

S
E
M
E
R
O
N
S
E
L

Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues

ÉDITION RÉVISÉE
INTÉGRANT LES RÉSULTATS
DE TESTS SUR LE TERRAIN



Organisation
mondiale de la Santé



ONUDC

Office des Nations Unies
contre la drogue et le crime

Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues

ÉDITION RÉVISÉE
INTÉGRANT LES RÉSULTATS
DE TESTS SUR LE TERRAIN



Organisation
mondiale de la Santé



ONUDC

Office des Nations Unies
contre la drogue et le crime

Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues : édition révisée intégrant les résultats de tests sur le terrain [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing]

ISBN (OMS) 978-92-4-006314-3 (version électronique)

ISBN (OMS) 978-92-4-006315-0 (version imprimée)

© **Organisation mondiale de la Santé et Office des Nations Unies contre les Drogues et le Crime, 2022**

Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'Office des Nations Unies contre les Drogues et le Crime (ONUDC) approuvent une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du nom ou du logo de l'OMS ou l'ONUDC sans autorisation est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'Office des Nations Unies contre les Drogues et le Crime (ONUDC). Ni l'OMS ni l'ONUDC ne sauraient être tenus pour responsables du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citation suggérée. Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues : édition révisée intégrant les résultats de tests sur le terrain [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing]. Genève : Organisation mondiale de la Santé et Office des Nations Unies contre les Drogues et le Crime, 2022. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre des demandes et des questions sur les droits et tout autre accord de licence, voir <http://www.who.int/fr/copyright>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS ou de l'ONUDC aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS ou l'ONUDC, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS et l'ONUDC ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ou l'ONUDC ne sauraient être tenus pour responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

La traduction française a été réalisée par l'Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.

Conception et mise en page par L'IV Com Sarl

Table des matières

Remerciements	v
Chapitre 1. Introduction	1
1.1 Objectifs et public cible des Normes internationales	1
1.2 Élaboration <i>des Normes</i>	2
1.3 Consommation de drogues, troubles liés à la consommation de drogues et besoins de traitement	3
Chapitre 2. Principes et normes clés pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues	7
Principe 1. Le traitement devrait être disponible, accessible, attractif et approprié	8
Principe 2. Garantir des normes éthiques de soins dans les services de traitement	9
Principe 3. Promouvoir le traitement des troubles liés à la consommation de drogues par une coordination efficace entre le système de justice pénale, les services de santé et les services sociaux	10
Principe 4. Le traitement devrait être fondé sur des données scientifiques probantes et répondre aux besoins spécifiques des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues	11
Principe 5. Répondre aux besoins spéciaux de traitement et de soins des différents groupes de population	12
Principe 6. Garantir une bonne gouvernance clinique des programmes et des services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues	13
Principe 7. Les services, les politiques et les procédures de traitement devraient soutenir une approche intégrée du traitement et les liens avec les services complémentaires nécessitent un suivi et une évaluation constants	14
Chapitre 3. Systèmes de traitement des troubles liés à la consommation de drogues	15
3.1 Niveau de prestation des services et des systèmes	15
3.2 Organisation du système de traitement	16
3.2.1 Suggestions d'interventions à différents niveaux du système	18
3.3 Planification et financement des systèmes de traitement	19
3.4 Modèles d'organisation des services	19
3.4.1 Une approche de guichet unique	19
3.4.2 Approche de réseaux communautaires	20
3.4.3 Gestion du rétablissement durable	23
3.5 Des systèmes de traitement efficaces : conclusions	24

Chapitre 4. Cadres, modalités et interventions de traitement 26

4.1	Cadres de traitement	28
4.1.1	Sensibilisation communautaire	28
4.1.2	Établissements non spécialisés dans le traitement des personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues	32
4.1.3	Traitement ambulatoire spécialisé	35
4.1.4	Traitement spécialisé de courte durée en milieu hospitalier	39
4.1.5	Traitement spécialisé de longue durée ou résidentiel	43
4.2	Modalités et interventions de traitement	52
4.2.1	Dépistage, interventions brèves et orientation vers un traitement	52
4.2.2	Interventions psychosociales fondées sur des données probantes	54
4.2.3	Interventions pharmacologiques fondées sur des données probantes	57
4.2.4	Identification et gestion des overdoses	62
4.2.5	Traitement des affections psychiatriques et physiques concomitantes	63
4.2.6	Gestion du rétablissement	67

Chapitre 5. Populations ayant des besoins spéciaux en matière de traitement et de soins 72

5.1	Femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues	72
5.1.1	Description	72
5.1.2	Modèles et composantes	73
5.1.3	Gestion des nouveau-nés exposés passivement aux opioïdes <i>in utero</i>	78
5.1.4	Formation du personnel et documentation	79
5.2	Enfants et adolescents souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues	79
5.2.1	Description	79
5.2.2	Modèles et composantes	80
5.3	Troubles liés à la consommation de drogues chez les personnes en contact avec le système de justice pénale	83
5.3.1	Description	83
5.3.2	Modèles et composantes	84
5.3.3	Traitement en tant qu'alternative à la condamnation ou à la peine	87
5.3.4	Traitement en milieu carcéral	88

Références 90

Remerciements

L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et l'Organisation mondiale de la Santé tiennent à remercier les personnes et organisations énumérées ci-dessous pour leur précieuse contribution à l'élaboration *des Normes*.

Au nombre des experts internationaux, qui ont fourni les données scientifiques probantes et les conseils techniques pertinents et élaboré le projet de normes destinées à être testées sur le terrain, figurent ceux énumérés ci-après : Dr David Basangwa, Ouganda ; Dr Adam Bisaga, États-Unis d'Amérique ; Dre Sandra Brown, États-Unis d'Amérique ; M. Thom Browne, États-Unis d'Amérique ; Dre Kathleen Carroll, États-Unis d'Amérique ; Dr Michael Clark, États-Unis d'Amérique ; Dre Loretta Finnegan, États-Unis d'Amérique ; Dre Gabriele Fischer, Autriche ; Dre Hendree Jones, États-Unis d'Amérique ; Dr Martien Kooyman, Pays-Bas ; Dr Evgeny Krupitsky, Fédération de Russie ; Dr Otto Lesch, Autriche ; Dr Icro Maremmi, Italie ; Dr Douglas Marlowe, États-Unis d'Amérique ; Dr Andrew Thomas McLellan, États-Unis d'Amérique ; Dr Edward Nunes, États-Unis d'Amérique ; Dr Isidore Obot, Nigeria ; Dr John Strang, Royaume-Uni ; Dr Emilis Subata, Lituanie ; Dre Marta Torrens, Espagne ; Dr Roberto Tykanori Kinoshita, Brésil ; Dr Riza Sarasvita, Indonésie ; Dr Willem Van Den Brink et Dr Lucas George Wiessing, Pays-Bas ; l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), en particulier la Dre Marica Ferri ; l'Institut national américain sur l'abus des drogues (NIDA), États-Unis d'Amérique, en particulier le Dr Steve Gust ; la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD), en particulier Mme Alexandra Hill ; l'Administration des services de toxicomanie et de santé mentale (SAMHSA), États-Unis d'Amérique, en particulier M. Humberto Carvalho ; le Plan de Colombo, en particulier Mme Veronica Felipe, M. Bian How Tay et Mme Winona Pandan.

Des remerciements tout particuliers au Dr Gilberto Gerra, de l'ONUDC, et le Dr Vladimir Poznyak, de l'OMS, pour avoir coordonné cet effort de collaboration entre ces deux institutions dans le cadre du Programme conjoint ONUDC-OMS sur le traitement et les soins liés à la dépendance aux drogues.

Des remerciements particuliers s'adressent également au personnel et aux consultants de l'OMS, notamment aux docteurs Shekhar Saxena et Nicolas Clark pour leur importante contribution à l'élaboration du projet de Normes pour les tests sur le terrain ; au Dr Dzmity Krupchanka pour son rôle déterminant dans la planification et la mise en œuvre des tests des Normes sur le terrain, l'analyse des résultats des tests sur le terrain et la révision ultérieure du document ; aux docteurs Andrew Ball, Gilles Forte et à Mme Annette Verster pour leur contribution à la finalisation du document et à la Dre Dévora Kestel pour ses conseils et son soutien lors des dernières étapes de l'élaboration du document ; au Dr Luis Alfonso de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et au Dr Khalid Saeed du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale pour leur soutien aux tests sur le terrain dans la Région OMS des Amériques et de la Région OMS de la Méditerranée orientale ; et, aux consultants et stagiaires de l'OMS ci-après (énumérés par ordre alphabétique) pour leur contribution à l'analyse des données : Mme Elise Gehring, Mme Aikaterini Georgopoulou, Mme Eloise Harrison, Mme Ruchika Jain, M. Cesar Leos-Toro et le Dr Nirvana Morgan.

Les membres ci-après du personnel de l'ONUDC (cités par ordre alphabétique) ont apporté une importante contribution à la rédaction, à la mise au point et à la finalisation des Normes. Ce sont : Mme Anja Busse, Mme Giovanna Campello, Dr Wataru Kashino, Dr Igor Koutsenok, Mme Elizabeth Mattfeld et Dre Elizabeth Saenz. Les consultants de l'ONUDC que sont Mme Christina Gamboa, M. Jan-Christopher Gumm et Mme Olga Parakkal ont soutenu l'élaboration de la première version des Normes et le processus de test sur le terrain. Mme Annette Dale-Perera a apporté une contribution inestimable à l'examen et à la révision *des Normes*.

Les personnes et organisations énumérées ci-après (par ordre alphabétique) ont joué un rôle déterminant dans le test sur le terrain de la version préliminaire des Normes : Dr Atul Ambekar (Centre national de traitement des dépendances, Inde) ; Dre Sawitri Assanangkornchai et Dr Uriwan Pattanasttayawong (Université Prince de Songkla, Thaïlande) ; Dre Eva Suryani (Université catholique Atma Jaya d'Indonésie, Indonésie) ; Dr José Manoel Bertolote (École de médecine Botucatu, Brésil) ; Dr Adrian Dunlop (Services Cliniques Drogues & Alcool, NSW, Australie) ; Dr Carlos Ibáñez (Département de psychiatrie et de santé mentale, Université du Chili, Santiago de Chili, Chili) ; Dre María Elena Medina-Mora (Institut national de psychiatrie, Mexique) ; Dre Afarin Rahimi-Movaghar (Centre national iranien d'étude des addictions, République islamique d'Iran) ; Dre Min Zhao et Dr Na Zhong (Centre de santé mentale de Shanghai, Chine).

Les personnes citées ci-après ont fourni des commentaires supplémentaires sur le projet de Normes : Dr Oleg Aizberg et Dr Alexey Alexandrov (Académie biélorusse des études de troisième cycle, Biélorussie) ; Dre Kathleen T. Brady et le Dr Khan Riaz Ahmad (Conseil d'administration de la Société internationale de médecine de l'addiction) ; le Dr Geert Dom (Fédération européenne des sociétés d'addictologie) ; le Dr Yasser Khazaal (Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse) ; le Dr Michael P. Schaub (Institut suisse de recherche sur la santé publique et les addictions, Suisse) ; le Dr Tuukka Tammi (Institut national pour la santé et le bien-être, Finlande).

Des remerciements particuliers sont également adressés aux centaines de cliniciens, de chefs de services, de spécialistes de la santé publique, de chercheurs, d'usagers de services, de représentants du monde universitaire et de groupes de la société civile qui ont participé aux tests sur le terrain sur les sites susmentionnés ou ont formulé des commentaires sur les versions antérieures du document.

Les membres du personnel administratif de l'ONUDC et de l'OMS ci-après ont, avec dévouement, et ce, tout au long de l'élaboration des Normes internationales, apporté un soutien organisationnel. Ce sont Mme Caecilia Handayani-Hassmann, Mme Emilie Finkelstein, Mme Nataliya Graninger, Mme Divina Maramba et M. Bojan Misosavljevic.

Le personnel de l'ONUDC des bureaux de terrain et le personnel de l'OMS des bureaux de pays ont fourni un appui substantiel dans le cadre du test des Normes sur le terrain et de la mise en œuvre globale du projet.

Mme Dorothy Lusweti (Suisse) a assuré la révision du présent document: La traduction du présent document en langue française a été coordonnée par le Bureau Régional pour l'Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé et révisée par la Dre Sophia Achab (Centre collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale, Université de Genève, Suisse)

Enfin, l'OMS et l'ONUDC témoignent leur sincère gratitude au Programme du Bureau des affaires internationales de stupéfiants et de répression (INL) du Département d'État des États-Unis d'Amérique pour le soutien financier apporté à l'élaboration, aux tests sur le terrain et à la finalisation *des Normes*.

CHAPITRE 1

Introduction

1.1 Objectifs et public cible des Normes internationales

Le présent document, intitulé « les Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues » (ci-après dénommées *les Normes*), est le fruit du travail de l'ONUDDC et de l'OMS visant à soutenir les États Membres dans leurs efforts pour mettre au point des traitements efficaces, conformes à l'éthique et fondés sur des données probantes des troubles liés à la consommation de drogues et à les étendre.

Les Normes sont destinées à toutes les personnes participant à l'élaboration des politiques, à la planification, au financement, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation des services et interventions thérapeutiques pour les troubles liés à la consommation de drogues.

Le présent document s'appuie sur les données scientifiques probantes actuellement disponibles sur le traitement des troubles liés à la consommation de drogues. Il définit un cadre pour la mise en œuvre des Normes, conforme aux principes de soins de santé publique. Les Normes identifient les principales composantes et caractéristiques des systèmes efficaces de traitement des troubles liés à la consommation de drogues. Elles décrivent les modalités et interventions thérapeutiques, afin de les adapter aux besoins des personnes à divers stades et degrés de gravité des troubles liés à la consommation de drogues, et ce, de manière compatible avec le traitement de toute maladie ou affection chronique.

Les Normes constituent des aspirations et, en tant que telles, point n'est besoin pour ces services ou systèmes thérapeutiques nationaux ou locaux de s'évertuer à les satisfaire et à se conformer à toutes les recommandations formulées dans le présent document dans un seul et même élan. Toutefois, au fil du temps, l'amélioration progressive de la qualité, avec pour objectif de parvenir à une « pratique conforme à l'éthique et fondée sur des données probantes », peut et devrait permettre de mettre en place des systèmes et des services mieux organisés, plus efficaces et plus conformes à l'éthique pour les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues.

L'ONUDDC et l'OMS invitent les responsables de l'élaboration des politiques locales ou nationales, de la planification, du financement, de l'administration et du suivi, ainsi que de l'évaluation du traitement des troubles liés à la consommation de drogues, à évaluer les systèmes et services locaux pour le traitement de ces troubles à l'aune des Normes. L'objectif est d'identifier les lacunes et les points ne répondant pas aux Normes et d'œuvrer avec les parties prenantes appropriées à améliorer les systèmes et les services. Certes, de nombreux principes et sections des Normes peuvent également s'appliquer au traitement d'autres troubles mentaux liés à l'usage de substances psychoactives (tels que ceux dus à la consommation d'alcool et de nicotine), mais les Normes portent principalement sur les troubles liés à la consommation de drogues.

Le document présente le contexte général, mais ne s'emploie pas à fournir tous les détails nécessaires à l'organisation, au fonctionnement et au développement des services. Il est possible d'utiliser à ces fins des outils

supplémentaires, tels que les lignes directrices pour le traitement, les supports de renforcement des capacités et des boîtes à outils pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation. Les Normes conservent un certain degré de flexibilité pour garantir leur applicabilité dans différents cadres sociaux, culturels et juridiques.

1.2 Élaboration des Normes

En 2009, la communauté internationale a appelé l'ONUDC et l'OMS à élaborer des normes pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues. Cet appel a pris la forme de la Déclaration politique et du Plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue, adoptés lors du débat de haut niveau de la Cinquante-deuxième session de la Commission des stupéfiants. Ces deux institutions ont mis conjointement en place un Programme mondial ONUDC-OMS sur le traitement et les soins liés à la dépendance aux drogues afin de soutenir les politiques, les stratégies et les interventions thérapeutiques fondées sur des données probantes et éthiques dans le but de réduire le fardeau sanitaire et social causé par les troubles liés à la consommation de drogues. À cette fin, elles ont également cherché à diffuser les bonnes pratiques thérapeutiques et à promouvoir la parité de la qualité, de la disponibilité et de l'accessibilité financière des traitements des troubles liés à la consommation de drogues avec ceux fournis par les systèmes de santé pour toute autre maladie chronique.

L'ONUDC et l'OMS ont élaboré les premiers éléments des Normes après avoir procédé à un examen des normes, des lignes directrices et des recommandations existantes pour les meilleures pratiques en matière de traitement des troubles liés à la consommation de drogues. Ces normes, lignes directrices et recommandations ont été identifiées au travers de recherches documentaires et en tenant compte des résultats d'initiatives et de publications antérieures de l'ONUDC et de l'OMS se rapportant au traitement des troubles liés à la consommation de drogues, telles que les *Principes du traitement de la dépendance aux drogues* (ONUDC et OMS, 2008), le projet TreatNet de l'ONUDC (ONUDC, 2012), les lignes directrices, activités et outils techniques pertinents de l'OMS.

Les deux organisations se sont conformées à leurs règles et procédures en identifiant un groupe d'experts internationaux possédant une expertise établie dans différents domaines de l'administration des traitements des troubles liés à la consommation de drogues, qui ont examiné les éléments proposés des Normes, identifié les lacunes et convenu des éléments qui ont servi de base à la rédaction du présent document. Les experts ont examiné le projet initial et l'ont finalisé, en tenant compte des résultats convenus suite au processus de consultation et des commentaires résultant des évaluations par les pairs.

Les Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues (2016) ont été publiées sous forme de projet pour être testées sur le terrain lors de la session de la Commission des stupéfiants (CND) de 2016. Le Document final de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue tenue en 2016 (UNGASS) (ONU, 2016), ainsi que la résolution 59/4 de la CND de 2016 sur « l'élaboration et la diffusion de normes internationales pour le traitement des troubles liés à l'usage de drogues » ont réitéré l'importance de la diffusion des Normes pour promouvoir une approche des troubles liés à la consommation de drogues équilibrée et centrée sur la santé.

En collaboration avec l'ONUDC, l'OMS a testé les Normes sur le terrain afin d'en évaluer l'exhaustivité, la pertinence, l'utilité, la faisabilité et la capacité d'évaluation et de déterminer les domaines à améliorer. Au nombre des méthodes utilisées pour les tests sur le terrain figuraient : des enquêtes, des groupes de discussion, des examens par des experts et des tests de la conformité des services *aux Normes*. Les tests sur le terrain ont été réalisés dans des pays dotés de systèmes de santé différents, notamment l'Australie, le Brésil, le Chili, la Chine, l'Inde, l'Indonésie, le Mexique, la République islamique d'Iran, et la Thaïlande. Plus de 1200 professionnels de santé ont participé à l'enquête dans le cadre du test sur le terrain, tandis que 43 experts des pays participant au test sur le terrain ont, eux, fourni des commentaires détaillés sur le projet de normes. En outre, 43 groupes de discussion auxquels ont pris part plus de 300 participants ont examiné les Normes, qui ont également été présentées et discutées à des forums internationaux, notamment, lors de l'atelier régional de renforcement des capacités de l'OMS pour la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et les soins y correspondants, organisé par le Centre national de réadaptation d'Abu Dhabi (Émirats arabes unis) ; de la réunion interinstitutionnelle sur les normes de prise en charge des consommateurs de drogues à problème dans la Région OMS des Amériques, organisée par l'Organisation panaméricaine de la santé à Washington D.C. ; des premier et deuxième forums de l'OMS sur l'alcool, les drogues et les conduites addictives ; et, de la réunion du groupe d'experts à Vienne lors de la Conférence internationale sur la prévention, le traitement et la prise en charge de la consommation de drogues de la Société Internationale des Professionnels de l'abus de substances. En outre, plusieurs organisations professionnelles et de la société civile, y compris des organisations d'usagers

de services, ont été invitées à donner leur avis sur les Normes lors des tests sur le terrain. Suite à l'analyse des résultats préliminaires de ces tests, l'ONUDC et l'OMS ont organisé une réunion de groupes d'experts à Vienne, au mois de février 2018, pour discuter du processus de révision et des principaux changements à apporter au document une fois les tests sur le terrain achevés. Il s'agissait, notamment, de modifier la structure globale du document, d'étoffer plusieurs sections, telles que la sensibilisation communautaire, et de garantir la cohérence et l'impartialité des termes utilisés dans l'ensemble du document. Les fonctionnaires de l'OMS et de l'ONUDC ont évalué les formulaires de déclaration de conflits d'intérêt que les participants à la réunion avaient soumis à l'avance et les ont pris en compte lors des délibérations de la réunion, conformément aux règles et procédures de l'OMS. La présente édition des Normes est une version révisée qui intègre les résultats des tests sur le terrain.

L'objectif principal visé au travers de l'élaboration des Normes était d'aider à organiser et à fournir des prestations de traitement. Les Normes visent à fournir des conseils sur la **manière** d'organiser l'exécution des interventions, mais non sur les interventions **spécifiques** à utiliser pour traiter les troubles liés à la consommation de drogues. Néanmoins, les recommandations de l'OMS disponibles sur les interventions thérapeutiques sont incluses au chapitre 4, en référence aux lignes directrices existantes de l'OMS, qui font l'objet de révisions et de mises à jour périodiques.

Les Normes seront utiles aux décideurs et aux responsables des services sociaux et de santé, ainsi qu'aux praticiens travaillant avec les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues dans le monde entier. Elles visent à contribuer à la réalisation de la cible 3.5 du Programme des Nations Unies pour le développement durable à l'horizon 2030 en matière de santé, à savoir « Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives » ainsi que la couverture sanitaire universelle pour les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues (OMS, 2019b, 2019c). Les Normes sous-tendront également l'évaluation et l'amélioration continue des services ainsi que l'élaboration de nouvelles politiques et la mise en place de nouveaux systèmes de traitement. Il s'agit là d'un investissement judicieux dans l'avenir des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, ainsi que de leurs familles et de leurs communautés.

1.3 Consommation de drogues, troubles liés à la consommation de drogues et besoins de traitement

La consommation de drogues psychoactives ou de stupéfiants et de substances psychotropes sans surveillance médicale va de pair avec des risques considérables pour la santé. C'est pourquoi les traités internationaux (tels que les conventions suivantes des Nations Unies : la Convention unique sur les stupéfiants, de 1961 ; la Convention sur les substances psychotropes, de 1971 ; et la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, de 1988) réglementent la production, la vente, la distribution et l'utilisation d'un grand nombre de ces substances, afin de prévenir les effets néfastes qui en résultent et qui pourraient nuire considérablement à la santé et à la sécurité (ONU, 1961, 1971, 1988).

Traditionnellement, les drogues psychoactives étaient principalement des substances d'origine végétale, telles que la cocaïne, l'héroïne et le cannabis, consommées dans les régions où elles étaient cultivées ou le long des itinéraires commerciaux menant à leur marché final. L'augmentation du commerce et des voyages à l'échelle mondiale a eu pour effet de mondialiser le marché des substances d'origine végétale qui était auparavant largement limité à des régions spécifiques. Ces dernières décennies, de nouvelles substances psychoactives synthétisées dans des laboratoires illicites sont devenues plus largement disponibles et sont consommées dans toutes les régions.

Selon le *Rapport mondial 2019* de l'ONUDC sur les drogues, environ 271 millions de personnes, soit 5,5 % des personnes âgées de 15 à 64 ans à travers le monde, ont au moins une fois en 2017 consommé une drogue illicite. Environ 35 millions d'individus qui ont consommé des drogues (0,7 % de la population adulte) souffrent de troubles liés à la consommation de drogues. Une partie de ces troubles est associée à l'utilisation non médicale de médicaments prescrits sur ordonnance, tels que les analgésiques opioïdes de synthèse (médicaments pour la prise en charge de la douleur), les anxiolytiques (médicaments pour la prise en charge des troubles liés à l'anxiété et les problèmes de santé connexes), les hypnotiques (médicaments pour la prise en charge des troubles du sommeil) ou les psychostimulants (souvent utilisés pour prendre en charge les troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité). La disponibilité accrue des opioïdes forts et leur utilisation dans la prise en charge de la douleur chronique ces dix dernières années dans certaines régions du monde, ont entraîné une hausse exponentielle des décès dus à une overdose d'opioïdes. Sur les 11 millions d'individus dans le monde qui ont utilisé les drogues injectables en 2017, près d'un individu sur huit vit avec le virus de l'immunodéficience

humaine (VIH) et plus de la moitié avec le virus de l'hépatite C (VHC). Environ un demi-million de décès dans le monde étaient imputables à la consommation de drogues en 2017 (ONUDD, 2019).

Bien que les pays du monde entier signalent une augmentation de la consommation de nouvelles substances psychoactives, celles-ci n'ont pas remplacé l'usage à grande échelle des drogues traditionnelles (ONUDD, 2019). Alors que les opioïdes restent une menace majeure pour la santé publique au niveau mondial, ils sont désormais talonnés par les stimulants de type amphétamine.

Au moins 8 % des personnes qui commencent à consommer des substances psychoactives développeront un trouble lié à l'usage de drogues au fil du temps, avec des variations significatives pour les différentes catégories de substances psychoactives (Wagner et Anthony, 2002 ; Lopez-Quintero et al., 2011). Selon la Onzième Révision de la classification internationale des maladies (CIM) (OMS, 2019a), l'expression « trouble lié à la consommation de drogues » recouvre deux grands problèmes de santé, à savoir : le « mode de consommation nocif de drogues » et la « dépendance aux drogues ». Le mode nocif de consommation se définit comme un mode d'utilisation continue, récurrente ou sporadique d'une drogue qui a causé des dommages significatifs au plan clinique à la santé physique (y compris une infection du sang résultant de l'auto-administration par voie intraveineuse) ou mentale (comme un trouble de l'humeur induit par une substance) d'un individu, ou qui a entraîné un comportement nuisible à la santé d'autrui. La dépendance à une substance est définie dans la CIM-11 comme un mode de consommation répétée ou continue d'une drogue psychoactive s'accompagnant de signes d'altération de la régulation de la consommation de cette drogue qui se manifestent par deux ou plusieurs des éléments ci-après : a) l'altération de la maîtrise de la consommation de la substance (y compris le début, la fréquence, l'intensité, la durée, la cessation et le contexte) ; b) la présence croissante de la consommation de drogues sur d'autres aspects de la vie, y compris le maintien de la santé et les activités et responsabilités quotidiennes, de sorte que la consommation de drogues se poursuit ou s'intensifie malgré l'apparition de dommages ou de conséquences néfastes (y compris la perturbation répétée des relations, les répercussions professionnelles ou scolaires et l'impact néfaste sur la santé) ; et c) les caractéristiques physiologiques¹ indiquant une neuroadaptation à la substance, notamment : 1) une tolérance aux effets de la substance ou un besoin de consommer des quantités croissantes de la substance pour obtenir le même effet ; 2) les symptômes de sevrage à la suite de l'arrêt ou de la réduction de l'utilisation de cette substance ; ou 3) l'utilisation répétée de la substance ou de substances présentant des similitudes pharmacologiques pour prévenir ou soulager les symptômes de sevrage.

Les « troubles liés à la consommation de drogues » comprennent une catégorie plus large de problèmes de santé incluant l'intoxication liée à l'utilisation de drogues, le syndrome de sevrage et un éventail de troubles mentaux induits par les drogues. Les troubles liés à la consommation de drogues vont souvent de pair avec une forte envie de consommer des drogues psychoactives, qui peut persister ou être facilement réactivée, même après une longue période d'abstinence. Très souvent, les troubles liés à la consommation de drogues sont associés à un usage dangereux ou nocif d'autres substances psychoactives, telles que l'alcool ou la nicotine, ou à une dépendance à l'alcool et à la nicotine.

La nature de la dépendance aux drogues prend sa racine dans une interaction dynamique complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les mécanismes neurobiologiques, eux, vont des vulnérabilités génétiques héritées aux perturbations des voies neuronales dans les zones du cerveau qui régulent les fonctions telles que la motivation, l'expérience du plaisir, la mémoire et l'apprentissage (OMS, 2004 ; Koob et Volkow, 2016). Divers facteurs psychosociaux peuvent accroître le risque d'initiation à la consommation de drogues et d'apparition de troubles liés à cette consommation. Des facteurs familiaux, tels que la négligence dans la petite enfance, la maltraitance des enfants et le modelage parental de la consommation de substances, peuvent contribuer à des modes nocifs de consommation de drogues et de dépendance aux drogues. Au niveau sociétal ou communautaire, il a été démontré que l'extrême pauvreté, le déplacement, les normes et les médias favorables à la consommation de drogues accroissent la vulnérabilité aux troubles liés à la consommation de drogues (ONUDD, 2015).

Outre les troubles liés à la consommation de drogues, certains consommateurs développent d'autres affections qui sont souvent associées à des risques et à des comportements liés à la drogue. Les consommateurs de drogues injectables, par exemple, courent un risque élevé d'exposition à des infections transmises par le sang, telles que le VIH ou le VHC, ainsi qu'à la tuberculose (TB). Il existe un risque accru d'overdose mortelle, de traumatismes liés à des accidents de la circulation et autres, de troubles cardiovasculaires et de problèmes de foie, ainsi que de violence et de suicide. La consommation de drogues est associée à une réduction de l'espérance de vie : le taux de mortalité des personnes dépendantes aux opioïdes est nettement plus élevé que le taux prévisionnel au sein de la population générale et les décès surviennent plus souvent à un jeune âge (Degenhardt et al., 2018 ; GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018).

¹ Note : les caractéristiques physiologiques ne s'appliquent qu'à certaines substances

La relation entre les troubles liés à la consommation de substances psychoactives et les autres troubles de santé mentale est fort complexe. Souvent, un autre trouble de santé mentale est antérieur à l'initiation de la consommation de substances psychoactives, exposant ainsi les personnes affectées à un risque plus accru de développer des troubles liés à la consommation de substances psychoactives (OMS, 2004). D'autres troubles de santé mentale peuvent survenir suite à la consommation de substances psychoactives, en partie en raison des changements biologiques au niveau du cerveau résultant de la consommation de ces substances. Le risque de développer une dépendance aux drogues et des complications psychiatriques est particulièrement élevé lorsque les enfants et les jeunes adultes sont continuellement exposés aux effets des drogues avant que leur cerveau ne puisse atteindre sa pleine maturité, processus qui se produit généralement vers le milieu de la vingtaine (J. Conrod et Nikolaou, 2016 ; Silveri et al., 2016).

Les travaux de recherche médicale menés pendant de nombreuses années ont permis de conclure que la consommation de drogues est un trouble de santé complexe et multifactoriel dont les mécanismes d'évolution biologiques et psychosociaux sont bien documentés. Les progrès scientifiques ont également permis de mettre au point des interventions de traitements et de soins efficaces qui aident les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues à modifier leur comportement en vue d'améliorer leur santé. L'approche globale de la santé publique à l'égard de la consommation de drogues et des troubles connexes a incité à mettre au point des interventions permettant de réduire les méfaits à court et à long terme pour les consommateurs de drogues. Cette approche s'est révélée particulièrement utile pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH chez les consommateurs de drogues injectables (OMS, 2012b).

Une évolution récente de la perception des troubles liés à la consommation de drogues a été notée ces derniers temps chez les décideurs, les professionnels de santé et au sein du public. En effet, il est de plus en plus reconnu que les troubles liés à la consommation de substances psychoactives sont des problèmes de santé complexes. Ils ont des déterminants psychosociaux, environnementaux et biologiques qui nécessitent des réponses multidisciplinaires, globales et axées sur la santé publique de la part de différentes institutions et organisations travaillant de façon concertée. On comprend de plus en plus que la consommation de drogues, plutôt que d'être une « mauvaise habitude acquise par l'individu lui-même », est le résultat d'une interaction de longue durée de plusieurs facteurs biologiques et environnementaux, y compris des désavantages et des adversités sociales, et qu'il est possible de la prévenir et de la traiter correctement pour améliorer la santé et la sécurité publique des personnes.

Malheureusement, des opinions dépassées sur les troubles liés à la consommation de drogues persistent dans de nombreuses régions du monde. Les personnes souffrant de ces troubles, les membres de leur famille et les professionnels qui travaillent avec elles sont généralement confrontés à la stigmatisation et à la discrimination. Cela a considérablement compromis la mise en œuvre d'interventions thérapeutiques de qualité, allant ainsi à l'encontre de la construction de centres de traitement, la formation des professionnels de santé et l'investissement dans les programmes thérapeutiques et à visée de rétablissement. Les données probantes montrent que c'est dans le système de santé publique que sont le mieux pris en charge les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives tout comme les autres problèmes médicaux chroniques tels que l'infection par le VIH ou l'hypertension. Néanmoins, l'idée d'inclure le traitement des troubles liés à la consommation de drogues dans les systèmes de soins de santé continue de se heurter à des résistances, en partie en raison d'un retard dans la mise de la science au service de la politique et, au bout du compte, dans la mise en œuvre de pratiques cliniques fondées sur des données factuelles.

Dans certains pays, les troubles liés à la consommation de drogues sont encore considérés principalement comme un problème de sécurité publique et de justice pénale, les agences compétentes des ministères de l'Intérieur, de la Justice ou de la Défense s'occupant des réponses aux troubles liés à la consommation de drogues en fournissant des services, souvent sans la supervision ou l'implication du ministère de la Santé ou d'autres organismes et institutions de santé publique. L'usage exclusif de stratégies et de méthodes répressives n'est ni une réponse efficace aux troubles liés à la consommation de drogues et d'autres substances psychoactives, ni une manière efficiente et efficace de dépenser les fonds publics. En effet, les stratégies de traitement biopsychosocial, qui reconnaissent la dépendance aux drogues comme un trouble de santé multifactoriel pouvant être traité par des approches médicales et psychosociales, peuvent contribuer à réduire les méfaits liés à la drogue. Ces stratégies permettront, à leur tour, d'améliorer la santé, le bien-être et le rétablissement des personnes touchées tout en réduisant la criminalité liée à la drogue et en renforçant la sécurité publique ainsi qu'en améliorant les résultats bénéfiques pour la communauté (tels que la réduction du nombre de sans-abri, des besoins en matière d'aide sociale et le chômage).

