche scientifique (voir ci-après) constitue un élément essentiel du processus de mise en pratique des données scientifiquement validées. Un autre aspect important est le développement d'une culture qui soutient et encourage le partage des bonnes pratiques. L'EMCDDA participe à plusieurs activités de ce type. Il est possible d'y accéder au moyen du [portail des bonnes pratiques](#).

| Transposition des programmes et des interventions

Il existe aujourd'hui de nombreuses recherches sur la mise en œuvre scientifique et le transfert de technologies dans les domaines sanitaires et sociaux. Ces recherches fournissent des informations précieuses sur la façon dont les interventions peuvent être adaptées pour fonctionner dans d'autres contextes, ainsi que des conseils pratiques sur la manière de les adapter à de nouvelles populations cibles.

FIGURE 5.1

Utiliser le cadre DECIDE pour prendre des décisions fondées sur des données scientifiquement validées



NB: ce graphique s'inspire d'une image initialement créée par le Dr Sarah Rosenbaum, du Norwegian Institute of Public Health, à Oslo, en Norvège. Des informations complémentaires sur le projet DECIDE sont disponibles à l'adresse <http://www.decide-collaboration.eu>.

Pour réussir la transposition d'un programme d'une culture à une autre, il importe avant tout de déterminer dans quelle mesure il est possible d'adapter l'idée centrale du programme sans amoindrir son efficacité. Il s'agit d'une étape essentielle, car la complexité d'une intervention peut entraver la réussite de sa transposition. Par exemple, certains programmes élaborés en Amérique du Nord requièrent l'utilisation de manuels sophistiqués, formation, soutien technique, supervision et la coopération de la communauté visée et d'autres parties prenantes sous des formes qui peuvent refléter spécifiquement le mode d'organisation et de prestations sanitaires et sociales qui prévalent dans le contexte nord-américain. Ces interventions devront souvent être adaptées en modifiant la formulation, les images et les exemples afin de refléter les normes, les valeurs et les pratiques en vigueur dans le contexte européen. L'adaptation au contexte exige une bonne connaissance des structures organisationnelles, et parfois aussi des structures politiques et de prestation de services. Le meilleur moyen d'y parvenir est d'associer activement les principales parties prenantes aux processus de planification et d'adaptation. Les groupes de discussion et d'autres méthodes de recherche qualitative mobilisant les populations cibles et d'autres parties prenantes se sont avérés être des outils précieux pour adapter les programmes aux besoins et aux contextes locaux. Des exemples de programmes de prévention fondés sur des données scientifiquement validées qui ont été transposés dans différents contextes européens et les enseignements tirés de ce processus peuvent être consultés dans le registre [Xchange](#) sur le site internet de l'EMCDDA.

Normes et recommandations en matière de qualité

Une fois qu'une intervention a été mise en œuvre avec succès, l'accent devrait être mis sur le maintien de la qualité. L'utilisation

de normes de qualité et de recommandations peut jouer un rôle important dans ce domaine et peut servir de point de référence pour assurer le suivi des actions ou faciliter leur mise en place.

Les **normes de qualité** sont des principes et des règles établis par des organismes nationaux ou internationaux reconnus sur ce qu'il convient de faire et quels objectifs viser. Généralement, les normes proposées dans le domaine de la santé fournissent des énoncés clairs et ambitieux, mais aussi mesurables, concernant le contenu, les processus ou les aspects structurels de l'assurance de la qualité, comme l'environnement et la composition du personnel.

Les **recommandations** servent à encourager le recours à des interventions reposant sur des données scientifiquement validées en fournissant des directives pratiques fondées sur l'évaluation, la synthèse et la hiérarchisation des données scientifiquement validées disponibles. Les recommandations fondées sur des données scientifiquement validées sont généralement produites par des groupes multidisciplinaires d'experts qui évaluent de manière systématique la qualité des données scientifiquement validées et s'entendent sur des directives pratiques et des mises à jour opportunes. Des outils tels que *l'Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation* (AGREE) ont également été mis au point pour évaluer la qualité méthodologique de l'élaboration des recommandations. Les recommandations décrivent généralement un plan des activités attendues (qui peut être obligatoire dans certains pays). Elles fournissent un guide des pratiques recommandées et peuvent venir compléter les normes de qualité, en offrant un point de référence pour apprécier la qualité des services fournis. Il est fondamental que les personnes chargées d'élaborer et d'utiliser les recommandations tiennent compte de leur pertinence à l'égard de publics et de populations cibles potentiellement variés.

Plusieurs normes et recommandations ont été mises en évidence dans les sections pertinentes de ce guide. En 2015, les ministres des États membres réunis à l'occasion du Conseil de l'Union européenne ont approuvé les conclusions du Conseil définissant 16 normes minimales de qualité pour la réduction de la demande de drogue dans l'Union européenne (voir l'encadré «Éclairage... Les normes minimales européennes de qualité pour la réduction de la demande», page 172), et les pays ont été encouragés à intégrer ces normes dans leurs politiques et programmes de lutte contre la drogue. Ces normes européennes de qualité traduisent diverses aspirations en ce qui concerne la prévention, le traitement, la réduction des risques et la réinsertion sociale. Elles rattachent la qualité des interventions à des mesures concrètes qui incluent la formation appropriée du personnel et la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données scientifiquement validées. Elles soulignent la nécessité de faire participer toutes les parties prenantes à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions, y compris la société civile. Ces normes européennes de qualité comprennent également des principes clés pour la mise en œuvre d'interventions de réduction de la demande, tels que le respect de principes éthiques et des droits de l'homme, qui ont été soulignés au chapitre 1 du guide. Enfin, elles mettent en exergue l'importance d'adapter les normes fondées sur des données scientifiquement validées aux conditions et aux systèmes locaux.

La plupart des pays européens ont défini des normes de qualité qui peuvent être utilisées de différentes manières. Dans certains pays, ces normes sont liées à la fourniture de services, qu'elles servent à évaluer. Leur respect est parfois une condition de participation à des mises en concurrence de contrats de service. Elles peuvent aussi constituer des outils d'auto-évaluation au niveau des services. Le [portail des bonnes pratiques](#) de l'EMCDDA contient un inventaire des normes de qualité et recommandations européennes et internationales. De plus, le projet *European Drug Prevention Quality Standards*

(EDPQS) a conçu une [boîte à outils](#) contenant du matériel destiné aux personnes chargées de dispenser des formations sur l'utilisation et la mise en œuvre des normes de qualité en matière de prévention de l'usage de drogue.

Les outils de soutien à la santé en ligne peuvent également jouer un rôle en veillant au respect des bonnes pratiques, par exemple en encadrant la prescription selon des protocoles, en améliorant la gestion des cas ou en favorisant l'accès aux données scientifiquement validées et aux bonnes pratiques (voir l'encadré «Éclairage... Les interventions de santé en ligne», page 127).

Partage des bonnes pratiques

Le partage des bonnes pratiques peut s'effectuer par l'intermédiaire de différents canaux et mécanismes. Par exemple, les évaluations de programmes peuvent être publiées dans des revues scientifiques, et des articles relatifs aux pratiques dans la presse spécialisée nationale. De plus en plus de portails et d'outils en ligne sont mis au point pour permettre l'accès d'aperçus et de synthèses des bonnes pratiques en vigueur à la disposition du plus grand nombre. Des outils d'aide à la décision clinique sont également disponibles en ligne et donnent accès à des données scientifiquement validées pertinentes dans ces situations. Si de nombreuses approches exigent que l'utilisateur cherche et trouve de sa propre initiative ce qui l'intéresse, certaines interventions, comme *Drug and Alcohol Findings* au Royaume-Uni, adoptent plutôt une approche proactive ou incitative en envoyant régulièrement des courriers électroniques contenant des résumés des données scientifiquement validées, ainsi que des informations sur les conséquences pour les politiques et les pratiques. Les initiatives de formation, tant en ligne qu'en face à face, constituent un autre moyen productif de partager l'expertise et les expériences.



Éclairage... Les normes minimales européennes de qualité pour la réduction de la demande de drogue

Les normes minimales de qualité de l'Union européenne pour la réduction de la demande de drogue couvrent la prévention, la réduction des risques et des dommages, le traitement et la réhabilitation, et visent à encourager la prise en considération de la qualité des interventions de réduction de la demande de drogue dans l'Union européenne.

I. Prévention

a. Les interventions de prévention (environnementales, universelles, sélectives et indiquées) ciblent la population générale, les populations susceptibles de développer un problème d'usage de drogue ou les populations/individus présentant un problème défini. Elles peuvent viser à prévenir, à retarder ou à réduire la consommation de drogues, son intensification et/ou ses conséquences négatives dans la population en général et/ou dans des sous-populations; et elles sont fondées sur une évaluation des besoins de la population cible et une adaptation à ces besoins.

b. Les personnes chargées d'élaborer des interventions de prévention possèdent des compétences et une expertise concernant les principes, les théories et les pratiques de prévention, et sont des professionnels qualifiés et/ou spécialisés qui

bénéficient du soutien d'institutions publiques (éducation, santé et services sociaux) ou qui travaillent pour des organismes accrédités ou reconnus, ou encore des ONG.

c. Les personnes chargées de mettre en œuvre des interventions de prévention ont accès aux programmes fondés sur des données scientifiquement validées disponibles et/ou à des critères de qualité disponibles aux niveaux local, national et international, et s'appuient sur ces programmes et/ou critères.

d. Les interventions de prévention font partie d'un plan de prévention cohérent à long terme, elles font l'objet d'un suivi permanent approprié permettant les ajustements nécessaires et elles sont évaluées; les résultats sont diffusés afin de tirer des enseignements des nouvelles expériences.

II. Réduction des risques et des dommages

a. Les mesures de réduction des risques et des dommages, y compris, mais sans s'y limiter, les mesures relatives aux maladies infectieuses et aux décès liés aux drogues, ont des objectifs réalistes, sont largement accessibles et sont adaptées aux besoins des populations cibles.

b. Des interventions, des informations et une orientation appropriées sont proposées en fonction des caractéristiques et des besoins des usagers des services, quel que soit leur statut thérapeutique.

c. Les interventions sont accessibles à tous ceux qui en ont besoin, y compris dans les situations et les contextes à plus haut risque.

d. Les interventions se fondent sur les preuves scientifiques et l'expérience disponibles et sont mises en œuvre par du personnel qualifié et/ou formé (y compris des bénévoles), qui assure son perfectionnement professionnel continu.