Les troubles liés à la consommation de drogues prennent souvent la forme d'un trouble chronique et récurrent. Il découle de ce qui précède que les services thérapeutiques doivent travailler avec les patients sur le long terme – souvent pendant des années et, parfois, durant toute la vie du patient – en maintenant le contact,

en proposant des interventions de crise et un soutien, si nécessaire, et à différents niveaux d'intensité. Ce système est similaire à celui des soins aux patients atteints d'autres maladies chroniques (telles que le diabète, l'asthme et les maladies cardiovasculaires). Un tel système est conçu pour gérer les périodes de rémission et les exacerbations en modifiant les interventions en fonction de la gravité du problème en question sans faire naître l'espoir qu'un épisode de traitement de courte durée permettra d'en guérir. La reconnaissance de la nature de la dépendance aux drogues ou de la consommation continue de drogues et le fait qu'elles aillent souvent de pair avec des rechutes n'implique pas que leur prise en charge soit inefficace et inutile. Au contraire, un traitement approprié administré de manière répétée (même en cas de consommation continue ou de rechutes intermittentes) est essentiel à la prévention des décès liés à la drogue. Il permet d'améliorer la santé et la qualité de vie malgré la persistance d'une mauvaise santé et de problèmes sociaux fréquents. Des approches efficaces de la prévention et du traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et de leurs conséquences sanitaires et sociales peuvent réduire les préjudices subis par les patients et leurs communautés et accroître les chances de vivre longtemps et en bonne santé (ONUDD et OMS, 2018).

De nombreux pays et régions enregistrent une hausse du nombre de personnes ayant des besoins spéciaux en matière de traitement et de soins, telles que les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les femmes et, notamment, les femmes enceintes, les groupes ayant une identité et une orientation sexuelles différentes, les populations autochtones, les migrants, les analphabètes et les personnes peu instruites, les personnes souffrant de maladies concomitantes telles que les troubles mentaux, le VIH, la tuberculose et le VHC, les personnes en contact avec le système de justice pénale et les personnes sans domicile fixe ou socialement marginalisées.

L'évolution des modes de consommation de drogues et d'autres substances psychoactives, conjuguée au changement des profils des personnes qui en consomment et développent des troubles liés à la consommation de drogues, crée de nouveaux défis pour les systèmes de santé, qui doivent s'adapter rapidement et de manière efficace et efficiente aux nouvelles réalités. Cela peut nécessiter des investissements supplémentaires dans les programmes de prévention et de traitement, y compris les ressources humaines correspondantes. Les systèmes de santé ont souvent du mal à apporter une réponse adéquate aux nouveaux problèmes de santé qui apparaissent chez les consommateurs de drogues. Par exemple, dans les régions du monde où l'utilisation d'opioïdes était auparavant peu répandue, les systèmes de santé peuvent ne pas avoir la capacité de fournir un traitement médicalement assisté, tel que le traitement d'entretien par agonistes des opioïdes, pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes. De même, dans les régions du monde où les systèmes thérapeutiques se sont concentrés sur les troubles liés à la consommation d'opioïdes, on observe aujourd'hui une forte hausse de la prévalence des troubles dus à l'utilisation de psychostimulants.

Selon les estimations mondiales de l'ONUDD et de l'OMS, au mieux, seule une personne sur six pouvant bénéficier d'un traitement de la dépendance aux drogues a accès à des programmes thérapeutiques. Cette proportion diminue en Amérique latine et en Afrique, où respectivement seulement une personne sur 11 et une sur 18 pouvant bénéficier d'un traitement de la dépendance aux drogues a accès à des programmes de traitement (ONUDD, 2018). Dans bien des pays, le traitement n'est disponible que dans les grandes villes. Le concept de couverture sanitaire universelle devrait s'appliquer aux troubles liés à la consommation de drogues comme à toute autre affection. Cette démarche permettrait aux personnes souffrant de ces troubles et à leurs communautés d'avoir accès aux services de santé de prévention et de traitement dont elles ont besoin tout en garantissant une qualité suffisante pour obtenir les effets escomptés et en protégeant les usagers des services contre l'exposition à des difficultés financières (OMS, 2019c, 2019b).

Les troubles liés à la consommation de drogues sont des problèmes de santé graves qui représentent un fardeau important pour les personnes concernées, leurs familles et leurs communautés. Non traités, ces troubles entraînent des coûts pour la société, notamment la perte de la productivité, les dépenses de santé, les coûts liés à la justice pénale et à la protection sociale ainsi que d'autres conséquences sociales. Le coût social de la consommation de drogues illicites est estimé à 1,7 % du produit intérieur brut dans certains pays (ONUDD, 2016). La fourniture de services thérapeutiques et de soins efficaces pour les troubles liés à la consommation de drogues dans le cadre d'un système de traitement intégré et bien coordonné constitue donc un investissement dans la santé des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. C'est aussi un investissement dans le développement sain et sûr des familles, des communautés et des pays.

CHAPITRE 2

Principes et normes clés pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues

Il est possible de traiter efficacement les troubles liés à la consommation de drogues en ayant recours à une série d'interventions pharmacologiques et psychosociales.

Dans la prise en charge des troubles liés à la consommation de drogues, le traitement vise à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes souffrant des troubles susmentionnés et l'objectif ultime est d'aider les individus à se rétablir dans la mesure du possible. Plus précisément, les objectifs du traitement sont les suivants :

- arrêter ou réduire la consommation de drogues
- améliorer la santé, le bien-être et le fonctionnement social de la personne concernée
- prévenir les méfaits futurs en réduisant le risque de complications et de rechute.

Bien des interventions utilisées couramment dans la prise en charge des troubles liés à la consommation de drogues ne répondent pas aux critères scientifiques admis pour l'efficacité clinique. Ces interventions peuvent être inefficaces, voire nuisibles car les essais cliniques nécessaires peuvent ne pas avoir été effectués et l'efficacité du traitement peut être méconnue.

Outre l'efficacité clinique, le traitement des troubles liés à la consommation de drogues devrait répondre aux normes communes des soins de santé en :

- étant conforme à la Déclaration des droits de l'homme et aux conventions existantes des Nations Unies
- favorisant l'autonomie personnelle
- promouvant la sécurité de l'individu et de la société.

Les Normes définissent un ensemble d'exigences à mettre en place pour que toute modalité de traitement ou intervention soit considérée comme sûre et efficace, indépendamment de la philosophie de traitement ou du cadre dans lequel celle-ci est utilisée. Cette précaution est d'une importance capitale, car les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues n'en méritent pas moins.

Principe 1

Le traitement devrait être disponible, accessible, attractif et approprié

DESCRIPTION

Il est possible de traiter efficacement les troubles liés à la consommation de drogues dans la plupart des cas si les personnes ont accès à un large éventail de services couvrant l'ensemble des problèmes auxquels les patients peuvent être confrontés. Les services et les interventions thérapeutiques doivent être fondés sur des données scientifiques probantes et correspondre aux besoins spécifiques de chaque patient à une phase spécifique ou à la gravité de son trouble. Ces services comprennent : des services de sensibilisation communautaire, des services fournis dans des centres non spécialisés, des traitements en milieu hospitalier et en ambulatoire, des traitements médicaux et psychosociaux (y compris le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres substances psychotropes ainsi que d'autres comorbidités d'ordre psychologique et physique), des traitements ou réadaptations résidentiel(le)s ou communautaires de longue durée et des services d'aide au rétablissement. Ces services devraient être abordables, attractifs, disponibles en milieu urbain et rural et accessibles, avec un large éventail d'heures d'ouverture et un temps d'attente minimal. Il est nécessaire de réduire au minimum tous les obstacles qui limitent l'accès à des services de traitement appropriés. Les services devraient non seulement offrir un traitement pour les troubles liés à la consommation de drogues en tant que tels, mais aussi fournir un soutien et une aide sociale, ainsi que des soins médicaux généraux. Le cadre juridique ne devrait pas dissuader ces patients de suivre un traitement. Il est nécessaire de veiller à ce que l'environnement de traitement soit convivial, culturellement adapté et axé sur les besoins cliniques spécifiques et le niveau de préparation de chaque patient, ce qui encourage les individus à suivre un traitement plutôt que de les en dissuader.

NORMES

- 1.1 Les services essentiels de traitement de troubles liés à l'usage de drogues devraient être disponibles à différents niveaux du système de santé : depuis les soins de santé primaires jusqu'aux services de santé tertiaires avec des programmes spécialisés de traitement de troubles liés à l'utilisation de drogues.
- 1.2 Les services essentiels de traitement incluent des services de sensibilisation, de dépistage et d'interventions psychosociales brèves, des évaluations diagnostiques, le traitement psychosocial et pharmacologique ambulatoire, la prise en charge des états cliniques graves induits par les drogues tels que les overdoses, les syndromes de sevrage, les services d'hospitalisation pour la prise en charge des psychoses induites par le manque grave et les drogues, les services en établissement de longue durée, le traitement de l'usage comorbide de substances psychotropes et les services de prise en charge pour le rétablissement assurée par des cliniciens formés.
- 1.3 Des pairs sélectionnés et correctement formés peuvent travailler dans les services de traitement, assurant des interventions spécifiques visant à aider à identifier les patients, à collaborer avec eux et à les maintenir sous traitement.
- 1.4 Les services essentiels de traitement des troubles liés à la consommation de drogues devraient être à portée de transports publics et accessibles aux personnes vivant dans les zones urbaines et rurales.
- 1.5 Il est nécessaire de fournir les services à bas seuil et de proximité, dans le cadre d'un continuum de soins, aux populations « cachées » les plus touchées par la consommation de drogue, mais souvent peu motivées pour suivre un traitement ou qui rechutent après un programme de traitement.
- 1.6 Dans le cadre d'un continuum de soins, les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devraient avoir accès à des services de traitement par le biais de multiples points d'entrée.
- 1.7 Les services essentiels de traitement pour usage de drogues et les troubles connexes devraient être disponibles durant des plages horaires suffisamment vastes, afin de garantir l'accès des personnes ayant un emploi ou des responsabilités familiales aux services.
- 1.8 Les services essentiels de traitement devraient être abordables pour les clients issus de groupes socio-économiques différents et ayant des niveaux de revenus différents. Les risques de difficultés financières devraient être réduits au minimum pour les personnes requérant ces services.
- 1.9 Si, par ailleurs, ils n'étaient pas accessibles, abordables ou disponibles, les services de traitement devraient également donner accès à un soutien social, à des soins médicaux généraux et à la prise en charge des comorbidités résultant des troubles liés à l'utilisation de drogues ainsi que des pathologies psychiatriques et physiques.
- 1.10 Les informations relatives à la disponibilité et l'accessibilité des services essentiels de traitement des troubles liés à la consommation de drogues devraient être facilement accessibles par le biais de multiples sources d'informations telles qu'internet, les documents imprimés et les services d'informations en accès libre.

Principe 2

Garantir des normes éthiques de soins dans les services de traitement

DESCRIPTION

Le traitement des troubles liés à la consommation de drogues devrait reposer sur des normes éthiques universelles en matière de soins de santé – y compris le respect des droits humains et de la dignité du patient. Il s'agit, notamment, de garantir le droit de jouir du meilleur état de santé et de bien-être possible et d'éviter toute forme de discrimination ou de stigmatisation. Les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues devraient, dans la mesure où elles en ont la capacité, prendre des décisions en matière de traitement, notamment en ce qui concerne le moment de démarrage et d'arrêt du traitement et sa nature. Le traitement ne devrait pas être imposé ou entrepris contre la volonté et l'autonomie du patient. Il conviendrait d'obtenir son consentement avant toute intervention thérapeutique. Il est nécessaire de tenir des dossiers cliniques précis et à jour et de garantir la confidentialité des dossiers de traitement. Il est également essentiel d'éviter de contourner les dossiers médicaux lors de l'enregistrement des patients entrant en traitement. L'on ne devrait jamais recourir aux interventions punitives, humiliantes ou dégradantes (telles que les passages à tabac, l'enchaînement, le refus de traitement et de nourriture etc.). Le personnel devrait observer un code de déontologie strict. Il devrait s'abstenir de défendre ses convictions personnelles et ne devrait pas recourir à des pratiques humiliantes ou dégradantes. La personne souffrant d'un trouble lié à la consommation de drogues devrait être reconnue comme une personne ayant un problème de santé qui mérite un traitement similaire à celui dispensé aux patients présentant d'autres problèmes psychiatriques ou médicaux.

NORMES

- 2.1 Les services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues devraient, dans tous les cas de figure, respecter les droits humains et la dignité des patients et ne jamais recourir à des interventions humiliantes ou dégradantes.
- 2.2 Il conviendrait d'obtenir le consentement éclairé des patients avant d'entamer un traitement et de garantir la possibilité d'interrompre le traitement à tout moment.
- 2.3 Les données du patient devraient être strictement confidentielles. Le non-respect de la confidentialité des dossiers médicaux pour enregistrer ailleurs les données des patients entrant en traitement devrait être interdit. Il conviendrait de garantir et de protéger la confidentialité des données des patients par des mesures législatives, sous-tendues par une formation du personnel ainsi que des règles et règlements de service appropriés.
- 2.4 Une formation appropriée devrait être assurée au personnel des services de traitement afin que l'administration du traitement soit en totale conformité avec les principes des droits humains et les normes éthiques et fasse montre d'attitudes respectueuses, non-stigmatisantes et non-discriminatoires à l'égard des usagers des services.
- 2.5 Il conviendrait de mettre en place des procédures de services faisant obligation au personnel de communiquer adéquatement aux patients les informations relatives aux processus et procédures du traitement, y compris leur droit d'interrompre le traitement à tout moment.
- 2.6 Toute recherche menée au sein des services de traitement impliquant des patients devrait être assujettie à l'examen de Comités d'éthique en matière de recherche sur l'être humain. Ces comités sont encouragés à tenir compte des opinions des personnes qui ont suivi un traitement pour usage de drogue et un traitement de la dépendance à l'égard des drogues et qui sont en train de se remettre de troubles liés à l'usage de drogues. La participation des patients à la recherche devrait être strictement volontaire et l'on devrait, dans tous les cas, obtenir leur consentement éclairé.
- 2.7 Les normes éthiques de soins dans les services de traitement devraient, sans discrimination, s'appliquer à toutes les populations ayant des besoins spéciaux en matière de traitement et de soins.

Principe 3

Promouvoir le traitement des troubles liés à la consommation de drogues par une coordination efficace entre le système de justice pénale, les services de santé et les services sociaux

DESCRIPTION

Les troubles liés à la consommation de drogues devraient être considérés avant tout comme des problèmes de santé plutôt que comme des comportements criminels et, en règle générale, les personnes souffrant de ces troubles devraient être traitées dans le cadre du système de santé plutôt que dans celui du système de justice pénale. Ce ne sont pas toutes les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues qui commettent des crimes et même si elles en commettent, il s'agit généralement de délits ou de crimes de faible niveau commis pour financer la consommation de drogues. Ces comportements cessent généralement avec le traitement efficace du trouble lié à la consommation de drogues. Il importe de considérer la consommation de drogues par les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues exclusivement comme un problème de santé nécessitant l'accès à un soutien et à un traitement approprié, le cas échéant, plutôt que des sanctions pénales. Le système de justice pénale devrait collaborer étroitement avec les systèmes sociaux et de santé pour faire en sorte que le traitement des troubles liés à la consommation de drogues dans le système de soins de santé ait la préséance sur les poursuites pénales ou l'emprisonnement. Une formation adéquate devrait être assurée au personnel des services de détection et de répression, des tribunaux et du système pénitentiaire ou carcéral afin qu'il puisse s'engager efficacement dans le traitement et la réadaptation et les soutenir. Si l'emprisonnement se justifie, un traitement devrait également être proposé aux prisonniers souffrant de troubles liés à la consommation de drogues pendant leur incarcération et après leur libération, car un traitement efficace réduira le risque de rechute, de décès par overdose et de récidive. Il est essentiel d'assurer et de faciliter la continuité des soins et des interventions de prévention des rechutes et des overdoses après la libération des prisonniers souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. Dans tous les cas relevant de la justice, il devrait être administré aux individus un traitement et des soins d'un niveau égal à ceux dispensés dans la communauté.

NORMES

- 3.1 Le traitement des troubles liés à la consommation de drogues devrait être principalement assuré dans les systèmes sociaux et de santé. Des mécanismes efficaces de coordination avec le système de justice pénale devraient être mis en place pour faciliter l'accès des personnes qui en relèveraient aux services de traitement et d'aide sociale.
- 3.2 Un traitement efficace des troubles liés à la consommation de drogues devrait être disponible pour les prévenus souffrant de troubles liés à la consommation de drogues et, le cas échéant, être une alternative complète ou partielle à la condamnation ou à la répression.
- 3.3 Le traitement des troubles liés à la consommation de drogues administré dans le cadre de la justice pénale ou en tant qu'alternative à l'incarcération devrait s'appuyer sur des cadres juridiques appropriés.
- 3.4 Les cadres de justice pénale devraient offrir aux individus souffrant de troubles liés à la consommation de drogues des possibilités de bénéficier d'une égalité de traitement ainsi que des soins de santé et de l'aide sociale disponibles au sein de la communauté.
- 3.5 Le système de justice pénale ne devrait pas imposer des interventions thérapeutiques aux personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues contre leur gré.
- 3.6 Les individus présentant des troubles liés à la consommation de drogues dans le cadre de la justice pénale devraient avoir accès aux services essentiels de prévention et de traitement, notamment : les mécanismes de détection et d'orientation précoces pour traitement, la prévention des infections transmises par le sang, le traitement pharmacologique et psychosocial des troubles liés à la consommation de drogues et le traitement des comorbidités dues aux troubles liés à l'utilisation de drogues ainsi que des pathologies psychiatriques et physiques, les services de réadaptation et de liaison avec les services d'aide sociale et les services de santé communautaire et également les services sociaux en amont de leur libération.
- 3.7 Il conviendrait de mettre en place des formations ciblant le personnel du système de justice pénale, y compris les agents de détection et de répression et les agents du système pénitentiaire ainsi que les professionnels des tribunaux, pour garantir la reconnaissance des besoins médicaux et psychosociaux associés aux troubles liés à la consommation de drogues et soutenir les efforts de traitement et de réadaptation.
- 3.8 Le traitement des troubles liés à la consommation de drogues dans le système de justice pénale devrait se conformer aux mêmes normes éthiques et professionnelles et aux mêmes principes directeurs fondés sur des données factuelles que ceux en vigueur au sein de la communauté.
- 3.9 Le traitement des troubles liés à la consommation de drogues et des affections comorbides devrait constituer un élément essentiel de la réinsertion sociale des détenus souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. En outre, il est nécessaire d'assurer la continuité du traitement des troubles susdits dans tous les cas de figure grâce à une coordination efficace des services de santé et d'aide sociale dans la communauté et les cadres de justice pénale. Cette précaution permettra de réduire le risque de rechute, d'overdose et de récidive.
- 3.10 Il conviendrait de déployer tous les efforts possibles pour réduire le fardeau de la stigmatisation et prévenir la discrimination à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de drogues qui fréquentent les services médicaux pendant qu'elles sont en contact avec le système de justice pénale.

Principe 4

Le traitement devrait être fondé sur des données scientifiques probantes et répondre aux besoins spécifiques des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues

DESCRIPTION

L'ensemble des connaissances scientifiques sur les troubles liés à la consommation de drogues et leur traitement devrait guider les interventions et les investissements dans le traitement. Les mêmes normes strictes requises pour l'approbation et la mise en œuvre d'interventions pharmacologiques ou psychosociales dans d'autres disciplines médicales devraient être appliquées au traitement des troubles liés à la consommation de drogues. Il importe de limiter les interventions pharmacologiques et psychosociales applicables à celles dont l'efficacité a été démontrée par la recherche ou approuvée par les organes d'experts compétents. Lorsque d'autres approches thérapeutiques sont jugées utiles, il est nécessaire, avant de les déployer, de s'assurer que leur efficacité et leur innocuité sont correctement évaluées, y compris par des essais cliniques. La durée et l'intensité des interventions devraient être conformes aux lignes directrices fondées sur des données probantes. Les équipes multidisciplinaires devraient intégrer différentes interventions adaptées à chaque patient. Il est nécessaire de planifier et de fournir des services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues en utilisant l'approche requise pour le traitement des maladies chroniques, plutôt que le modèle de soins actifs. Cette démarche se justifie par le fait que les traitements et la prise en charge de longue durée ont plus de chances de favoriser une vie longue et saine. Il importe d'adapter les interventions à la situation culturelle et financière du pays sans compromettre les éléments fondamentaux que la science considère comme essentiels pour obtenir de bons résultats. Les interventions ou les systèmes de traitement « traditionnels » peuvent être spécifiques à un pays ou à un contexte particulier et leur efficacité peut ne pas être prouvée au-delà de l'expérience locale des patients et de leurs cliniciens. Ces systèmes devraient tirer des enseignements des interventions fondées sur des données probantes et les intégrer autant que possible à leurs services. Il est nécessaire de mener des recherches évaluatives pour établir formellement si, oui ou non, les traitements « traditionnels » sont efficaces et les risques qu'ils comportent sont acceptables.

NORMES

- 4.1 L'allocation de ressources pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues devrait être guidée par les données factuelles existantes attestant de l'efficacité et du rapport coût/efficacité des interventions thérapeutiques.
- 4.2 Il conviendrait de mettre en place une palette d'interventions thérapeutiques fondée sur des données factuelles de différentes intensités à différents niveaux des systèmes de santé et d'aide sociale en intégrant de manière appropriée des interventions pharmacologiques et psychosociales dans un continuum de soins.
- 4.3 Les services de traitement devraient tenir compte des différences entre les sexes et être orientés vers les besoins des populations qu'ils desservent, en tenant dûment compte des normes culturelles et de la participation des patients à la conception, à la prestation et à l'évaluation des services.
- 4.4 Il conviendrait de former les professionnels de santé des systèmes de soins primaires à la détection de la consommation de drogues ainsi qu'au diagnostic et à la prise en charge des troubles liés à la consommation de drogues et des pathologies connexes.
- 4.5 Le traitement des troubles liés à la consommation de drogues dans le cadre des soins de santé primaires devrait être soutenu par des services spécialisés disposant des aptitudes et compétences requises, en particulier pour le traitement des cas graves et des patients présentant des comorbidités psychiatriques et physiques.
- 4.6 Dans la mesure du possible, l'organisation de services de traitement spécialisés pour les troubles liés à la consommation de drogues devrait comporter des équipes pluridisciplinaires formées à l'exécution d'interventions fondées sur des données probantes. Ces équipes devraient, en outre, avoir des compétences en médecine, en psychiatrie, en psychologie clinique, en soins infirmiers, en travail social et en conseil. Elles devraient impliquer des personnes ayant une expérience vécue de la consommation de drogues et du traitement de la dépendance aux drogues et qui sont en voie de rétablissement.
- 4.7 Les besoins individuels devraient déterminer la durée du traitement, et ce, sans limites préétablies et l'on devrait pouvoir le modifier à tout moment, en fonction des besoins cliniques du patient.
- 4.8 Il conviendrait d'instaurer la formation des professionnels de santé à l'identification, au diagnostic et au traitement fondé sur des données probantes des troubles liés à la consommation de drogues à différents niveaux d'enseignement, y compris dans les programmes d'enseignement universitaire et les programmes de formation continue.
- 4.9 Il est nécessaire d'actualiser régulièrement les lignes directrices relatives au traitement des troubles liés à la consommation de drogues, les procédures et les normes pour tenir compte des nouvelles données probantes attestant de l'efficacité des interventions thérapeutiques, des connaissances sur les besoins des patients, ainsi que des utilisateurs des services et des résultats des recherches évaluatives.
- 4.10 Les services de traitement devraient évaluer leurs performances à l'aune des normes de services comparables.
- 4.11 La mise au point de nouvelles interventions thérapeutiques devrait intervenir dans le cadre du processus d'essai clinique et sous la supervision d'un comité d'éthique de la recherche sur l'homme agréé.

Principe 5

Répondre aux besoins spéciaux de traitement et de soins des différents groupes de population

DESCRIPTION

Au sein de la population générale, il conviendrait d'accorder aux sous-groupes de personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues une attention particulière et, si nécessaire, de leur administrer des soins spécialisés et adaptés. Les personnes issues de groupes ayant des besoins spécifiques peuvent comprendre, entre autres, les femmes et, notamment, les femmes enceintes, les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les populations autochtones, les migrants, les travailleurs du sexe, les personnes ayant une orientation et une identité sexuelles différentes, les personnes handicapées, les analphabètes et les personnes peu instruites, les personnes souffrant de comorbidités, les personnes en contact avec le système de justice pénale et toute personne sans soutien social, comme les sans-abri ou les chômeurs. Travailler avec des personnes ayant des besoins spéciaux nécessite des plans de traitement différenciés et individuels qui tiennent compte de leurs exigences, de leurs vulnérabilités et de leurs besoins spéciaux. Les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination, qui peuvent être renforcées pour les personnes appartenant à des groupes de population ayant des besoins spécifiques. Dans chaque contexte, il peut se révéler nécessaire de tenir directement compte des considérations particulières ayant trait au continuum de traitement.

Il conviendrait de ne pas traiter les enfants et les adolescents dans le même cadre que les patients adultes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. Les enfants et les adolescents souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devraient être traités dans des établissements capables de gérer des questions telles que la sécurité et la protection des enfants. Les établissements pour enfants et adolescents devraient couvrir également la santé, l'apprentissage et le bien-être social au sens large, en collaboration avec la famille, les écoles et les services sociaux. De même, les femmes entrant en traitement devraient bénéficier de services spéciaux et pourraient avoir besoin de protection. Les femmes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues sont souvent plus vulnérables à la violence domestique et aux abus sexuels et leurs enfants peuvent également être vulnérables à la négligence et aux abus. C'est pour cette raison, qu'une liaison avec les organismes sociaux assurant la protection des femmes et des enfants est recommandée. Les femmes peuvent avoir besoin de services de traitement différenciés dans un cadre sûr et exclusif pour en tirer le plus grand bien. Les programmes thérapeutiques destinés aux parents souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devraient tenir compte des besoins primordiaux des enfants de ces derniers et avoir la capacité d'y répondre. Il est nécessaire de fournir un soutien de qualité à l'éducation des enfants et de bonnes pratiques de garde d'enfants, ainsi que d'assurer une formation sur des questions telles que la santé sexuelle, y compris la contraception.

NORMES

- 5.1 La prestation de services pour les troubles liés à la consommation de drogues et les protocoles de traitement des services devraient refléter les besoins des groupes de population spécifiques.
- 5.2 Il conviendrait de mettre en place des services de traitement spéciaux dédiés aux enfants et aux adolescents souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, afin de répondre aux besoins de traitement spécifiques allant de pair avec cette tranche d'âge. Il conviendrait également de fournir des services de traitement différenciés pour les enfants et les adolescents chaque fois que possible, afin d'obtenir les meilleurs résultats de traitement possibles.
- 5.3 Les services et les interventions thérapeutiques devraient être adaptés aux besoins des femmes et, notamment, les femmes enceintes. Cette adaptation s'applique à tous les aspects de la conception et de l'exécution des interventions, y compris leur situation géographique, leur personnel, leur élaboration de programmes, la convivialité pour les enfants et leur contenu.
- 5.4 Les services de traitement devraient être adaptés aux besoins des personnes issues de groupes minoritaires souffrant des troubles liés à la consommation de drogues et leur fournir des médiateurs culturels et des interprètes chaque fois que cela est nécessaire, afin de réduire les barrières culturelles et linguistiques.
- 5.5 L'assistance sociale et les mesures de soutien devraient être intégrées aux services de traitement des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, en particulier celles qui ne bénéficient pas d'un soutien social, comme les sans-abri ou les chômeurs.
- 5.6 Il conviendrait de mettre en place des services de sensibilisation pour établir un contact avec les personnes qui pourraient s'abstenir de rechercher un traitement du fait de la stigmatisation et de la marginalisation.
- 5.7 Il conviendrait de déployer tous les efforts possibles en vue de réduire le fardeau de la stigmatisation et de la discrimination auxquelles sont confrontées les personnes souffrant de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de drogues, notamment au travers de campagnes de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation, de la diffusion d'informations correctes sur les troubles liés à l'utilisation de drogues, de la réduction des obstacles structurels au traitement et de la mise en œuvre de mesures visant à renforcer l'auto-efficacité des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues.

Principe 6

Garantir une bonne gouvernance clinique des programmes et des services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues

DESCRIPTION

Les services de traitement de bonne qualité et efficaces des troubles liés à la consommation de drogues devraient disposer de méthodes de gouvernance clinique responsables et efficaces. Il conviendrait de définir à l'avance le programme, les politiques, les procédures et les mécanismes de coordination du traitement et de les communiquer clairement à l'ensemble du personnel thérapeutique, administratif et de prise en charge, ainsi qu'aux patients. L'organisation des services devrait refléter les données actuelles de la recherche et répondre aux besoins des utilisateurs des services. Le traitement des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues (qui ont souvent des besoins psychosociaux, psychiatriques, physiques, sociaux et de santé multiples) est un défi, tant pour les membres du personnel pris individuellement que pour les organisations. L'attrition du personnel dans ce domaine est reconnue et les organisations devraient mettre en place diverses mesures pour soutenir leur personnel et encourager la prestation de services de qualité.

NORMES

- 6.1 Les politiques et les plans de traitement des troubles liés à l'utilisation de drogues devraient être formulés par les autorités gouvernementales et autres autorités compétentes, selon les cas, et reposer sur les principes de la couverture sanitaire universelle. Ils devraient, en outre, se conformer aux meilleures données probantes disponibles et être élaborés avec la participation active des principales parties prenantes, notamment les populations cibles, les patients, les membres des familles et des communautés, ainsi que les ONG.
- 6.2 Une politique de service et des protocoles de traitement consignés par écrit devraient être disponibles, connus de tout le personnel et guider la prestation des services et interventions thérapeutiques.
- 6.3 Le personnel des services spécialisés dans les troubles liés à la consommation de drogues devrait être suffisamment qualifié et bénéficier d'une formation continue reposant sur des données probantes, d'une certification, d'un soutien et d'une supervision clinique. La supervision clinique, le mentorat, les mesures de protection de la sécurité et d'autres formes de soutien sont nécessaires pour prévenir l'épuisement professionnel chez les membres du personnel.
- 6.4 Il conviendrait de définir clairement des politiques et procédures de recrutement du personnel et de surveillance du rendement qui devraient être connues de tous.
- 6.5 Il conviendrait d'assurer une source durable de financement de niveaux adéquats et de mettre en place des mécanismes appropriés de gestion financière et de reddition de comptes. Dans la mesure du possible, il faudrait inclure des ressources pour la formation continue du personnel, l'évaluation du rendement et de la qualité des services dans le budget correspondant.
- 6.6 Les services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues devraient être en réseau et en liaison avec tous les niveaux de soins de santé, y compris les services de santé primaires et spécialisés, les services sociaux et autres, afin de fournir des soins complets à leurs patients.
- 6.7 Des systèmes d'enregistrement adéquats des patients et de collecte de données conformes aux indicateurs internationaux devraient être mis en place pour garantir la responsabilisation et la continuité du traitement et des soins, tout en respectant la confidentialité des données des patients.
- 6.8 Il est essentiel de réviser périodiquement les programmes, les règles et procédures des services et de mettre en place des mécanismes de retour d'information, d'audit, de suivi et d'évaluation continus (y compris le retour d'information des patients).
- 6.9 Les modes de consommation de drogues et leurs conséquences sanitaires et sociales connexes, ainsi que la consommation de substances psychoactives et les comorbidités psychiatriques et physiques devraient faire l'objet de surveillance régulière. Les résultats devraient être mis à disposition pour aider à la planification et à la gouvernance des services de traitement.

Principe 7

Les services, les politiques et les procédures de traitement devraient soutenir une approche intégrée du traitement et les liens avec les services complémentaires nécessitent un suivi et une évaluation constants

DESCRIPTION

Face à un problème de santé complexe et aux multiples facettes, il conviendrait de mettre en place des systèmes de traitement complets pour faciliter la prise en charge efficace des troubles liés à la consommation de drogues, ainsi que des problèmes sociaux et de santé connexes. Il n'existe aucune modalité de traitement qui pourrait, à elle seule, répondre convenablement aux besoins de tous. Par conséquent, la réponse devrait être globale et adaptée aux besoins des individus. Dans la mesure du possible, différents services doivent être impliqués dans l'administration du traitement. Celle-ci devrait faire l'objet d'une coordination appropriée et intégrer, notamment, les soins psychiatriques, psychologiques et de santé mentale, les services d'aide sociale et autres (y compris pour le logement et les compétences professionnelles et l'emploi et, si nécessaire, l'assistance juridique), ainsi que d'autres services de soins de santé spécialisés (tels que les services de traitement du VIH, du virus de l'hépatite C, de la tuberculose et d'autres affections comorbides). Il est essentiel de suivre, d'évaluer et d'adapter le système de traitement en permanence. Cela nécessite une planification pluridisciplinaire et la prestation des services selon une séquence logique et progressive qui assure la solidité des liens entre la politique, l'évaluation des besoins, la planification des systèmes de traitement, la prestation et la surveillance des services, l'évaluation des résultats et les améliorations de la qualité.

NORMES

- 7.1 Les politiques et les plans de développement des systèmes de traitement des troubles liés à la consommation de drogues devraient promouvoir une approche thérapeutique individualisée, holistique et intégrée, ainsi que des liens avec des services complémentaires dans le secteur de la santé et en dehors de celui-ci.
- 7.2 L'on devrait établir et rendre opérationnels des liens entre les efforts visant à prévenir la consommation de drogues, à traiter les troubles y liés et à réduire les dommages sociaux et pour la santé qui y sont associés.
- 7.3 Il conviendrait de créer et de rendre opérationnels des liens entre les communautés (impliquant les familles, les soignants, les groupes d'entraide et de soutien mutuel, les milieux religieux et communautaires concernés), les services sociaux (tels que ceux fournis dans les établissements d'enseignement, les centres de sport et de loisirs), le système de justice pénale et les services de soins de santé primaires et spécialisés, dans le strict respect de la confidentialité des données des patients.
- 7.4 La planification et la mise au point des systèmes de traitement devraient reposer sur des estimations et des descriptions de la nature et de l'ampleur du problème de la drogue et des caractéristiques de la population dans le besoin.
- 7.5 Il conviendrait de définir les rôles des organismes nationaux, régionaux et locaux dans divers secteurs chargés de l'administration du traitement des troubles liés à la consommation de drogues et de la réadaptation suite à un tel traitement, assortis de mécanismes de coordination efficaces.
- 7.6 Il conviendrait d'élaborer et de mettre en place des normes de qualité pour les services de traitement de la dépendance aux drogues, assorties de mécanismes appropriés pour garantir la conformité, l'assurance qualité ou l'accréditation.
- 7.7 Chaque service devrait disposer de mécanismes de gouvernance clinique, de suivi et d'évaluation, y compris de responsabilisation clinique, de surveillance continue du bien-être et de la santé des patients, et être soumis à une évaluation externe intermittente.
- 7.8 Les informations sur le nombre, le type et la répartition des services disponibles, ainsi que l'utilisation du système de traitement devraient faire l'objet de contrôle à des fins de planification et de développement.