III. Traitement, intégration sociale et réhabilitation

a. Un traitement approprié et fondé sur des données scientifiquement validées est adapté aux caractéristiques et aux besoins des usagers des services et respecte la dignité de la personne, ainsi que sa responsabilité et sa disposition à changer.

b. Le traitement est accessible à tous ceux qui en ont besoin sur demande, et il n'est pas limité par des caractéristiques et des circonstances personnelles ou sociales ni par le manque de ressources financières des patients. Le traitement est fourni dans un délai raisonnable et dans un contexte de continuité des soins.

c. Dans les interventions de traitement et d'intégration sociale, les objectifs sont définis progressivement et sont régulièrement passés en revue, et les rechutes éventuelles sont gérées de façon adéquate.

d. Les interventions et les centres de traitement et d'intégration sociale se fondent sur le consentement éclairé, sont axés sur le patient et favorisent son émancipation.

e. Le traitement est dispensé par des spécialistes qualifiés et du personnel formé qui veillent à leur perfectionnement professionnel continu.

f. Les interventions et les centres de traitement s'inscrivent dans la continuité des soins pour inclure, le cas échéant, des services d'aide sociale (éducation, logement, formation professionnelle, bien-être) destinés à faciliter l'intégration sociale de la personne concernée.

g. Les centres de traitement proposent un dépistage volontaire des maladies infectieuses transmissibles par le sang, des conseils pour lutter contre les comportements à risque et une aide à la prise en charge de la maladie.

h. Les centres de traitement font l'objet d'un suivi et les activités et les résultats font l'objet d'évaluations internes et/ou externes régulières.

Source: Conseil de l'Union européenne (2015), Conclusions du Conseil sur la mise en œuvre du plan d'action antidrogue de l'UE (2013-2016) en ce qui concerne des normes minimales de qualité pour la réduction de la demande de drogue dans l'Union européenne.

Le partage des bonnes pratiques requiert l'existence d'une culture d'apprentissage dans laquelle les processus et les résultats sont contrôlés et comparés aux résultats escomptés. Les enseignements tirés sont ensuite

partagés et analysés, et des changements sont apportés si nécessaire. La formation continue est un autre élément potentiellement important pour ce processus.

5.2 | Développement de méthodes et de partenariats efficaces



Formation et perfectionnement du personnel

Les qualifications et les compétences du personnel sont essentielles à la mise en œuvre des interventions et constituent un élément clé de méthodes efficaces. La formation initiale et continue du personnel est fondamentale pour en assurer le développement et le maintien. Les formations doivent englober les compétences et les connaissances de base, ainsi que la formation à des interventions spécifiques. Les formations visant à développer les compétences en interprétation des données scientifiquement validées aideront les personnes à se tenir au courant des nouveaux éléments et programmes disponibles. Le projet *Universal Prevention Curriculum in Europe (UPC-ADAPT)*, dont le but est d'adapter le *Universal Prevention Curriculum* (programme de prévention universel) au contexte européen, en est un exemple (voir l'[encadré](#) ci-dessous).

Des formations à destination des prestataires d'interventions sont disponibles dans de nombreux pays européens. Elles peuvent prendre la forme de programmes universitaires

spécialisés, notamment en Allemagne et en Tchéquie, ou de cours spécifiques proposés dans le cadre de programmes universitaires axés sur la santé ou le bien-être social dans de nombreux pays. Des formations professionnelles sont souvent proposées sous l'une ou l'autre forme aux acteurs qui travaillent dans les structures de prévention et de réduction des risques.

Participation des usagers des services/mobilisation communautaire

La participation tant des personnes ayant des problèmes de drogue et ciblées par l'intervention que des communautés touchées par le problème ou qui accueillent l'intervention est essentielle pour garantir le fonctionnement efficace et efficient des services. En outre, le fait d'associer des usagers des services peut être un moyen pragmatique et éthique de garantir la qualité et l'acceptabilité des interventions. Un soutien peut s'avérer nécessaire pour permettre aux consommateurs de drogues d'apporter leur contribution et faire en sorte que leur participation soit à la fois significative et réussie.



Le programme de prévention universel

L'importance des compétences et de la formation du personnel en matière de mise en œuvre d'actions de prévention fondées sur des données scientifiquement validées est soulignée dans les conclusions du Conseil de 2015 qui fixent des normes minimales de qualité en matière de réduction de la demande de drogue. Le *Universal Prevention Curriculum (UPC)* a été conçu pour répondre à la demande d'un programme de formation fondé sur des données scientifiquement validées à l'intention des professionnels de la prévention de l'usage de substances dans le monde. Cette formation a pour but d'améliorer les connaissances et les compétences des professionnels de la prévention et de leur donner les moyens d'élaborer et de mettre en œuvre des interventions et des politiques de prévention de l'usage de drogue fondées sur des données scientifiquement validées. L'utilisation d'un programme d'études normalisé contribuera à faire en sorte que les professionnels de la prévention actifs à l'échelle régionale et nationale bénéficient d'informations et de formations professionnelles cohérentes et fondées sur des données scientifiques.

Le projet *Universal Prevention Curriculum in Europe (UPC-ADAPT)*, financé par la Commission européenne, est mis en œuvre à titre expérimental dans neuf États membres de l'Union européenne (Allemagne, Belgique, Croatie, Espagne, Estonie, Italie, Pologne, Slovaquie et Tchéquie) et transformera le programme d'études UPC original en un module de formation intensif et interactif plus court, ainsi qu'en un module académique étendu. En outre, il inclura également des formations en ligne. L'objectif est de créer un programme d'études européen normalisé en matière de prévention, fondé sur des normes de qualité pour la formation du personnel élaborées dans les neuf pays. Le programme s'appuie sur les normes internationales pour la prévention de l'usage des drogues élaborées par l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, ainsi que sur les normes de qualité européennes en matière de prévention de l'usage de drogue (*European Drug Prevention Quality Standards*). L'accent est mis principalement sur les interventions et les politiques fondées sur des données scientifiquement validées, ainsi que sur la qualité et la durabilité de la mise en œuvre.



Éclairage... Les interventions menées par les usagers

De quoi s'agit-il?

Les organisations dirigées par des usagers entreprennent des activités qui, dans ce contexte, sont principalement conçues et mises en œuvre par des consommateurs ou d'anciens consommateurs de drogues. L'accent est mis ici sur les organisations qui se situent à une extrémité du spectre des différents niveaux de participation des personnes ayant des antécédents en matière d'usage de drogue. Cependant, il peut parfois s'avérer difficile de distinguer les organisations dirigées par des usagers d'autres associations fondées par des utilisateurs de services, mais qui emploient essentiellement du personnel rémunéré, bien que les anciens consommateurs de drogues en représentent une part substantielle.

Ce qui se passe en Europe

De nombreux pays européens ont observé une hausse du nombre d'organisations dirigées par des usagers et de leur impact. La plupart des activités menées par des usagers peuvent être divisées en cinq grandes catégories, qui se chevauchent parfois:

1. l'entraide (généralement sous la forme d'associations par lesquelles des consommateurs et d'anciens consommateurs s'apportent un soutien mutuel). Quelques exemples: Narcotiques Anonymes, SMART recovery, L'Isola di Arran;
2. les associations de guérison. Les réseaux axés sur la guérison peuvent proposer un hébergement d'appui, des cafés et des activités sociales favorisant la guérison, des entreprises sociales et des programmes d'emploi, ainsi qu'un soutien par les pairs;
3. la réduction des risques (des consommateurs et d'anciens consommateurs fournissent des informations et des conseils sur les manières de consommer des drogues sans danger). Ce type d'intervention s'effectue habituellement de l'une des quatre façons suivantes: en dispensant des séances de formation; en étant présent dans les boîtes de nuit ou les festivals pour fournir des informations et de l'aide; en fournissant des informations et des conseils en ligne; et en analysant les drogues en vue d'informer les consommateurs sur la composition des substances qu'ils se sont procurées;
4. le plaidoyer (défense des droits ou du traitement équitable des consommateurs de drogues), par exemple par l'intermédiaire des réseaux INPUD (*International Network of People who Use Drugs*) et EuroNPUD (réseau européen des consommateurs de drogues), et des groupes plus locaux, comme *Act Up Paris* et l'Union suédoise des consommateurs de drogues. Des associations similaires existent au Danemark, en France et au Portugal;
5. la recherche (réalisation de projets de recherche menés par des pairs). Le recours à des chercheurs-usagers est reconnu comme étant utile pour plusieurs raisons, notamment pour faciliter l'accès aux groupes difficiles à atteindre, pour améliorer la conception de la recherche et l'analyse en intégrant les points de vue des consommateurs de drogue, ainsi que pour aider les personnes qui connaissent des problèmes de drogue à acquérir des compétences et à trouver un emploi.

Principaux défis pour le développement futur

- La stigmatisation de l'usage de drogues et des consommateurs de drogues constitue un obstacle majeur à l'efficacité des organisations dirigées par des usagers. L'inclusion de ces groupes dans des forums officiels, des groupes de travail et d'autres entités peut permettre de surmonter ce problème.
- Une collaboration à long terme entre les organes statutaires, les autres organismes et les organisations dirigées par des usagers est nécessaire pour veiller à ce que les services de traitement et de réduction des risques répondent aux besoins des consommateurs de drogue.
- Les groupes dirigés par des usagers doivent disposer de ressources adéquates s'ils veulent se développer et représenter un grand nombre de consommateurs de drogues avec des points de vue différents tout en restant suffisamment indépendants pour se montrer critiques à l'égard des services fournis.

Voir le document d'information intitulé [User-led interventions: an expanding resource?](#) et le document [Drug policy advocacy organisations in Europe](#).

En Europe, la participation active des consommateurs de drogues à la conception des interventions de lutte contre l'usage de drogue n'est pas récente: certaines actions pionnières dans ce domaine ont, par exemple, été mises en place aux Pays-Bas dans les années 70. Depuis peu, de plus en plus d'initiatives ont été lancées pour faciliter la participation des associations de consommateurs de drogues aux niveaux national et européen. La participation des usagers peut prendre diverses formes et poursuivre différents objectifs. Les activités peuvent inclure des enquêtes auprès des usagers concernés au sujet de l'accessibilité et de la qualité des services, demander conseil aux usagers pour le recrutement du personnel, l'organisation de groupes de discussion pour développer des interventions dans de nouveaux domaines, la participation des associations de consommateurs aux actions de plaidoyer et à l'élaboration des politiques sanitaires (voir l'encadré «[Éclairage... Les interventions menées par les usagers](#)», page 175).

Historiquement, les associations de consommateurs de drogues ont probablement œuvré de façon plus visible dans les domaines du soutien par les pairs, de l'éducation à la prévention des maladies infectieuses et d'autres activités de réduction des risques, ainsi que dans la sensibilisation et le plaidoyer au nom des usagers de drogues. Plus récemment, dans certains pays, des organisations dirigées par des usagers ont participé au développement d'initiatives d'entreprises sociales. Ces initiatives proposent généralement des emplois et des formations aux consommateurs de drogues, pendant ou après un traitement, afin de faciliter leur guérison et leur réinsertion sociale, et offrent également un soutien continu aux patients qui ont terminé leur traitement.

La participation des communautés locales est souvent cruciale pour garantir une mise en œuvre réussie des interventions. Si celles-ci ne sont pas mobilisées, elles peuvent faire obstacle à la mise en place d'interventions, par exemple en faisant campagne contre l'ouverture d'un centre de traitement dans leur région. D'un autre côté, l'appui des communautés peut favoriser la réinsertion sociale des personnes qui présentent des antécédents en matière de problèmes de drogue. Certains aspects de la mobilisation communautaire sont abordés dans la [section 4.5](#).

Un autre aspect de la mobilisation communautaire réside dans la participation de la société civile à la politique de lutte contre la drogue. Une analyse des informations disponibles en ligne réalisée pour l'EMCDDA en 2013 a recensé 218 organisations de défense d'intérêts en lien avec la politique antidrogue en Europe. Environ 70 % de ces organisations étaient actives d'une manière ou d'une autre

au niveau national, le reste étant réparti presque également entre le niveau local ou régional et le niveau européen ou international. Leurs principaux objectifs étaient surtout le développement des pratiques, 26 % de ces organisations préconisant la réduction de la consommation et 39 %, la réduction des risques. Ces organisations cherchaient à influencer les attitudes et les opinions du grand public et des décideurs politiques concernant l'offre de services de lutte contre la drogue et le contrôle des drogues, voire les deux, et à améliorer ainsi le bien-être des individus, des groupes ou des cercles touchés par la consommation de drogues.

Mettre les services en relation: collaboration entre les organismes

Bon nombre de consommateurs de drogues s'adressent aux structures, car ils présentent une combinaison complexe de problèmes de drogue et de santé mentale, physique et sexuelle. Cependant, les services sont souvent spécialisés dans la prise en charge d'un seul type de problème. Par conséquent, les patients doivent parfois être en contact avec de multiples organismes dont aucune n'a une vision globale de leurs problèmes et les soins dispensés peuvent alors manquer de coordination et de cohésion. Il peut aussi arriver que les personnes souffrant de problèmes multiples soient transférées d'un service à l'autre, sans qu'aucun organisme n'assume la responsabilité de leur prise en charge considérant que le problème principal du patient ne relève pas de leur domaine de compétence. Par exemple, les jeunes vulnérables aux prises avec des problèmes de drogue peuvent se faire balloter entre les services d'accueil à l'enfance et les services sociaux, les services de délinquance juvénile et les organismes de santé mentale ciblant les jeunes. De même, les personnes souffrant à la fois de problèmes de santé mentale et de problèmes de drogue peuvent parfois ne pas être considérées comme satisfaisant aux critères d'admission pour suivre un traitement spécialisé pour problèmes de drogue ou bénéficier de soins de santé mentale spécialisés. Une coopération efficace entre les services est donc essentielle pour répondre aux besoins sanitaires et sociaux complexes de bon nombre de personnes ayant des problèmes de drogue. Elle peut être facilitée par l'utilisation d'outils d'évaluation communs, l'établissement de protocoles d'orientation des patients et l'organisation de séances de formation conjointes. Des mécanismes efficaces de mise en relation avec les structures de prise en charge pour usage de drogue sont nécessaires dans divers domaines, en particulier les services de logement et les services sociaux, les services d'accueil à l'enfance, les prisons et les établissements de santé mentale, de soins de santé primaires et de santé sexuelle.



Éclairage... L'application des sciences comportementales aux politiques et aux pratiques de lutte contre la drogue

Il est établi que les biais comportementaux, comme le manque de vision à long terme ou l'excès de confiance (par exemple, penser qu'on sera capable de s'arrêter «quand on le voudra»), influencent les choix individuels. Ils peuvent amener un individu à agir à l'opposé de ce que l'on aurait pu attendre de lui. Les décideurs politiques doivent tenir compte de ces facteurs dans le cadre de l'élaboration des politiques ou des interventions.

Que sont les sciences comportementales?

Les sciences comportementales exploitent les informations issues d'études sur la façon dont les personnes se comportent véritablement, plutôt que sur la façon dont on pourrait imaginer qu'elles se comporteraient si elles agissaient toujours de façon totalement rationnelle, et ce, pour élaborer des interventions plus efficaces.

Les contributions de diverses disciplines, telles que l'économie comportementale, la psychologie sociale et cognitive, les neurosciences et la sociologie, sont intégrées pour aboutir à une meilleure compréhension du comportement humain réel et, par conséquent, des phénomènes socio-économiques. Les connaissances ainsi acquises sont ensuite exploitées pour contribuer à élaborer des politiques et des interventions plus efficaces, fondées sur des méthodes expérimentales solides.

Les sciences comportementales peuvent contribuer à améliorer les politiques de lutte contre la drogue en offrant de nouveaux outils pour influencer les comportements, en améliorant les prévisions sur les effets des politiques existantes et en créant de nouvelles perspectives stratégiques.

Comment peut-on les appliquer?

Les biais comportementaux varient selon les individus et les groupes, ainsi qu'entre les différents comportements. L'un des principaux enseignements tirés des sciences comportementales est que les solutions universelles ne fonctionnent pas. En d'autres termes, les interventions comportementales devraient être aussi ciblées et personnalisées que possible: elles devraient être conçues spécifiquement pour un groupe visé et pour un comportement particulier à encourager ou à décourager.

Les connaissances comportementales ont été mises à profit dans une variété d'interventions réussies. Citons, à titre d'exemple, l'utilisation d'un retour d'information personnalisé, individuel et en temps réel sur l'usage, les motivations et les méfaits de la consommation de cannabis dans le cadre d'un programme de dépistage en ligne. Cette initiative a induit une baisse de la consommation de cannabis à court terme. On a constaté que l'utilisation d'outils d'engagement, comme le fait d'encourager les personnes visées à établir un plan, aide ces personnes à arrêter de fumer. La gestion des contingences (une technique qui utilise systématiquement la définition de conséquences claires qui découragent la consommation de drogues et renforcent l'abstinence) est efficace pour faire baisser la consommation de cocaïne et maintenir les patients dépendants aux opioïdes en traitement.

Quel que soit l'objectif, on distingue trois étapes clés dans le processus d'utilisation d'une approche axée sur les connaissances comportementales pour élaborer des interventions dans le domaine de la dépendance à la drogue et d'autres domaines connexes:

- a) l'identification des groupes cibles, des éléments comportementaux (c'est-à-dire les motifs préexistants et un ensemble d'obstacles à surmonter) et des comportements visés pour l'intervention;
- b) la prise en considération des biais comportementaux (biais présent, confiance excessive, effets de cadrage, par exemple) qui peuvent être présents et des leviers comportementaux spécifiques (utilisation des défauts, mécanismes de rétroaction et rappels, par exemple) qui pourraient être utilisés pour élaborer des contextes plus favorables à des choix plus sains;
- c) la planification de l'évaluation de l'impact de toute intervention choisie.

Voir le document d'information intitulé [Applying behavioural insights to drug policy and practice: opportunities and challenges](#).

À titre d'exemple, on constate une prise de conscience de l'importance des interventions de santé sexuelle pour les consommateurs de drogues, puisqu'il peut y avoir des interactions entre les comportements à risque et les problèmes qui peuvent en découler. Cependant, à l'heure actuelle, les structures de prise en charge pour usage de drogue et les centres de prise en charge des problèmes de santé sexuelle fonctionnent séparément, ce qui rend difficile l'offre de soins «conjoints» aux personnes qui connaissent ces deux types de problèmes (voir l'encadré «[Éclairage... Le traitement des problèmes de santé sexuelle liés à la consommation de drogues](#)», page 77).

Il en va de même pour les structures de prise en charge pour usage de drogue et les services de santé mentale (voir l'encadré «[Éclairage... Addiction et comorbidités psychiatriques](#)», page 33). Les problèmes de santé mentale sont très élevés chez les personnes avec des problèmes de drogue, mais il est bien établi que ces personnes rencontrent souvent des difficultés pour accéder aux interventions dont elles ont besoin.

Il peut être utile d'établir des services multidisciplinaires spécialisés dans les situations où il existe des groupes de personnes présentant des besoins particuliers et une prévalence élevée de problèmes, et lorsque ces groupes sont réticents à faire appel aux services sanitaires non spécialisés existants. Il peut s'agir, par exemple, d'interventions destinées aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui consomment de la drogue et pratiquent le «chemsex», ou de programmes destinés aux femmes qui se prostituent ou aux sans-abri.

Adopter une approche systémique

Au lieu de se concentrer uniquement sur la mise en œuvre d'interventions individuelles, l'adoption d'une perspective globale peut appuyer les approches coopératives et la

collaboration entre organismes, et offrir divers avantages aux chercheurs, aux professionnels et aux décideurs politiques. Une telle approche peut contribuer à maximiser les synergies et à garantir l'utilisation efficace des ressources, ainsi que la mise en œuvre effective des programmes. Elle attire également l'attention sur les nombreuses et différentes composantes d'une intervention efficace, incite à la réflexion sur la façon dont celles-ci interagissent et encourage la planification et la gestion des ressources dans son ensemble. Le fait de ne plus mettre l'accent sur les programmes ou interventions individuels et les données scientifiquement validées à leur appui, mais plutôt sur la méthode dans son ensemble incite à procéder à un examen plus large des facteurs et des acteurs favorables. Cette démarche peut également favoriser la prise en considération d'un éventail plus large d'options politiques et de parties prenantes.