CHAPITRE 3

Systèmes de traitement des troubles liés à la consommation de drogues

3.1 Niveau de prestation des services et des systèmes

Le présent chapitre met en exergue les principales caractéristiques des systèmes de traitement efficaces des troubles liés à la consommation de drogues et fournit des orientations concernant la planification des services de traitement. Il propose également des cadres pour l'organisation des services de santé et des modèles de soins.

Tout système national efficace de traitement des troubles liés à la consommation de drogues nécessite une réponse coordonnée et intégrée de la part de nombreux acteurs. L'objectif visé est double : fournir des services et des interventions dans plusieurs contextes, d'une part, cibler différents groupes à différents stades en fonction de la gravité de leur trouble lié à la consommation de drogues et de leurs autres besoins, d'autre part. Le système de santé publique, qui travaille souvent en étroite coordination avec les services sociaux et d'autres services communautaires, est le mieux placé pour prendre l'initiative de fournir des services de traitement efficaces aux personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. Dans certains pays, cependant, le secteur privé joue un rôle essentiel dans le traitement de ces personnes. Les normes et caractéristiques proposées peuvent donc être tout aussi utiles aux services de traitement privés.

Les services de traitement devraient être :

- disponibles
- accessibles
- abordables
- fondés sur des données probantes
- diversifiés.

La disponibilité des services de traitement fait référence à la présence durable de services capables d'assurer un traitement aux patients souffrant de troubles liés à la consommation de drogues.

L'accessibilité des services de traitement s'entend au sens de leur portée ou de leur disponibilité pour l'ensemble de la population. Ces services doivent être bien situés et se trouver à proximité des transports publics (y compris dans les zones rurales et urbaines), avoir des heures d'ouverture permettant une prestation de services adéquate. Certains facteurs de la conception des services permettront d'accroître l'accès des sous-groupes ayant besoin d'être traités de troubles liés à la consommation de drogues (tels que les établissements de garde d'enfants pour les patients ayant des enfants). En outre, les attitudes envers certains groupes de population ou d'autres facteurs ne doivent pas entraver l'accès aux services.

L'accessibilité financière des services de traitement fait référence à l'accessibilité financière tant pour les patients que pour le système de traitement local. Les services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues devraient être abordables pour les patients issus de différents groupes socio-économiques et ayant des niveaux de revenus différents. L'idéal serait que le traitement de ces troubles soit gratuit, afin que les coûts ne se transmettent pas en obstacle au traitement. En outre, il est nécessaire de rendre les systèmes de traitement des troubles liés à la consommation de drogues et d'autres substances abordables pour le système de santé et le système social afin de pérenniser les services de traitement.

Les interventions thérapeutiques devraient reposer sur des données scientifiques et se conformer à des lignes directrices fondées sur des données probantes, comme il en va du traitement de tout autre problème de santé. Cette disposition est essentielle pour garantir la qualité des services de traitement.

Il est nécessaire de diversifier les services de traitement pour répondre aux besoins de la population cible et offrir différentes approches thérapeutiques. Il n'existe pas d'approche unique qui convienne à tous les types, toutes les gravités ou tous les stades des troubles liés à la consommation de drogues. Les services devraient permettre aux patients souffrant de ce type de troubles d'accéder à un traitement et de se rétablir, ainsi qu'à des interventions communautaires visant à réduire les conséquences sanitaires et sociales néfastes de la consommation de drogues. Il faut donc mettre en place un éventail de modalités de traitement dans divers cadres (services de proximité, services ambulatoires, hospitaliers, résidentiels) pour apporter une réponse adéquate à l'éventail des besoins des patients souffrant de troubles liés à la consommation de drogues et d'autres substances. Étant donné que le rétablissement reste l'objectif ultime de tous les services de traitement et de soins, les services de gestion du rétablissement durable devraient faire partie intégrante du système de traitement.

3.2 Organisation du système de traitement

Les troubles liés à la consommation de drogues peuvent être décrits dans un spectre allant d'une gravité et d'une complexité de niveau faible à élevé.

Du point de vue du budget public, le traitement des troubles liés à la consommation de drogues fondé sur des données probantes est un investissement judicieux, car les coûts du traitement de ces troubles sont bien moindres que ceux du traitement de la dépendance aux drogues non traitée (ONUDC et OMS, 2008). Le retour sur investissement peut être supérieur à un ratio de 12 : 1 grâce à la réduction de la criminalité liée à la drogue et des coûts de la justice pénale, de la détection et de la répression, ainsi que des soins de santé (NIDA, 2012).

Il est conseillé aux personnes chargées d'élaborer ou de réviser les systèmes locaux de traitement complet des troubles liés à la consommation de drogues, conformément aux Normes, d'allouer les ressources disponibles de sorte à apporter une réponse optimale aux besoins de la population. Il est nécessaire de développer des systèmes de traitement des troubles liés à la consommation de drogues conformément au principe clé de santé publique qui consiste à accorder la priorité à l'intervention la moins invasive produisant l'efficacité la plus grande possible tout en occasionnant le coût le plus bas possible pour les patients.

Le volume et le type de services de traitement dont la population a besoin devraient déterminer les investissements de fonds publics. En général, une zone locale donnée compte un certain nombre de consommateurs de drogues occasionnels et un nombre plus restreint de personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues (dont une petite proportion souffrira de troubles graves ou complexes liés à la consommation de drogues).

Comme le montre la pyramide des organisations de services (figure 1), la plupart des interventions thérapeutiques sont nécessaires à des niveaux d'intensité plus faible. Les interventions de faible intensité et efficaces dans des contextes communautaires ou non spécialisés (telles que le dépistage et les interventions brèves) peuvent empêcher les individus de développer des troubles plus graves liés à la consommation de drogues et peuvent être assurées à moindre coût par un personnel non spécialisé et formé. De même, la plupart des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues peuvent être traitées efficacement dans un cadre ambulatoire ou communautaire plutôt qu'en milieu hospitalier ou résidentiel de longue durée plus intensif et plus coûteux.

Les systèmes de traitement conçus en fonction de la pyramide de prestation de services ont un meilleur rapport coût/efficacité. Toutefois, dans les systèmes où l'investissement se fait de façon disproportionnée dans les services de traitement à haute intensité ou à coût élevé (au sommet de la pyramide) exclusivement, les personnes ayant

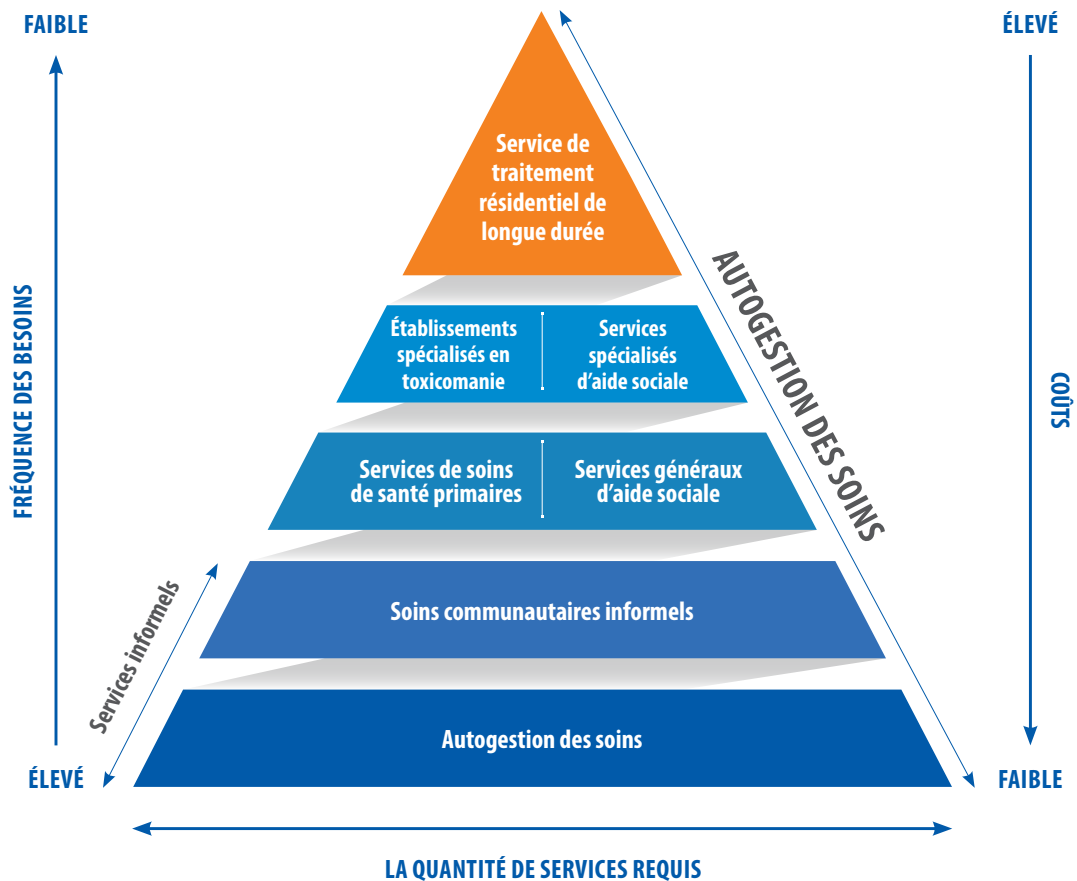


Figure 1 : pyramide des organisations de services pour le traitement et les soins des troubles liés à la consommation de drogues (unodc, 2014), basée sur la pyramide des services de santé mentale de l'OMS (OMS, 2003)

des besoins de faible gravité peuvent être « sur-traités » dans des services à haute intensité ou dans un système dont la capacité globale est limitée. Cette situation résulte du manque de fonds pour développer d'autres composantes d'un système intégré tel que décrit dans les Normes. Le traitement ambulatoire des troubles liés à la consommation de drogues est en général moins perturbant pour la vie des patients et moins coûteux pour le système de santé que le traitement en établissement et le traitement résidentiel. Le traitement ambulatoire est le premier choix de cadre recommandé du point de vue de la santé publique, à condition qu'il soit fondé sur des données probantes et qu'il puisse répondre aux besoins du patient. Un traitement en milieu hospitalier et résidentiel peut être nécessaire sur la base d'une évaluation individualisée pour les personnes souffrant de troubles plus graves ou plus complexes liés à la consommation de drogues ou d'autres problèmes sociaux.

Une inadéquation entre la gravité des troubles liés à la consommation de drogues au sein de la population et l'intensité des modalités dans un système de traitement local entraîne une répartition inefficace des ressources et réduit les résultats, ce qui ne constitue pas un bon investissement des deniers publics.

L'absence d'interventions de faible intensité et à faible seuil d'accessibilité (telles que le dépistage et les interventions brèves au niveau des soins de santé primaires ou des services communautaires de proximité) peut également contraindre les consommateurs de drogues à ne recourir aux services de traitement que lorsqu'ils ont développé de graves troubles liés à la consommation de drogues. Pourtant, un soutien aux premiers stades de leur trouble aurait été moins intensif (et moins coûteux). Les données montrent que les praticiens de soins primaires dépistent rarement leurs patients pour les troubles liés à la consommation de drogues (Ernst, Miller et Rollnick, 2007). Cependant, il est possible de procéder à un dépistage, d'assurer des interventions brèves et de proposer un traitement dans le cadre des soins de santé primaires et cela permet d'identifier, de soutenir et, si nécessaire, d'orienter les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, ce qui contribue à réduire les coûts des soins de santé.

3.2.1 Suggestions d'interventions à différents niveaux du système

Comme l'indique le tableau 1, diverses interventions devraient être disponibles pour les patients en vue d'assurer la continuité du traitement et des soins.

Tableau 1. Interventions suggérées à différents niveaux du système

Niveau du système	Interventions possibles
Soins communautaires informels	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions de sensibilisation • Groupes d'entraide et gestion du rétablissement • Soutien informel par l'intermédiaire des amis et de la famille
Services de soins de santé primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage, interventions brèves, orientation vers un traitement spécialisé des troubles liés à la consommation de drogues • Soutien continu aux personnes en traitement ou contact avec des services spécialisés dans le traitement de la dépendance aux drogues • Services de santé de base, y compris les premiers secours, la prise en charge des traumatismes
Aide sociale générique	<ul style="list-style-type: none"> • Hébergement/logement • Alimentation • Soutien social inconditionnel • Orientation vers des services spécialisés de traitement de la dépendance aux drogues et vers d'autres services sociaux et de santé, le cas échéant
Services de traitement spécialisés (services ambulatoires et services en milieu hospitalier)	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation • Planification du traitement • Prise en charge des cas • Gestion de la désintoxication ou du sevrage • Interventions psychosociales • Traitement médicamenteux • Prévention des rechutes • Gestion du rétablissement
Autres services de traitement spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions de spécialistes en santé mentale (y compris les services psychiatriques et psychologiques) • Interventions de spécialistes en médecine interne, en chirurgie, en pédiatrie, en obstétrique, en gynécologie et autres services de santé spécialisés • Soins dentaires • Traitement des maladies infectieuses (y compris le VIH, l'hépatite C et la tuberculose)
Services d'aide sociale spécialisés pour les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien familial et réinsertion dans les familles • Programmes de formation ou d'éducation professionnelle • Génération de revenus et micro-crédits • Planification du temps de loisirs • Services de gestion du rétablissement
Services résidentiels de longue durée pour les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues	<ul style="list-style-type: none"> • Programme résidentiel pour traiter les troubles graves ou complexes liés à la consommation de drogues et les pathologies comorbides • Logement • Formation professionnelle • Environnement protégé • Formation aux compétences de la vie courante • Soutien thérapeutique continu • Orientation vers les services de gestion des soins ambulatoires ou du rétablissement

3.3 Planification et financement des systèmes de traitement

Les décisions concernant l'allocation des ressources et les services offerts aux différents niveaux des systèmes sanitaires et sociaux sont cruciaux pour la planification d'un système fonctionnel et durable de traitement de la dépendance aux drogues.

Une évaluation des besoins locaux, à la lumière des données disponibles sur la demande de drogue et la prestation de services de traitement et de prise en charge à différents niveaux, devrait éclairer l'allocation des ressources et la conception des systèmes de traitement (ONUDD, 2003).

L'absence de données ou de systèmes de collecte systématique de données ne devrait pas constituer un obstacle majeur à la mise en œuvre et à la prestation de services de traitement de la dépendance aux drogues. Certains indicateurs importants (tels que l'indicateur de la demande de traitement : utilisation des services pour les problèmes de drogue) ne peuvent être collectés efficacement que si des services de traitement de la dépendance aux drogues sont en place et que des données sur les patients sont disponibles.

La mise en place d'un système national fonctionnel d'information sur les drogues peut nécessiter le soutien de partenaires à tous les niveaux et issus de différents secteurs. Cette intervention se justifie par le fait qu'il faut une composante technique, ainsi qu'un processus participatif, pour mettre en place les politiques régissant un système national d'information sur les drogues et un observatoire national sur les drogues.

Il conviendrait de ne pas envisager séparément les systèmes de traitement des troubles liés à la consommation de drogues des systèmes généraux de santé, d'aide sociale ou des services locaux. Leur conception et leur mise en œuvre sont susceptibles d'être influencées par des services sociaux et de santé plus large et d'être inextricablement liées à ceux-ci. La planification, la conception et le déploiement des services de traitement et d'aide au rétablissement nécessite l'implication d'un large éventail de parties prenantes, notamment les prestataires publics de santé et de services sociaux, le système de justice pénale et les services de police.

La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues constituent des obstacles majeurs au traitement. Il est nécessaire de déployer tous les efforts possibles pour faire de la sensibilisation, promouvoir des attitudes non stigmatisantes et lutter contre la discrimination structurelle à l'égard de ces personnes. Pour y parvenir, il est essentiel de mettre en œuvre des interventions politiques globales, centrées sur les personnes et équilibrées, de lever les barrières au traitement, d'éliminer et de prévenir les peines ou traitements inhumains ou dégradants au nom du traitement. Il est également essentiel d'assurer une meilleure prise en charge, d'accroître la sensibilisation et la compréhension des troubles liés à la consommation de drogues au sein de la population générale et d'améliorer les connaissances des décideurs et des responsables politiques, des professionnels de santé et des autres parties prenantes concernées. Les interventions visant à accroître l'auto-efficacité et à responsabiliser les personnes, par exemple, par le biais de groupes d'entraide, peuvent permettre de réduire le fardeau de l'auto-stigmatisation (Livingston et al., 2012 ; Corrigan et al., 2017).

3.4 Modèles d'organisation des services

La présente section décrit différents modèles d'organisation des services qui peuvent être mis en œuvre à différents niveaux – en fonction des besoins de la population, de l'organisation des services de santé et d'aide sociale, des cadres législatifs ainsi que des politiques et des ressources. Les modèles ne s'excluent pas mutuellement et peuvent se chevaucher.

3.4.1 Une approche de guichet unique

Vu les besoins divers et multiples des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, l'idéal serait de fournir un large éventail de services médicaux et sociaux dans un seul et même établissement ou service, que l'on pourrait décrire comme un « guichet unique » (figure 2). Une telle prestation de services intégrés, sans obstacles à l'accessibilité, comprend la gamme complète des services de soins et fournit aux consommateurs de drogues un traitement complet et éthique de la dépendance aux drogues lorsque cela est nécessaire (Rapp et al., 2006).

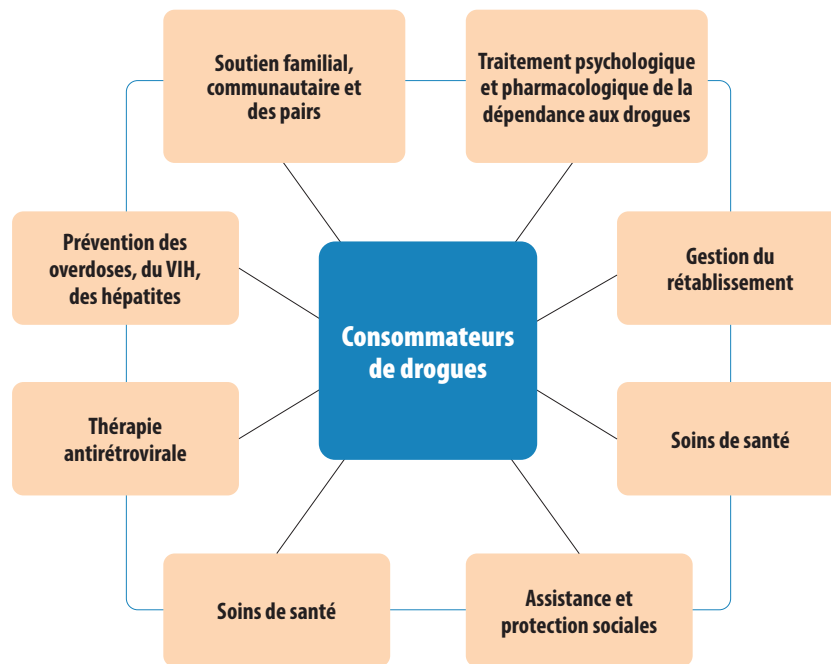


Figure 2. Approche de guichet unique

3.4.2 Approche de réseaux communautaires

Si un service de traitement local ne peut intégrer toutes les modalités et interventions fondées sur des données probantes (telles que l'approche de guichet unique), il est nécessaire de mettre en place un réseau global coordonné de services de traitement et de soins. Ce réseau devrait inclure diverses composantes du système local de santé et d'aide sociale. Cette approche positionne les services cliniques spécialisés dans le traitement de la dépendance aux drogues comme un élément central, mais offre de nombreux services auxiliaires municipaux ou communaux qui partagent une même perspective et travaillent en étroite coordination avec les mécanismes d'orientation établis. Afin de garantir l'accès, il est nécessaire de mettre en place des services d'entrée de gamme à bas seuil (tels que les services de proximité, les centres d'accueil) avec des mécanismes d'orientation définis pour les services cliniques de traitement de la dépendance aux drogues et les services sociaux d'accompagnement.

Dans une approche de réseau de traitement axé sur la communauté (figure 3), il existe de vastes partenariats non seulement entre différents services des secteurs social et de la santé (y compris les hôpitaux locaux, les soins primaires et les services d'aide sociale), mais aussi avec d'autres acteurs de la communauté (notamment les ONG et les groupes d'entraide). L'on pourrait ainsi développer une approche thérapeutique communautaire efficace qui utilise toutes les ressources déjà disponibles au sein de la communauté pour coordonner l'ensemble des services fournis. Les services communautaires de traitement de la dépendance aux drogues offrent une approche multifactorielle et multisectorielle de la prise en charge des problèmes liés à la drogue et des questions de santé. Une telle approche encourage l'utilisation de diverses voies pour le traitement, la gestion et le soutien du rétablissement et favorise une meilleure qualité de vie pour l'ensemble de la communauté. Les partenaires d'un réseau communautaire de services doivent travailler en étroite collaboration et coordination pour fournir le meilleur soutien possible grâce à des stratégies efficaces d'orientation et de prise en charge des cas afin de garantir un continuum de soins. Les réseaux communautaires de traitement de la dépendance aux drogues offrent un éventail de points d'entrée à bas seuil et facilitent l'accès aux différents services de traitement et de soins.

Les principes clés du traitement et de la prise en charge des consommateurs de drogues au sein de la communauté sont les suivants : (ONUDD, 2014) :

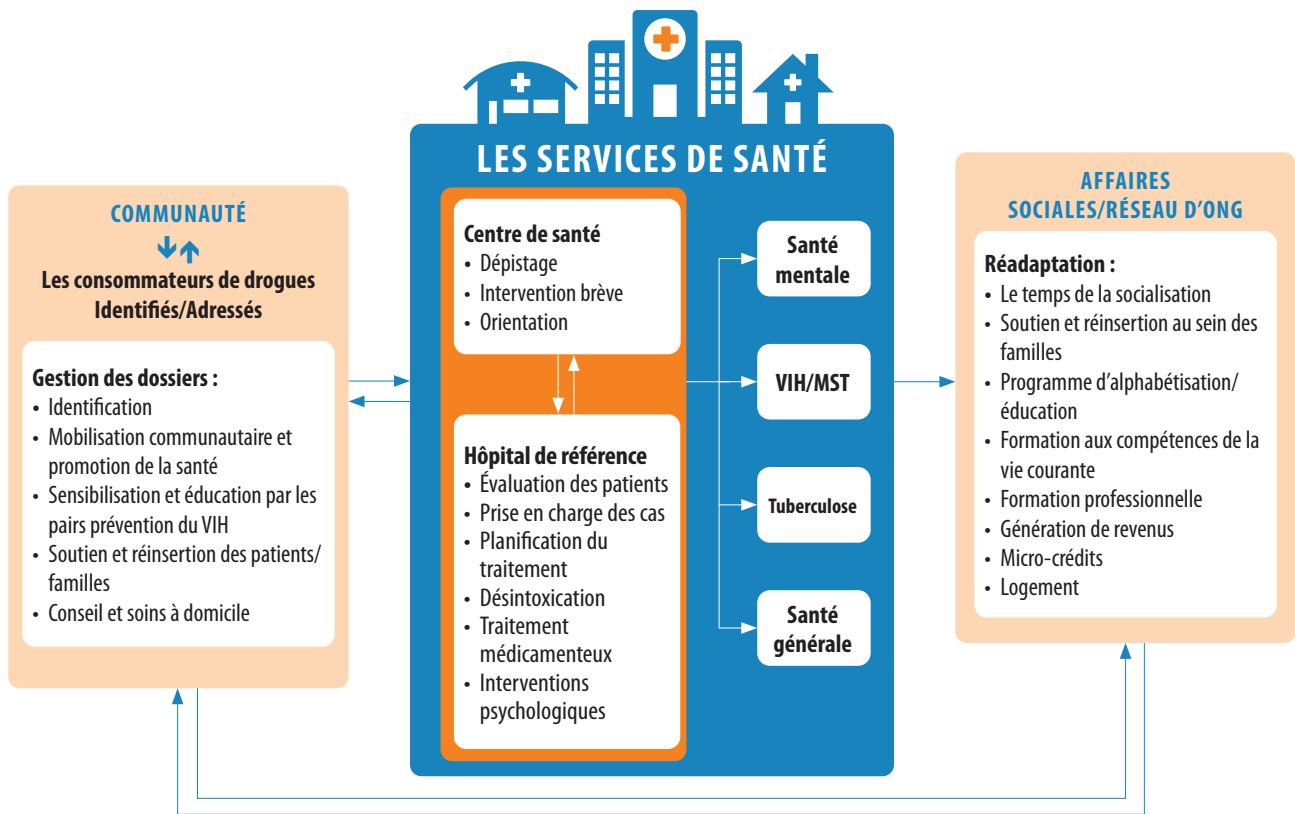


Figure 3. Modèle d'approche de réseau de traitement axé sur la communauté (ONUDD, 2014)

- continuum de soins allant de la sensibilisation, du soutien basique et de la réduction des conséquences sanitaires et sociales négatives connexes au traitement de la dépendance aux drogues, à la réinsertion sociale, sans « mauvaise porte » d'entrée dans le système
- une collaboration étroite entre la société civile, les services de répression ou le système de justice pénale, les secteurs de la santé et de l'aide sociale
- une perturbation minimale des liens sociaux et de l'emploi
- l'intégration du traitement des troubles liés à la consommation de drogues dans les services sociaux et de santé existants
- la prestation de services dans la communauté – aussi accessibles que possible aux consommateurs de drogues
- la participation s'appuyant sur les ressources et les biens de la communauté, y compris des familles
- la participation des consommateurs de drogues, des personnes souffrant de l'utilisation de substances psychoactives ou de la dépendance aux drogues, des familles et de la communauté, dans son ensemble, à la planification et à la prestation des services
- la fourniture d'interventions fondées sur des données probantes et tenant compte du genre
- une participation éclairée et volontaire au traitement
- une approche globale dans une perspective de rétablissement prenant en compte les différents besoins (santé, famille, éducation, emploi, logement)
- l'acceptation du fait que la rechute fait partie du processus de traitement et que les personnes peuvent de nouveau accéder aux services de traitement

- le respect des droits humains et de la dignité humaine, y compris la confidentialité
- la lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux troubles liés à la consommation de drogues.
- Les services de santé, tels que les soins de santé primaires, le traitement spécialisé de la dépendance aux drogues, les hôpitaux et les cliniques ainsi que les services sociaux, sont des partenaires essentiels dans un réseau de soins et de traitement axé sur la communauté. De plus, l'on pourrait nouer des partenariats plus vastes avec d'autres acteurs de la communauté tels que :
- la société civile et les ONG (y compris celles assurant des services de proximité, des formations professionnelles et entreprenant des activités de suivi)
- les services de police (y compris le dépistage, l'orientation vers les services de santé)
- le système de justice pénale (y compris les dispositions relatives au traitement en tant qu'alternative à la condamnation ou à la peine et l'administration en prison d'un traitement des troubles liés à la consommation de drogues et l'organisation de services de suivi au sein de la communauté pour les personnes libérées de prison)
- les organisations professionnelles (y compris celles fournissant un soutien juridique)
- les établissements de commerce et de services (tels que ceux qui créent des possibilités professionnelles)
- les groupes organisés de consommateurs de drogues et les personnes en voie de rétablissement (qui constituent des groupes d'entraide)
- des groupes organisés s'identifiant eux-mêmes en se fondant sur le sexe et l'origine ethnique
- les établissements d'enseignement et les centres de recherche
- les organisations et les responsables de jeunes
- les organisations spirituelles ou religieuses (par exemple, celles offrant des espaces pour des hébergements de nuit)
- les chefs spirituels et communautaires
- les associations de quartier
- les membres de la famille.

Pour que les patients soient mis en relation et orientés vers les services appropriés répondant à leurs besoins, il est essentiel que les services et les secteurs coordonnent la planification de leur traitement et la prise en charge des cas (ONUDD, 2014). Les responsables de la prise en charge des cas doivent travailler avec les patients, les membres des équipes et les services ou organisations de traitement pour choisir la meilleure combinaison d'interventions et de soutien. Les responsables de la prise en charge des cas devraient également assurer une évaluation continue de l'évolution du traitement. La prise en charge des cas permet ainsi de faire en sorte que le réseau de services d'orientation et autres services de soutien reste accessible et que les ressources soient utilisées efficacement. Le schéma suivant (Figure 4) décrit un système de prise en charge des cas qui fonctionne du point de vue des consommateurs de drogues et s'inscrit dans le système de traitement. Il n'y a pas de « mauvaise porte » pour entrer dans le système, car les différents services de traitement sont connectés et collaborent, de sorte que les patients puissent être orientés vers l'établissement de services correspondant à la sévérité de leur trouble et à leurs besoins individuels.

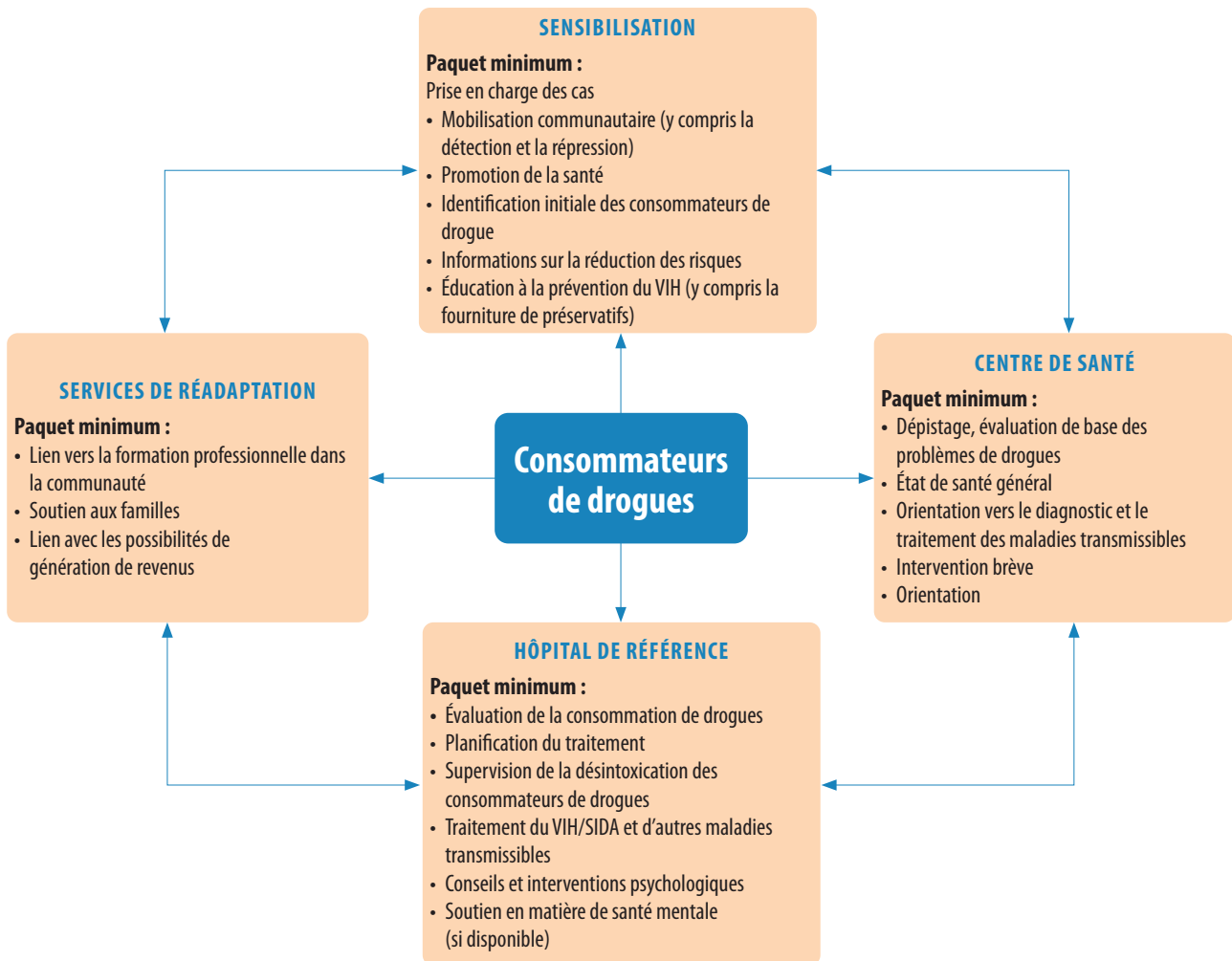


Figure 4. Modèle de prise en charge des cas, de traitement et de soins pour les usagers de drogues affectés par des troubles liés à la consommation de drogues (ONU DC, 2014)

3.4.3 Gestion du rétablissement durable

Le rétablissement est considéré comme « (...) un processus et une expérience continus par le biais desquels les individus, les familles et les communautés utilisent des ressources internes et externes pour traiter les troubles liés à la consommation de drogues, gérer activement leur vulnérabilité persistante à ces problèmes et mener une vie saine, productive et pleine de sens » (Adapté de (White, 2007)). Dans ce modèle, le rétablissement est un objectif ultime à toutes les étapes du continuum de traitement, à tous les stades des troubles et dans divers contextes (voir tableau 1) : des services de proximité à bas seuil pour le traitement intensif en établissement ou en résidentiel. Les patients peuvent avoir besoin de différents services et interventions à différents stades de leur parcours vers le rétablissement et il importe de garantir la continuité des services de traitement et de soins et la gestion du rétablissement.

À l'instar de tout autre service de traitement de la dépendance aux drogues, hormis les situations d'urgence mettant la vie en péril, les services de traitement basés sur le modèle de gestion du rétablissement durable devraient être volontaires et viser à réduire au minimum les perturbations pour la personne en traitement. Bien que le rétablissement soit l'objectif ultime du traitement, il importe de reconnaître que les troubles liés à la consommation de drogues prennent souvent la forme de troubles chroniques et récurrents et que les patients peuvent avoir besoin à plusieurs reprises du réseau de services de traitement pour obtenir un soutien adéquat et des résultats de traitement positifs.