Les éléments suivants sont soigneusement pris en considération dans les approches systémiques de prévention et de traitement de l'usage de drogue:

- les populations cibles: leurs caractéristiques et leurs besoins ont des répercussions sur les solutions qui sont appropriées et susceptibles d'être mises en œuvre;
- les interventions: les programmes, services et politiques qui sont adoptés;
- les modérateurs: les aspects de la vie sociale, politique et culturelle qui influencent le fonctionnement, la mise en œuvre et les effets des activités, comme les inégalités sociales, les normes sociales et les cadres législatifs;
- l'organisation: le niveau auquel a lieu la prise de décisions, le mode de coopération entre les secteurs stratégiques et le mode de financement des activités;
- la main-d'œuvre: l'expérience professionnelle et la formation des personnes chargées de la mise en œuvre des programmes; et
- la recherche et le contrôle de la qualité: le développement de nouvelles interventions et le contrôle de la qualité des activités déjà mises en place.

5.3 | Suivi et évaluation



Le rôle du suivi et de l'évaluation

L'information, la recherche, le suivi et l'évaluation constituent l'un des thèmes transversaux de la stratégie antidrogue de l'Union européenne. Il s'agit clairement d'un domaine vaste et complexe, et ce guide ne peut pas étudier ces différents éléments de façon approfondie. Il s'agit ici de donner un aperçu général des raisons pour lesquelles ces éléments sont importants dans le contexte des actions de lutte contre l'usage de drogue, d'orienter le lecteur vers les ressources européennes existantes dans ce domaine et de mettre en lumière certaines questions spécifiques de méthode en ce qui concerne le suivi des réponses apportées dans le domaine de la lutte contre la drogue.

Il importe de souligner que, même si ces activités peuvent souvent se chevaucher ou être liées, et même si les termes «suivi», «évaluation» et «recherche» sont parfois utilisés de manière interchangeable, il existe des différences fondamentales entre ces notions d'un point de vue conceptuel. En termes très simples, la recherche désigne un ensemble d'activités structurées visant à recueillir et évaluer des données scientifiquement validées au moyen de méthodes scientifiques afin de répondre à une question précise. Le suivi, quant à lui, fait référence à la collecte d'informations au fil du temps et la revue régulière de ces informations, par exemple pour décrire la situation à un moment précis ou recenser des changements importants. Enfin, l'évaluation peut s'appuyer sur les informations obtenues par le suivi ou prendre la forme d'une recherche officielle. Toutefois, l'objectif de l'évaluation est de porter un jugement sur des résultats produits par une politique, un programme ou une intervention en fonction des critères de réussite prédéterminés.

Le suivi des réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue en Europe: une vue d'ensemble

Le suivi et l'évaluation sont des tâches essentielles dans la mise en œuvre d'un programme. Comprendre les activités d'un programme, suivre les progrès et les caractéristiques des patients, et s'assurer que les interventions atteignent les objectifs de performance fixés sont autant d'éléments qui peuvent être considérés comme des aspects fondamentaux d'une bonne gouvernance. Cependant, la façon de mener

ces activités de suivi et la revue des informations collectées sera propre à chaque entité et à chaque contexte. Lors de la conception de systèmes de collecte de données, il est important d'utiliser, dans la mesure du possible, des outils et des mesures établis, permettant ainsi au suivi du programme de mieux contribuer à une compréhension plus générale des activités dans leur ensemble.

Aux échelles nationale et européenne, la collecte de données sur les réponses sanitaires et sociales dans le domaine de la lutte contre la drogue est nécessaire pour plusieurs raisons. Il s'agit notamment de dresser un tableau plus précis et plus global de la situation en matière de consommation de drogues, de déceler les tendances émergentes à un stade précoce, de recenser et de partager des informations objectives sur les bonnes pratiques en vigueur afin d'éclairer la planification et la mise en œuvre des interventions, et de fournir aux décideurs politiques les données scientifiquement validées nécessaires pour élaborer des stratégies nationales et régionales en matière de drogues et les évaluer. Dans le contexte de l'Union européenne, les points focaux nationaux du réseau Reitox de l'EMCDDA jouent un rôle essentiel en tant que fournisseurs d'informations. Ils contribuent également au suivi épidémiologique et aux évaluations des risques, comme le système d'alerte précoce de l'Union européenne sur les nouvelles substances psychoactives. Des informations sur le réseau Reitox de points focaux nationaux sont disponibles sur le [site internet de l'EMCDDA](#).

Les informations épidémiologiques sont importantes, car elles éclairent les discussions politiques sur les réponses à apporter, contribuent à ce que ces réponses restent proportionnées par rapport aux besoins et facilitent l'évaluation des différentes possibilités politiques dans ce domaine. Le travail de suivi doit refléter les principaux objectifs des réponses européennes et nationales apportées aux problèmes de drogue, tels que la réduction de la prévalence, de la fréquence ou de la gravité des conséquences sanitaires et sociales associées à l'usage problématique de drogues dans la population. Les principaux domaines concernant les activités épidémiologiques comprennent, entre autres, le suivi de la prévalence de la consommation de drogues, la transmission des virus à diffusion hémotogène, les décès par surdose et la morbidité liée à la consommation de drogues, ainsi que le

nombre de personnes commençant un traitement spécialisé pour des problèmes de drogue.

Outre les données épidémiologiques, le système européen de suivi recueille également des informations sur le type, la nature et la disponibilité des réponses mises en œuvre au sein des États membres de l'Union européenne pour remédier aux problèmes de drogue. Si ces informations sont manifestement importantes pour des raisons méthodologiques, pratiques et financières, elles peuvent être difficiles à recueillir. Par exemple, les interventions telles que la prévention de l'usage de drogue peuvent être intégrées dans les actions menées par différents organismes et s'inscrire dans un ensemble plus large de mesures ciblant d'autres comportements problématiques. Les coûts et les difficultés pratiques à surmonter pour analyser ces interventions avec précision, séparément et dans le temps, sont tels qu'il n'existe souvent pas de données numériques fiables pouvant être exploitées de manière agrégée. Par ailleurs, la fourniture d'interventions de lutte contre l'usage de drogue fait de plus en plus partie du travail des organismes chargés de missions sociales et sanitaires plus vastes, et le suivi et la transmission des données peuvent s'effectuer dans ce contexte. Cela signifie qu'il peut s'avérer difficile ou excessivement coûteux de recueillir des informations sur les interventions de lutte contre la drogue ou d'avoir accès à de telles informations. L'organisation et la prestation des soins de santé et des services sociaux varient aussi considérablement d'un pays européen à l'autre, ce qui représente un autre obstacle pour la mise en place d'initiatives de suivi standardisées. Dans l'ensemble, ces difficultés signifient qu'en dehors de certains domaines très restreints dans lesquels des ensembles de données numériques existent et peuvent être régulièrement collectés, les données qualitatives et les avis d'experts, combinés avec des études ad hoc approfondies, forment la base de l'analyse comparative des réponses apportées aux problèmes de drogue au niveau européen.

Les données présentées dans ce guide démontrent que les réponses aux problèmes de drogue peuvent être décrites dans des termes généraux. De plus, il est possible de repérer les domaines dans lesquels ces réponses semblent être insuffisantes ou différent sensiblement, et de suivre les changements au fil du temps. Il est cependant manifeste que des données importantes font défaut et qu'il est souvent difficile de trouver des indicateurs solides de la qualité ou de la disponibilité des interventions. Les progrès des technologies de l'information offrent heureusement de nouvelles possibilités de suivi qui auront probablement un impact sur les données qu'il sera possible de recueillir dans le futur. Ces éléments mettent en évidence le fait qu'il conviendrait d'accorder la priorité non seulement au recensement des principaux besoins d'informations pour

l'élaboration de réponses aux problèmes de drogue actuels et à venir, mais également à l'élaboration d'indicateurs connexes adaptés au suivi de routine. Cela nécessite d'adopter une approche pragmatique duale qui définit et privilégie les domaines qui sont actuellement les plus utiles et les plus faisables, tout en cherchant et en développant de manière continue de nouvelles sources d'informations pour combler les insuffisances critiques ou pour éclairer le développement d'interventions dans les nouveaux domaines problématiques.

Au niveau global, le suivi devrait permettre de recenser et de quantifier les interventions disponibles, ainsi que ce qu'elles font, qui en sont les bénéficiaires et dans quelle mesure. Indépendamment du domaine d'intervention ou du niveau de mise en œuvre, les étapes à respecter pour permettre au suivi d'atteindre ces objectifs sont semblables.

Il est tout d'abord indispensable d'élaborer un cadre de suivi pour un domaine spécifique, fondé à la fois sur une vision théorique de ce que devraient être les composantes essentielles de l'intervention et sur la connaissance des services existants. Le but de ce cadre est de définir un ensemble distinct d'activités qui peuvent être ensuite regroupées pour constituer une catégorie d'intervention à des fins de suivi. À partir de là, on définit un ensemble minimum de mesures ou de questions. Une fois que cela est fait et que des informations sont régulièrement recueillies, on peut exploiter ces données pour répondre à des questions importantes, telles que: «le niveau de l'offre est-il suffisant?», «existe-t-il des insuffisances dans l'offre?» et «les actions mises en place correspondent-elles à ce que l'on sait des pratiques efficaces dans le domaine concerné?».

Situation actuelle et priorités en matière de suivi dans certains domaines d'intervention importants

L'EMCDDA collecte une série d'indicateurs épidémiologiques pour tous les pays de l'Union européenne, la Norvège et la Turquie, ainsi que certaines informations relatives à des domaines d'intervention importants (voir le tableau 5.1). Le [rapport européen sur les drogues](#) donne un aperçu annuel de ces données, et les données par pays sont disponibles dans [30 rapports nationaux sur les drogues](#) ainsi que dans le [Statistical Bulletin](#), qui est mis à jour chaque année. Lorsqu'elles sont complétées par d'autres types d'informations, par exemple concernant les coûts des interventions, ces données peuvent étayer différents types d'évaluation, y compris l'analyse d'impact ou la prise en considération du rapport coût-efficacité. Cette section traite plus en détail de la situation actuelle

de la collecte de données dans les principaux domaines d'intervention et des priorités en matière de développement.

TABLEAU 5.1
Informations recueillies par l'EMCDDA concernant les réponses sanitaires et sociales aux problèmes de drogue

Prévalence de la consommation de drogues en population générale	Adultes
	Enfants scolarisés
Prévalence de la consommation problématique de drogues	Opioides
	Consommation par injection
	Autres drogues
Demande de traitements	Structures de traitement
	Premier traitement ou non
	Drogue principale et autre(s) drogue(s) consommée(s)
	Mode d'administration et fréquence de la consommation
	Caractéristiques sociodémographiques des patients
Consommation de drogues chez les détenus	Avant l'incarcération
	Pendant la détention
Décès par surdose	Toxicologie (types de drogues impliquées)
	Caractéristiques sociodémographiques
Maladies infectieuses	Notification des cas de VIH, sida, VHC et VHB
	Prévalence du VIH, VHC et VHB
Réponses sanitaires et sociales	Traitement de substitution aux opioïdes: <ul style="list-style-type: none"> ■ nombre de patients ■ informations sur le programme
	Programmes d'échange de seringues: <ul style="list-style-type: none"> ■ nombre de seringues distribuées, de patients, de contacts ■ lieux et couverture géographique
	Prévention: avis d'expert sur le taux de couverture de différents types d'interventions

NB: les données peuvent être consultées dans le [Statistical Bulletin](#) et les analyses sont publiées dans le [rapport européen sur les drogues](#) et les [rapports nationaux sur les drogues](#).

Prévention

En théorie, la prévention regroupe habituellement des activités relevant de trois grands domaines: la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention indiquée. Cette classification tient compte de la population cible de l'intervention et du niveau de risque évalué pour ce groupe plutôt que de l'objectif global

ou du contenu de l'intervention mise en place. Plus récemment, une attention croissante a été accordée aux approches de prévention axées sur l'environnement. Étant donné que la prévention de l'usage de drogue s'inscrit souvent dans le cadre d'une stratégie plus large de lutte contre l'abus de substances — et parfois d'autres comportements problématiques —, il peut être particulièrement difficile d'assurer le suivi de ces interventions. Actuellement, au niveau de l'Union européenne, l'on ne dispose que d'informations descriptives sur l'étendue et la nature des services offerts, et il est nécessaire d'améliorer la communication de données pour permettre une analyse comparative plus fiable. Certains pays s'en sortent un peu mieux, mais, dans l'ensemble, la capacité à assurer le suivi des activités au niveau global reste limitée. Il s'agit d'un domaine dans lequel les preuves d'efficacité se multiplient, mais ces informations ne sont pas toujours évidentes en ce qui concerne les réponses mises en œuvre. Les efforts de suivi se concentrent de plus en plus sur l'élaboration de mesures qui permettent de repérer le recours à des approches fondées sur des données scientifiquement validées ou certains aspects indiquant le niveau de qualité des programmes, tels que l'utilisation de manuels ou de recommandations. Cela traduit le fait que la définition de bonnes pratiques et la promotion de leur adoption peuvent être considérées comme une priorité dans ce domaine.

Réduction des risques et dommages liés à la drogue

Les mesures visant à réduire les décès et autres dommages liés à la drogue ainsi que les actions visant à atténuer les nuisances publiques font partie intégrante de nombreuses stratégies nationales antidrogue et constituent une priorité politique évidente dans la majorité des pays européens. La collecte de données dans ce domaine au niveau européen a pour but d'améliorer les informations sur le niveau de mise en œuvre des mesures de réduction des risques et des dommages fondées sur des données scientifiquement validées en surveillant les stratégies et les réponses nationales, en analysant les informations disponibles et en documentant les projets fondés sur des données scientifiquement validées afin de soutenir le transfert de compétences à travers l'Europe. Les approches actuelles s'appuient sur des données épidémiologiques concernant l'usage problématique de drogues, la consommation de drogues par voie intraveineuse et la prévalence de la transmission des maladies infectieuses ainsi que les tendances en la matière. Outre le suivi des dommages chroniques, de plus en plus de données, tant au niveau national que dans le cadre d'initiatives européennes (par exemple le projet Euro-DEN), font la lumière sur les dommages graves liés à la consommation de drogue, tels qu'ils sont recensés lors des admissions dans les services d'urgences. Actuellement, les principales données quantitatives disponibles au niveau de l'Union européenne pour assurer le suivi des interventions visant à réduire les risques et les dommages liés à la consommation de drogue concernent la mise à disposition de seringues par l'intermédiaire de

programmes spécialisés (pour un nombre limité de pays) et l'offre de traitements de substitution aux opioïdes. Par ailleurs, de plus en plus de données sont désormais disponibles concernant l'établissement de salles de consommation de drogues à moindre risque et les programmes axés sur la fourniture de naloxone. À l'instar du suivi de la prévention, il existe, au niveau de l'Union européenne, des avis d'experts et des informations descriptives sur l'étendue et la nature des interventions liées à la réduction des risques et des dommages, mais des améliorations sont nécessaires pour permettre une analyse comparative.

Traitement pour usage de drogue

Pour réduire la demande de drogues, il est crucial de garantir la disponibilité et l'accessibilité de traitements ciblés et diversifiés et d'améliorer la qualité des traitements. L'EMCDDA recueille des informations sur les traitements au moyen de plusieurs outils de suivi qui visent à :

- collecter des données sur les politiques et le cadre organisationnel du traitement pour usage de drogue, ainsi que sur la disponibilité, l'accessibilité et la diversification des traitements;
- collecter des données qui documentent les mesures d'assurance qualité que les pays ont prises pour atteindre et maintenir un niveau élevé de qualité dans la prestation des services de traitement;
- collecter des données quantitatives sur le nombre de personnes suivant un traitement pour usage de drogue dans les États membres de l'Union européenne, y compris sur les caractéristiques des patients qui commencent un traitement spécialisé (par exemple, type de drogue, caractéristiques sociodémographiques) et le nombre de patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes.

Certains pays européens disposent de registres des traitements pour usage de drogue qui contiennent des données pouvant être utilisées pour évaluer les stratégies antidrogue et fixer de nouveaux objectifs. Tel est le cas du Royaume-Uni, où le *National Drug Treatment Monitoring System* recueille des renseignements sur tous les adultes admis en traitement, y compris les raisons de leur départ éventuel et les résultats thérapeutiques. Dans d'autres pays européens, des études d'observation de long terme ont apporté d'importantes indications sur les résultats des traitements. En Irlande, l'étude ROSIE s'est également penchée sur la consommation de substances pendant le traitement; une étude allemande a analysé différents résultats thérapeutiques dans des centres spécialisés et des structures fournissant des soins de santé primaires, tandis qu'une étude danoise s'est aussi intéressée à l'abstinence. Certaines de ces études ont pris en considération l'incidence et les causes de la mortalité, et plusieurs études de cohortes ont également été réalisées sur la mortalité dans certains groupes spécifiques considérés pour différentes raisons comme problématiques, comme les consommateurs de drogues par injection et les détenus.

En outre, dans certains pays, il existe des systèmes de collecte de données qui comprennent une évaluation systématique de la qualité des soins de santé en fonction de critères prédéfinis. Ces systèmes privilégient la communication d'informations sur les résultats thérapeutiques qui sont considérés comme des indicateurs de qualité. Quelques exemples: en Italie, le programme national d'évaluation des résultats en matière de santé (*Piano nazionale Esiti*); en France, les [indicateurs de qualité et de sécurité des soins](#) de la Haute Autorité de santé; en Allemagne, l'[Institut pour la qualité et l'efficacité des soins de santé](#) (IQWiG); et en Suède, *Socialstyrelsen*. Ces systèmes font partie des mécanismes nationaux de suivi et d'évaluation, et ils devraient contribuer à l'amélioration des services et au repérage des lacunes scientifiques.

Prisons

Dans le cadre d'un programme cherchant à améliorer la qualité et la comparabilité des informations sur les interventions mises en œuvre dans les prisons des pays européens, l'EMCDDA a publié un cadre méthodologique pour surveiller la consommation de drogue et assurer le suivi des réponses apportées à ce problème dans ce contexte. L'objectif est de consolider les informations sur la présence de drogues en prison et d'accroître la comparabilité des informations entre les pays. Ce cadre comprend deux volets relatifs au suivi (épidémiologie et interventions). L'EMCDDA collecte actuellement des données sur la prévalence de l'usage de drogues et les habitudes de consommation de drogues chez les détenus, ainsi que sur la prévalence des maladies infectieuses en milieu carcéral, et des informations qualitatives sur la situation actuelle et les évolutions dans le domaine des drogues et des prisons à l'échelle nationale. Un aperçu des travaux de l'Observatoire dans ce domaine est disponible sur le [site internet](#) de l'EMCDDA.

Évaluation: comprendre l'impact des interventions de lutte contre la drogue

L'évaluation implique de porter un jugement sur l'impact d'une activité. Les données de suivi constituent habituellement un élément central de ce type d'analyse, bien qu'elles puissent être complétées par des processus spécifiques de collecte d'informations.

En plus de refléter les objectifs particuliers d'interventions données, les données recueillies aux fins de l'évaluation de l'impact des réponses apportées aux problèmes de drogue peuvent aussi inclure, de façon utile, des indicateurs relatifs à d'autres objectifs politiques plus larges. L'évaluation de l'impact des programmes d'échange de seringues pourrait, par exemple, tenir compte des avantages potentiels que la communauté locale tirerait de la diminution des déchets liés à la consommation de drogues. De même, des évaluations

économiques de certains types de traitement (comme le traitement de substitution aux opioïdes) ont indiqué que l'un des principaux avantages économiques de ces traitements est lié au recul des activités criminelles chez les patients en traitement et à la baisse parallèle des coûts des services de police et du système de justice pénale. Une compréhension de tous les effets des interventions peut éclairer les choix

politiques et contribuer à garantir que ces interventions représentent la meilleure utilisation possible des ressources publiques.