Il est possible de déployer des services et des interventions de grande envergure axés sur le rétablissement dans différents domaines, dans différents cadres et à différents stades du traitement des troubles liés à la consommation de drogues. L'ONUDDC a publié un document de bonnes pratiques sur la gestion du rétablissement durable (ONUDDC, 2008b), qui fournit des exemples du monde entier et des conseils pratiques détaillés. Le document définit huit domaines de capital de rétablissement comme une suggestion d'interventions à envisager de façon continue (figure 5).

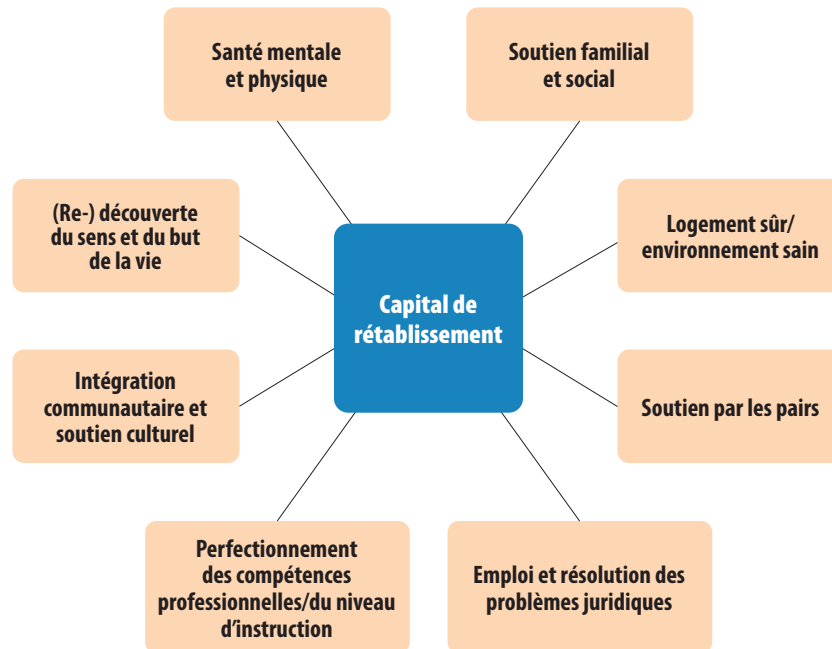


Figure 5 : Éléments essentiels de la réadaptation et de la réinsertion sociale axées sur le rétablissement (ONUDDC, 2008b)

3.5 Des systèmes de traitement efficaces : conclusions

- Le système de traitement devrait garantir que les services de traitement des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues soient accessibles, abordables, fondés sur des données probantes, diversifiés et fournis en mettant l'accent sur l'amélioration du fonctionnement et du bien-être en vue d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible.
- Il conviendrait d'investir les ressources du système de traitement là où elles sont le plus nécessaires. À cet effet, il est nécessaire de mettre l'accent, dans un premier temps, sur des services de traitement et de soins ambulatoires à bas seuil et d'accès facile.
- Les systèmes devraient être mis en place conformément au principe clé de santé publique consistant à accorder la priorité à l'intervention la moins invasive ayant le plus grand niveau d'efficacité et le coût le plus bas pour les patients. Les systèmes de traitement devraient comporter une « pyramide » de modalités de traitement de la dépendance aux drogues, les interventions les plus intensives étant réservées aux patients ayant des besoins plus graves ou plus complexes.
- Il conviendrait de concevoir et de planifier des systèmes efficaces de traitement des troubles liés à la consommation de drogues en utilisant les données disponibles générées et compilées dans le cadre de l'évaluation des besoins et des systèmes d'information sur les drogues. Toutefois, le manque de données ne devrait pas constituer une raison pour retarder la mise en œuvre et la prestation de services de traitement et de soins de la dépendance aux drogues.

- Des systèmes d'information devraient être mis en place pour guider le développement de systèmes de traitement des troubles liés à la consommation de drogues et d'autres substances psychoactives. Ces développements doivent prendre en considération la prévalence des troubles susmentionnés au sein de la population et les résultats du monitoring du fonctionnement des systèmes.
- Il est possible d'utiliser différents modèles d'organisation des services pour assurer un continuum de traitement et de soins accessible et diversifié des troubles liés à la consommation de drogues. Une prestation de services efficace pour les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues nécessite une coordination étroite entre différents secteurs (secteur de la santé, secteur social, secteur de la justice, etc.).

CHAPITRE 4

Cadres, modalités et interventions de traitement

L'objectif du présent chapitre est de fournir une vue d'ensemble des cadres, des modalités et des interventions de traitement fondées sur des données probantes disponibles pour la gestion des troubles liés à la consommation de drogues et des pathologies connexes.

La section 4.1 décrit cinq groupes clés de cadres pour la prestation d'interventions de prévention et de traitement, à savoir :

- la sensibilisation communautaire
- les établissements non spécialisés dans le traitement des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues
- le traitement ambulatoire spécialisé
- le traitement spécialisé de courte durée en milieu hospitalier
- le traitement résidentiel spécialisé de longue durée.

La section 4.2 fournit de plus amples détails sur les modalités et les interventions de traitement spécifiques qui peuvent être assurées dans tous les cadres mentionnés ci-dessus.

Ces modalités et interventions comprennent :

- le dépistage, les interventions brèves et l'orientation vers un traitement (SBIRT)
- les interventions psychosociales fondées sur des données probantes
- les interventions pharmacologiques fondées sur des données probantes
- l'identification et la prise en charge des overdoses
- le traitement des affections psychiatriques et physiques concomitantes.

Comme le montre la Figure 2, un traitement efficace des troubles liés à la consommation de drogues nécessite une approche intégrée et progressive. Les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues ont besoin d'une continuité des soins entre tous les cadres et modalités de traitement pour améliorer leur santé et leur bien-être (voir les sections 4.2 et 4.2.6 pour avoir de plus amples détails respectivement sur les interventions et sur la gestion du rétablissement).

Certains groupes de population ayant des besoins spécifiques peuvent avoir besoin de traitements et de soins particuliers. Il s'agit, notamment, des besoins liés à des médicaments psychoactifs particuliers ou à leurs combinaisons ; à la santé des personnes présentant des comorbidités telles que le VIH ou des troubles mentaux et des handicaps ; aux tranches d'âges spécifiques (telles que les enfants, les adolescents et les personnes du troisième âge) et au genre (femmes et, notamment, les femmes enceintes) ; aux personnes ayant une orientation et une identité sexuelles différentes ; aux personnes bénéficiant de l'aide sociale (telles que les sans-abri, les personnes socialement marginalisées, les personnes vivant dans la pauvreté, les analphabètes et les personnes peu instruites) ; aux personnes vivant dans des zones rurales et reculées ; aux minorités ethniques, aux réfugiés et aux migrants ; aux travailleurs du sexe ; et aux personnes en contact avec le système de justice pénale. Le chapitre 5 décrit de façon circonstanciée les considérations spécifiques à l'administration de traitements et de soins à certaines populations ou groupes ayant des besoins spéciaux.

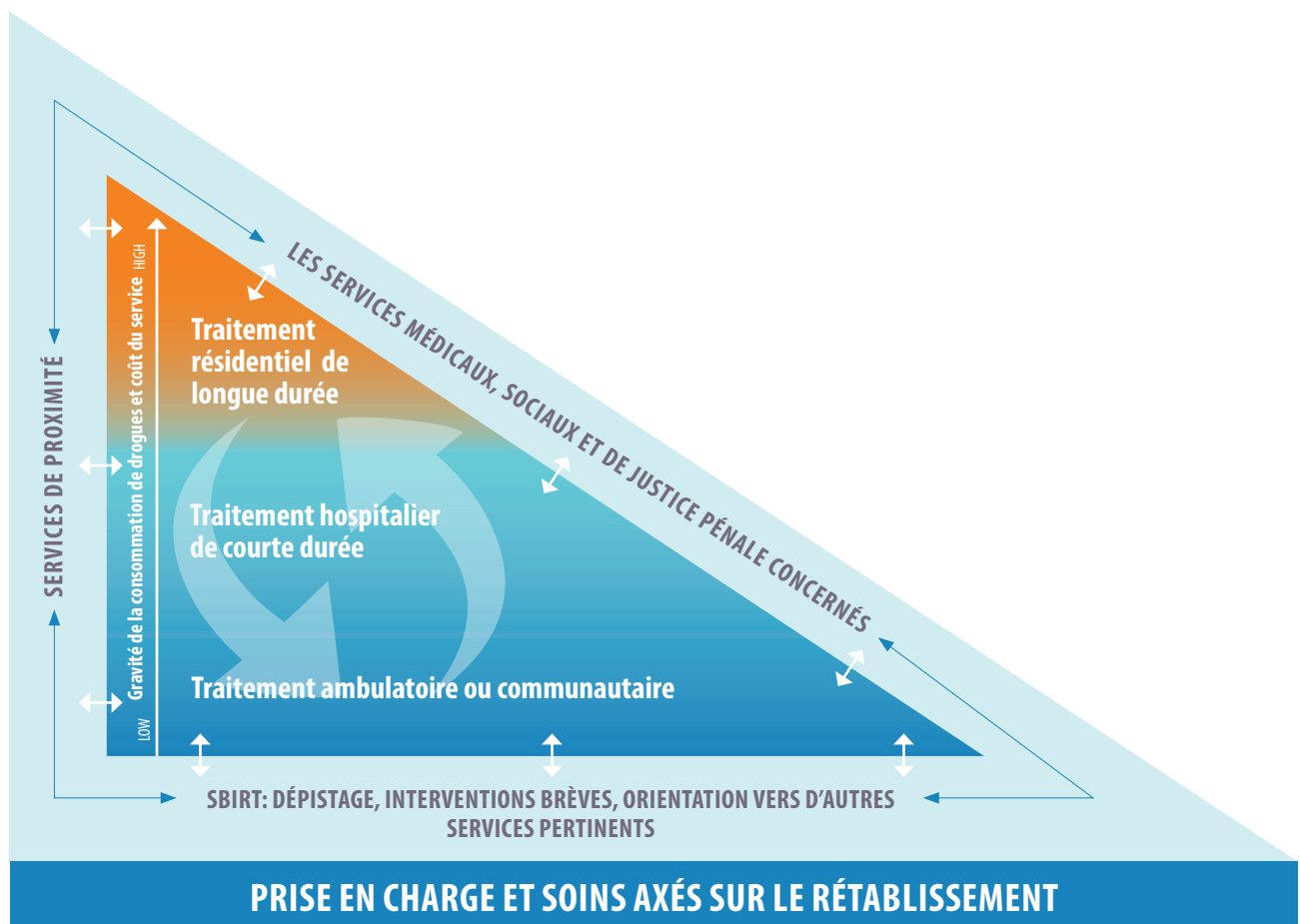


Figure 6 : Modèle de système de traitement efficace et intégré pour les services et modalités pertinentes

4.1 Cadres de traitement

4.1.1 Sensibilisation communautaire

Description

Les activités de sensibilisation sont des éléments essentiels de tout système de traitement complet des troubles liés à la consommation de drogues. En moyenne, de nombreuses années s'écoulent entre l'apparition du trouble lié à la consommation de drogues et le moment où l'individu cherche à se faire soigner. C'est au cours de cette période que les activités de sensibilisation s'attèlent de façon proactive à établir un contact avec les consommateurs de drogues et à les motiver à collaborer avec les professionnels de santé. L'objectif est de réduire au minimum le temps qui s'écoule entre l'apparition du trouble et le début du traitement, ce qui permet de minimiser les effets négatifs de la consommation de drogues sur la santé et la société. Les services de sensibilisation communautaire ciblent également les personnes affectées par la consommation de drogues d'autres personnes (y compris les partenaires sexuels et les partenaires qui se partagent les seringues). Les agents communautaires sont souvent issus de la communauté locale. Étant basés dans la communauté qu'ils servent ou provenant de celle-ci, ces agents connaissent les sous-cultures locales de consommation de drogues et les ressources disponibles au niveau de la communauté. En effet, ils peuvent eux-mêmes être d'anciens consommateurs de drogues ou des consommateurs occasionnels. Travaillant en dehors des établissements de traitement et de soins structurés, les agents communautaires tissent des relations informelles et de soutien inconditionnel avec les consommateurs de drogues. Cette approche contribue à créer un lien positif entre l'agent communautaire et les consommateurs de drogues. Par conséquent, elle facilite l'accès aux services de santé et aux services sociaux de base ainsi qu'aux services de traitement spécialisés disponibles pour les troubles liés à la consommation de drogues. Les consommateurs de drogues deviennent alors plus motivés à utiliser les services de santé et les services sociaux, y compris le traitement des troubles liés à la consommation de drogues. Cette évolution est attribuée à la nouvelle expérience positive, à savoir l'interaction entre l'individu et l'agent communautaire, qui contraste de façon frappante avec les expériences précédentes marquées par l'exclusion sociale, l'impuissance et le désespoir. Le degré de stigmatisation qui entoure la consommation de drogues peut amener les consommateurs de drogues à ne pas avoir connaissance des options de traitement disponibles. Il peut également entraver leur accès aux soins dispensés par les structures traditionnelles de services médicaux et sociaux. Les agents communautaires jouent un rôle important dans l'éducation des consommateurs de drogues en ce qui concerne les services de traitement. Ils contribuent à protéger la santé, à lever les obstacles aux services sociaux et à présenter les traitements aux personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues.

Les agents communautaires reconnaissent l'influence des réseaux sociaux sur les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. En outre, ils tiennent compte de l'importance de ces réseaux dans la détermination des résultats sanitaires et sociaux et s'en servent pour influencer et promouvoir un comportement sain. De nombreux modèles de sensibilisation ont recours à une combinaison d'interventions individuelles et d'interventions axées sur des réseaux.

Population cible

Les activités de sensibilisation ciblent principalement les personnes qui s'adonnent à des comportements à haut risque en matière de consommation de drogues (tels que l'injection ou la polyconsommation de drogues) souvent associés à des troubles liés à la consommation de drogues, en particulier dans les communautés difficiles à atteindre et qui peuvent ne pas avoir accès aux services de santé et aux services sociaux. Au nombre de ces personnes, on peut citer :

- people les personnes qui manquent d'accès aux services de santé du fait de l'extrême pauvreté, de l'exclusion sociale et de la discrimination
- les personnes qui ne reconnaissent pas leur consommation de drogues et les troubles connexes comme un problème, ou qui ne sont pas motivées pour suivre un traitement ou pour s'abstenir de consommer de la drogue ou pour réduire leur consommation

- les personnes ayant des antécédents de traitement infructueux et de rechutes répétées dans la consommation de drogues, qui désespéraient et sont devenues méfiantes à l'égard des services de traitement
- les populations cachées de consommateurs de drogues, telles que les femmes, les travailleurs du sexe, les immigrants clandestins et les personnes vivant dans des zones reculées
- les personnes ayant des comportements à haut risque, tels que le partage de seringues ou les relations sexuelles non protégées, associés à la consommation de drogues
- les jeunes qui sont exposés aux drogues de synthèse et qui n'ont pas conscience des effets possibles de la consommation de drogues sur leur santé.

Objectifs

La sensibilisation communautaire vise à identifier les populations cibles, à les impliquer et à leur fournir des services et des interventions communautaires sans conditions – y compris des interventions visant la réduction des méfaits. Elle vise également à offrir et à encourager l'accès aux modalités de traitement disponibles. L'activité de sensibilisation peut se faire dans n'importe quelle communauté, y compris les communautés « virtuelles » en ligne.

Avant tout, les activités de sensibilisation visent à établir un contact avec les groupes de population de consommateurs de drogues et à leur fournir des services. L'action de sensibilisation vise à créer un environnement convivial et accueillant pour aider les personnes dans le besoin à surmonter leur appréhension et leur méfiance.

Au cours de la prochaine étape, les agents de sensibilisation pourront commencer à s'occuper des besoins sociaux et de santé des consommateurs de drogues et aider à prévenir les conséquences néfastes, telles que les overdoses, les infections, la violence interpersonnelle et physique, l'exploitation sexuelle, les accidents, les carences alimentaires, l'absence de domicile fixe et la participation à des activités criminelles. Les initiatives visant à protéger et à améliorer la santé des consommateurs de drogues dans une perspective de santé publique s'étendent toujours à la santé et au bien-être de la communauté au sens large.

Au fil du temps, les agents communautaires pourront être en mesure de motiver les consommateurs de drogues à commencer à opérer des changements positifs en ce qui concerne leur consommation de drogues et leurs comportements en matière de santé et à participer de leur gré aux activités de traitement. Cependant, amener les personnes à s'engager dans un traitement des troubles liés à la consommation de drogues n'est pas l'objectif principal ou unique de l'action de sensibilisation.

Les services de proximité sont bien placés pour rétablir le lien entre la population ciblée et la communauté – en instaurant la confiance au sein de la communauté, en réduisant la stigmatisation et les attitudes discriminatoires à l'égard des groupes cibles – et, en fin de compte, pour obtenir un impact positif global sur la communauté.

Modèles et composantes

Plusieurs modèles et types d'interventions de proximité ont été développés. En général, la diversité des stratégies de sensibilisation reflète les chances d'atteindre les populations cibles et de leur fournir des services. La diversité permet également de déterminer l'activité de sensibilisation particulière qui peut permettre d'obtenir un rendement optimal et de sélectionner une combinaison de stratégies de sensibilisation ayant la meilleure complémentarité.

Les programmes de sensibilisation varient considérablement en fonction de la situation locale, mais, de façon générale, les services de base ci-après doivent être mis en place après une évaluation locale préalable :

- information les informations sur les services répondant aux besoins fondamentaux (sécurité, eau, alimentation, logement, hygiène et habillement) et les liens vers ces services
- les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues

- les programmes de distribution de préservatifs
- la prévention, l'identification et la prise en charge des overdoses, y compris la fourniture de naloxone à emporter chez soi
- le dépistage et le conseil volontaires sur le VIH et l'hépatite
- les informations sur les services de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH/sida et les liens avec ces services
- les informations sur les services de vaccination (contre l'hépatite B), de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale et les liens avec ces services
- les informations sur les services de prévention, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose, ainsi que les liens avec ces services
- une information, une éducation et une communication ciblées, visant les consommateurs de drogues et leurs partenaires sexuel(le)s, sur les effets des drogues, les risques associés à la consommation de drogues ainsi que les approches visant à réduire au minimum les dommages sanitaires et sociaux dus à la consommation de drogues
- les informations sur les groupes d'entraide (tels que les Narcotiques Anonymes, Nar-Anon, les Cocaïnomanes Anonymes et autres groupes d'entraide et de soutien mutuels dirigés par des pairs) et l'accès à ces groupes
- les activités de lutte contre la stigmatisation, de sensibilisation et de promotion au sein de la communauté ;
- le dépistage et les interventions brèves de lutte contre la consommation de substances psychoactives
- les conseils de base
- les informations sur les services médicaux de base (tels que la prise en charge des traumatismes) et le soutien social (y compris le soutien en termes de vivres, d'hygiène et de logement) et l'accès à ces services
- les interventions de crise
- le soutien juridique
- l'orientation vers d'autres modalités de traitement et de soins et vers des services de gestion du rétablissement ;
- l'orientation vers d'autres soins de santé et services sociaux, selon le besoin.

Pour les consommateurs de drogues injectables, une publication de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'ONUSIDA, intitulée *Guide technique à l'intention des pays pour la fixation d'objectifs en matière d'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH pour les consommateurs de drogues injectables*, a été publiée pour la première fois en 2009. Elle fournit une description des interventions fondées sur des données probantes pour prévenir le VIH et certaines autres infections associées à la consommation de drogues injectables, ainsi que pour améliorer l'accès au traitement et à la prise en charge du VIH.

Trois principaux types de travail d'information ont été identifiés : le travail d'information détaché, le travail d'information itinérant et le travail d'information à domicile.

Le **travail d'information détaché** est un travail entrepris en dehors de toute agence, tel que le travail dans la rue, dans les bars, dans les clubs, dans les squats ou dans les gares ferroviaires. Ce travail est principalement mobile et peut se faire à pied ou à l'aide d'un véhicule dédié.

Le **travail d'information à domicile** est un travail entrepris au domicile des populations cibles. Ce travail est important dans les zones où il n'y a pas de scènes de consommation de drogues dans la rue ou dans lesquelles les consommateurs de drogues sont isolés de leur communauté en raison de la stigmatisation et de la discrimination. Le travail d'information à domicile implique des visites régulières au domicile des consommateurs de drogues.

Le **travail d'information itinérant** est un travail entrepris dans des contextes où les personnes ont déjà accès à certains services (tels que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues) ou dans des contextes où il est très probable qu'elles rencontrent des populations cibles (par exemple, les prisons, les maisons closes, les refuges pour sans-abri ou les projets de logement). Au lieu de se concentrer sur les individus, l'approche itinérante met l'accent sur les organisations et les lieux où l'on peut trouver des populations cibles. Elle met l'accent sur l'élargissement de l'éventail des personnes qui reçoivent des messages d'éducation à la santé et sur la formation d'un plus grand nombre de travailleurs et d'agents pour assurer l'éducation et la sensibilisation de leurs clients.

Les interventions de sensibilisation sont généralement exécutées par une unité mobile de proximité, une équipe fonctionnant à partir d'une fourgonnette ou d'autres véhicules mobiles, rendant ainsi possible la prestation de service à un groupe plus large d'individus, en particulier dans les zones rurales et les banlieues des grandes villes.

Les centres d'accueil de proximité peuvent accueillir des services de proximité ou à bas seuil dans les communautés. Ces centres fournissent des services accessibles et continus, souvent pendant la nuit, aux consommateurs de drogues contactés par le biais du travail d'information détaché. Les centres d'accueil répondent aux besoins de base, tels que l'alimentation, l'habillement, l'hygiène personnelle et le logement. Ils peuvent également fournir des informations sur les soins de santé et des services d'orientation, des tests de dépistage du VIH et de l'hépatite, des services juridiques, un soutien social de base et d'autres services supplémentaires.

Les agents communautaires devraient connaître les communautés locales qu'ils servent et bénéficier eux-mêmes des services sociaux et de santé. Il leur faut une formation adéquate pour :

- établir la confiance et fournir des informations précises aux consommateurs de drogues
- reconnaître les situations de crise et y faire face
- assurer le dépistage du VIH et de l'hépatite et des services de conseils
- fournir un soutien à :
 - l'identification et la prise en charge d'une overdose
 - la prévention et le traitement du VIH, de la tuberculose et des hépatites virales
 - la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles ; et
 - l'identification et la prise en charge d'autres problèmes de santé, y compris les troubles mentaux et les comportements suicidaires
- fournir un accès aux services de santé et d'aide sociale au sein de la communauté
- faire la sensibilisation au sein de la communauté et la prévention de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues
- interagir avec les services de détection et de répression et le système de justice pénale ; et
- gérer la documentation.

Un programme de sensibilisation efficace est souple, adaptable et sensible aux besoins des individus et des groupes de population (en fonction des modes de consommation de drogues, de l'âge, du sexe et de la situation sociale, entre autres). Il garantit la confidentialité des participants à ses activités. En outre, il a une déclaration de mission claire, des mécanismes de suivi et d'évaluation ainsi qu'une documentation claire et pertinente.

Exigences clés pour la sensibilisation communautaire

- Stratégies Il conviendrait de mettre en place des stratégies pour identifier les personnes sein de la communauté ou dans les endroits publics ayant besoin d'interventions de sensibilisation ou de traitement.
- Des accords doivent être conclus par le personnel de santé et les services de détection et de répression, et l'on doit favoriser une compréhension mutuelle des avantages du travail d'information.

- Des « interventions de sensibilisation de base » (voir ci-dessus) devraient être disponibles.
- Il faut promouvoir des interventions précoces pour les troubles liés à la consommation de drogues et les problèmes connexes.
- Il convient de promouvoir des interventions précoces chez les groupes de population ayant des besoins spéciaux (notamment les femmes enceintes, les personnes travaillant dans l'industrie du sexe, les adolescents et les sans-abri etc.).
- Il conviendrait de diffuser les informations sur les services de traitement disponibles aux personnes et aux services qui sont les premiers points de contact des patients potentiels.
- Les agents communautaires devraient promouvoir l'accès volontaire au traitement (avec le consentement des patients) pour les troubles liés à la consommation de drogues.
- Il doit y avoir des procédures pour soutenir les membres des familles et des communautés pour amener les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues à participer aux programmes thérapeutiques.
- Les dossiers des orientations ultérieures doivent être conservés pour assurer la continuité des soins.
- Il conviendrait d'employer officiellement les pairs agents communautaires et leur fournir tout le soutien nécessaire.
- Les services de proximité devraient satisfaire à des normes de sécurité reconnues et disposer de politiques pour des conditions de travail sûres et la gestion des situations présentant des risques.
- Les interventions thérapeutiques spécialisées (telles que les interventions médicales, la délivrance de médicaments, les conseils psychologiques ou la psychothérapie) doivent toujours être administrées par un personnel possédant les qualifications et les licences appropriées.
- L'action de sensibilisation communautaire devrait établir des liens et travailler activement avec les communautés et les parties prenantes extérieures au secteur de la santé, notamment, les groupes de la société civile et les ONG intervenant dans le domaine de la consommation de drogues, les groupes d'entraide, les chefs spirituels et communautaires, les organisations et les centres éducatifs, sportifs et récréatifs et le système de justice pénale, entre autres.

4.1.2 Établissements non spécialisés dans le traitement des personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues

Description

Il s'agit d'établissements qui jouent un rôle dans le dépistage, l'identification, la prévention et le traitement des troubles liés à la consommation de drogues, ainsi que dans les interventions brèves et les orientations vers un traitement, mais qui ne sont pas conçus ou désignés pour assurer des traitements spécialisés des troubles liés à la consommation de drogues. Il s'agit, notamment, des établissements de santé tels que les services de soins primaires, les services de soins d'urgence, les hôpitaux généraux, les services de soins prénataux, les services d'aide sociale, les services de santé scolaire, les services de santé des prisons et certains établissements de santé mentale. Le dépistage et les interventions brèves peuvent être entrepris de façon rapide et financièrement satisfaisante, qui perturbe le moins possible les autres prestations de service.

Population cible

La population cible comprend les consommateurs de drogues, notamment ceux qui en subissent les effets néfastes ou qui ont déjà développé des troubles liés à la consommation de drogues, mais qui ne sont pas en contact avec des établissements de soins spécialisés. Ces établissements sont adaptés aux consommateurs de drogues ou aux personnes qui présentent des troubles liés à la consommation de drogues, y compris celles

qui ont des modes nocifs de consommation de drogues. Les personnes présentant une dépendance aux drogues peuvent avoir besoin d'être orientées vers un traitement plus complet dans des services spécialisés. Toutefois, de nombreuses personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues peuvent recevoir un traitement approprié dans des établissements non spécialisés, avec le soutien, si nécessaire, de services spécialisés dans le traitement des troubles liés à la consommation de drogues.

Objectifs

En ce qui concerne la consommation de drogues, l'objectif principal des établissements est d'identifier, en temps utile, les consommateurs de drogues et les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, de leur assurer des interventions pour encourager un changement de comportement et les orienter vers un traitement spécialisé, si nécessaire. Pour les personnes dépistées positives à la consommation de drogues, il peut être approprié et efficace de mener une intervention brève sans porter de jugement, de manière à les motiver. Le dépistage peut également aider à identifier les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Les interventions précoces peuvent permettre de prévenir les complications et l'évolution vers des stades avancés des troubles liés à la consommation de drogues qui pourraient éventuellement nécessiter une évaluation plus complète, ainsi qu'un traitement spécialisé. Les établissements non spécialisés peuvent être bien placés pour assurer un traitement des troubles liés à la consommation de drogues, y compris un traitement pharmacologique tel que le traitement d'entretien par agonistes des opioïdes pour la dépendance aux opioïdes. Cela nécessite une formation appropriée du personnel clinique et le soutien de services de traitement spécialisés. En l'absence de services de santé conçus et désignés pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues, les établissements de traitement non spécialisés peuvent servir de centres principaux de traitement des troubles susdits.

Modèles et composantes

En général, la méthode dépistage, intervention brève et orientation vers un traitement (SBIRT) est l'approche principale utilisée dans les établissements de santé non spécialisés pour traiter les troubles liés à la consommation de drogues. Consulter la section 4.2.1 pour avoir de plus amples détails sur le SBIRT. Le dépistage systématique de tous les clients est recommandé dans les établissements cliniques enregistrant une forte prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les clients. Au nombre de ces établissements on peut citer :

- les établissements de soins primaires dans les zones économiquement défavorisées
- les services de santé mentale n'ayant pas de programmes thérapeutiques spécialisés pour les troubles liés à la consommation de drogues
- les hôpitaux généraux, y compris les services d'urgence
- les centres de santé sexuelle
- les centres de traitement des maladies infectieuses, les services de lutte contre le VIH, l'hépatite et la tuberculose ;
- les services sociaux et les organismes d'aide sociale, y compris les services aux personnes :
 - vivant dans des conditions de logement précaires
 - vivant et travaillant dans la rue
 - en transition par rapport à des institutions ; et
 - en contact avec le système de justice pénale.

Dans d'autres contextes un dépistage opportuniste à la lumière des caractéristiques sanitaires ou sociales spécifiques associées à la consommation de drogues ou à une probabilité accrue de consommation de drogues peut se révéler nécessaire.

Les mesures de performance de la méthode SBIRT peuvent comprendre : les taux de dépistages effectués par chaque personne formée au sein de l'établissement ; la proportion de patients dépistés positifs (un nombre anormalement élevé ou faible de dépistages positifs peut révéler un problème) ; la proportion de patients qui sont dépistés positifs et qui ont bénéficié d'au moins une séance d'intervention brève ; la proportion de patients dépistés positifs et qui ont reçu une évaluation diagnostique et été orientés vers un traitement ; et, la proportion de patients orientés vers un traitement et qui l'ont démarré.

Les établissements de traitement non spécialisés peuvent jouer un rôle important dans l'administration d'un traitement pharmacologique et psychosocial des troubles liés à la consommation de drogues. Ce fait est particulièrement vrai lorsque les efforts visant à développer une réponse des services de santé aux troubles liés à la consommation de drogues se concentrent sur la capacité des soins de santé primaires à traiter la consommation de drogues et les troubles qui y sont liés. Le soutien des services spécialisés n'intervient qu'à un stade ultérieur. De nombreux patients souffrant de troubles liés à la consommation de drogues pourraient recevoir un traitement approprié dans des établissements non spécialisés, à un coût global moindre pour les systèmes de santé et les clients. Il est nécessaire de renforcer les capacités des médecins, des infirmiers et infirmières, des sages-femmes, des psychologues cliniques et des travailleurs sociaux à identifier la consommation de drogues et les troubles qui y sont liés et à faire participer les patients au traitement et aux soins tout en protégeant leur confidentialité et leurs droits humains. Ce travail est essentiel pour améliorer la couverture et la qualité du traitement des troubles liés à la consommation de drogues. Les établissements de traitement non spécialisés devraient avoir la capacité de diagnostiquer, de prendre en charge et, si nécessaire, d'orienter vers des services de traitement spécialisés les patients présentant des états cliniques aigus induits par la consommation de drogues, tels que les overdoses, les syndromes de sevrage et les psychoses induites par la dépendance aux drogues. Il importe d'officialiser les relations entre les prestataires de services et de convenir de procédures d'orientation et de réorientation entre les différents niveaux de prestation de services, afin de garantir le bon fonctionnement des systèmes d'orientation.

Les établissements non spécialisés ont une fonction importante dans la fourniture et la diffusion d'informations scientifiques sur la consommation de drogues et ses effets sur la santé. Ils jouent un rôle essentiel dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux troubles liés à la consommation de drogues. En outre, ils sensibilisent le public sur l'utilisation des substances psychoactives, ses effets sur la santé et la disponibilité d'options de traitement efficaces et éthiques des troubles liés à la consommation de drogues.

Il importe d'assurer une coordination efficace et des liens organisationnels entre les différents niveaux de prestation de services. Les services de traitement spécialisés peuvent apporter un soutien au personnel des établissements de traitement non spécialisés dont les clients ont besoin de conseils spécialisés ou de services supplémentaires, notamment une évaluation diagnostique complète ou des modalités de traitement particulières. Ce travail peut également se faire à distance en ayant recours à des installations de télécommunication et des sites web, en particulier dans les zones rurales et reculées ne disposant pas de services de traitement spécialisés.

Exigences clés pour les établissements non spécialisés dans le traitement des personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues

- Les établissements et les centres de soins de santé, dans le secteur de la santé et en dehors de celui-ci, qui fournissent des services aux populations à forte prévalence de consommation de drogues et de troubles qui y sont liés devraient avoir la capacité de dépister les consommateurs de drogues et les troubles liés à la consommation de drogues.
- Dans tous les établissements de soins de santé, les patients devraient se soumettre à un dépistage de la consommation de drogues et des troubles qui y sont liés lorsqu'il existe des signes cliniques de consommation de drogues et de ses effets sur la santé. Ce dépistage devrait être effectué avec le consentement éclairé des patients et de manière à respecter leur vie privée, la confidentialité de leurs données et leurs préférences.
- Le personnel de santé et d'aide sociale doit être formé au dépistage, à l'intervention brève et à l'orientation vers un traitement pour les troubles liés à la consommation de drogues et avoir accès à une formation et à une supervision continues.
- Les risques associés au SBIRT pour l'usage de drogues et les troubles qui y sont liés doivent être atténués et le respect des droits humains et de la dignité, y compris la confidentialité des données sur le patient, devrait être garanti.
- Les activités de dépistage et de traitement ultérieur doivent être volontaires, fondées sur le consentement éclairé du patient et sur son droit de se retirer du traitement à tout moment.

- Les établissements non spécialisés devraient avoir la capacité d'évaluer le diagnostic, de gérer et, si nécessaire, de procéder à l'orientation des patients présentant des états cliniques aigus induits par la consommation de drogues.
- Il devrait y avoir une coordination et des relations formelles entre les prestataires de services, en plus des procédures d'orientation et de réorientation entre les différents niveaux de prestation de services.
- Les soins spécialisés – notamment les soins médicaux, psychologiques, psychothérapeutiques, sociaux et éducatifs – doivent toujours être administrés par un personnel possédant les qualifications et les licences idoines.

4.1.3 Traitement ambulatoire spécialisé

Description

Les centres de traitement ambulatoire spécialisés sont généralement établis au sein des communautés, disponibles pour les membres de la communauté locale, conçus et adaptés au traitement des troubles liés à la consommation de drogues. Les services ambulatoires varient considérablement en ce qui concerne leurs composantes et leur intensité. En règle générale, le traitement ambulatoire des troubles liés à la consommation de drogues est administré soit par des professionnels de santé et des services sociaux spécialisés dans le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, soit, de manière plus générale, dans le cadre de traitements dans le domaine de la santé mentale.

Les principales interventions thérapeutiques habituellement proposées dans les établissements de soins ambulatoires sont les suivantes :

- l'évaluation approfondie
- les interventions psychosociales
- les interventions pharmacologiques
- la prise en charge des comorbidités mentales et physiques
- l'aide et le soutien sociaux.

Il conviendrait d'évaluer tous les patients et de leur fournir des plans de traitement individualisés à réviser à échéances régulières. La planification de la sortie devrait garantir la continuité du traitement des troubles liés à la consommation de drogues ou la gestion du rétablissement, ainsi que l'orientation vers un traitement pour la prise en charge des comorbidités psychiatriques et d'autres problèmes de santé (selon les indications).

Population cible

Les établissements de soins ambulatoires spécialisés peuvent offrir une grande palette d'interventions de prévention et de traitement et s'adresser à un large éventail de personnes. Certaines interventions, telles que les thérapies psychologiques, la pharmacothérapie ou les interventions psychosociales, peuvent être initialement plus appropriées pour les personnes motivées pour suivre un traitement. Toutefois, si l'on rend accessible un soutien supplémentaire (tel qu'un logement), le traitement ambulatoire peut profiter à la plupart des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues (voir également la pyramide des services au chapitre 3).

Objectifs

Les principaux objectifs du traitement ambulatoire sont les suivants : aider les patients à arrêter ou à réduire leur consommation de drogues ; réduire au minimum les effets négatifs de la consommation de drogues sur la santé et sur la société ; identifier et gérer les comorbidités psychiatriques et physiques ; fournir un soutien psychosocial ; réduire le risque de rechute et d'overdose et améliorer le bien-être et le fonctionnement social, dans le cadre d'un processus de rétablissement de longue durée.

Modèles et composantes

Les services et programmes thérapeutiques ambulatoires varient considérablement en fonction du degré d'intensité des services et de la gamme d'interventions qu'ils proposent.

Programmes à haute intensité

Les programmes, tels que le traitement intensif de jour, impliquent des interactions avec les patients (y compris un traitement intensif quotidien ou pendant plusieurs heures, un à plusieurs jours par semaine).

Programmes d'intensité moyenne à faible

Les interventions de moindre intensité peuvent comprendre des séances hebdomadaires de soutien en groupe, un traitement psychologique individuel, une éducation aux questions de santé et de drogues, un soutien par les pairs et un soutien social de moindre intensité.

Au cours du traitement ambulatoire, les professionnels de santé peuvent évaluer régulièrement la consommation de drogues et d'autres substances, ainsi que l'état de santé physique et mentale des patients. Une coopération régulière avec les services de soins connexes est essentielle et devrait inclure l'intégration ou la mise en relation du traitement ambulatoire avec les services médicaux pour les troubles mentaux, le VIH, l'hépatite virale, la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'avec d'autres services de santé pertinents.

Il est nécessaire de coopérer régulièrement avec les services d'aide sociale et d'autres organismes pour faciliter l'accès des personnes handicapées à l'éducation, à l'emploi, au logement, à l'assistance juridique, à l'aide sociale. Les services ambulatoires devraient encourager les patients à jouer un rôle plus actif et plus participatif dans l'organisation et l'administration du traitement. En outre, ils devraient utiliser, comme ressources, les personnes ayant eu une expérience de consommation de drogues et de traitement de la dépendance aux drogues et qui sont en voie de rétablissement.

Il est possible d'atteindre les objectifs du traitement de manière optimale en utilisant, quand et comme il convient, une combinaison d'interventions pharmacologiques et psychosociales. Idéalement, les programmes de traitement ambulatoires des troubles liés à la consommation de drogues devraient offrir une gamme complète de services permettant de gérer divers problèmes affectant des patients issus de différents milieux.

Les composantes et les activités dans les établissements de soins ambulatoires spécialisés peuvent inclure :

- une évaluation médicale et psychosociale exhaustive au moment de l'admission
- l'élaboration de plans de traitement individuels (reposant sur des évaluations exhaustives)
- l'évaluation continue, l'évaluation clinique et l'examen des progrès du patient dans son plan de traitement et la participation active de celui-ci à la prise de décision concernant le traitement
- la désintoxication assistée par médicaments, si elle est indiquée
- des interventions thérapeutiques psychosociales pour les troubles liés à la consommation de drogues
- les interventions de traitement pharmacologique des troubles liés à la consommation de drogues, comme le lancement d'un traitement d'entretien par agonistes des opioïdes, si cela est indiqué
- le traitement pharmacologique et psychosocial des affections psychiatriques et physiques concomitantes ;

- l'établissement de contacts avec les familles et autres personnes proches dans le réseau social du patient pour les faire participer au traitement en cours
- un soutien social intense, notamment en matière de logement et d'emploi
- la planification de la sortie qui comprend : la prévention des rechutes et des overdoses, l'orientation vers d'autres services, la gestion du rétablissement et la poursuite du traitement des affections psychiatriques et physiques concomitantes (selon les besoins).

Interventions psychosociales

L'on devrait avoir recours aux interventions psychosociales dans les programmes de traitement ambulatoire pour s'attaquer aux facteurs motivationnels, comportementaux, psychologiques et sociaux. Ces interventions devraient avoir une capacité avérée à réduire la consommation de drogues, à réduire les risques associés, à accroître l'adhésion au traitement, à promouvoir l'abstinence et à prévenir les rechutes. La section 4.2 fournit de plus amples détails sur les interventions psychosociales et comportementales.

Interventions pharmacologiques

Les médicaments peuvent être très utiles dans la prise en charge ou le traitement de divers troubles liés à la consommation de drogues et des problèmes de santé dus à la consommation de drogues, tels que l'intoxication aiguë et l'overdose, les syndromes de sevrage, ainsi que diverses comorbidités. Des interventions pharmacologiques devraient être administrées, le cas échéant, en parallèle avec des interventions psychosociales. La section 4.2 fournit de plus amples détails sur les interventions pharmacologiques.

Organisation du traitement

Les établissements de traitement ambulatoire spécialisés devraient avoir une structure et un système de gestion définis, assortis de descriptions claires des postes individuels et des compétences définies pour le personnel. Les méthodes de sélection, d'embauche et de formation du personnel devraient correspondre aux normes juridiques en vigueur et aux règles internes établies. L'organisation des services de traitement devrait tenir compte des besoins des patients et de leur nombre.

Il faut des plans de traitement pour garantir la continuité des soins et envisager des voies de traitement alternatives, en cas d'échec partiel ou total du plan de traitement initial et de sortie du programme thérapeutique.

L'administration de traitements et de soins spécialisés (par exemple, médicaux, psychologiques, psychothérapeutiques, sociaux et éducatifs) nécessite un personnel possédant les qualifications idoines.

Pour les patients souffrant de comorbidités, le traitement devrait être fourni soit sur place dans le cadre de la prestation de services intégrés, soit dans d'autres lieux dans le cadre de services liés et de systèmes appropriés de coordination et d'orientation. Il n'est pas nécessaire d'attendre l'abstinence vis-à-vis des opioïdes ou d'autres drogues pour démarrer un traitement, que ce soit pour la tuberculose, l'hépatite ou l'infection par le VIH.

Le retrait involontaire du traitement peut se justifier pour assurer la sécurité du personnel et d'autres patients. Toutefois, avant d'y recourir, il importe de prendre des mesures raisonnables pour rectifier la situation, notamment en réévaluant l'approche thérapeutique utilisée. Le non-respect d'un programme thérapeutique ne devrait pas, en général, justifier à lui seul un retrait involontaire. Si cela est inévitable, tous les efforts devraient être déployés pour orienter le patient vers d'autres établissements ou d'autres branches de soins.

Il est essentiel de discuter des cas où un employé a violé les droits d'un patient, de les évaluer et de consigner les mesures appropriées prises dans les dossiers du personnel.

Gestion du rétablissement et soutien social

La gestion du rétablissement combine diverses activités qui favorisent et renforcent les ressources internes et externes (ou « capital de rétablissement ») pour aider les patients à gérer de manière volontaire et active les problèmes liés à la drogue et leur récurrence et à améliorer leur santé, leur bien-être et leur insertion sociale. Certaines de ces activités peuvent déjà exister au domicile du patient, dans son quartier et dans sa communauté, tandis que d'autres doivent être développées. La section 4.2 fournit de plus amples détails sur la gestion du rétablissement.

Exigences clés pour les établissements spécialisés en traitement ambulatoire

- All L'ensemble des services, des procédures, des politiques et des règles de traitement disponibles ainsi que les attentes du patient vis-à-vis des programmes devraient être clairement définis et rendus accessibles (avec le consentement du patient et selon ses préférences et ses besoins).
- Une variété d'interventions psychosociales structurées devrait être disponible, y compris, mais sans s'y limiter, différentes formes de conseil individuel et familial, de psychothérapie et d'interventions psychosociales, ainsi qu'un soutien social en termes de logement, d'emploi, d'éducation, de bien-être et pour les questions juridiques.
- Des options de traitement pharmacologique devraient être disponibles. Celles-ci devraient comprendre : le traitement symptomatique des troubles liés à la consommation de stimulants, de cannabis et d'autres drogues (tels que ceux causés par la polyconsommation de substances psychoactives) ; les traitements pharmacologiques d'entretien et de sevrage des opioïdes ; la naltrexone pour la prévention des rechutes en cas de dépendance aux opioïdes ; et la naloxone pour la prise en charge des overdoses.
- Le choix du traitement et l'élaboration d'un plan de traitement individualisé pour une personne souffrant d'un trouble lié à la consommation de drogues devraient être basés sur une évaluation détaillée des besoins de traitement, l'adéquation du traitement aux besoins et l'acceptation du traitement par le patient et sa disponibilité. Tous les patients devraient avoir un plan de traitement individualisé comportant des objectifs à court terme tout en adoptant une perspective à long terme.
- Le dépistage volontaire du VIH et des maladies infectieuses courantes devrait être disponible dans le cadre d'une évaluation individuelle, accompagnée de conseils avant et après le dépistage. En outre, les patients présentant le plus grand risque de contracter l'hépatite B devraient se voir proposer une vaccination contre l'hépatite B.
- Le traitement des patients atteints du VIH, de l'hépatite ou de la tuberculose devrait être intégré ou associé à des services médicaux spécialisés dans ces pathologies.
- L'accès à d'autres modalités de traitement, à la gestion du rétablissement et au soutien psychosocial devrait être fourni aux patients, selon le besoin.
- Il conviendrait de fournir aux patients et à leurs proches des informations sur les services d'urgence ouverts 24 heures sur 24.
- Les patients souffrant de comorbidités devraient bénéficier d'un traitement et de soins sur place pour les problèmes psychiatriques et physiques concomitants ou, si nécessaire, d'une orientation vers des services de santé appropriés.
- Des services de laboratoire devraient être disponibles pour surveiller l'évolution et l'observance du traitement, le cas échéant.
- Les patients devraient (avec leur consentement) être dépistés lors de l'évaluation initiale pour vérifier s'ils ont récemment consommé de la drogue.
- Il conviendrait de procéder à une évaluation périodique ou continue aussi bien du processus que des résultats du traitement administré.
- La planification des sorties devrait garantir la continuité des soins, la gestion du rétablissement et des voies alternatives dans lesquelles l'on pourrait s'engager si le plan de traitement initial venait à échouer en totalité ou en partie.
- En règle générale, le non-respect d'un programme thérapeutique ne devrait pas justifier à lui seul un retrait involontaire du traitement.
- Il conviendrait de définir et de mettre en place des politiques pour gérer les situations de risque spécifiques (telles que le risque d'intoxication ou de suicide).

- L'établissement ou le programme de traitement devrait avoir une structure et une gestion définies, avec des rôles et des compétences clairs pour les différents postes et des méthodes de sélection, d'embauche et de formation du personnel conformes aux normes juridiques en vigueur et aux règles internes établies.
- Il conviendrait de bien consigner dans les dossiers du personnel les cas impliquant la violation des droits d'un patient par un employé et les mesures appropriées qui ont été prises.
- Seul le personnel possédant les qualifications et les licences requises doit administrer les soins spécialisés, y compris les soins médicaux, psychologiques, psychothérapeutiques, sociaux et éducatifs.

4.1.4 Traitement spécialisé de courte durée en milieu hospitalier

Description

Un cadre de traitement spécialisé de courte durée en milieu hospitalier est un environnement offrant des soins 24 heures sur 24 avec la capacité de prendre en charge les manifestations aiguës des troubles liés à la consommation de drogues. Ces manifestations comprennent les états d'intoxication avec complication, le syndrome de sevrage ou autres états cliniques aigus induits par la consommation de drogues, y compris ceux susceptibles de se produire dans les jours et les premières semaines suivant la cessation de la consommation de drogues (ou la polyconsommation de substances psychoactives). Les traitements de courte durée en milieu hospitalier peuvent être administrés dans des hôpitaux spécialisés dans le traitement des troubles liés à l'utilisation de drogues. Ils peuvent également l'être dans des hôpitaux psychiatriques ou des unités spécialisées ou encore dans le cadre des programmes des hôpitaux généraux si ceux-ci disposent de personnel dûment formé et du matériel médical nécessaire.

Un traitement de courte durée en milieu hospitalier permet de renoncer à la consommation de drogues avec un minimum de gêne et de risque pour la santé. Il offre un répit temporaire face aux facteurs de stress environnementaux dans la vie d'une personne. En outre, il permet d'entamer un traitement pour un trouble lié à la consommation de drogues et de recevoir le soutien psychosocial nécessaire, qui peut être le début d'un processus de rétablissement de longue durée. La durée du séjour varie généralement d'une à quatre semaine(s), en fonction des pratiques locales et de la situation clinique. En fonction des drogues concernées, le syndrome de sevrage et d'autres affections aiguës liées à la consommation de drogues et leur traitement peuvent comporter des risques importants pour la santé. Par conséquent, un traitement de courte durée en milieu hospitalier nécessite un niveau de surveillance médicale plus élevé qu'un traitement épidémiologique de longue durée, qui fait normalement suite à la phase aiguë de sevrage (voir 4.1.5).

Population cible

La population cible typique comprend les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues (ou à la polyconsommation de substances psychoactives) qui sont susceptibles de présenter des symptômes de sevrage importants lorsqu'elles cessent de consommer de la drogue ou d'autres états cliniques aigus imputables à la consommation de drogues. Le sevrage de sédatifs et d'opioïdes peut être sévère, en particulier chez les personnes qui consomment de fortes doses de sédatifs (tels que les benzodiazépines ou les barbituriques) ou d'opioïdes sur de longues périodes. Un traitement de courte durée en milieu hospitalier peut également servir à démarrer un traitement d'entretien par agonistes des opioïdes pour une dépendance aux opioïdes.

Toute personne susceptible de souffrir d'un syndrome de sevrage grave après avoir cessé de consommer de la drogue (ou la polyconsommation de substances psychoactives), ou dont la consommation (la polyconsommation) actuelle de drogues comporte un risque important de préjudice, peut avoir besoin d'un traitement de courte durée en milieu hospitalier.

La décision d'opter pour un traitement de courte durée en milieu hospitalier ou pour un autre cadre de traitement devrait tenir compte des critères ci-après :

- le type de drogues (ou autres substances) consommées
- la probabilité d'un syndrome de sevrage

- la gravité et la complexité des troubles liés à la consommation de drogues
- le faible effet du traitement administré dans les établissements de soins ambulatoires ou non spécialisés
- les problèmes sociaux et de santé connexes
- les affections psychiatriques et physiques concomitantes

Objectifs

Les objectifs du traitement de courte durée en milieu hospitalier se déclinent comme suit : diagnostiquer et prendre en charge les états cliniques dus à la consommation de drogues ; faciliter l'arrêt ou la réduction de la consommation de drogues ; démarrer le traitement des troubles liés à la consommation de drogues ; et motiver les patients à poursuivre leur traitement après une hospitalisation de courte durée. Le traitement des troubles liés à la consommation de drogues peut comprendre un traitement psychologique et pharmacologique fondé sur des données probantes et accompagné, si nécessaire, d'un soutien social. Il est possible d'assurer une désintoxication médicalement assistée en établissement pour un traitement de courte durée. Bien qu'elle puisse également être réalisée avec succès et en toute sécurité en ambulatoire et avec moins de ressources, les taux d'achèvement de la désintoxication peuvent être plus faibles. Les données disponibles indiquent des taux élevés de rechute dans la consommation de drogues après une désintoxication de courte durée, en particulier dans les cas de dépendance aux opioïdes. En conséquence, la désintoxication en soi n'est pas considérée comme un traitement efficace des troubles liés à la consommation de drogues et peut entraîner un risque accru d'overdose d'opioïdes.

Modèles et composantes

Pour atteindre les objectifs thérapeutiques d'un traitement de courte durée en milieu hospitalier, il faut généralement combiner plusieurs interventions, telles que la pharmacothérapie, la psychothérapie, la psychoéducation, le conseil en motivation et le soutien social par le biais d'interventions psychosociales. Au nombre des autres interventions possibles, on peut citer la présentation à des groupes d'entraide ou d'assistance mutuelle, les services sociaux disponibles et les orientations vers un traitement continu ou la gestion du rétablissement après la sortie d'hôpital. Les types spécifiques et la durée de ces interventions peuvent varier selon la nature, la complexité et la sévérité du trouble lié à la consommation de drogues que présente un individu, ainsi que de la présence de problèmes de santé psychiatriques et physiques concomitants.

Prise en charge du syndrome de sevrage et d'autres états cliniques aigus induits par la consommation de drogues

Les syndromes de sevrage non reconnus et non traités risquent d'amener les patients à arrêter le traitement. C'est pourquoi les programmes thérapeutiques de courte durée en milieu hospitalier doivent disposer d'un personnel hautement compétent en diagnostic et en gestion des syndromes de sevrage et des troubles aigus induits par la consommation de drogues, ainsi qu'en fourniture de soutien psychosocial et de traitement pharmacologique. Le personnel des services de traitement de courte durée en milieu hospitalier doit avoir la possibilité de transférer les patients souffrant d'affections particulièrement sévères et complexes vers un autre niveau de soins de santé. Consulter la section 4.2.3 pour avoir de plus amples détails sur la gestion des syndromes de sevrage.

Traitement des problèmes de santé psychiatrique et physique concomitants

La consommation de différentes drogues et d'alcool peut provoquer ou aggraver des symptômes psychiatriques qui peuvent se résorber lorsqu'un terme est mis à la consommation de drogues. Dans d'autres cas, les symptômes psychiatriques peuvent persister, même après l'arrêt de l'utilisation de substances psychoactives, et requièrent une attention particulière sous forme de traitement de courte durée en milieu hospitalier. Consulter la section 4.2 pour avoir de plus amples détails sur les problèmes de santé psychiatrique et physique concomitants.

Gestion du rétablissement et soutien social

Le démarrage d'un traitement de courte durée en milieu hospitalier et l'implication dans un tel traitement peuvent constituer une étape importante dans le traitement des troubles liés à la consommation de drogues. Toutefois, il est particulièrement important pour les patients de maintenir des comportements sains durables après leur traitement en milieu hospitalier, car le risque de rechute et d'overdose augmente considérablement dès la sortie d'hôpital. Il est donc nécessaire de poursuivre les interventions de prise en charge psychosociale et de gestion du

rétablissement pour les troubles liés à la consommation de drogues es après un traitement de courte durée en milieu hospitalier. Les stratégies visant à aider les patients à passer avec succès à l'étape suivante du traitement et des soins devraient faire partie intégrante d'un traitement efficace dans le cadre du plan de soins ou de suivi. Cette précaution accroît les chances de maintenir la santé physique et psychologique. Les professionnels de santé et d'aide sociale devraient travailler ensemble à fournir aux patients les ressources nécessaires et au travers des soins lorsqu'ils planifient la sortie d'un patient pour le faire passer d'un programme de soins en établissement à un programme résidentiel de longue durée, à un traitement ambulatoire ou assurer la gestion du rétablissement. Après un traitement de courte durée en milieu hospitalier, les patients devraient avoir accès à : un traitement médicamenteux de longue durée, si cela est indiqué ; un soutien psychosocial et une assistance dans le système d'aide sociale, afin de bénéficier d'une formation professionnelle, d'un logement stable et d'autres types de soutien, selon le besoin ; un traitement continu des comorbidités physiques et psychiatriques ; et des interventions de prévention des overdoses, entre autres actions. Consulter la section 4.2.6 pour avoir de plus amples détails sur la gestion du rétablissement.

Composantes du traitement

Les programmes de traitement de courte durée en milieu hospitalier des troubles liés à la consommation de drogues (et à la polyconsommation de substances psychoactives) devraient comprendre les composantes de traitement suivantes :

- une évaluation complète de la consommation de drogues (et de la polyconsommation de substances psychoactives), une évaluation médicale et psychosociale – y compris une évaluation de l'état de santé mentale et physique
- des plans de traitement individualisés
- la gestion du sevrage assisté par médicaments, si elle est indiquée
- le démarrage d'un traitement d'entretien par agonistes des opioïdes pour la dépendance aux opioïdes, si cela est indiqué
- des interventions visant à encourager les patients à modifier leur comportement
- le contact avec des personnes importantes dans le réseau social des patients (avec le consentement du patient) et leur implication dans le plan de traitement
- le partage d'informations et la facilitation de la mise en rapport avec les groupes d'entraide
- le démarrage d'interventions de traitement psychosocial ou comportemental des troubles liés à la consommation de drogues
- le démarrage d'un traitement des troubles psychiatriques et physiques concomitants, si le temps et les ressources le permettent (ou l'orientation pour un tel traitement)
- l'évaluation continue des progrès des patients dans la planification et l'examen de leur traitement, ainsi qu'une évaluation clinique intégrée au programme
- la planification de la sortie d'hôpital comportant la prévention des rechutes et des overdoses ; les stratégies de soins continus pour le traitement post-hospitalier (y compris les médicaments d'entretien, si cela est indiqué) ; un niveau approprié de traitement psychosocial ; la gestion du rétablissement et le traitement continu des troubles psychiatriques concomitants ; et, les problèmes de santé physique.

Une évaluation médicale et psychosociale complète s'avère nécessaire, de préférence avant ou à l'admission d'une personne pour un traitement de courte durée en milieu hospitalier. Elle permettra de déterminer les besoins spécifiques de chaque patient et d'élaborer son plan de traitement. L'évaluation devrait inclure les antécédents psychiatriques et physiques du patient, l'historique du traitement pharmacologique, les examens de son état de santé physique et mentale, ainsi qu'une évaluation de routine de ses antécédents de maladies infectieuses. Il peut également être utile de procéder à des examens en laboratoire, y compris le dépistage de drogues dans les urines et à des tests de dépistage du VIH, de l'hépatite ou de la tuberculose. Dans tous les cas, les patients devraient être informés sur la manière d'identifier et de gérer les overdoses et recevoir également des informations sur les autres options de traitement, de soutien et de soins.

Le personnel formé peut appliquer des outils d'évaluation normalisés pour obtenir une évaluation plus détaillée des patients (consulter la section 4.2.1 pour avoir une liste des outils d'évaluation).

Une fois admis en traitement de courte durée en milieu hospitalier, les patients devraient faire l'objet de surveillance plusieurs fois par jour pour détecter les symptômes de sevrage et tout problème de santé psychiatrique ou physique aigu. Une fois les problèmes aigus stabilisés ou résolus, la surveillance quotidienne devrait porter sur l'état de santé psychiatrique et physique du patient, ainsi que sur sa motivation et sur l'élaboration des objectifs et plans de traitement après sa sortie d'hôpital.

Critères d'achèvement du programme et indicateurs d'efficacité

Il est possible d'évaluer à l'aune de plusieurs facteurs, notamment ceux ci-après, le succès d'un traitement de courte durée en milieu hospitalier pour chaque patient :

- l'amendement des symptômes de sevrage
- la compréhension par le patient des troubles liés à la consommation de drogues et des problèmes connexes ;
- l'implication dans un traitement de suivi après la sortie d'hôpital suite à un traitement résidentiel de longue durée ou un traitement ambulatoire
- l'amélioration de la santé physique et mentale
- la réduction de l'envie de drogue et l'acquisition de compétences permettant de contrôler les facteurs déclencheurs (pensées, émotions et comportements) incitant à la consommation de drogues.

Les indicateurs de résultats peuvent aider à évaluer l'efficacité des programmes de traitement de courte durée en milieu hospitalier. Au nombre de ces indicateurs, figurent la proportion de patients qui s'engagent dans un traitement de suivi après leur sortie d'hôpital ou de patients qui s'abstiennent de consommer des substances psychoactives ou en réduisent la consommation sur la base d'un suivi à plus long terme, par exemple de six mois (bien que ce type d'indicateur de résultat requière une surveillance et un suivi de longue durée des patients).

Exigences clés pour les établissements de traitement hospitalier de courte durée

- Il conviendrait de définir clairement et de rendre accessible l'ensemble des services, des procédures, des politiques et des règles de traitement disponibles, ainsi que les attentes du patient à l'égard du programme (avec le consentement du patient).
- Les patients doivent avoir des plans de traitement individuels régulièrement examinés et modifiés par le personnel, conjointement avec les patients, afin de garantir une prise en charge appropriée des troubles liés à la consommation de drogues et des comorbidités.
- Le choix du traitement et l'élaboration d'un plan de traitement individualisé pour un patient souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devraient reposer sur une évaluation détaillée et complète de sa consommation de drogues et d'autres substances psychoactives, de son état de santé, de ses problèmes psychosociaux, de ses besoins en matière de traitement, de l'adéquation du traitement à ses besoins et de l'acceptation du traitement par le patient, ainsi que de sa disponibilité.
- Il devrait y avoir des protocoles clairement définis pour la prescription de médicaments, d'interventions psychosociales et autres, adaptés aux besoins spécifiques du patient et ceux-ci devraient être déterminés par les résultats de travaux de recherche ou se conformer aux bonnes pratiques cliniques reconnues.
- Il convient de mettre en place des protocoles pour la gestion de situations de risque spécifiques (notamment l'intoxication et le suicide).
- Des laboratoires sur place ou hors site et d'autres services de diagnostic devraient être disponibles.
- Une aide ou un transport d'urgence doivent être disponibles en cas de complications mortelles des syndromes de sevrage ou d'autres problèmes de santé.

- Lorsqu'on envisage une intervention présentant des risques connus, il convient d'entreprendre une évaluation minutieuse des risques et des avantages, conduisant à la sélection de l'option la moins risquée.
- L'accès aux groupes d'entraide et autres groupes de soutien devrait être disponible. Que l'objectif du traitement soit l'abstinence ou non, il faut mettre en place des mesures visant à réduire les effets néfastes de la consommation continue de drogues. Ces mesures concernent, entre autres, la santé, l'alimentation, le matériel d'injection stérile, la prévention des overdoses et la fourniture de naloxone.
- Les plans de traitement doivent garantir la continuité des soins du patient en traitement ambulatoire, en traitement résidentiel de longue durée ou dans le cadre de la gestion du rétablissement.
- Les programmes de traitement des troubles liés à la consommation de drogues doivent être liés à d'autres services qui soutiennent les interventions destinées aux enfants des patients et d'autres membres de leur famille qui pourraient en avoir besoin.
- Le processus et les résultats du traitement fourni doivent être soumis à une évaluation périodique ou continue.
- La structure et la gestion de l'organisation ou du programme de traitement doivent être définies, en précisant les rôles et les compétences des différents postes et en veillant à ce que les méthodes d'embauche et de formation du personnel soient conformes aux normes juridiques en vigueur et aux règles internes établies.
- Il convient de conserver les dossiers des patients sur supports écrits ou électroniques de manière à préserver la confidentialité de leurs données.
- Le service devrait disposer de politiques sur les conditions de travail sûres et les moyens de gérer les situations présentant des risques.
- Il conviendrait de bien consigner dans les dossiers du personnel les cas impliquant la violation des droits d'un patient par un employé et les mesures appropriées qui ont été prises.
- Seul le personnel possédant les qualifications et les licences idoines (par exemple dans les domaines médical, psychologique, psychothérapeutique, social et éducatif) doit administrer les traitements spécialisés de courte durée en milieu hospitalier pour les troubles liés à la consommation de drogues.

4.1.5 Traitement spécialisé de longue durée ou résidentiel

Description

Le traitement de longue durée ou résidentiel offre généralement des services aux personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues ou d'autres substances psychoactives vivant dans un environnement commun avec d'autres personnes présentant des problèmes de santé similaires. Ces personnes prennent l'engagement explicite de s'abstenir de consommer de la drogue, de l'alcool et d'autres substances psychoactives. Elles séjournent dans un cadre résidentiel et participent à un programme quotidien intensif. Les programmes offrent une gamme variée d'interventions réalisées dans divers endroits. Il peut s'agir de réunions communautaires et de travaux de groupe, d'interventions psychosociales individuelles, d'interventions psychosociales familiales, d'aide mutuelle et d'entraide, de participation active à la vie de la communauté, d'acquisition de compétences essentielles et de formation professionnelle. L'admission au programme de traitement nécessite normalement l'acceptation des règles et règlements de l'établissement assurant le traitement.

De plus, le traitement de longue durée ou résidentiel diffère de la prise en charge du logement qui fonctionne principalement comme une intervention consistant à fournir un logement sans intervention thérapeutique sur place, bien que les résidents puissent suivre des programmes de traitement ambulatoires. En outre, les établissements de traitement de longue durée ou résidentiel diffèrent des centres obligatoires ou de détention pour consommateurs de drogues, où ces personnes sont enfermées sans leur consentement et souvent sans procédure régulière d'évaluation diagnostique et de traitement éthique et fondé sur des données probantes des troubles liés à la consommation de drogues.

Un séjour de longue durée dans un établissement résidentiel ou un hôpital (généralement pour une durée de trois mois et souvent plus, en fonction des besoins du patient) permet de sortir les patients des environnements parfois chaotiques et stressants qui ont pu contribuer à leur consommation de drogues. L'environnement thérapeutique « sans substance » est conçu pour réduire l'exposition aux stimuli habituels qui déclenchent un comportement de recherche de drogue et pour aider les patients ou les résidents à continuer de s'abstenir et à œuvrer à leur rétablissement. Bien que les modèles traditionnels de traitement résidentiel de longue durée ne comprennent que des méthodes de traitement psychosocial, les approches modernes peuvent impliquer le recours à des médicaments visant à diminuer les envies de drogue et à gérer les symptômes de comorbidités psychiatriques.

Les programmes résidentiels en particulier les communautés thérapeutiques, de longue durée, mettent à contribution toute la communauté du programme, y compris les autres résidents, le personnel et le contexte social, comme éléments actifs de la gestion du traitement et du rétablissement. Les programmes de traitement résidentiels de longue durée ont des règles et des activités conçues pour aider les résidents à acquérir de meilleures compétences d'autogestion. Les programmes aident les patients ou les résidents à acquérir des compétences pour contrôler les envies et prévenir les rechutes dans l'utilisation de drogues, à améliorer le contrôle des impulsions, à retarder la gratification et à acquérir de nouvelles compétences interpersonnelles. En outre, ils aident à développer l'obligation redditionnelle personnelle, le sens de la responsabilité, ainsi que la capacité à faire face au stress et à améliorer l'estime de soi. L'établissement de traitement résidentiel offre des services complets, notamment une formation professionnelle, une formation à l'emploi, un soutien psychosocial et, parfois, un traitement des troubles mentaux.

L'environnement intensif et favorable dont jouissent les patients dans les établissements de traitement résidentiel peut apporter une réponse appropriée à leurs antécédents personnels souvent caractérisés par des soins parentaux de piètre qualité, de la négligence émotionnelle, des abus physiques ou sexuels, des traumatismes, des violences interpersonnelles et de l'exclusion sociale.

Population cible

Les programmes de traitement de longue durée ou résidentiels sont les plus appropriés pour les personnes qui ne consomment pas de drogues au moment de leur admission, mais qui ont besoin de traitement ainsi que de soins intensifs et continus pour des troubles liés à la consommation de drogues en vue de résoudre des problèmes psychosociaux et de santé complexes associés aux troubles susdits. Ces personnes comprennent, notamment, les individus qui ont cessé de consommer de la drogue après une prise en charge du sevrage en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Elles pourraient avoir de sérieuses difficultés à continuer de s'abstenir dans un environnement communautaire ou dans le cadre de traitement ambulatoire et souhaitent participer volontairement à un programme résidentiel structuré. C'est pour elles l'occasion d'amorcer des changements dans divers domaines de leur vie et d'acquérir de nouvelles compétences qui les aideront dans leur processus de rétablissement, améliorant ainsi leur qualité de vie et leur intégration sociale.

Les services de traitement résidentiel sont généralement indiqués pour les individus :

- souffrant d'un trouble lié à la consommation (ou à la polyconsommation) de drogues d'une sévérité significative qui affecte leur éducation, leur emploi et leur processus d'intégration sociale
- souffrant de sévères problèmes de santé physique et mentale concomitants ayant un impact sur leur sécurité et leur bien-être en dehors des environnements structurés (et qui nécessitent en général une hospitalisation) ;
- ayant des antécédents de traitement infructueux, qui n'ont pas répondu aux interventions ou qui ont rechuté à plusieurs reprises après un traitement de courte durée en établissement ou en ambulatoire
- ayant des ressources personnelles ou économiques limitées (y compris le revenu et le logement)
- ayant des problèmes sociaux et familiaux et un soutien social limité
- qui sont socialement isolés ou démunis
- qui, pour atteindre les objectifs du traitement, doivent modifier leur environnement et prendre leurs distances par rapport aux réseaux sociaux et aux groupes associés aux activités liées à la consommation de drogues ;

- qui désirent de leur plein gré s'abstenir de consommer des substances psychoactives, reconnaissent leurs besoins et sont prêts à apporter des changements importants à leur mode de vie et à acquérir de nouvelles compétences dans un cadre résidentiel.