Favoriser une mise en œuvre réussie: implications pour les politiques et les pratiques

Mise en pratique des données scientifiquement validées

- La mise en œuvre des normes minimales européennes de qualité pour la réduction de la demande et l'élaboration de normes et de recommandations nationales en matière de qualité peuvent contribuer à accroître la qualité des réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue en Europe.
- Les sites internet offrant un accès facile aux données scientifiquement validées sur les interventions à l'efficacité avérée et les registres de bonnes pratiques, à l'instar du [portail des bonnes pratiques](#) de l'EMCDDA, peuvent contribuer à promouvoir l'adoption de programmes fondés sur des données scientifiquement validées. Les outils électroniques de soutien à la santé en ligne peuvent également jouer un rôle pour veiller au respect des bonnes pratiques, par exemple en encadrant la prescription selon des protocoles, en améliorant la gestion des patients ou en favorisant l'accès aux données scientifiquement validées et aux bonnes pratiques.

Développement de méthodes et de partenariats efficaces

- Les consommateurs de drogues sont des partenaires essentiels dans l'élaboration des réponses apportées aux problèmes de drogue. Les initiatives d'entreprises sociales dirigées par des usagers qui proposent des emplois et des formations afin de favoriser la réinsertion sociale et la guérison et qui offrent un soutien continu aux personnes qui ont terminé un traitement peuvent constituer un précieux complément aux services de traitement et de réinsertion sociale déjà présents.
- De nombreuses personnes souffrant de problèmes liés à la consommation de drogues ont des besoins complexes et doivent faire appel à de multiples services. La collaboration entre les différents intervenants et l'établissement de liens solides, ainsi que l'élaboration de protocoles et de filières d'orientation sont cruciaux pour répondre de façon efficace et efficiente à leurs besoins multiples.
- Le fait d'adopter une logique systémique d'offre de services dans un domaine, au lieu de se concentrer sur les interventions individuelles, attire l'attention sur les différentes composantes requises pour la mise en œuvre des programmes, ainsi que sur la façon dont elles interagissent. Cette démarche facilite l'utilisation efficace des ressources et soutient davantage la collaboration entre les différents intervenants, tout en encourageant potentiellement la prise en considération d'un éventail plus large d'options politiques et de parties prenantes.

Suivi et évaluation

- Le suivi de la situation et des réponses apportées aux problèmes recensés est essentiel pour mettre en place des politiques et des pratiques efficaces et efficientes en matière de lutte contre la drogue. L'EMCDDA et d'autres organismes collectent des données épidémiologiques diverses et variées, mais les informations recueillies sur les interventions mises en œuvre sont fragmentaires et leur amélioration devrait être une priorité. Les tâches importantes dans ce domaine comprennent l'identification des principaux besoins d'informations pour l'élaboration des réponses aux problèmes de drogue actuels et futurs, ainsi que la mise au point d'indicateurs pour le suivi de routine.
- L'évaluation des interventions et des politiques est également importante pour déterminer ce qui peut fonctionner, dans quelles circonstances et s'il y a des conséquences imprévues. Le corpus actuel de données scientifiquement validées sur les réponses apportées aux problèmes de drogue est peu fourni dans de nombreux domaines et un soutien continu est nécessaire, tant pour les évaluations que pour les initiatives qui synthétisent et diffusent les résultats. Il serait utile d'élargir les systèmes de suivi en considérant les résultats des réponses mises en œuvre (comme les résultats thérapeutiques).

Il peut s'avérer difficile de démontrer que les réponses apportées ont une influence sur la santé publique. Pour ce faire, il conviendrait de mettre en place des systèmes de collecte de données et des analyses permettant de déceler les diminutions, au niveau de la population, de l'ampleur des effets nocifs des problèmes de drogue. Il importe également de trouver des données scientifiquement validées qui permettent d'attribuer de façon plausible aux interventions les améliorations apportées à ces problèmes. Dès lors, il est fondamental que les décideurs politiques intègrent dans leurs stratégies et plans d'action antidrogue le financement de systèmes de suivi capables de produire les informations nécessaires à la prise de décisions.

L'évaluation devrait jauger, de manière aussi objective que possible, les effets d'une politique ou d'un programme, les façons dont cette politique ou ce programme fonctionne et dans quelle mesure elle ou il atteint ses objectifs. Idéalement, l'évaluation est réalisée à l'aide de méthodes scientifiquement rigoureuses, par des évaluateurs indépendants des interventions examinées, de sorte que les conclusions puissent être considérées comme non biaisées.

L'évaluation est de plus en plus reconnue, au niveau global, comme un élément essentiel pour garantir l'impact sur la santé publique des réponses aux problèmes de drogue. La neutralité offerte par un cadre impartial d'examen des avantages associés à différentes approches peut être utile dans un domaine où les différentes parties prenantes peuvent avoir des points de vue divergents et tout aussi tranchés. En outre, grâce à un processus constant de diversification et d'innovation, les programmes et services de réduction de la demande de drogues englobent désormais une grande variété d'approches et de méthodes. Il est donc devenu plus difficile d'évaluer la valeur relative de ces différents programmes et approches. Le choix d'une intervention de prévention particulière, par exemple, dépend souvent davantage de considérations telles que la facilité d'accès, le coût, le caractère familier ou le charisme de la personne qui propose l'intervention que d'une évaluation

systématique des avantages et des inconvénients associés aux différents programmes en concurrence.

Par ailleurs, l'offre accrue d'interventions de prévention, de traitement et de réduction des risques et des dommages, tant sur le plan quantitatif que sur celui de la diversité, a entraîné une compétition entre les services dédiés aux patients. La nécessité de justifier des investissements de fonds publics dans les centres de traitement requiert d'appliquer des critères rationnels et de recueillir des données pertinentes sur leur efficacité et leur rentabilité. L'évaluation des services est donc de plus en plus considérée comme un élément essentiel de l'élaboration d'une politique antidrogue fondée sur des données scientifiquement validées.

Enfin, les problèmes liés à la drogue continuent d'évoluer, et il est nécessaire d'imaginer et d'évaluer de nouveaux modèles de prestations pour veiller à ce que les interventions demeurent adaptées aux besoins. Ces changements se produisent dans le contexte plus général du vieillissement de la population qui pèse de plus en plus lourdement sur les budgets de la santé dans le monde entier. Cette préoccupation a déjà commencé à pousser les services de santé et de traitement vers des solutions moins coûteuses et plus souples, et elle se manifeste dans l'ensemble du secteur sanitaire. La pression croissante sur les services de santé et les ressources limitées dont ils disposent pourraient entraîner une diminution des financements disponibles aux fins de l'évaluation. Inversement, pour maximiser la valeur des ressources restreintes, il sera de plus en plus important de connaître l'efficacité des traitements et de savoir quels traitements fonctionnent le mieux auprès de quels patients.

Plusieurs outils sont disponibles pour faciliter l'évaluation des interventions de réduction de la demande, notamment les [recommandations](#) de l'EMCDDA relatives à l'évaluation. Ces outils devraient contribuer à faire évoluer les politiques et les pratiques vers une évaluation plus généralisée et systématique des services de prévention et de traitement.



Ressources supplémentaires

EMCDDA

- Statistical bulletin.
- Rapport européen sur les drogues — Tendances et évolutions 2017.
- Rapports nationaux sur les drogues.
- Portail des bonnes pratiques — registre Xchange.
- Drug policy advocacy organisations in Europe, EMCDDA Papers, 2013.
- Evaluating drug policy — A seven-step guide, Manuals, 2017.
- Evaluation: a key tool for improving drug prevention, monographie, 2000.
- Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union, monographie, 1998.
- Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use, Insights, 2007.
- Neil Hunt, Eliot Albert et Virginia Montañés Sánchez, *User involvement and user organising in harm reduction, Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, chapitre 12, 2010.
- User-led interventions: an expanding resource?, Russell Webster, Background paper.

Autres sources

- Projet UPC-ADAPT (*Universal Prevention Curriculum in Europe*).
- Boîte à outils pour la formation aux normes de qualité du projet *European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS)*.
- Le cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (*Consolidated Framework for Implementation Research*).
- Référentiel GAP (Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogues) de l'ONUDC.

Des liens vers d'autres ressources sont disponibles à l'adresse <https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

Perspectives: répondre efficacement aux problèmes de drogue en Europe

Le point de départ

Ce guide européen a été conçu pour donner aux lecteurs une vue d'ensemble du paysage complexe des réponses apportées aux problèmes de drogues en Europe. Il recense aussi bien les possibilités d'amélioration des interventions que les lacunes nécessitant une attention particulière. Leur importance relative varie toutefois en fonction des contextes nationaux, reflétant ainsi l'hétérogénéité des problèmes de drogue observés en Europe. Néanmoins, il est possible de tirer certaines conclusions générales d'un point de vue européen sur les principaux défis actuels en matière de santé publique. Ce guide met en évidence la nature multidimensionnelle des problèmes de drogue et les multiples réponses possibles qui sont nécessaires pour satisfaire aux besoins divers et objectifs visés. Il permet au lecteur d'examiner la logique guidant le choix de différentes approches et de faire un tour d'horizon conceptuel des différentes étapes de conception, ciblage et mise en œuvre des réponses aux problèmes de drogue. Le guide souligne systématiquement l'importance de définir clairement les problèmes et de comprendre les conséquences inhérentes au fait de travailler avec différents groupes cibles et dans différents contextes d'interventions. Conscients du fait que nous devons faire face à de nouveaux défis qui nous obligeront probablement à nous adapter et à développer de nouvelles réponses, nous avons essentiellement conçu ce guide en partant du principe qu'il est nécessaire de réfléchir de façon logique et structurée à l'élaboration des politiques et des services en matière de lutte contre la drogue, sur la base d'une évaluation continue des besoins et d'une compréhension des interventions efficaces. De plus, cette forme de réflexion structurelle améliore la capacité à cerner les nouveaux problèmes et à y remédier.