Objectifs

L'objectif premier du traitement de longue durée ou résidentiel est de réduire le risque de reprise de la consommation active de drogues, de pérenniser l'abstinence de la consommation de drogues, d'améliorer la santé et le fonctionnement personnel et social, ainsi que de faciliter la réadaptation et la réinsertion sociales. Les objectifs spécifiques du traitement résidentiel de longue durée se déclinent comme suit :

- réduire le risque de rechute dans la consommation de drogues
- développer des compétences pour faire face aux envies de consommation de drogues et aux facteurs de stress de la vie sans recourir à la drogue
- assurer un traitement et des soins pour les troubles psychiatriques et ceux liés à l'utilisation de substances psychoactives concomitantes, en ayant recours à une thérapie psychosociale et, dans certains cadres, à un traitement pharmacologique
- améliorer la santé, le fonctionnement personnel et social, y compris dans les environnements de travail
- développer des relations interpersonnelles efficaces avec d'autres personnes, ainsi que les compétences interpersonnelles et de communication nécessaires pour bâtir un réseau de pairs non consommateurs de drogues
- créer un environnement familial sain et des relations saines au sein de la famille, y compris les liens parents-enfants
- assurer la réinsertion dans la communauté et faciliter les liens sociaux
- acquérir de nouvelles compétences sociales et gagner en confiance en soi ainsi qu'apprécier les comportements positifs
- acquérir un mode de vie plus sain, notamment une bonne alimentation, une routine de sommeil et d'éveil stable et assurer un suivi régulier de la santé et de l'adhésion au traitement
- faire progresser l'éducation et développer des compétences professionnelles pour reprendre progressivement le contrôle de sa vie au terme du traitement.

Modèles et composantes

Les programmes de traitement de longue durée peuvent différer dans leurs approches. Les patients sont tenus de s'abstenir de consommer des drogues et devraient, chaque fois que nécessaire, se voir administrer un traitement des syndromes de sevrage. Ce traitement peut être dispensé dans le même établissement de traitement ou dans des établissements spécialisés en soins résidentiels ou ambulatoires, conformément aux sections pertinentes du présent document (voir sections 4.2.3).

Divers modèles de traitement résidentiel de longue durée ont été élaborés dans différents cadres.

- Ces établissements comprennent des centres autonomes de traitements résidentiels de longue durée ou des unités créées spécifiquement pour la prise en charge des troubles liés à la consommation de drogues. Ces unités ont tendance à avoir des philosophies ou des approches thérapeutiques particulières qui ne sont pas mutuellement exclusives. Celles-ci comprennent des communautés thérapeutiques formelles, des programmes d'aide mutuelle en 12 étapes, des programmes confessionnels et des programmes professionnels.

- Les programmes en milieu hospitalier (généralement dans un service ou un bâtiment dédié de l'hôpital psychiatrique) peuvent se concentrer exclusivement sur les patients consommateurs de drogues ou sur les patients ayant une consommation comorbide de drogues (ou une polyconsommation) et présentant des troubles psychiatriques. Ces programmes peuvent être des communautés thérapeutiques ou des programmes hospitaliers de réadaptation et comporter des interventions tant pharmacologiques que psychosociales.

Les détenu(e)s souffrant de troubles liés à la consommation de drogues peuvent bénéficier de programmes de traitement résidentiels de longue durée en milieu carcéral. Ces programmes peuvent être organisés sous forme de communautés thérapeutiques ou de programmes de réadaptation spécifiques aux prévenu(e)s souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, généralement dans une section spéciale de la prison. Consulter la section 5.3 pour avoir des informations détaillées sur le traitement des personnes en contact avec le système de justice pénale.

Admission

Les différents types de programmes de traitement de longue durée ou résidentiel peuvent avoir des critères d'admission différents. Ils devraient tous intégrer la demande ou le consentement volontaire du patient pour que celui-ci soit inscrit dans un programme résidentiel de longue durée. Certains services peuvent exiger que le patient se rende dans l'unité et soit accepté par le groupe communautaire. Dans d'autres services, la décision peut dépendre du personnel et du patient.

Chaque programme devrait avoir une procédure d'admission écrite pour faire en sorte que l'admission soit volontaire et le patient devrait la confirmer par un consentement écrit. Cette politique devrait indiquer clairement les critères d'éligibilité et d'exclusion. En outre, les programmes devraient avoir une procédure d'admission ou d'orientation écrite qui s'applique à tous les nouveaux résidents. Au moment de l'admission, des informations adéquates, ainsi que des documents sur le programme, y compris ses objectifs, ses méthodes de traitement et ses règles, devraient être fournies aux nouveaux résidents. Il importe d'informer les patients sur leurs obligations et sur le respect de leurs droits, de leur vie privée, de l'observance de la non-discrimination et de la confidentialité de leurs données. Il est nécessaire d'informer les patients sur le rôle du personnel, la philosophie sous-jacente du programme et les règles de communication avec les visiteurs et les personnes extérieures au programme. Il est également nécessaire de discuter des détails administratifs, tels que le coût du programme et les méthodes de paiement. Les politiques et procédures d'admission devraient être bien connues du personnel. Enfin, il est nécessaire de discuter et de signer un contrat de traitement indiquant clairement l'ensemble des services, des procédures, des politiques et règlements se rapportant au traitement ainsi que les attentes du patient à l'égard du programme.

Si un programme n'accepte pas un patient ou un résident potentiel, il devrait fournir à celui-ci, ainsi qu'à l'organisme procédant à l'orientation, une explication complète, verbale et écrite, sans violer la confidentialité. Il importe de procéder à une réorientation appropriée pour toute personne non acceptée dans le programme. Le personnel entreprenant les évaluations doit, tout en travaillant avec un réseau de services préexistant, connaître les services alternatifs appropriés pour les orientations.

Certaines personnes ayant des besoins spéciaux en matière de traitement et de soins peuvent avoir besoin d'établissements distincts de soins de longue durée en milieu hospitalier. Il s'agit, notamment, des femmes, des enfants et des adolescents, des personnes à double diagnostic et des personnes souffrant de troubles du développement. Si possible, elles devraient avoir accès à des programmes de traitement résidentiels spécialisés de longue durée. Consulter le chapitre 5 pour avoir de plus amples détails sur les moyens d'adapter les programmes aux populations ayant des besoins spéciaux.

Évaluation

Certains services peuvent procéder à un premier entretien téléphonique avant l'évaluation en personne. Les programmes de traitement résidentiels de longue durée devraient procéder à une évaluation psychosociale et médicale exhaustive de chaque nouveau patient, afin de déterminer ses besoins individuels et son aptitude à participer au programme. Il peut se révéler nécessaire de placer les patients présentant des problèmes de santé mentale et physique importants dans un établissement qui assure le niveau approprié de prise en charge médicale et psychiatrique. Cette option nécessite le consentement éclairé des patients.

Une première rencontre permet au personnel de faire connaissance avec le futur résident et à ce dernier de se familiariser avec le programme résidentiel. C'est la première étape dans le développement d'une alliance thérapeutique. La rencontre permet généralement aux futurs résidents de décider s'ils peuvent s'engager dans le programme ou non et à ce dernier de décider s'il veut les admettre ou non.

Après avoir obtenu le consentement du patient, il est nécessaire de discuter des besoins individuels et des médicaments avec les organismes procédant à l'orientation, ainsi qu'avec les médecins des patients. Les discussions devraient inclure un plan sur la méthode pour gérer le sevrage, si nécessaire.

Les plans de traitement devraient être élaborés sur la base d'évaluations exhaustives, faisant de préférence appel à des instruments et des procédures normalisés, tels que l'Indice de gravité d'une toxicomanie ou l'Entrevue diagnostique internationale composite – Module sur l'utilisation de substances psychoactives (consulter la section 4.2 pour avoir une liste des outils d'évaluation).

Les domaines ci-après sont importants pour l'évaluation :

- le traitement antérieur de courte et de longue durée et la perception du traitement antérieur
- la santé générale, y compris les problèmes de santé et les handicaps physiques, sensoriels ou cognitifs actuels
- la santé mentale, y compris les antécédents de traumatismes et d'abus (physiques, émotionnels et sexuels), la violence et le risque de suicide, le fonctionnement psychologique et interpersonnel actuel
- les conditions de vie actuelles, notamment un logement et un hébergement sûrs et un système de soutien à domicile
- la vie familiale, y compris les relations avec la famille d'origine, les relations intimes et les enfants à charge ;
- les amitiés, y compris les réseaux de relations entre pairs, les influences positives ou négatives et les personnes contribuant à la sobriété à long terme
- l'éducation et le travail, y compris les antécédents scolaires et professionnels, le niveau et les besoins de formation professionnelle, les revenus (légaux et autres)
- les problèmes juridiques, y compris la participation à des activités criminelles liées à la consommation de drogues
- les activités de loisirs et les passe-temps.

La durée dans le temps et le cadre résidentiel créent une possibilité pour entreprendre une évaluation continue plus exhaustive. Ils permettent également d'évaluer la situation après une première période d'abstinence par rapport à la consommation de drogues, et ainsi, de prévenir l'intoxication due à la drogue ou d'empêcher que le sevrage n'influence le diagnostic des troubles. En outre, ils peuvent donner l'assurance que les patients comprennent parfaitement la nature du traitement et sont en mesure d'y consentir pleinement. La vie avec les pairs et le personnel peut également permettre d'évaluer de façon continue les traits de personnalité et le fonctionnement de l'individu, ce qui peut être fort utile pour personnaliser le traitement.

Implication dans le traitement

Des niveaux plus élevés d'implication dans le traitement peuvent influencer positivement les résultats de celui-ci. Parmi les variables favorisant le maintien en traitement, on peut citer :

- le degré de motivation pour le traitement
- les niveaux de consommation de drogues ou d'alcool avant le traitement
- les antécédents de contacts avec le système de justice pénale
- la force de l'alliance thérapeutique
- la perception de l'utilité du service de traitement et du traitement lui-même ; et
- l'empathie du personnel.

Pendant les trois premières semaines et, en particulier, dans les premiers jours d'un traitement résidentiel de longue durée, le risque d'abandon et de rechute est extrêmement élevé. Il importe donc qu'une attention adaptée soit accordée aux résidents et que des soins individualisés visant à renforcer leur motivation à demeurer sous traitement leur soient dispensés. Pendant cette période, en particulier, de nombreux résidents peuvent continuer à éprouver une détresse psychologique liée à des symptômes de sevrage prolongé (insomnie, anxiété, irritabilité et envie de drogue). Ils peuvent ressentir de l'ambivalence à l'idée de renoncer à la consommation de drogues et avoir du mal à s'adapter aux règles du programme.

Pour remédier à la motivation vacillante et à l'ambivalence par rapport au programme de traitement, le personnel devrait :

- créer une atmosphère conviviale et accueillante
- mettre en place une alliance thérapeutique fondée sur la confiance, dès le début du processus
- répondre rapidement aux demandes de traitement, afin de maximiser l'engagement des patients dans le traitement
- fournir des informations sur la philosophie du programme, les attentes, l'approche du traitement et le rétablissement, la rétention et les résultats en matière de santé, ainsi que les préoccupations qui se posent fréquemment aux résidents au début du traitement
- se concentrer sur les préoccupations immédiates du patient, plutôt que sur celles du programme
- renforcer le soutien dans les 72 premières heures de traitement par une observation plus étroite, une interaction générale plus poussée et l'utilisation d'un « système de jumelage » (l'appariement des nouveaux résidents avec un résident déjà en traitement)
- élaborer des plans et des objectifs de traitement réalistes et personnalisés qui reflètent les besoins du patient et sont suffisamment souples pour s'adapter à ses progrès
- sensibiliser à l'hétérogénéité des patients, notamment dans les processus de traitement de groupe
- faire preuve de bienveillance et de respect dans tous les aspects du programme de traitement, dans la mesure où la confrontation donne lieu souvent à la colère et à l'abandon précoce du traitement
- faire un retour d'information objectif sur les problèmes et les processus de changement afin de favoriser la crédibilité et la confiance ; et
- élaborer des stratégies de motivation qui se concentrent sur chaque patient.

Interventions thérapeutiques

Au minimum, le traitement résidentiel de longue durée devrait offrir un environnement dépourvu de drogue et d'alcool, un soutien psychosocial individuel, des interventions pour aider à acquérir des compétences essentielles et organiser diverses réunions régulières de groupe. Il s'agit de réunions matinales, de groupes non conflictuels, de groupes sexospécifiques, de groupes d'entraide et de soutien par les pairs. Les programmes résidentiels en milieu hospitalier devraient également fournir des soins médicaux et psychiatriques, une thérapie individuelle et de groupe, ainsi que des interventions impliquant les membres de la famille. Certes, certains programmes de traitement résidentiels de longue durée n'assurent qu'un traitement psychosocial, d'autres peuvent offrir un soutien pharmacologique, y compris un traitement d'entretien par agonistes des opioïdes, si cela est indiqué.

Les programmes résidentiels de longue durée peuvent inclure un large éventail de modalités de traitement, telles que des interventions psychosociales individuelles et de groupe et des activités de formations aux compétences essentielles, de formations professionnelles et éducatives, ainsi que des activités récréatives. Les interventions fondées sur des données probantes et couramment utilisées dans les traitements ambulatoires peuvent également être adaptées et appliquées aux traitements résidentiels de longue durée. Les méthodes de traitement psychosocial spécifiques applicables comprennent : la thérapie cognitivo-comportementale ; la gestion des situations d'urgence et la thérapie d'amélioration de la motivation ; la thérapie familiale ou comportementale de couple ; la formation aux compétences sociales ; et d'autres méthodes décrites dans la section sur les interventions thérapeutiques (voir section 4.2). Les programmes structurés de prévention des

rechutes sont essentiels pour préparer les résidents à la réinsertion dans la communauté. Les interventions thérapeutiques, telles que la thérapie par l'art et la création, la thérapie par le mouvement, la méditation, la relaxation et l'activité physique (par exemple l'exercice et les sports de groupe) peuvent aider les patients à découvrir et à développer de nouvelles activités pour leur temps libre et de loisirs. Si elles sont poursuivies, ces activités peuvent concourir au rétablissement une fois les patients de retour dans leur communauté.

Étant donné que l'emploi est essentiel à la réinsertion et au rétablissement, l'éducation, les services professionnels et la formation à l'emploi y préparent les résidents de façon générale. Les services professionnels comprennent l'orientation professionnelle, la préparation aux entretiens d'embauche, la rédaction de curriculum vitae, ainsi que les services de demande d'emploi et de placement. La formation à l'emploi permet aux résidents d'acquérir des compétences et de développer leur confiance en eux-mêmes. Les activités professionnelles et éducatives sont des interventions thérapeutiques combinées à d'autres méthodes pour préparer les résidents à réintégrer la communauté.

Comme dans tout autre cadre de traitement, il convient d'éviter les confrontations verbales ou les techniques humiliantes. De même, il importe d'éviter les techniques répressives ou restrictives (y compris la contrainte physique) et toute autre intervention compromettant la sécurité ou la dignité de la personne.

Documents du patient

Les dossiers sur supports écrits ou électroniques des patients devraient être conservés en toute confidentialité en lieu sûr, et être accessibles uniquement au personnel directement impliqué dans le traitement. La documentation appropriée devrait comprendre au minimum :

- le consentement signé pour le traitement et l'accord concernant les règles du programme
- une politique de confidentialité et d'éthique signée
- l'évaluation du patient
- des plans de traitement et de gestion du patient pour chaque résident
- des révisions ou des mises à jour régulières des plans de traitement assortis des détails sur le traitement, les progrès et toute modification des objectifs initiaux
- les dossiers de sortie des patients comportant un résumé de l'achèvement du traitement du patient.

Durée du traitement

Le traitement résidentiel de longue durée devrait s'étendre sur au moins trois mois et, très probablement, sur une période plus longue, en fonction des besoins du patient. Un traitement d'une durée et d'une intensité suffisantes accroît les chances du résident de consolider et d'intérioriser tout changement de comportement et de se préparer à vivre une vie exempte de drogue dans sa communauté. La durée du traitement nécessaire pour atteindre ce point varie selon chaque résident.

Sortie d'hôpital et suivi

De nombreux patients ont besoin d'un soutien pharmacologique et psychosocial continu après leur sortie d'un traitement résidentiel de longue durée. Il conviendrait de mettre en place une gestion efficace de l'orientation vers des soins de suivi (ou des soins continus) pour assurer le suivi des patients après leur sortie de traitement. Consulter la section 4.2.6 pour avoir de plus amples détails sur la gestion du rétablissement.

Dotation en personnel

La dotation en personnel des établissements de traitement de longue durée ou résidentiels dépend du type de service et de la catégorie de patients. En fonction de l'ampleur du programme de traitement, l'offre de soins optimaux nécessite généralement une équipe multidisciplinaire de professionnels et de bénévoles formés.

Les communautés thérapeutiques et autres services de traitement résidentiels de longue durée nécessitent un certain niveau de surveillance médicale. Les médecins, y compris les psychiatres si possible, devraient être de garde ou disponibles pendant un certain nombre d'heures chaque semaine. Les établissements de traitement résidentiel pour les personnes souffrant de comorbidités sévères devraient disposer de services de soins médicaux sur place, pendant la journée, et de garde, durant la nuit.

Les conseillers, le personnel infirmier et les travailleurs sociaux devraient être présents sur le site du programme en permanence. Les anciens résidents et les personnes qui se remettent de troubles liés à la consommation de drogues et qui travaillent en tant que membres du personnel peuvent servir de précieux modèles pour les résidents. Il est préférable qu'ils aient travaillé en dehors d'un programme de traitement et qu'ils aient une formation professionnelle en tant que conseiller ou agent communautaire. Pour les professionnels qui commencent à travailler dans un programme résidentiel de longue durée, il est souhaitable qu'ils passent du temps au sein du programme avant leur embauche ou immédiatement après.

Considérations liées à la sécurité

Tous les programmes de traitement résidentiels doivent offrir des conditions de sécurité au personnel et aux résidents pour garantir un environnement de vie et d'apprentissage sûr aux plans psychologique et physique.

L'environnement physique et l'apparence des installations du programme ont une grande importance car les résidents peuvent y rester plusieurs mois. L'établissement devrait ressembler à un foyer plutôt qu'à une prison ou à un hôpital. Il importe d'instaurer et de maintenir une interdiction de consommation d'alcool et de drogues. Toutefois, les résidents ne doivent pas cesser de prendre les médicaments psychoactifs prescrits, tels que les antidépresseurs, la méthadone ou la buprénorphine, utilisés sous surveillance médicale pour traiter les troubles psychiatriques ou liés à l'utilisation de drogues, sauf indication médicale contraire. Des procédures, notamment pour le stockage, la distribution et l'administration des médicaments, devraient être mises en place pour la gestion des médicaments prescrits.

Les comportements inacceptables, tels que la consommation de drogues ou d'alcool, la violence, le vol et les activités sexuelles entre résidents, peuvent donner lieu au retrait du programme. L'analyse toxicologique des urines, à laquelle les résidents sont soumis régulièrement lorsqu'ils retournent dans le centre de traitement après une absence temporaire et en cas de suspicion de consommation de drogues, peut contribuer à maintenir un environnement exempt de drogue. Il conviendrait de mettre en place des procédures pour signaler et gérer les incidents dangereux, tels que les violences physiques ou sexuelles. Il conviendrait également d'instaurer des procédures claires pour traiter les infractions aux règles et aux valeurs du programme de manière proportionnelle aux circonstances spécifiques. Le contact avec les visiteurs devrait être assujéti à une restriction, à une surveillance ou à une supervision en particulier dans les toutes premières phases du traitement.

Si une personne est libérée ou n'est pas admise à un traitement, elle devrait être informée de la manière d'identifier et de gérer une overdose et devrait recevoir des informations sur les autres options de traitement, de soutien et de soins.

Critères d'achèvement du programme et indicateurs de son efficacité

L'évaluation de la réussite du traitement d'une personne et de son état de préparation à la sortie devrait tenir compte de plusieurs facteurs, notamment :

- sa santé physique et mentale
- sa motivation à poursuivre le traitement et la préservation du rétablissement à la sortie
- sa capacité et sa motivation à s'engager dans le travail ou l'éducation et à apporter sa contribution à la communauté
- l'amélioration de ses compétences d'autogestion et de sa capacité à réguler ses émotions
- sa compréhension des facteurs et des éléments déclencheurs qui peuvent contribuer à la consommation de drogues et aux rechutes, ainsi que sa capacité avérée à les reconnaître et à gérer les envies de drogue
- l'amélioration de ses liens sociaux, de son fonctionnement et de sa volonté de s'éloigner des réseaux de consommateurs de drogues pour se tourner vers des réseaux sociaux valorisant l'abstinence et le rétablissement
- le développement de nouvelles compétences, de nouveaux passe-temps et de nouveaux intérêts qu'il est possible de poursuivre après la sortie de traitement.

Certains programmes de traitement résidentiels de longue durée offrent une phase de traitement transitoire ou de réadmission en traitement pour préparer les résidents à leur sortie. Au cours de cette phase, les résidents peuvent progressivement passer de plus en plus de temps en dehors de la communauté (pour poursuivre leurs études ou travailler) tout en continuant à participer au programme en tant que résidents. C'est une période de contact

accru avec la communauté au sens large, alors que les résidents continuent de bénéficier de la sécurité, de la stabilité et du soutien fournis par les services du programme. Elle leur permet de s'entraîner aux compétences nouvellement acquises, de persévérer dans l'abstinence, de développer de nouvelles relations et des réseaux de soutien et, le cas échéant, de renouer les liens avec les membres proches de leur famille.

Il est possible d'évaluer le fonctionnement et l'efficacité globaux d'un programme de traitement résidentiel de longue durée à l'aide d'une combinaison d'indicateurs de processus (notamment les services fournis ou les objectifs atteints par les patients pendant le séjour en traitement) et de mesures objectives des résultats à long terme des patients après leur sortie.

Les indicateurs peuvent inclure la proportion de patients qui :

- achèvent le traitement
- s'engagent dans un traitement de suivi ou une gestion du rétablissement après la sortie, par exemple, la proportion de patients qui s'engagent dans un traitement de suivi après leur sortie
- achèvent le traitement et continuent de s'abstenir de consommer de la drogue lors du suivi (par exemple, à intervalles de six mois), comme en témoignent les auto-évaluations et autres indicateurs de rétablissement.

Exigences clés pour les établissements de traitement de longue durée ou résidentiel

- Le centre de traitement résidentiel de longue durée a un programme de traitement planifié.
- Tous les patients sont soumis à une évaluation complète.
- Tous les patients disposent d'un plan de traitement écrit, personnalisé et régulièrement révisé, en fonction de leur évaluation.
- Il existe un programme quotidien structuré et cohérent d'activités de groupe.
- Le programme de traitement comporte une chaîne claire de responsabilité clinique.
- Il existe des privilèges clairement définis, avec une justification et un processus d'attribution.
- Le service se charge d'améliorer et de maintenir la santé physique du patient.
- Il existe des politiques écrites, des procédures et une surveillance clinique adéquate concernant le traitement pharmacologique et la gestion des médicaments prescrits.
- Le service est outillé pour préparer les résidents à une vie indépendante au sein de la communauté au sens large.
- Les foyers de soins agréés et autres établissements de traitement de longue durée répondent aux normes nationales minimales applicables aux établissements résidentiels.
- Il existe des critères définis pour l'expulsion des patients, entre autres, pour la violation des règles des services de traitement, la violence et la poursuite de la consommation de médicaments non prescrits.
- Il y a un code d'éthique strict pour le personnel. Il est souhaitable de mettre en place un comité externe pour assurer la surveillance, garantissant ainsi que les directeurs et le personnel des établissements de traitement résidentiel de longue durée respectent les bonnes pratiques et l'éthique et s'abstiennent d'abuser de leur autorité.
- Il existe des critères définis pour la gestion de situations de risque spécifiques (tels que le risque d'intoxication et de suicide).
- La sortie est basée sur la prise en compte de l'état de rétablissement du patient.

- L'attention est accordée à la poursuite du traitement et au soutien (familial, social ou autre) qui peut être nécessaire, en fonction du diagnostic, des objectifs et des ressources du patient.
- Les plans de soins sont explorés et tracent des voies alternatives qui pourraient être suivies en cas d'échec partiel ou total du plan initial, ou d'expulsion des services de traitement de la dépendance aux drogues.
- Le service dispose de politiques relatives aux conditions de travail sûres et à la gestion des situations présentant des risques.
- La structure et la gestion de l'organisation ou du programme de traitement doivent être définies, en précisant les rôles et les compétences des différents postes et en veillant à ce que les méthodes d'embauche et de formation du personnel soient conformes aux normes juridiques en vigueur et aux règles internes établies.
- Il convient de conserver les dossiers des patients sur supports écrits ou électroniques de manière à préserver la confidentialité de leurs données.
- Il conviendrait de bien consigner dans les dossiers du personnel les cas impliquant la violation des droits d'un patient par un employé et les mesures appropriées qui ont été prises.
- Seul le personnel possédant les qualifications et les licences idoines (par exemple dans les domaines médical, psychologique, psychothérapeutique, social et éducatif) doit administrer les traitements spécialisés des troubles liés à la consommation de drogues, et ce, toujours avec le consentement du patient.

4.2 Modalités et interventions de traitement

4.2.1 Dépistage, interventions brèves et orientation vers un traitement

Description

Le dépistage, l'intervention brève et l'orientation vers un traitement est une intervention fondée sur des données probantes utilisée pour identifier, réduire et prévenir les troubles liés à la consommation de drogues, en particulier dans les établissements de santé qui ne sont pas spécialisés en traitement des troubles liés à la consommation de drogues (OMS, 2016). Tous les professionnels de santé peuvent bénéficier de la formation au SBIRT, en particulier le personnel travaillant au sein de populations à forte prévalence de consommation de drogues ou avec des personnes présentant des troubles liés à la consommation de drogues.

Dépistage

Le dépistage est un bref processus visant à identifier des indicateurs de présence d'une affection spécifique. Les indicateurs reflètent le besoin de traitement d'un individu et déterminent si, oui ou non, une évaluation approfondie se justifie (SAMHSA, 2015). Les outils de dépistage utilisés à ces fins peuvent être regroupés en deux catégories :

- les outils d'auto-évaluation (entretiens, questionnaires d'auto-évaluation)
- les marqueurs biologiques (taux d'alcoolémie, présence de drogues dans la salive, le sérum ou l'urine).

Les *outils d'auto-évaluation* ont l'avantage d'être physiquement non invasifs et peu coûteux. Un bon outil de dépistage par auto-évaluation devrait être bref, facile à administrer et à interpréter, porter sur l'alcool et autres drogues et être suffisamment sensible et spécifique sur le plan clinique pour identifier les personnes ayant besoin d'une intervention brève ou d'une orientation vers un traitement.

Pour améliorer la précision d'un outil d'auto-évaluation, il importe de garantir la confidentialité des données du patient, de l'interroger dans un cadre se prêtant à une évaluation honnête et de lui poser des questions clairement formulées et objectives.

Il existe un éventail d'outils validés pour le dépistage des troubles liés à la consommation de drogues. Au nombre de ces outils figurent le Test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances (test

ASSIST), un outil de dépistage basé sur des données probantes, mis au point et recommandé par l'OMS (OMS, 2010a). ASSIST comporte huit questions sur la consommation d'alcool, de tabac et de drogues (y compris la consommation de drogues injectables). Ces questions permettent d'identifier la consommation dangereuse et nocive d'un individu ou entraînant une dépendance. Conçu spécifiquement pour un cadre de soins primaires, il est recommandé pour un usage lors des entretiens de soins ou pour être renseigné par le patient lui-même.

Après le dépistage, il est possible d'utiliser des outils supplémentaires pour obtenir une évaluation plus détaillée des patients. Ces outils comprennent l'Indice de gravité d'une toxicomanie (AGT) (McLellan, Luborsky & Woody, 1980), qui évalue la gravité des troubles liés à la consommation de drogues et d'autres substances psychoactives, ainsi que des problèmes connexes (y compris les problèmes psychiatriques, de santé physique et les problèmes familiaux). Lorsque le patient n'est pas en sevrage aigu, il est possible d'envisager un entretien structuré pour déceler les troubles psychiatriques. Parmi les outils utilisés à cet effet, on peut citer le mini-entretien neuropsychiatrique international (MINI) (Sheehan et al, 1998 ; Sheehan, 2016), l'Entretien clinique structuré pour le DSM-5 (SCID) (First et al, 2015) ou l'Entretien diagnostique international composite – Module sur l'utilisation de substances psychoactives (CIDI-SAM) (Cottler, 2000). Ils sont particulièrement utiles pour diagnostiquer les troubles liés à la consommation de drogues, ainsi que pour déceler les affections psychiatriques concomitantes.

Bien que les marqueurs biologiques puissent être utiles dans le cadre du SBIRT lorsqu'un patient est incapable de répondre à un entretien en personne (par exemple lorsqu'il est dans un état d'inconscience en soins intensifs), les informations sont nécessaires pour obtenir un résultat de dépistage. Toutefois, il est préférable d'utiliser un outil de dépistage par auto-évaluation pour les patients conscients.

Intervention brève

Une intervention brève est une thérapie structurée de courte durée (généralement de cinq à trente minutes) visant à aider un individu à cesser ou à réduire sa consommation de substances psychoactives ou (moins souvent) à faire face à d'autres problèmes de la vie. Elle s'adresse principalement aux médecins généralistes et autres agents de soins de santé primaires (OMS, 2001 ; OMS, 2010b). Adoptant une approche centrée sur le patient et s'appuyant sur ses points forts, cette technique responsabilise les patients et les motive pour prendre des responsabilités et changer leur comportement de consommation de drogues. Si cela est possible et nécessaire, on peut prolonger des interventions brèves d'une ou deux séance(s), afin d'aider les patients à acquérir les compétences et les ressources nécessaires pour opérer un changement ou pour assurer un suivi en vue d'évaluer la nécessité ou non d'un traitement plus poussé.

Une intervention brève et efficace nécessite plusieurs étapes de base. Tout d'abord, le praticien aborde le sujet de la consommation de drogues en tenant compte de la santé et du bien-être du patient et de ce en quoi cette consommation est liée à la situation dans laquelle il se trouve. La discussion tourne autour du patient, avec des stratégies, telles que le résumé et le reflet, utilisées pour fournir un retour d'information. Les patients sont invités à parler de changement et à se fixer des objectifs réalistes. La séance se termine par un résumé et un retour d'information positif de la part du praticien, afin de donner aux patients la possibilité de prendre la responsabilité de changer leur comportement.

Les composantes d'une intervention brève et efficace peuvent être résumées dans le cadre FRAMES :

- on fournit un **retour** d'information à l'individu sur le risque personnel ou sur le trouble
- la **responsabilité** du changement incombe à l'individu
- on prodigue des **conseils** en vue d'un changement
- on propose un **menu** d'options alternatives d'auto-assistance ou de traitement
- on utilise un style **empathique** dans le cadre du conseil et
- on suscite l'**efficacité personnelle** ou la responsabilisation optimiste.

L'OMS recommande l'approche ci-après en neuf étapes pour les interventions brèves suite au dépistage au moyen de l'outil ASSIST (OMS, 2010b) :

- demander aux patients s'ils désiraient voir les résultats de leur questionnaire ASSIST
- utiliser la fiche de rétroaction de l'outil ASSIST pour fournir un retour d'information personnalisé aux patients sur leurs notes

- donner des conseils sur la méthode pour réduire les risques liés à l'utilisation de drogues
- permettre aux patients d'assumer la responsabilité ultime de leurs choix
- demander aux patients leur degré de préoccupation par rapport à leurs notes
- jauger les avantages et les inconvénients de la consommation de drogues
- résumer et analyser les déclarations des patients sur leur consommation de drogues, en mettant l'accent sur les « moins bonnes choses »
- demander aux patients à quel point ils sont préoccupés par les choses les moins bonnes
- remettre aux patients les supports à emporter chez eux pour renforcer l'intervention brève.

Orientation vers un traitement

Une fois que le dépistage et l'évaluation ultérieure d'une personne confirment qu'elle souffre d'un trouble lié à la consommation de drogues ou à une polyconsommation grave de substances psychoactives significatif au plan clinique ou encore de problèmes de santé psychiatrique ou physique concomitants, elle devrait être orientée sans tarder vers l'établissement le plus approprié pour y être traitée. Il est possible d'accélérer les orientations en prenant rendez-vous au centre de traitement et en assurant le suivi du patient en ce qui concerne son inscription au programme de traitement. La méthode d'orientation la plus efficace consiste à démarrer et à assurer un traitement pour les troubles liés à la consommation de drogues dans l'établissement qui entreprend le SBIRT.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, 2012)

- Une intervention ponctuelle devrait être proposée aux consommateurs de cannabis et de psychostimulants, lorsqu'on les dépiste dans des établissements de soins non spécialisés. L'intervention ponctuelle devrait se composer d'une seule séance d'une durée de cinq à trente minutes, comprenant un retour d'information et des conseils personnalisés sur la réduction ou l'arrêt de la consommation de cannabis ou de psychostimulants, ainsi qu'une offre de suivi.
- Il conviendrait d'envisager d'orienter les personnes souffrant de troubles liés à leur consommation de cannabis ou de psychostimulants et ne réagissant pas aux interventions brèves vers une évaluation par un spécialiste.

4.2.2 Interventions psychosociales fondées sur des données probantes

Description

Il conviendrait de recourir aux interventions psychosociales dans le cadre des programmes de traitement ambulatoires pour s'attaquer aux facteurs motivationnels, comportementaux, psychologiques et autres facteurs psychosociaux liés aux troubles résultant de l'utilisation de drogues. Ces interventions se sont révélées efficaces pour réduire la consommation de drogues, promouvoir l'abstinence et éviter les rechutes. Elles peuvent également servir à accroître l'observance du traitement et de la prise des médicaments. Les différents troubles liés à la consommation de drogues nécessitent d'autres interventions, dont les suivantes se sont révélées efficaces : la psychoéducation, la thérapie cognitivo-comportementale, l'entretien motivationnel, l'approche de renforcement par la communauté, la thérapie d'amélioration de la motivation, la thérapie familiale, la gestion des contingences, la thérapie comportementale dialectique, la thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience, la thérapie d'acceptation et d'engagement, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes, les groupes d'entraide (y compris les groupes à 12 étapes) et l'aide au logement et à l'emploi, entre autres (OMS, 2016).

Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) repose sur l'idée que les schémas comportementaux et les processus cognitifs liés à la consommation de drogues sont appris et peuvent être modifiés. Pendant le

traitement, on initie les patients à de nouvelles capacités d'adaptation et à des stratégies cognitives pour remplacer les schémas comportementaux et de pensée inadaptés. Les séances de TCC sont structurées avec des objectifs spécifiques à atteindre à chaque séance et portent principalement sur les problèmes immédiats auxquels se heurte le patient. La TCC peut être utilisée comme une approche à court terme, adaptable à un large éventail de patients et de contextes et applicable tout aussi bien à des séances de traitement individuelles que de groupe. Elle peut bien fonctionner avec toute une série d'autres traitements psychosociaux et pharmacologiques.