Les réponses apportées par l'Europe aux problèmes de drogue ont été, dans une large mesure, définies par l'épidémie de consommation d'héroïne par injection que la plupart des pays ont connue dans les années 90. Des modèles d'interventions efficaces ont été mis au point et ont eu une incidence considérable sur ce problème. Nous avons appris à bien des égards ce qu'il est nécessaire de faire pour répondre aux besoins des personnes qui souffrent de problèmes liés aux opioïdes ou qui consomment des drogues par injection. Il est intéressant de noter que bon nombre des activités aujourd'hui considérées comme des réponses incontournables dans ce domaine ont d'abord été perçues comme étant discutables, et parfois même contre-intuitives. Dans certains pays, le niveau d'offre reste cependant loin d'être optimal et il existe un risque que les progrès sanitaires accomplis dans ce domaine soient compromis. Il y a lieu de craindre qu'en cette période d'austérité

financière, les quelques réussites que nous avons connues en termes d'interventions puissent être interprétées comme un signe indiquant qu'il n'est plus nécessaire de poursuivre les investissements dans ce domaine. En réalité, il serait imprudent, du point de vue de la santé publique, de ne pas continuer à soutenir de façon adéquate les interventions qui se sont avérées être à la fois efficaces et rentables, comme le traitement de substitution aux opioïdes.

Mise à profit du potentiel des nouvelles technologies

Concernant l'avenir, il est important de prendre en considération l'impact des nouvelles technologies, de la mondialisation et des évolutions politiques, sociales et démographiques internationales sur le problème de la drogue en Europe. Ces changements se manifestent à travers l'émergence de nouvelles substances psychoactives et la façon dont l'internet, les applications de réseaux sociaux, les nouvelles technologies de paiement et les logiciels de cryptage commencent à modifier la manière dont les drogues peuvent s'acheter et se vendre. Ces changements affectent non seulement les marchés de la drogue, ce qui a des répercussions sur les habitudes de consommation, mais également la nature des réponses sociales et sanitaires qu'il conviendra d'apporter à l'avenir. Il s'agit d'un domaine dans lequel les pays européens ont souvent été prêts à mener des expériences et prompts à innover. S'ils veulent que leur action reste opportune, les intervenants dans la lutte contre les problèmes liés à la drogue devront continuer à développer de nouvelles technologies et, notamment, à en exploiter le potentiel pour appuyer un meilleur déploiement des initiatives de prévention, de traitement et de réduction des risques. Les applications de santé en ligne peuvent accroître la portée de certaines interventions, par exemple dans les zones rurales ou auprès des jeunes vulnérables qui peuvent être réticents à entrer en contact avec les services sanitaires non spécialisés. Cependant, elles peuvent aussi contribuer à la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données scientifiquement validées en aidant les professionnels à accéder à ces données disponibles, en facilitant la mise en place d'interventions appropriées, en améliorant la gestion des cas et en dispensant des formations. De même, il importera de suivre de près les progrès accomplis dans les neurosciences et, plus particulièrement, en ce qui concerne les nouvelles pharmacothérapies. Celles-ci peuvent enrichir la boîte à outils clinique avec de nouveaux instruments, mais il sera essentiel de trouver la meilleure façon de les mettre en œuvre parallèlement aux autres approches cliniques établies si l'on veut qu'elles soient employées efficacement.

L'importance d'utiliser et d'étoffer le corpus des données scientifiquement validées

Le raisonnement selon lequel les réponses devraient être fondées sur des preuves d'efficacité est un principe central des politiques européennes en matière de lutte contre la drogue, même si certains détracteurs pourraient faire valoir que ce n'est pas toujours le cas dans la pratique. Les réponses reposant sur des données scientifiquement validées ne cessent cependant de gagner du terrain en Europe et l'on constate, dans le contexte financier actuel, un intérêt plus prononcé que jamais pour garantir l'allocation la plus judicieuse possible des ressources sanitaires limitées mises à disposition. Il est essentiel de considérer les données scientifiquement validées qui existent à l'appui d'une intervention particulière, ainsi que les façons dont on peut tirer parti de ces données pour guider l'élaboration de réponses. À mesure que les données scientifiquement validées se multiplieront et que les interventions deviendront de plus en plus intégrées, il sera probablement nécessaire de comprendre de façon plus approfondie la nature et le rôle

de ces données. Les compétences dans ce domaine sont de plus en plus nombreuses, comme l'illustrent les progrès réalisés dans le transfert des connaissances et la science de la mise en œuvre, entre autres.

La logique adoptée ici a été de reconnaître que le fait d'être *fondé sur des données scientifiquement validées* ne correspond pas une situation binaire et intrinsèque qu'un ensemble d'activités peut ou non présenter. Il s'agit plutôt d'une évaluation de l'état actuel de la base de connaissances dans un continuum d'incertitude et dans un contexte de résultats définis. Ce dernier point est fondamental, car les données scientifiquement validées n'ont de sens que dans un contexte de résultats précis, soigneusement mesurés par rapport à une population et à un cadre particulier. La modification d'un seul de ces paramètres augmentera le degré d'incertitude. De même, on ne peut pas supposer qu'une réponse fonctionnera de la même façon dans un autre cadre ou avec des groupes différents de population simplement parce qu'il a été démontré qu'elle fonctionne dans un cadre ou avec une population donnée. Cela signifie que l'interprétation et l'application de nos connaissances sur les interventions qui «fonctionnent» ne seront jamais simples. Il est ainsi préférable de considérer l'utilisation des données scientifiquement validées comme un processus continu; une conclusion et un message clé se dégageant de ce guide. Cela signifie également qu'il faut accepter que, pour beaucoup de problèmes, les interventions reposeront sur un ensemble lacunaire d'informations, et qu'elles devront perpétuellement être adaptées aux contextes spécifiques dans lesquels elles seront mises en œuvre.

Dans tous les domaines, il est donc essentiel de continuer à développer la base des connaissances, non seulement pour déterminer si différents types de réponses, qu'il s'agisse de nouvelles approches ou de plus anciennes, peuvent fonctionner et dans quelles circonstances, mais aussi la mesure avec laquelle ces réponses sont mises en œuvre, et avec quel niveau d'efficacité. La coordination et la coopération en Europe en matière de recherche, de suivi et de partage des bonnes pratiques dans le domaine des réponses sanitaires et sociales apportés aux problèmes de drogue seront vitales pour accroître leurs efficacité et efficience.

Les avantages de la logique systémique et des partenariats

Ce guide a souligné l'intérêt d'adopter un point de vue global et il est aussi de plus en plus reconnu que les différentes interventions doivent être coordonnées et déployées de manière combinée. Cette approche est pertinente parce que les personnes concernées peuvent présenter des besoins multiples, mais également parce que les problèmes de drogue sont complexes et interagissent ou coexistent souvent avec d'autres problèmes sanitaires ou sociaux. Ce guide met en exergue de nombreux exemples où il serait possible de mieux coordonner et intégrer les interventions de lutte contre la drogue avec d'autres secteurs d'action, notamment les initiatives communautaires de prévention, les prisons et le système de justice pénale, les soins de santé sexuelle et mentale et les services de logement et d'aide sociale. Ce sont autant de domaines dans lesquels des réponses mieux coordonnées sont susceptibles d'avoir des effets bénéfiques significatifs en matière de santé et de contribuer à une utilisation plus efficace des ressources limitées mises à disposition. Certains groupes de la population ont particulièrement besoin de programmes intégrés, à l'instar des consommateurs d'opioïdes vieillissants, qui sont plus vulnérables aux problèmes de santé. Pour ce faire, les services de lutte contre l'usage de drogue devront probablement prendre contact et établir de nouveaux partenariats avec un groupe plus vaste de prestataires de services sociaux et de soins de santé plus généraux, comme les services de santé gériatrique. Dans certains cas, il sera nécessaire d'établir

des services de soins spécialisés — une évolution déjà observée dans certaines régions d'Europe.

L'importance particulière des partenariats dans la conception d'interventions efficaces en matière de lutte contre la drogue fait partie intégrante d'une logique systémique et constitue une autre conclusion générale de ce guide. Les partenariats sont nécessaires parce que la nature multidimensionnelle des problèmes de drogue requiert une coopération entre les services et la nécessité d'ancrer efficacement les interventions dans les contextes locaux exige la mobilisation et le soutien des communautés locales. En outre, les usagers de services, les familles et la société dans son ensemble sont tous touchés par les problèmes de drogue et de différentes manières. Leurs expériences et leurs points de vue divergents peuvent apporter une contribution précieuse à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions.

La valeur ajoutée des partenariats s'applique également aux échelons européen et international. Ce guide met en évidence quelques exemples d'initiatives de bonnes pratiques et de projets de recherche financés par l'Union européenne, comme les initiatives qui définissent des normes pour les interventions dans les lieux de vie nocturne ou le développement d'applications de santé en ligne. Les partenariats entre organisations et institutions revêtent également une grande importance et ont contribué à l'élaboration de recommandations relatives aux réponses sanitaires et sociales dans différents domaines dont il est question dans ce guide.

Continuer à axer les efforts sur les risques, les dommages et les décès

Ce guide souligne l'importance de remédier aux infections par les hépatites, car ce groupe de maladies représente aujourd'hui une part considérable des coûts de santé liés à la consommation de drogues en Europe. De plus, en l'absence d'action efficace, les coûts résultant de l'infection par l'hépatite C, en particulier, risquent de croître de manière exponentielle. On entrevoit aujourd'hui une fenêtre d'opportunité grâce à l'émergence de nouveaux traitements et l'éradication de cette maladie apparaît désormais comme une possibilité réaliste. Toutefois, pour concrétiser cette ambition, il conviendra d'investir et d'améliorer la coordination entre les structures de lutte contre l'usage de drogue et les services spécialisés en hépatologie. Ces actions sont nécessaires, non seulement pour garantir une couverture de traitement adéquate, mais également pour veiller à ce que les personnes à risque soient identifiées et que des mesures soient mises en place pour prévenir toute réinfection future.