Gestion des contingences

La gestion des contingences (GC) implique l'offre de récompenses concrètes aux patients pour renforcer les comportements positifs, tels que l'abstinence, la participation au traitement, l'observance de la prise de médicaments ou la définition d'objectifs de traitement propres au patient. L'efficacité de la gestion des contingences exige un résultat positif convenu assorti d'une mesure objective (généralement une analyse toxicologique des urines et un résultat négatif au dépistage de drogues) et un retour d'information immédiat. Les résultats des tests de dépistage de drogues fournissent un indicateur de l'évolution du traitement et peuvent être discutés lors des séances de thérapie, afin de mieux comprendre l'état du patient. Une approche de gestion des contingences, qui peut être combinée avec la TCC, est souvent utilisée dans le cadre d'un traitement qui met l'accent sur le renforcement de nouveaux comportements en concurrence avec la consommation de drogues.

Les patients traités en recourant à la GC – contrairement à ceux utilisant d'autres traitements – affichent souvent une réduction initiale plus significative de leur consommation de drogues. Cependant, il n'est pas certain que ces effets puissent perdurer sans l'utilisation de la GC en combinaison avec d'autres approches thérapeutiques. La GC s'est révélée particulièrement utile pour traiter les patients souffrant de troubles liés à la consommation d'amphétamines et de cocaïne, contribuant à réduire l'abandon du traitement et la consommation de drogues. D'autres études ont montré que lorsque la GC utilisait des bons pour récompenser les patients pour des résultats significatifs dans leur traitement, cela augmentait en fait le niveau de recrutement (le nombre de patients inclus) dans leurs rangs. Bien que de nombreux essais de recherche aient recours au renforcement des moyens financiers, il importe d'adapter la GC à la culture et à la population, avec l'apport des patients.

Approche de renforcement par la communauté

L'approche de renforcement par la communauté est une approche comportementale de réduction de la consommation de drogues dans laquelle les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues cherchent à modifier la manière dont elles interagissent avec leur communauté, afin de tirer un renforcement plus positif de ces interactions. Les praticiens de l'approche de renforcement par la communauté encouragent les clients à se constituer progressivement une palette d'activités agréables non liées à la consommation de drogues, telles que des interactions familiales positives, des activités sociales saines ou un emploi. Au nombre des stratégies de l'approche de renforcement par la communauté, on peut citer le développement des compétences (telles que les compétences en communication, les compétences sociales, les compétences professionnelles, les compétences en résolution de problèmes, le refus de la drogue et les compétences en prévention des rechutes) des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. Ces stratégies comprennent également l'encouragement des clients à examiner tous les aspects de leur vie qui sont importants pour leur bonheur et la collaboration avec les membres de la famille, ainsi qu'avec les autres membres de la communauté du patient pour faire en sorte que leurs interactions soient plus positives.

Entretien motivationnel et thérapie de renforcement de la motivation

L'entretien motivationnel est une intervention psychosociale visant à accroître la motivation à changer un comportement. C'est un exercice collaboratif, évocateur et tenant compte de l'autonomie du patient. Le personnel clinique assume un rôle de conseiller plutôt que d'autorité et cherche à comprendre ce que le patient apprécie. Cela permet de développer l'empathie et de favoriser une alliance thérapeutique qui pourrait inciter à un changement de comportement. Le patient peut en venir à réaliser que son comportement en matière de consommation de drogues est incompatible avec les choses qui ont de l'importance à ses yeux. L'entretien motivationnel est également une approche prometteuse pour réduire les comportements à haut risque, tels que les rapports sexuels non protégés et le partage d'aiguilles. Une ou deux séances d'entretien motivationnel suffisent pour les formes légères de consommation de drogues. Elle peut être étendue à six ou davantage de séances (cette approche est appelée « thérapie de renforcement de la motivation ») pour traiter les troubles plus sévères liés à l'utilisation de drogues.

Approches thérapeutiques axées sur la famille

Les approches de traitement axées sur la famille à caractère formel sont un ensemble de méthodes qui reconnaissent l'importance des relations et des cultures familiales sur le comportement. Ces approches

exploitent ou utilisent les systèmes ou les relations familiales pour influencer positivement le comportement des membres de la famille souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. Le concept de famille peut inclure de nombreuses relations familiales : couples mariés sans enfants, familles nucléaires ou familles élargies traditionnelles, concubins avec ou sans enfants, familles monoparentales et familles « recomposées » comprenant des partenaires ayant des enfants issus de relations antérieures.

Les approches thérapeutiques axées sur la famille se sont révélées efficaces pour améliorer l'implication dans le traitement, réduire la consommation de drogues et stimuler la participation au suivi par rapport aux soins axés sur le patient pris individuellement. Les approches axées sur la famille sont particulièrement utiles pour éclairer les patients et leurs familles sur la nature des troubles liés à la consommation de drogues et le processus de rétablissement. Les approches axées sur la famille identifiées comme efficaces pour différents troubles liés à la consommation de drogues comprennent la thérapie comportementale de couple, la thérapie familiale stratégique brève, la thérapie familiale fonctionnelle, la thérapie multisystémique et la thérapie familiale multidimensionnelle.

La thérapie familiale multidimensionnelle semble particulièrement efficace pour traiter la dépendance au cannabis chez les adolescents. La thérapie comportementale de couple, elle, a été plus examinée comme étant partie intégrante du traitement de la dépendance à l'alcool et des patients souffrant de troubles liés à la consommation d'opioïdes et de cocaïne et peut également s'appliquer à la prise en charge d'autres troubles liés à la consommation de drogues.

La collaboration avec la famille peut également être utile lorsque le patient refuse de participer au traitement si l'on a recours à des approches telles que la thérapie familiale unilatérale ou le renforcement par la communauté et la formation de la famille. L'ONUDD a élaboré des supports de formation à la thérapie familiale, qui sont du domaine public², pour le traitement des troubles liés à la consommation de substances psychoactives chez les adolescents.

Chaque fois que cela est possible et approprié, les familles et les soignants des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devraient participer aux processus de traitement et les soutenir, tout en respectant la confidentialité des données du patient. Cela inclut : le partage d'informations correctes sur les troubles liés à la consommation de drogues et leur traitement (en gardant à l'esprit les questions de respect de la confidentialité) ; l'évaluation des besoins personnels, sociaux et de santé mentale ; et la facilitation de l'accès aux groupes de soutien pour les familles et les soignants (s'il en existe) et à d'autres ressources sociales.

Groupes d'entraide

Les groupes d'entraide, tels que Narcotiques Anonymes, les programmes de soutien par les pairs en 12 étapes et d'autres structures d'entraide et dirigées par des pairs, peuvent apporter un soutien aux personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. Ces groupes fournissent des informations, des activités structurées et un soutien par les pairs dans un environnement dénué de jugement. Il est nécessaire de fournir aux patients des informations sur les groupes d'entraide locaux, ainsi que leurs coordonnées. Les prestataires de services peuvent également faciliter l'engagement des patients en les orientant directement vers des représentants d'initiatives locales de soutien par les pairs ou en les aidant à maintenir des contacts durables avec ces derniers.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, 2012)

- Les interventions psychosociales comprenant la gestion des contingences, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie familiale peuvent être proposées pour traiter la dépendance aux psychostimulants.
- Les interventions psychosociales basées sur la thérapie cognitivo-comportementale ou la thérapie de renforcement de la motivation (MET) ou la thérapie familiale peuvent être proposées pour la gestion de la dépendance au cannabis.
- Les interventions psychosociales, notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie de couple, la thérapie psychodynamique, les thérapies comportementales, la thérapie de réseau social, la gestion des contingences et les interventions motivationnelles, ainsi que la facilitation en 12 étapes peuvent être proposées pour traiter la dépendance à l'alcool.

² Disponible à l'adresse suivante : https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Updated_Final_UNFT_to_share.pdf

4.2.3 Interventions pharmacologiques fondées sur des données probantes

Description

Les médicaments peuvent être très utiles pour prendre en charge ou traiter divers troubles liés à la consommation de drogues, tels que l'intoxication, l'overdose, le sevrage, la dépendance et les troubles psychiatriques induits par la drogue ou qui y sont liés. Les interventions pharmacologiques devraient être administrées parallèlement aux interventions psychosociales.

Interventions pharmacologiques pour la gestion du sevrage de drogues

Un sevrage non reconnu et non traité entraîne le risque de sortie d'un patient du traitement. La gestion du sevrage, également appelée « désintoxication », est généralement la première préoccupation si le patient a des antécédents récents de dépendance grave et souvent persistante aux opioïdes, à l'alcool, aux benzodiazépines, aux barbituriques ou à des substances multiples. Cela nécessite des protocoles de sevrage fondés sur des données probantes faisant généralement appel à une pharmacothérapie combinée à des conseils concernant le repos, la nutrition et la motivation.

Sevrage de la consommation d'opioïdes

Le traitement pharmacologique du sevrage de la consommation d'opioïdes consiste en un traitement de courte durée à la méthadone et à la buprénorphine, ou aux agonistes alpha-2 adrénergiques (clonidine ou lofexidine). Si aucun de ces traitements n'est disponible, une autre option consisterait à administrer des doses décroissantes d'opioïdes faibles, ainsi que des médicaments pour traiter les symptômes spécifiques qui apparaissent. Cependant, les personnes dépendantes aux opioïdes réagissent généralement mieux à un traitement de longue durée au moyen d'agonistes opioïdes car, en soi, la désintoxication les expose à un risque plus accru d'overdose.

L'objectif principal de la cure de sevrage est de stabiliser la santé physique et psychologique du patient tout en gérant les symptômes de l'arrêt ou de la réduction de la consommation de drogues. Il est nécessaire de gérer le sevrage avant de commencer un traitement ultérieur au moyen d'antagonistes opioïdes. Cependant, les patients sont particulièrement vulnérables à ce stade. Cette vulnérabilité tient au fait que les périodes récentes d'abstinence constituent des facteurs de risque majeurs d'overdose mortelle d'opioïdes en raison d'une tolérance réduite et du grand danger d'un mauvais calcul du dosage des opioïdes. Lorsqu'elles sont disponibles, il est sûr et efficace de traiter la désintoxication des opioïdes en utilisant des doses quotidiennes décroissantes et surveillées de méthadone et de buprénorphine sur une période d'une à deux semaine(s). Sinon, de faibles doses de clonidine ou de lofexidine, ou de médicaments opioïdes plus faibles et progressivement réduites peuvent être utilisées, conjointement avec des médicaments spécifiques, pour traiter les symptômes de sevrage des opioïdes dès leur apparition. Le personnel clinique ne devrait prescrire des sédatifs que pour de courtes périodes et suivre de près la réaction au traitement, car l'utilisation de longue durée de certains médicaments peut comporter un risque de tolérance et de mauvaise utilisation. L'efficacité du traitement est d'autant plus grande que l'assistance psychosociale est disponible pendant la gestion du sevrage.

Si elle est disponible, la naloxone devrait être fournie aux personnes dépendantes aux opioïdes et à leurs familles pour qu'elles l'emportent chez elles en cas d'overdose d'opioïdes et il conviendrait de les former à la gestion de ce type d'overdose.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Lignes directrices de l'OMS pour le traitement pharmacologique de la dépendance aux opioïdes avec assistance psychosociale, 2009)

- Il conviendrait de structurer les services de sevrage des opioïdes de telle sorte que le sevrage ne soit pas un service autonome, mais intégré aux options de traitement en cours.
- Le sevrage des opioïdes devrait être planifié conjointement avec le traitement en cours.
- Pour la gestion du sevrage des opioïdes, il est préférable d'utiliser des doses réduites d'agonistes opioïdes (méthadone ou buprénorphine), bien qu'il soit également possible d'utiliser les agonistes alpha-2 adrénergiques.
- Les cliniciens ne devraient pas utiliser la combinaison d'antagonistes d'opioïdes avec une sédation lourde pour gérer le sevrage des opioïdes.
- Les cliniciens ne devraient pas utiliser systématiquement la combinaison d'antagonistes opioïdes et d'une sédation minimale pour gérer le sevrage des opioïdes.
- Il conviendrait de proposer systématiquement les services psychosociaux en combinaison avec un traitement pharmacologique dans le cadre du sevrage des opioïdes.

Sevrage des médicaments sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Il conviendrait d'interroger les patients admis au programme de traitement sur leur consommation de substances multiples, y compris l'alcool et les sédatifs. Il conviendrait également d'assurer leur suivi pour détecter l'apparition de symptômes de sevrage ou de leur administrer un traitement prophylactique s'ils sont jugés à haut risque en ce qui concerne un éventuel sevrage de médicaments sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (consommation importante ou prolongée, ou antécédents d'épisodes de sevrage antérieur).

Le sevrage de médicaments sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peut être géré efficacement au moyen des benzodiazépines à action prolongée, en commençant par une dose suffisante pour soulager les symptômes de sevrage et en la réduisant progressivement sur plusieurs jours ou plusieurs semaines. Il est nécessaire de surveiller les patients pour détecter l'apparition de symptômes graves de sevrage d'alcool ou de médicaments sédatifs-hypnotiques, notamment les crises d'épilepsie, l'instabilité cardiovasculaire et le délire. Il importe de faire en sorte que le traitement ne se limite pas à prolonger l'utilisation de médicaments sédatifs-hypnotiques.

Sevrage des stimulants

Le sevrage des stimulants est moins bien défini que les syndromes de sevrage des substances qui provoquent une dépression du système nerveux central. Néanmoins, dans le cas du sevrage de stimulants, la dépression est importante et s'accompagne de malaise, d'inertie et d'instabilité de l'humeur. Le traitement pharmacologique du sevrage de stimulants, s'il est indiqué, devrait être symptomatique ou axé sur la prise en charge des symptômes.

Sevrage du cannabis

Un syndrome de sevrage du cannabis, caractérisé par l'insomnie, les céphalées, l'humeur dépressive et l'irritabilité, peut se produire chez les gros consommateurs. Le traitement pharmacologique du sevrage du cannabis, s'il est indiqué, devrait être symptomatique ou axé sur la prise en charge des symptômes.

Autres substances psychoactives

La gestion du sevrage d'autres drogues psychoactives, y compris les nouvelles substances psychoactives, devrait être basée sur des données scientifiques probantes (émergentes) sur les meilleures pratiques.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Lignes directrices de l'OMS pour le traitement pharmacologique de la dépendance aux opioïdes avec assistance psychosociale, 2009)

- C'est dans un environnement favorable que s'effectue au mieux le sevrage du cannabis, de la cocaïne ou des amphétamines. Aucun médicament spécifique n'est recommandé pour le traitement du sevrage de ces drogues.
- Il est possible d'obtenir le soulagement des symptômes (par exemple l'agitation, les troubles du sommeil) par une médication symptomatique pendant la période du syndrome de sevrage. Moins fréquemment, une dépression ou une psychose peut survenir pendant le sevrage. Dans ces cas, le sujet doit faire l'objet d'un suivi étroit et l'on devrait rechercher, si possible, l'avis de spécialistes compétents.
- La meilleure manière d'entreprendre le sevrage des benzodiazépines consiste à procéder par planification (facultative), en ayant recours à une dose progressivement réduite sur une période de huit à douze semaines avec une conversion en benzodiazépines à longue durée d'action, plutôt qu'en benzodiazépines à courte durée d'action. Le soutien psychosocial est utile pour les personnes soumises à un régime de réduction progressive. S'il n'est pas contrôlé, le syndrome de sevrage des benzodiazépines peut être grave ; si un sevrage sévère survient (ou se produit de manière imprévue après l'arrêt soudain de ces médicaments), il convient de solliciter l'avis d'un spécialiste concernant le démarrage d'un régime de sédation à forte dose de benzodiazépines et l'hospitalisation.
- Chez les personnes en sevrage de benzodiazépines, la présence d'une comorbidité physique (telle que des convulsions ou des douleurs chroniques) ou psychiatrique peut être un indicateur supplémentaire pour procéder à une hospitalisation.

Interventions pharmacologiques pour la prise en charge de la dépendance aux opioïdes

Étant donné que la dépendance aux opioïdes a généralement une évolution chronique et récurrente, il est nécessaire de mettre en place un traitement de prévention de longue durée des rechutes pour les personnes qui cessent leur consommation non médicale d'opioïdes. Le traitement de prévention des rechutes devrait inclure une combinaison de traitements pharmacologiques et d'interventions psychosociales. Un traitement qui repose uniquement sur des approches psychosociales produit des résultats inférieurs à ceux d'un traitement qui intègre également une médication appropriée.

On utilise deux grandes stratégies de traitements pharmacologiques pour traiter la dépendance aux opioïdes (OMS, 2009).

- Le traitement d'entretien par agonistes des opioïdes (TMAO) au moyen d'opioïdes à action prolongée (méthadone ou buprénorphine), combiné à une assistance psychosociale, est l'intervention pharmacologique la plus efficace pour la dépendance aux opioïdes.
- La désintoxication, suivie d'un traitement de prévention des rechutes au moyen d'un antagoniste aux opioïdes (naltrexone), est particulièrement utile pour les patients qui sont motivés à s'abstenir de consommer des opioïdes.

Traitement d'entretien par les agonistes opioïdes

L'objectif principal du TMAO est de réduire ou de mettre fin à l'utilisation non médicale des opioïdes et aux risques associés et de soutenir l'abstinence en prévenant les symptômes de sevrage, ainsi qu'en réduisant au minimum l'envie de drogue et les effets des autres opioïdes, si le patient en consomme.

Tous les patients sous TMAO devraient avoir accès à des interventions psychosociales et à un soutien dans leur période de rétablissement. Des liens entre les différentes modalités de traitement devraient être mis en place pour permettre ce soutien. Le non-respect des règles du programme thérapeutique ne devrait pas, en général, justifier à lui seul un retrait involontaire du traitement. La nécessité d'assurer la sécurité du personnel et des autres patients peut justifier un retrait involontaire du traitement. Cependant, avant qu'un patient ne soit éjecté involontairement, il conviendrait de prendre des mesures raisonnables pour améliorer la situation, notamment en réévaluant l'approche thérapeutique utilisée. Si le retrait est inévitable, il importe de déployer tous les efforts possibles pour orienter le patient vers d'autres établissements ou branches de soins et prévenir une overdose.

Traitement d'entretien à la méthadone

Comparativement aux patients traités sans médicaments, les patients traités à la méthadone présentent des réductions plus importantes de la consommation d'héroïne et d'autres drogues. Ils présentent des taux de mortalité plus faibles, moins de complications médicales, des taux de transmission du VIH et de l'hépatite plus faibles, une diminution de la participation à des activités criminelles et une amélioration du fonctionnement social et professionnel.

Il importe de suivre la règle générale consistant à « commencer doucement, aller lentement », lorsqu'on démarre l'utilisation de la méthadone. Une fois introduit en toute sécurité, le traitement vise à atteindre une dose optimale pour un entretien de longue durée, afin de prévenir l'état de manque et l'utilisation d'opioïdes illicites. Il est nécessaire d'ajuster progressivement la dose initiale à la dose idéale qui élimine les envies d'opioïdes, sans induire de sédation ou d'euphorie et de permettre aux patients de fonctionner de manière optimale dans tous les domaines de leur vie. Le personnel clinique devrait ajuster la dose à la hausse si le patient consomme de l'héroïne et à la baisse s'il est sous sédatif ou prêt à interrompre le traitement.

L'efficacité des doses d'entretien de traitement à la méthadone dépend de facteurs individuels, tels que la capacité à métaboliser les médicaments et les interférences métaboliques d'autres médicaments (par exemple, pour le traitement des infections par le VIH ou la tuberculose, des troubles psychiatriques ou cardiovasculaires) qui peuvent modifier le niveau de méthadone dans le sang. Pour maintenir des taux plasmatiques adéquats et éviter le sevrage des opioïdes, il importe d'administrer la méthadone quotidiennement et de surveiller régulièrement les patients pour s'assurer qu'ils respectent leur régime posologique. Au début du traitement, la méthadone devrait être administrée sous surveillance. Une fois le patient stabilisé, on peut introduire des doses à emporter, en tenant compte des lois locales et d'une évaluation individuelle des risques et des avantages.

La dilution de la dose administrée sous surveillance ou de la dose du médicament à emporter chez soi au point où il est le moins susceptible d'être injecté constitue l'un des moyens de réduire le détournement de la méthadone.

Traitement à la buprénorphine et à la combinaison buprénorphine-naloxone

Le traitement d'entretien à la buprénorphine et le traitement d'entretien à la méthadone ont des objectifs et des principes similaires. Cependant, alors que le principe de l'introduction de la méthadone est de « commencer doucement, aller lentement », l'introduction de la buprénorphine peut se faire assez rapidement pour aboutir à un dosage efficace dès que la première dose s'avère bien tolérée. En effet, dans le cas de l'introduction de la buprénorphine, le risque de toxicité est relativement faible en raison de l'action agoniste partielle du médicament.

Comparativement à la méthadone, la buprénorphine interagit moins avec les autres médicaments couramment administrés. Comme pour la méthadone, les doses de buprénorphine devraient être administrées sous surveillance jusqu'à ce que le patient soit stable. Il est alors possible d'introduire des doses à emporter chez soi, en tenant compte des lois locales et d'une évaluation individuelle des risques et des avantages.

Pour prévenir l'utilisation non médicale de la buprénorphine, y compris l'injection ou le détournement de comprimés de buprénorphine, le médicament existe aussi sous forme de combinaison buprénorphine-naloxone. Cette combinaison la rend moins attrayante pour un usage non médical et, en cas d'injection, elle peut déclencher des symptômes de sevrage. Comme la formulation sublinguale peut prendre jusqu'à 15 minutes pour se dissoudre complètement dans la bouche, une formulation sous forme de film qui se solidifie au contact de l'eau et rend l'injection beaucoup plus difficile a également été mise au point.

Traitement par antagoniste opioïde à la naltrexone

On ne peut démarrer le traitement à la naltrexone, antagoniste opioïde à action prolongée, qu'après une désintoxication chez les personnes qui se sont abstenues de consommer des opioïdes pendant une semaine ou plus (généralement, celles qui sortent d'un traitement résidentiel). La naltrexone est utilisée pour prévenir les rechutes ; elle bloque les effets des opioïdes pendant un à deux jour(s). À moins que les patients ne soient suffisamment motivés, le taux d'abandon du traitement peut être élevé.

La naltrexone peut être utile aux patients qui :

- n'ont pas accès au traitement par agonistes ;
- sont très motivés à s'abstenir de l'usage de tous les opioïdes ;
- ne sont pas en mesure de prendre un traitement par agonistes du fait d'effets indésirables ;
- ont obtenu de bons résultats avec le traitement par agonistes, mais veulent l'arrêter tout en étant protégés contre les rechutes.

La naltrexone est disponible sous forme de comprimé à administrer par voie orale que l'on peut prendre quotidiennement ou trois fois par semaine, afin de maintenir les taux sériques du médicament nécessaires pour produire des effets thérapeutiques. Elle est également disponible sous forme de préparations en dépôt à libération prolongée (administrées sous forme d'injection ou d'implant), dont une seule dose permet de maintenir les taux plasmatiques thérapeutiques du médicament pendant trois à six semaines. Un certain nombre de formulations d'implants de naltrexone qui signalent des durées encore plus longues de blocage des opioïdes sont en circulation.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Lignes directrices de l'OMS pour le traitement pharmacologique de la dépendance aux opioïdes avec assistance psychosociale, 2009)

- Le traitement pharmacologique avec assistance psychosociale ne devrait pas être obligatoire.
- Le traitement devrait être accessible aux populations défavorisées.
- Le traitement pharmacologique de la dépendance aux opioïdes devrait être largement accessible ; il pourrait inclure la prestation de traitements dans des établissements de soins primaires. Les patients présentant des comorbidités peuvent être traités dans des établissements de soins de santé primaires s'ils ont accès à une consultation spécialisée lorsque cela est nécessaire.
- Au démarrage d'un service de traitement, l'on devrait avoir une perspective réaliste selon laquelle ce service sera financièrement viable.
- Les options de traitement pharmacologique essentielles devraient consister en un traitement d'entretien par agonistes des opioïdes et en des services de prise en charge du sevrage des opioïdes. Au minimum, cela comprendrait soit la méthadone, soit la buprénorphine pour l'entretien par agonistes des opioïdes et la prise en charge du sevrage en ambulatoire.
- Pour obtenir une couverture et des résultats de traitement optimaux, le traitement de la dépendance aux opioïdes devrait être assuré gratuitement ou couvert par l'assurance maladie publique.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Lignes directrices de l'OMS pour le traitement pharmacologique de la dépendance aux opioïdes avec assistance psychosociale, 2009)

(suite)

- Le traitement pharmacologique de la dépendance aux opioïdes devrait être accessible à tous ceux qui en ont besoin, y compris aux personnes dans les lieux de détention ou dans d'autres milieux fermés.
- Les options de traitement pharmacologique devraient comprendre à la fois la méthadone et la buprénorphine pour l'entretien par agonistes opioïdes et le sevrage des opioïdes, les agonistes alpha-2 adrénergiques pour le sevrage des opioïdes, la naltrexone pour la prévention des rechutes et la naloxone pour le traitement des overdoses.
- Les doses de méthadone et de buprénorphine devraient être soumises à une surveillance directe dans la toute première phase du traitement. Pour les patients dépendants aux opioïdes qui ne démarrent pas un traitement d'entretien par agonistes des opioïdes, une pharmacothérapie antagoniste à base de naltrexone devrait être envisagée après l'achèvement du sevrage des opioïdes.
- Les doses à emporter peuvent être recommandées lorsque la dose et la situation sociale sont stables et lorsqu'il existe un faible risque de détournement à des fins illicites.
- Des doses à emporter peuvent être fournies aux patients lorsque les avantages d'une réduction de la fréquence de fréquentation sont considérés comme l'emportant sur le risque de détournement, sous réserve d'un examen régulier.
- Pour maximiser la sécurité et l'efficacité des programmes de traitement d'entretien par agonistes, les politiques et les réglementations devraient encourager des structures de dosage souples, avec des doses de démarrage faibles et des doses d'entretien élevées et sans imposer de restrictions quant aux dosages et à la durée du traitement.
- Un soutien psychosocial devrait être disponible pour tous les patients dépendants aux opioïdes en association avec des traitements pharmacologiques de la dépendance aux opioïdes.
- Il conviendrait de tenir des dossiers médicaux à jour pour tous les patients. Ceux-ci devraient comprendre, au minimum, les antécédents, l'examen clinique, les investigations, le diagnostic, l'état de santé et la situation sociale, les plans de traitement et leurs révisions, les références, les preuves de consentement, les médicaments prescrits et les autres interventions reçues. Il convient de garantir la confidentialité des dossiers des patients.
- Le retrait involontaire d'un traitement se justifie pour assurer la sécurité du personnel et des autres patients, mais le non-respect des règles du programme ne devrait généralement pas constituer, à lui seul, un motif de retrait involontaire. Avant le retrait involontaire, il conviendrait de prendre des mesures raisonnables pour améliorer la situation, y compris réévaluer l'approche de traitement utilisée.
- Les autorités sanitaires devraient veiller à ce que les prestataires de traitement aient les compétences et les qualifications suffisantes pour utiliser convenablement les substances réglementées. Ces exigences peuvent comprendre une formation et une certification de troisième cycle, une formation continue et l'octroi de licences, ainsi que la réservation de fonds au suivi et à l'évaluation.
- Il conviendrait de mettre en place des processus documentés pour garantir la sécurité et la légalité de l'approvisionnement, du stockage, de la distribution et du dosage des médicaments, en particulier de la méthadone et de la buprénorphine.
- Il devrait y avoir un système de contrôle de la sécurité du service de traitement, y compris l'ampleur du détournement des médicaments.

Interventions pharmacologiques pour la prise en charge des troubles liés à l'usage de psychostimulants

Les psychostimulants, tels que les amphétamines et la cocaïne, font partie des drogues psychoactives les plus fréquemment utilisées et qui posent le plus de problèmes dans de nombreuses régions du monde. À ce jour, aucun médicament ne s'est révélé systématiquement efficace pour traiter les troubles liés à leur usage. Les médicaments utilisés servent principalement à prendre en charge les troubles psychiatriques concomitants et les symptômes de sevrage.

Les symptômes d'un syndrome de sevrage de stimulants peuvent être traités au moyen de médicaments symptomatiques, selon le besoin. Toutefois, le personnel clinique devrait prescrire les médicaments psychoactifs avec prudence, pour de courtes périodes seulement, et surveiller étroitement la réaction au traitement car une utilisation prolongée peut accroître le risque de tolérance et de mauvaise utilisation des médicaments.

On peut utiliser les médicaments antipsychotiques et sédatifs pour prendre en charge les symptômes psychotiques dus à une intoxication aiguë par des psychostimulants. Étant donné que de nombreux patients souffrant d'un trouble lié à l'usage de psychostimulants présentent un trouble psychiatrique sévère concomitant (tel qu'un trouble dépressif majeur, un trouble bipolaire ou une schizophrénie), les médicaments psychotropes appropriés jouent un rôle majeur dans leur traitement. Les patients souffrant d'un trouble lié à l'usage de psychostimulants sont souvent des polyconsommateurs de drogues et peuvent présenter des troubles (notamment une dépendance à l'alcool ou aux opioïdes), causés par la consommation d'autres substances psychoactives, qui devraient être traités au moyen d'approches pharmacologiques et psychosociales.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Version 2.0, 2016)

- Des interventions psychosociales comprenant la gestion des contingences, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie familiale peuvent être proposées pour le traitement de la dépendance aux psychostimulants.
- La dexamphétamine ne doit pas être proposée pour le traitement des troubles liés à l'utilisation de stimulants dans des contextes non spécialisés.

Interventions pharmacologiques pour la gestion du sevrage de drogues

À ce jour, il n'existe pas de traitement pharmacologique approuvé des troubles liés à la consommation de cannabis et le traitement psychosocial reste l'approche principale. Dans le cas d'un syndrome de sevrage du cannabis, des médicaments symptomatiques peuvent être utilisés pour gérer les symptômes de sevrage, selon le besoin. Toutefois, le personnel clinique ne devrait prescrire des médicaments psychoactifs que pour de courtes périodes et surveiller étroitement la réaction au traitement car une utilisation prolongée peut accroître le risque de tolérance et de mauvais usage des médicaments.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Version 2.0, 2016)

- Des interventions psychosociales basées sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou la thérapie d'amélioration de la motivation (TEM) ou la thérapie familiale peuvent être proposées pour la prise en charge de la dépendance au cannabis.

4.2.4 Identification et gestion des overdoses

Overdose d'opioïdes

Les opioïdes sont de puissants dépresseurs de la fonction respiratoire et une overdose d'opioïdes entraînant une dépression respiratoire et la mort est une cause majeure des décès attribuables à l'usage des opioïdes. Les personnes dépendantes aux opioïdes sont le groupe le plus susceptible de souffrir d'une overdose, en particulier si les opioïdes sont administrés par injection ou utilisés en combinaison avec d'autres substances sédatives pouvant entraîner une dépression respiratoire (telles que l'alcool, les benzodiazépines ou les barbituriques). Une tolérance réduite après une période d'abstinence accroît considérablement le risque d'overdose d'opioïdes. Les périodes à haut risque comprennent les premières semaines suivant la sortie d'une désintoxication en milieu hospitalier ou résidentiel ou après l'arrêt d'un traitement de la dépendance aux drogues dans lequel a été utilisée la naltrexone ; ou après une sortie d'incarcération.

L'on peut identifier l'overdose d'opioïdes à une combinaison de trois symptômes : le myosis extrême, l'inconscience et la dépression respiratoire. La réanimation d'urgence ou l'administration de naloxone en temps utile peuvent éviter la mort par overdose d'opioïdes. L'antagoniste des opioïdes, la naloxone, est un traitement de survie qui peut inverser totalement les effets d'une overdose d'opioïdes en quelques minutes et figure dans la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels. Avec sa longue histoire de succès clinique et ses effets indésirables extrêmement rares, la naloxone devrait être présente dans tous les contextes décrits dans le présent document et dans tous les établissements de santé qui peuvent être sollicités pour faire face à une overdose d'opioïdes. Bien que l'accès à la naloxone soit souvent limité aux professionnels de santé, les personnes susceptibles d'être témoins d'une overdose d'opioïdes telles que les agents communautaires, les services de police, les pairs, les amis proches et les membres de la famille, devraient avoir accès à la naloxone et recevoir des instructions sur la manière de l'administrer dans la prise en charge d'urgence d'une overdose suspectée d'opioïdes (OMS, 2014a).

Il est possible d'administrer la naloxone par voies intramusculaire, sous-cutanée et intraveineuse ou intranasale. Les formulations intranasales de naloxone sont plus concentrées que celles destinées à être injectées, car la muqueuse nasale a une limite à la quantité de liquide qu'elle peut absorber à la fois et les doses utilisées en administration intranasale peuvent devoir être plus élevées que celles administrées par voie intramusculaire.

Outre l'administration de la naloxone, la gestion d'une overdose d'opioïdes comprend la libération des voies respiratoires, les techniques de réanimation (telles que l'assistance ventilatoire et la respiration de sauvetage), l'appel d'une ambulance et le fait de rester près du sujet jusqu'à ce qu'il reprenne totalement conscience.

Overdose de stimulants

Une overdose de stimulants se manifeste par des symptômes et des signes d'intoxication aiguë et sévère aux stimulants, avec des caractéristiques comportementales et physiologiques de suractivation du système nerveux sympathique causée par une activité accrue des neurotransmetteurs catécholaminergiques qui peut mettre la vie en péril. Les caractéristiques cliniques comprennent l'agitation, l'anxiété grave, la paranoïa, l'altération du jugement et le comportement inapproprié, la démesure, les crises d'épilepsie et souvent des états psychotiques complets associés à l'hyperthermie, la tachycardie grave, l'hypertension, les arythmies cardiaques ou l'infarctus du myocarde et la rhabdomyolyse. Ces caractéristiques se développent généralement dans les suites de la consommation de hautes doses de cocaïne, d'amphétamines ou d'autres stimulants.

Le traitement de l'overdose de stimulants met l'accent sur la prise en charge des syndromes et des symptômes de l'overdose en ayant recours à des benzodiazépines et (parfois à des médicaments antipsychotiques) pour endormir et surveiller le patient. Pendant ce temps, il maintient et restaure leurs fonctions vitales, en accordant une attention particulière aux fonctions cardiovasculaires et à l'hydratation.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Lignes directrices de l'OMS sur la gestion communautaire des surdoses d'opioïdes, 2014)

- Les personnes susceptibles d'être témoins d'une overdose d'opioïdes doivent avoir accès à la naloxone et recevoir des instructions sur son administration, afin de pouvoir l'utiliser pour la prise en charge d'urgence d'une suspicion d'overdose d'opioïdes.
- La naloxone est efficace lorsqu'elle est administrée par voies intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée et intranasale. Les personnes qui l'utilisent devraient choisir une voie d'administration en fonction de la formulation disponible, de leurs compétences en matière d'administration, ainsi que du cadre et du contexte local.
- En cas de suspicion d'overdose d'opioïdes, les premiers intervenants devraient se concentrer sur la gestion des voies respiratoires, l'assistance ventilatoire et l'administration de naloxone.
- Après une réanimation réussie suite à l'administration de la naloxone, le niveau de conscience et la respiration de la personne affectée devraient faire l'objet de surveillance étroite jusqu'à ce qu'elle reprenne totalement conscience.