Le manque d'interventions efficaces pour faire reculer les surdoses reste manifeste dans les réponses actuellement mises en œuvre, le nombre de surdoses fatales demeurant élevé dans de nombreux pays et augmentant même dans certains. Pourtant, une grande partie des facteurs de risque associés aux surdoses fatales sont aujourd'hui bien connus. Certaines avancées potentiellement importantes ont été réalisées récemment, comme la généralisation de l'usage d'antagonistes des opioïdes tels que la naloxone. Plusieurs questions majeures se posent dans ce domaine, notamment: y a-t-il une nouvelle génération de jeunes consommateurs d'opioïdes et de polyconsommateurs dans certains pays? Les consommateurs européens d'opioïdes deviennent-ils plus vulnérables aux surdoses à mesure qu'ils vieillissent et, si tel est le cas, quelles répercussions cette évolution a-t-elle sur les interventions offertes? Comment répondre au mieux à la menace posée par l'apparition récente d'opioïdes de synthèse très puissants, comme les fentanyl, qui peuvent jouer un rôle dans les surdoses fatales, mais dont la présence est parfois indétectable? Face à la disponibilité et à l'importance accrues des nouvelles substances sur

le marché des drogues, il est aujourd'hui nécessaire d'accroître les capacités d'analyses toxicologiques et médico-légales dans le cadre de la réponse de première ligne apportée aux problèmes de drogue. À l'heure actuelle, ces compétences font toutefois défaut dans la plupart des pays, ce qui signifie que notre capacité à détecter les nouveaux problèmes dans ce domaine et à y remédier est sous-développée.

Il y a également eu des vagues de décès associés à la consommation de comprimés à forte teneur en MDMA ainsi qu'à certaines classes de nouvelles substances psychoactives comme les cannabinoïdes de synthèse. L'apparition de ces nouvelles substances nous rappelle aussi que bien que le problème de la drogue en Europe ait évolué, nos réponses ont échoué, dans une certaine mesure, à suivre le rythme de cette évolution. Dans ce contexte émergent, notre compréhension de ce qui constitue des approches efficaces de prévention, de traitement et de réduction des risques et des dommages demeure limitée. Il s'agit d'un défi de taille pour les interventions futures, car certains des problèmes de santé et, par conséquent, les interventions potentielles associées à ces drogues, devront alors probablement être différents. Il conviendrait sans doute d'accorder une plus grande attention aux dommages graves notamment aux comorbidités psychiatriques et aux questions de santé sexuelle. Il faudra probablement aussi établir davantage de contacts avec de nouveaux groupes d'utilisateurs, dont certains n'admettent pas qu'ils ont des problèmes ou ne considèrent pas nécessairement que les centres spécialisés traditionnels de prise en charge pour usage de drogue soient adaptés à leurs besoins.

Identifier de nouveaux domaines stratégiques à explorer et où intervenir

L'évolution des opinions publiques et certaines nouvelles perspectives politiques dans le domaine du cannabis pourraient également représenter un défi futur pour les réponses européennes aux problèmes de drogue. La réduction des obstacles qui limitent l'usage de cette substance à des « fins médicales » suscite, par exemple, de plus en plus d'intérêt dans certains pays, et, dans l'ensemble, il semble y avoir une évolution générale vers l'adoption de politiques moins restrictives ou punitives à l'égard du cannabis. Tout changement dans ce domaine a des retombées sur les interventions de prévention, de traitement et de réduction des risques liés à cette substance, dont certaines peuvent être propres au contexte européen. Par exemple, contrairement à ce qui se fait ailleurs, le cannabis est souvent consommé avec du tabac en Europe, de sorte qu'il pourrait être utile de coordonner les différentes priorités en matière de politique de santé publique dans ce domaine. Il s'agit donc d'un domaine où les décideurs politiques et les planificateurs devront se tenir informés des nouvelles avancées et des nouvelles données scientifiquement validées à mesure que celles-ci apparaîtront.

De façon plus générale, aborder les problèmes de drogue sous l'angle d'une seule substance est devenu de moins en moins approprié pour beaucoup de personnes qui demandent de l'aide, car celles-ci connaissent souvent des problèmes liés à la consommation de plusieurs substances, y compris l'alcool et les médicaments détournés. Dans la moitié des pays de l'Union européenne environ, les réponses aux problèmes de drogue s'inscrivent désormais dans le cadre d'une politique plus large de lutte contre les addictions et l'abus de substances. Cette évolution correspond à la logique de systèmes de santé préconisée ici, et il importera de déterminer quels sont les avantages ou les coûts qui en découlent. Elle a également des répercussions sur l'évaluation des politiques et des documents stratégiques nationaux en matière de lutte contre la drogue, qui suscite un intérêt croissant. Il sera primordial d'élaborer des modèles logiques qui tiennent compte de paramètres plus larges et qui aboutissent à des mesures produisant des effets plus étendus.

Il existe aussi des possibilités de nouvelles approches pour l'élaboration et la mise en œuvre des réponses. Ce rapport met notamment en lumière les connaissances comportementales, qui peuvent améliorer les réponses en permettant de cerner les possibilités de nouvelles interventions, d'en optimiser la conception et la mise en œuvre, et d'en appuyer l'évaluation. Ces connaissances peuvent être utiles à la mise en œuvre de nouvelles réponses, mais aussi pour examiner les raisons pour lesquelles certaines interventions ne fonctionnent pas comme prévu. Démontrer l'utilité de ces nouvelles approches est un domaine où il pourrait être intéressant de poursuivre les travaux.

Mettre en œuvre des réponses souples et opportunes aux problèmes de drogue

L'apparition de nouvelles substances psychoactives, ainsi que les événements récemment survenus en Amérique du Nord — où un usage détourné d'analgésiques opioïdes sur prescription semble s'être transformé en crise sanitaire de grande ampleur — nous rappellent que les problèmes de drogue modernes peuvent évoluer rapidement et dépasser les politiques antidrogue et les modèles de réponse en vigueur. Ces défis transparaissent également dans la façon dont des problèmes sociaux et politiques survenant en dehors de l'Union européenne ont donné lieu à des migrations humaines et induit des changements démographiques dans certains pays européens. À cet égard, l'exclusion sociale, les traumatismes psychologiques et le déracinement social peuvent potentiellement accroître la susceptibilité des individus à développer des problèmes de drogue et il faudra absolument tenir compte des besoins des nouveaux migrants lors de la conception des futures réponses. Comme dans d'autres domaines, les enseignements tirés des interventions réussies mises en œuvre auprès d'autres populations pourront probablement être transposés ici, en particulier la nécessité de travailler en partenariat avec les membres des communautés locales pour instaurer la confiance, reconnaître les diversités et développer des modèles d'interventions adaptés à la culture locale.

Dans le contexte actuel de changements sociodémographiques et économiques, de mondialisation et d'avancées numériques, le suivi épidémiologique, les systèmes d'alerte précoce et l'évaluation des risques sont essentiels pour garantir que nos réponses aux problèmes de drogue restent à la hauteur des besoins en la matière. Les méthodes d'évaluation rapide des informations et d'intervention immédiate devraient également jouer un rôle de plus en plus central dans la mise en place de réponses appropriées et opportunes aux nouvelles tendances et évolutions. La stratégie opérationnelle actuelle de l'EMCDDA repose sur la conviction que la meilleure façon dont l'Observatoire peut contribuer à la santé et à la sécurité des citoyens européens est d'offrir une analyse des problèmes combinée à une revue critique des réponses potentielles et à des outils pratiques pour soutenir les décisions et les pratiques stratégiques. Ce guide est, à ce jour, notre tentative la plus ambitieuse de rassembler les informations disponibles dans un document unique et facilement accessible. En mettant en évidence les lacunes dans les connaissances et les pratiques ainsi que les possibilités d'amélioration et de développement, il peut constituer la base d'un programme de travail dans le domaine des réponses sanitaires et sociales pour les trois prochaines années, et même au-delà.

COMMENT PRENDRE CONTACT AVEC L'UNION EUROPÉENNE?

En personne

Dans toute l'Union européenne, des centaines de centres d'information Europe Direct sont à votre disposition. Pour connaître l'adresse du centre le plus proche, visitez la page suivante:

https://europa.eu/european-union/contact_fr

Par téléphone ou courrier électronique

Europe Direct est un service qui répond à vos questions sur l'Union européenne. Vous pouvez prendre contact avec ce service:

- par téléphone:
 - o via un numéro gratuit: 00 800 6 7 8 9 10 11 (certains opérateurs facturent cependant ces appels),
 - o au numéro de standard suivant: +32 22999696;
- par courrier électronique via la page:
https://europa.eu/european-union/contact_fr.

COMMENT TROUVER DES INFORMATIONS SUR L'UNION EUROPÉENNE?

En ligne

Des informations sur l'Union européenne sont disponibles, dans toutes les langues officielles de l'UE, sur le site internet Europa à l'adresse:

https://europa.eu/european-union/index_fr

Publications de l'Union européenne

Vous pouvez télécharger ou commander des publications gratuites et payantes à l'adresse: <https://publications.europa.eu/fr/publications>.

Vous pouvez obtenir plusieurs exemplaires de publications gratuites en contactant Europe Direct ou votre centre d'information local

(https://europa.eu/european-union/contact_fr).

Droit de l'Union européenne et documents connexes

Pour accéder aux informations juridiques de l'Union, y compris à l'ensemble du droit de l'UE depuis 1952 dans toutes les versions linguistiques officielles, consultez EUR-Lex à l'adresse suivante:

<http://eur-lex.europa.eu>

Données ouvertes de l'Union européenne

Le portail des données ouvertes de l'Union européenne (<http://data.europa.eu/euodp/fr>) donne accès à des ensembles de données

provenant de l'UE. Les données peuvent être téléchargées et réutilisées gratuitement, à des fins commerciales ou non commerciales.



À propos de ce guide

Ce guide et la documentation en ligne qui l'accompagne constituent un point de référence pour la planification et la mise en œuvre des réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue en Europe. Les réponses les plus appropriées dépendront des problèmes visés, des contextes dans lesquels ils se présentent et des types d'intervention qui sont possibles et socialement acceptables. En fournissant des informations clés sur certains des problèmes de drogue les plus importants en l'Europe ainsi que sur les réponses disponibles, ce guide a pour ambition d'aider les personnes impliquées dans la lutte contre ces problèmes à élaborer de nouveaux programmes et à améliorer ceux qui existent déjà.

À propos de l'EMCDDA

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) est la principale source d'informations et autorité confirmée dans le domaine des questions liées aux drogues en Europe. Depuis plus de 20 ans, il collecte, analyse et diffuse des informations scientifiques sur les drogues et les addictions et sur leurs conséquences, offrant ainsi à ses publics une vue d'ensemble du phénomène des drogues au niveau européen sur la base de données scientifiquement validées.



Office des publications
de l'Union européenne