4.2.5 Traitement des affections psychiatriques et physiques concomitantes

Troubles mentaux comorbides

Les troubles psychiatriques concomitants, notamment les troubles liés à l'humeur, à l'anxiété ou à la peur, ceux qui sont spécifiquement associés au stress (tels que le syndrome de stress post-traumatique), la schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques primaires peuvent compliquer la cause naturelle des troubles liés à la consommation de drogues et compromettre l'engagement dans le traitement. La consommation de différentes drogues psychoactives et d'alcool peut avoir pour effet d'aggraver ou d'exacerber les symptômes et les syndromes des troubles psychiatriques. Il s'agit, notamment, des symptômes de dépression ou de manie, d'anxiété et de symptômes psychotiques, tels que les délires ou les hallucinations. L'effet peut s'estomper ou diminuer sensiblement avec l'arrêt de la consommation de drogues. Il importe de dépister les troubles mentaux comorbides chez tous les patients souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. Le dépistage initial peut se faire dans n'importe quel cadre de traitement, mais de manière plus rigoureuse dans un cadre de traitement ambulatoire ou hospitalier. S'abstenir de consommer de la drogue ne saurait être une condition pour démarrer le traitement des troubles mentaux comorbides : tous les patients souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devraient avoir accès à une évaluation de leur santé mentale et à un traitement, ce qui nécessite leur consentement éclairé et le respect de la confidentialité de leurs données.

Afin d'évaluer avec précision les symptômes d'autres troubles mentaux chez les patients souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, il est d'une importance capitale de distinguer d'abord les troubles psychiatriques indépendants de ceux induits par des substances qui s'amendent avec l'abstinence. Un traitement de courte durée en milieu hospitalier peut permettre de procéder à une évaluation diagnostique complète et d'établir si les symptômes psychiatriques s'amendent ou s'atténuent quand cesse la consommation de drogues. C'est également l'occasion de démarrer un traitement médical ou psychosocial des troubles concomitants qui persisteront au-delà de l'abstinence de la consommation de drogues.

Il peut se révéler utile d'organiser des entretiens psychiatriques structurés, en ayant recours à des instruments de diagnostic, tels que l'Entretien neuropsychiatrique international pour le DSM 5, l'Entretien diagnostique international composite ou l'Entretien clinique structuré pour le DSM 5, et d'utiliser d'autres outils de diagnostic des troubles mentaux. Les entretiens permettront de diagnostiquer les comorbidités, telles que la dépression majeure, les troubles bipolaires et les troubles d'anxiété. Le Guide d'intervention mhGAP (OMS, 2016) contient des lignes directrices plus détaillées sur la méthode de prise en charge des troubles mentaux.

Évaluation et gestion du risque d'autodestruction ou de suicide

Le suicide est l'acte consistant à se donner délibérément la mort, tandis que l'autodestruction est un terme plus vaste qui fait référence à l'empoisonnement ou aux blessures auto-infligées intentionnellement, avec ou sans intention de se donner la mort ou de s'infliger une issue fatale. Il est important de reconnaître le risque d'autodestruction ou de suicide chez les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. Lors de l'évaluation initiale et de façon périodique, si nécessaire, chaque personne souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devrait être invitée à révéler les pensées ou les projets d'autodestruction qu'elle a eu(e)s au cours du mois écoulé ou les actes d'autodestruction qu'elle a commis au cours de l'année écoulée.

Lors d'une évaluation du risque d'autodestruction ou de suicide, les facteurs suivants sont importants :

- l'évaluation du risque imminent, c'est-à-dire les actes, pensées ou projets d'autodestruction ou de suicide actuels ou récents (au cours du mois précédent), ainsi que l'agitation extrême, la violence, la détresse ou le manque de communication ;
- les antécédents d'actes d'autodestruction (ainsi que les antécédents de dommages ou d'intoxication) ;
- la présence de toute comorbidité physique ou mentale ;
- la présence de douleurs chroniques ;
- la gravité des symptômes émotionnels ; et
- la disponibilité de soutien social.
- Il conviendrait de mettre en place un certain nombre de stratégies de prévention, si la personne a déjà eu des pensées, des plans ou des actes d'autodestruction (OMS, 2016).
- Il importe de conseiller au sujet, à sa famille et aux autres personnes concernées de restreindre l'accès aux moyens d'autodestruction (tels que les pesticides et autres substances toxiques, les médicaments ou les armes à feu).
- Il est nécessaire d'établir un contact régulier (appels téléphoniques, visites à domicile, lettres, cartes de visite et contact d'intervention brève) avec le prestataire de soins de santé non spécialisé. Les contacts devraient être fréquents au début, puis devenir moins fréquents à mesure que le sujet présente des améliorations. Son état détermine l'intensité et la durée du contact.
- Si les ressources humaines le permettent, une approche structurée de résolution des problèmes est le traitement recommandé pour les personnes qui ont commis des actes d'autodestruction au cours de l'année précédente.
- Le soutien social (qui peut être fourni par les ressources communautaires formelles ou informelles) devrait être accessible aux personnes qui fournissent volontairement des informations sur les idées d'autodestruction ou sont identifiées comme ayant eu des projets d'autodestruction au cours du dernier mois ou des actes d'autodestruction au cours de l'année écoulée.

- Les personnes qui risquent de s'auto-agresser ne devraient pas être hospitalisées de façon systématique dans les services non psychiatriques d'un hôpital général, afin de prévenir les actes d'autodestruction. Toutefois, il peut être nécessaire de les hospitaliser dans un hôpital général pour prendre en charge les effets médicaux d'un acte d'autodestruction.
- Dans ce cas, il est important de surveiller étroitement le comportement de la personne, afin de prévenir tout autre acte d'autodestruction pendant son séjour en établissement. Si l'agent de santé s'inquiète d'un risque imminent d'autodestruction grave (par exemple, lorsque le sujet est violent, extrêmement agité ou peu communicatif), il est crucial d'envisager une orientation d'urgence vers un service de santé mentale. En l'absence d'un tel service, la famille, les amis, les personnes concernées et les autres ressources disponibles devraient être mobilisés pour garder un œil sur le sujet aussi longtemps que persiste le risque imminent.

Dans tous les cas ci-dessus, il est essentiel d'évaluer et de prendre dûment en charge les maladies mentales et médicales comorbides.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Version 2.0, 2016)

- Les prestataires de soins de santé non spécialisés devraient demander aux personnes âgées de plus de 10 ans souffrant de dépression, de trouble bipolaire, de schizophrénie, d'épilepsie, de troubles liés à la consommation d'alcool, de troubles liés à la consommation de drogues illicites ou de démence de parler de leurs idées ou de leurs projets d'autodestruction au cours du mois écoulé ou d'actes d'autodestruction au cours de l'année écoulée, lors de l'évaluation initiale et de façon périodique, selon le besoin. Il en va de même pour les enfants chez qui il a été diagnostiqué des troubles mentaux ou les personnes qui présentent des douleurs chroniques ou une détresse émotionnelle aiguë associées à un conflit interpersonnel en cours, à une perte récente ou à un autre événement grave de la vie.

Dépression

La dépression majeure est le trouble mental comorbide le plus fréquent chez les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues (Torrens et al, 2015). Les personnes souffrant de dépression présentent toute une série de symptômes, notamment une humeur dépressive, une perte d'intérêt ou de la capacité à profiter d'activités auparavant agréables, une baisse d'énergie ou une augmentation de la fatigabilité pendant au moins deux semaines.

La relation entre la consommation de drogues et la dépression est complexe. En effet, les troubles liés à la consommation de drogues contribuent au développement de la dépression et cette consommation peut compromettre les résultats du traitement. La dépression peut, à son tour, accroître la consommation de drogues et accélérer la progression des troubles qui y sont liés (OMS, 2004). Les symptômes de dépression peuvent apparaître pendant le sevrage et se résorber pendant la période d'abstinence, mais ils peuvent aussi persister longtemps après l'arrêt de la consommation de drogues. C'est pourquoi l'on devrait procéder à une évaluation fréquente des patients. En cas de persistance des symptômes dépressifs et de diagnostic d'un épisode dépression, il est crucial de traiter les deux troubles simultanément en ayant recours au modèle de traitement intégré. Qui plus est, la consommation de drogues ou les troubles qui y sont liés ne devraient pas exclure le traitement de la dépression.

Une fois le patient correctement évalué, il existe un éventail d'options pharmacologiques et psychosociales. Le patient peut avoir besoin d'un traitement pharmacologique au moyen d'antidépresseurs si les symptômes dépressifs persistent et interfèrent avec son fonctionnement quotidien. L'intervention psychosociale en cas de dépression comprend la psychoéducation, la gestion du stress, la thérapie cognitivo-comportementale, l'activation comportementale, la formation à la relaxation, la thérapie interpersonnelle de groupe et le renforcement du soutien social. Vous trouverez dans le Guide d'interventions mhGAP (OMS, 2016) des lignes directrices plus détaillées sur la prise en charge de la dépression majeure dans les établissements de santé non spécialisés.

Anxiété

Peu après avoir cessé de consommer des drogues, de nombreux patients souffrent d'anxiété ou d'insomnie, affections qui peuvent être traitées au moyen de médicaments symptomatiques. Cependant, il conviendrait d'utiliser les médicaments sédatifs-hypnotiques, tels que les benzodiazépines, avec prudence en première ligne de traitement en raison de leur fort potentiel de dépendance. En outre, ils peuvent accroître le risque d'overdose mortelle si le patient utilise des médicaments à même de provoquer une dépression respiratoire

(tels que les opioïdes). L'administration des autres médicaments, tels que les antidépresseurs, devrait être envisagée conjointement avec le traitement psychosocial et comportemental.

Troubles psychotiques

Les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues peuvent également présenter une schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques primaires. Les troubles psychotiques se caractérisent par une distorsion des idées et des perceptions, ainsi que par une perturbation des émotions et des comportements. On peut également constater chez elles un discours décousu ou manquant de pertinence. Il peut y avoir des symptômes, tels que des hallucinations, des délires, de graves anomalies comportementales (comportement incohérent, agitation, excitation, inactivité ou hyperactivité), ainsi que des troubles de l'humeur et des troubles émotionnels.

La psychose peut se développer pendant une intoxication ou un sevrage de certaines drogues. Cependant, elle peut également survenir en cas d'abstinence du fait de troubles mentaux indépendants et comorbides. Il importe de distinguer les symptômes psychotiques associés à la consommation de drogues (qui se résorbent avec l'abstinence) des troubles psychotiques indépendants. Des symptômes psychotiques aigus ou persistants peuvent nécessiter une consultation de professionnels de santé mentale ou une orientation vers ceux-ci pour démarrer un traitement pharmacologique et psychosocial. Ce traitement peut comprendre une indication de médicaments antipsychotiques ou stabilisateurs de l'humeur, de psychoéducation, d'interventions familiales, de thérapie cognitivo-comportementale, de formation aux compétences essentielles et aux aptitudes sociales et d'emploi assisté. Vous trouverez dans le Guide d'intervention mhGAP (OMS, 2016) des lignes directrices plus détaillées sur la prise en charge pharmacologique et psychosociale des psychoses (y compris le trouble bipolaire).

Polyconsommation de substances psychoactives

Certaines personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues peuvent consommer plusieurs substances psychoactives, mélangeant des opioïdes, des stimulants, de l'alcool, du cannabis et d'autres substances. Cette pratique peut entraver les processus de diagnostic et de traitement et accroître le risque de complications résultant des interactions pharmacologiques. Par exemple, la consommation de substances ayant un effet sédatif accroît le risque d'overdose d'opioïdes. L'évaluation initiale devrait inclure suffisamment de détails sur toutes les substances utilisées, la fréquence et l'intensité de la consommation, ainsi que le dépistage d'autres comorbidités médicales et psychiatriques.

Troubles liés à la consommation d'alcool

Les troubles liés à la consommation d'alcool interviennent souvent de façon concomitante avec ceux liés à la consommation de drogues. Le diagnostic et l'évaluation de la gravité du trouble lié à l'alcoolisme sont importants car ils indiquent les interventions thérapeutiques nécessaires. Le sevrage aigu de l'alcool chez les personnes dépendantes à l'alcool peut nécessiter une prise en charge médicale car il peut entraîner des convulsions, une psychose aiguë (delirium tremens) et, dans certains cas, la mort.

Au cours de l'évaluation initiale, il est important d'examiner les antécédents de consommation d'alcool, la présence de troubles comorbides liés à la consommation d'alcool et la nécessité d'une gestion du sevrage d'alcool. Des questionnaires, tels que le test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances (OMS, 2010a) et le test d'identification des troubles liés à l'abus d'alcool (OMS, 2001) sont utiles pour dépister les patients dans le cadre d'une évaluation diagnostique ultérieure. Le questionnaire sur la gravité de la dépendance à l'alcool (Stockwell et al., 1979) et le questionnaire sur les problèmes d'alcool (Drummond, 1990) peuvent faciliter l'évaluation de la gravité de la dépendance à l'alcool et d'autres problèmes connexes.

S'il se révèle nécessaire de gérer le sevrage d'alcool et de traiter les troubles comorbides liés à la consommation d'alcool, une telle intervention devrait se faire sous la supervision d'un personnel formé, conformément aux lignes directrices approuvées.

Comorbidités physiques

Chaque affection médicale aiguë constatée au moment de l'hospitalisation peut devoir être prise en charge avant ou pendant tout traitement ou soin ultérieur. Il peut s'agir, entre autres, de fièvre, de douleurs aiguës, de saignements gastro-intestinaux ou autres, de convulsions, de pneumonie et d'affections cardiovasculaires aiguës.

En fonction des conditions locales, il serait indiqué de combiner le traitement des troubles liés à la consommation de drogues, y compris la dépendance aux opioïdes, si nécessaire, avec un traitement contre la tuberculose, le VIH, l'hépatite et d'autres maladies infectieuses ou non transmissibles (OMS, 2012b). Un programme thérapeutique de brève durée en milieu hospitalier ou résidentiel peut ne pas disposer de ressources médicales suffisantes, d'expertise ou de temps pour démarrer un tel traitement, mais une consultation et une orientation vers les services appropriés devraient être disponibles.

L'hépatite B est fréquente au sein de nombreuses populations de consommateurs de drogues, en particulier (mais pas exclusivement) chez les utilisateurs de drogues injectables. Un traitement de courte durée en milieu hospitalier peut être l'occasion de procéder à une vaccination contre l'hépatite B. Selon la durée du traitement, les personnes qui n'ont pas eu auparavant un cycle complet de vaccination contre l'hépatite B peuvent bénéficier d'un calendrier de vaccination accéléré, consistant en deux ou trois doses, sans nécessairement subir de test sérologique au préalable (OMS, 2012a).

La douleur chronique est un autre problème courant qui peut contribuer à la consommation de drogues illicites, en particulier d'opioïdes, et au risque de rechute et d'overdose. Il est nécessaire d'orienter le patient pour un examen plus approfondi de la source de la douleur et d'élaborer des stratégies spécifiques de prise en charge de la douleur.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Lignes directrices sur la prise en charge des affections physiques chez les adultes souffrant de troubles mentaux graves. OMS, 2018)

- Pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves et de troubles comorbides liés à la consommation de substances (drogue ou alcool), les interventions devraient être envisagées conformément aux lignes directrices d'intervention mhGAP de l'OMS.
- Il est possible d'envisager et d'adapter des interventions non pharmacologiques (par exemple, des entretiens motivationnels) aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux graves et de troubles liés à la consommation de substances psychoactives.
- Il conviendrait que les prescripteurs tiennent compte du potentiel d'interactions médicamenteuses entre les médicaments utilisés pour le traitement des troubles liés à la consommation de substances et les troubles mentaux graves.

4.2.6 Gestion du rétablissement

Description

La gestion du rétablissement, également connue sous les noms de « suivi médical », de « soins continus » ou de « soutien social orienté vers le rétablissement », décrit un processus de longue durée visant à améliorer la santé et le bien-être des patients, ainsi qu'à les soutenir dans le processus de rétablissement suite à des troubles liés à la consommation de drogues. La gestion du rétablissement est une approche évolutive vers un traitement de longue durée des troubles susdits qui va au-delà d'un simple épisode de traitement ou d'un programme de suivi médical de brève durée. Elle devrait soutenir les patients tout au long de leur processus de traitement dans différents cadres et selon différentes modalités de traitement. La gestion du rétablissement devrait suivre une fois que les patients se seront stabilisés pendant leur abstinence grâce à un traitement ambulatoire ou résidentiel. Elle est axée sur la réduction du risque de rechute dans la consommation de substances psychoactives en soutenant de manière globale le fonctionnement social, le bien-être, ainsi que la réinsertion dans la communauté et la société. Conformément à la perspective du parcours de vie, la gestion du rétablissement contribue à améliorer la santé et le bien-être, tout en stabilisant et en renforçant le rétablissement. En outre, elle contribue à améliorer le fonctionnement social des patients en leur permettant de capitaliser sur leur force et leur résilience tout en maintenant l'accent sur la responsabilité individuelle dans la gestion de leurs troubles liés à la consommation de drogues.

Un rétablissement durable est toutefois possible et environ 50 % des patients souffrant de troubles liés à la consommation de drogues y parviennent (White, 2012).

Après un traitement résidentiel de longue durée et un traitement ambulatoire intensif, l'idéal serait que les patients soient transférés vers un niveau de soins moins intensif ou une gestion du rétablissement de longue durée. Cette démarche contraste avec un scénario courant d'épisodes brefs et répétés de traitement, sans continuité et de rechutes récurrentes, qui est associé à de moins bons résultats et à des risques accrus d'overdose, entre autres. Le traitement et les soins continus axés sur le rétablissement constituent une

approche de la gestion de longue durée des patients dans le réseau des ressources et de services de soutien communautaire. La gestion du rétablissement pilotée par des professionnels, telle que la prise en charge d'autres problèmes de santé chroniques, fait passer l'objectif du traitement de celui qui vise à « admettre, traiter et libérer » à un partenariat de gestion de la santé durable entre les services et le patient. Dans ce modèle, le suivi, l'éducation au rétablissement, l'accompagnement du rétablissement, la liaison active avec les communautés de rétablissement après la stabilisation (tels que le soutien par les pairs en 12 étapes), le développement des ressources et le retour rapide au traitement, en cas de besoin, remplacent le processus traditionnel de sortie de traitement.

Des études longitudinales ont démontré à plusieurs reprises que le traitement des troubles liés à la consommation de drogues joue un rôle dans la réduction marquée de la consommation de drogues, des problèmes liés à la drogue et des coûts pour la société. Cependant, les rechutes après la sortie et les réadmissions éventuelles sont très fréquentes. En effet, la plupart des patients admis en traitement en ont déjà reçu auparavant. Le risque de rechute semble diminuer, mais pas avant quatre à cinq ans d'abstinence réussie (Dennis, Foss et Scott, 2007). Par conséquent, il conviendrait d'informer tous les patients, quel que soit le stade de leur rétablissement, de la manière d'identifier et de gérer les overdoses et les risques associés.

L'accent mis sur la prise en charge de longue durée, par opposition à un traitement en un seul épisode, corroboré par les preuves selon lesquelles la dépendance aux drogues est mieux comprise et gérée comme un trouble chronique et souvent récurrent, semblable à d'autres maladies multifactorielles telles que l'hypertension, l'asthme et le diabète, plutôt que comme une maladie ou un épisode aigu (DuPont, Compton et McLellan, 2015). Ainsi, les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devraient-elles avoir accès à vie à des interventions médicales et psychosociales dont l'intensité correspond à la gravité de leurs symptômes. Les approches de gestion du rétablissement devraient comprendre des interventions pharmacologiques, psychosociales et environnementales de longue durée visant à réduire la consommation de substances et le comportement criminel tout en contribuant à améliorer la santé physique et mentale, le bien-être et le fonctionnement social général. Il est prouvé que les interventions de gestion du rétablissement sont efficaces (McCollister et al., 2013) et que la participation à un soutien par les pairs en 12 étapes aide les patients à s'abstenir de consommer des drogues illicites et de l'alcool, entraînant ainsi une atténuation des problèmes (Donovan et al., 2013 ; Hai et al., 2019). Les professionnels de santé peuvent améliorer la participation au soutien par les pairs en encourageant l'assiduité.

Pour assurer une gestion efficace du rétablissement, il est nécessaire d'impliquer l'ensemble du système, en intégrant toutes les modalités de traitement et la participation des parties prenantes extérieures au secteur de la santé. De multiples parties prenantes dans les communautés jouent un rôle et devraient donc être impliquées dans le processus de rétablissement. Il s'agit, notamment, des familles et des soignants, des amis, des voisins, des groupes d'entraide, des chefs spirituels et communautaires, des acteurs du secteur de l'éducation, du système de justice pénale ainsi que des centres de sports et de loisirs.

La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues peuvent entraver l'accès au traitement et à la réadaptation et en limiter la réussite. Tous les efforts devraient être déployés pour faire de la sensibilisation, promouvoir les attitudes non stigmatisantes et lutter contre la discrimination structurelle à l'égard des personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues.

Population cible

Après le traitement initial des troubles liés à la consommation de drogues, la plupart des patients ont besoin d'un certain degré de gestion du rétablissement de longue durée dont l'intensité va de pair avec les besoins individuels du patient. Les patients ayant des antécédents de rechutes multiples, de troubles de santé physique et mentale, de soutien familial et communautaire de piètre qualité, de problèmes financiers, juridiques ou de logement, ont particulièrement besoin que leur rétablissement soit géré. Les patients présentant des troubles graves et complexes, notamment ceux présentant un début précoce de troubles liés à la consommation de drogues et un fonctionnement gravement altéré, de faibles compétences essentielles et disposant de moyens limités pour faire face au stress, ont besoin de programmes de gestion du rétablissement plus intensifs. Il est essentiel que les patients hautement vulnérables aux rechutes bénéficient de composantes appropriées et personnalisées de la gestion du rétablissement avant la fin de leur prise en charge dans des structures résidentielles de long-cours ou de traitement ambulatoire intensif.

Objectifs

L'objectif principal de la gestion du rétablissement est de maintenir les acquis d'autres modalités de traitement en apportant un soutien continu et individualisé aux besoins du patient. Les soins axés sur le rétablissement réduisent les risques associés à la consommation de drogues, maintiennent l'abstinence ou des niveaux réduits de consommation de drogues. Ils permettent aussi de contrôler le comportement de recherche de drogues pendant les phases de traitement intensif. Par la suite, ils s'attellent à aider à développer et à consolider les atouts personnels et sociaux dont le patient a besoin pour faire face aux circonstances extérieures et maintenir un mode de vie sain. Cela comprend le cheminement continu vers le rétablissement personnel et social dans le cadre d'une vie sans drogue, l'amélioration des soins personnels pour le bien-être physique et psychologique et le rétablissement de la dignité personnelle, de l'estime de soi, de l'évolution spirituelle et de la réinsertion sociale.

Le rétablissement peut bénéficier de la poursuite du traitement (y compris des interventions thérapeutiques pharmacologique et psychosociale) ou du maintien de l'engagement dans une communauté de rétablissement plus large, telle que les groupes d'entraide ou de soutien par les pairs (y compris les Narcotiques Anonymes et les groupes de rétablissement en 12 étapes). Les soins axés sur le rétablissement favorisent l'acquisition de compétences permettant de gérer le stress quotidien lié à la conservation de son logement, au chômage ou aux problèmes sur le lieu de travail, à l'isolement social ou aux relations interpersonnelles insatisfaisantes. En particulier, les patients ont besoin d'un soutien avant et pendant les crises et les conflits pour contrôler le dysfonctionnement, ainsi que l'intensité émotionnelle de leurs réactions. À travers tout ce qui précède, les traitements axés sur le rétablissement et les interventions de gestion du rétablissement mettent l'accent sur la réduction des stimuli stressants qui peuvent déclencher la récurrence de la recherche compulsive de drogues. En général, les soins axés sur le rétablissement aident les patients à améliorer et à stabiliser leur qualité de vie et leurs possibilités de réinsertion sociale dans la communauté.

Modèles et composantes

La gestion des soins continus et du rétablissement est une occasion pour les patients de maintenir le contact avec le système de santé, les services sociaux et les établissements de traitement. Généralement, un conseiller ou un autre professionnel (travailleur social ou infirmier/infirmière) coordonne la prise en charge des cas, rencontre fréquemment le patient, lui apporte un soutien positif, encourage son engagement dans la communauté et l'aide à gérer les situations stressantes qui se posent. Un conseiller aide le patient à entrer en contact avec d'autres professionnels à même de soutenir la réinsertion sociale du patient. En réponse à des besoins spécifiques, un conseiller oriente notamment les patients vers des travailleurs sociaux et des psychologues, des médecins, des professionnels de santé sexuelle et reproductive et des chargés de soutien juridique.

De nombreux patients souffrant de troubles liés à la consommation de drogues ont besoin d'un traitement et d'un soutien pharmacologique et psychosocial continu. Ce soutien comprend une orientation appropriée, un suivi après traitement sous une forme ou une autre et un soutien de suivi médical. Il est nécessaire d'établir des liens entre les différentes branches de soins, afin de garantir le bon fonctionnement du traitement et du soutien. À titre d'exemple, les patients souffrant de troubles complexes liés à la consommation de drogues et ne bénéficiant pas d'un soutien social ont besoin d'un traitement de courte durée en milieu hospitalier, suivi d'une orientation vers un traitement résidentiel de longue durée. Pour les patients présentant des troubles moins graves liés à la consommation de drogues et bénéficiant d'un meilleur soutien social, un traitement ambulatoire est indiqué. Les patients devraient bénéficier d'un soutien pour s'orienter dans le système d'aide sociale, afin d'accéder à la formation professionnelle, à un logement stable et à d'autres services, selon le besoin.

Principes de gestion du rétablissement

L'approche de la gestion du rétablissement se caractérise par un certain nombre de facteurs.

Concentration sur le renforcement des points forts plutôt que sur la réduction des déficits : les approches axées sur le rétablissement visent à identifier, à soutenir et à développer les compétences, les talents, les ressources et les intérêts plutôt qu'à mettre l'accent sur les besoins, les déficits et les pathologies.

Programmes flexibles plutôt que préétablis : les programmes de gestion du rétablissement doivent tenir compte des changements que le patient subit au fil du temps, en offrant des options et en fournissant un éventail flexible de soutien et de prestations s'ajustant aux besoins évolutifs de l'individu.

Prise en compte de l'autonomie du patient : la gestion du rétablissement est une approche autonome qui encourage et aide le patient à faire des choix éclairés concernant sa vie et son traitement. L'importance d'intégrer les choix du patient a été soulignée dans d'autres domaines de la médecine, notamment, dans la prise en charge des maladies chroniques et s'est révélée efficace pour accroître la responsabilité de l'individu dans son rétablissement.

Participation de la communauté : contrairement à la lutte isolée contre les troubles liés à la consommation de drogues, la gestion du rétablissement implique la participation des membres de la famille, des amis et de la communauté pour renforcer les aspects sociaux du rétablissement. D'autres personnes sont encouragées à jouer un rôle dans le rétablissement du patient en mettant à contribution les ressources de la communauté, telles que les organisations professionnelles, les ONG, l'aide mutuelle ou le soutien des pairs, les organisations confessionnelles et les écoles et autres établissements d'enseignement.

Activités de gestion du rétablissement

La gestion du rétablissement combine diverses interventions et activités favorisant et renforçant les ressources internes et externes pour aider les patients à prendre en charge de leur propre chef et de façon active les problèmes liés à la drogue et leur consommation de drogues, si elle se reproduit. Certaines de ces activités peuvent déjà exister au domicile du patient, au sein des établissements de santé, dans le quartier et la communauté, tandis que d'autres doivent être développées.

Les facteurs et activités ci-après améliorent la réinsertion sociale, les chances d'une rémission et d'un rétablissement stables par :

- le renforcement de la résilience, de l'auto-efficacité et de la confiance en soi de l'individu pour relever les défis et faire face au stress quotidien tout en maintenant son engagement à se rétablir et à éviter de retomber dans la consommation de drogues ;
- un réseau social d'un grand soutien (tel que le partenaire, les soignants, les membres de la famille et les amis) pouvant permettre de surveiller la stabilité du rétablissement, l'abstinence de drogues et l'adhésion au traitement ;
- l'éducation des patients aux différents facteurs contribuant à leur consommation de drogues et leur dotation en stratégies visant à créer et à maintenir un environnement social favorable concourant à la bonne santé et au rétablissement ;
- l'éducation des patients sur les systèmes de santé et d'aide sociale et leur orientation vers les services sociaux et de santé ;
- la fourniture au patient d'un accès à un traitement pharmacologique de longue durée, si cela est indiqué ;
- l'éducation des patients sur les stratégies et les outils permettant de prévenir et de gérer les overdoses de drogues et la fourniture d'accès à ces stratégies et outils ;
- l'éducation des patients aux manières d'identifier et de gérer les overdoses de médicaments, y compris l'utilisation de la naloxone pour les overdoses d'opioïdes ;
- la collaboration avec des individus et des réseaux sociaux d'amis et de collègues pouvant apporter un soutien au maintien de l'abstinence et à l'atteinte des objectifs de rétablissement ;
- un travail significatif et apprécié ;
- la réduction du fardeau de la stigmatisation et la discrimination basées sur l'état de santé, l'âge, le genre, la sexualité, la classe sociale, la race, l'identité culturelle, etc. ;
- l'absence de violence et de sévices ;
- la participation sociale et l'intégration dans les activités éducatives et professionnelles, y compris le bénévolat ou l'engagement communautaire ;
- la participation active à des groupes d'entraide, d'assistance mutuelle, de soutien spirituel ou autre ;

- un engagement social, culturel, politique, humanitaire ou spirituel permettant d'atteindre un but plus noble dans la vie et l'orientation sexuelle ;
- un logement stable ; et
- la résolution des problèmes juridiques et financiers.

Critères d'achèvement du programme et indicateurs d'efficacité

Étant donné la perspective sous forme de « parcours de vie » qu'elle adopte, la gestion du rétablissement est ouverte et peut se poursuivre pendant toute une vie. Elle englobe l'approche de prise en charge des maladies chroniques dont le but est d'aider les individus à gérer efficacement leurs propres problèmes de santé et d'améliorer ainsi leur santé et leur bien-être.

Lors de l'évaluation du succès des activités et des programmes de gestion du rétablissement, il importe de prendre en compte leur capacité à amoindrir le risque de rechute et d'overdose, à réduire la consommation de drogues et les effets nocifs qui y sont associés, ainsi qu'à améliorer la santé physique et psychologique, le bien-être, le fonctionnement social et la réinsertion. L'on peut utiliser l'indice de gravité d'une toxicomanie et des instruments structurés similaires permettant d'évaluer le fonctionnement global dans le contexte des troubles liés à la consommation de drogues pour jauger l'évolution de multiples aspects de l'état de santé et du fonctionnement de l'individu. Au moment de l'évaluation de l'efficacité de la gestion du rétablissement, il est nécessaire de se concentrer sur l'appréciation de l'évolution du « capital de rétablissement » – les ressources internes et externes qui peuvent aider à impulser et à maintenir le processus de rétablissement.

Exigences clés pour la gestion du rétablissement

Les plans de traitement individuels sont essentiels pour garantir à chaque patient un traitement axé sur le rétablissement. L'élaboration de ces plans devrait être fondée sur des évaluations menées avec l'aide d'une équipe de professionnels et avec la participation du patient. Les plans de traitement devraient être spécifiques à l'individu et être compatibles avec la prise en charge d'autres maladies chroniques et d'autres problèmes de santé. Contrairement aux programmes de soins intensifs, les plans de traitement dans le cadre des soins axés sur le rétablissement élargissent leur champ d'action, passant des soins médicaux aux services sociaux, faisant intervenir des professionnels d'autres domaines. Idéalement, les professionnels devraient fonctionner comme une équipe pluridisciplinaire (comprenant des travailleurs sociaux, des psychologues, des pairs conseillers et, éventuellement, des personnes du troisième âge, des chefs spirituels et d'autres dirigeants communautaires) et comprenant également des amis et des membres de la famille apportant leur soutien.

Une fois un programme de traitement ambulatoire à base communautaire, hospitalier ou résidentiel achevé, il convient de consolider la planification du suivi dans des plans de gestion du rétablissement individuel. Ces plans devraient comporter des stratégies personnelles visant à prévenir la rechute dans la consommation de drogues ou dans la polyconsommation de substances psychoactives (avec un risque élevé d'overdose), à conserver le logement, à obtenir ou à conserver un emploi, à établir ou à maintenir des réseaux sociaux positifs et à réintégrer la communauté. Les plans devraient également prévoir un accès rapide au traitement en cas de rechute du patient.

D'un point de vue idéal, la gestion du rétablissement implique des réunions ou des appels téléphoniques réguliers de contrôle ou de suivi (bilans), organisés ou effectués par un conseiller en traitement de la dépendance aux drogues, un psychologue, un autre professionnel ou un médecin ou un infirmier en soins primaires. Les bilans peuvent contribuer à pérenniser le rétablissement et à prévenir les rechutes. Lors du bilan, le patient peut être invité à faire le point de ses performances professionnelles, de ses conditions de vie et de ses mécanismes de gestion du stress ou de maintien de relations saines. Les bilans de santé dans le cadre du rétablissement peuvent inclure des analyses toxicologiques volontaires de drogues, les patients ayant la possibilité de se faire dépister dans la communauté. Ces analyses visent à inciter les patients à ne pas prendre de drogue, à détecter les rechutes et, si nécessaire, à leur permettre de bénéficier d'une nouvelle intervention en temps utile. Il est de plus en plus évident que les bilans de santé sont des méthodes efficaces pour gérer le rétablissement au fil du temps et qu'ils constituent des stratégies ayant un bon rapport coût/efficacité et, éventuellement, économiques pour promouvoir l'abstinence et réduire la consommation de drogues chez les personnes souffrant de troubles chroniques liés à la consommation de substances psychoactives (White, 200 ; McCollister et al., 2013 ; Miller, 2013 ; Dennis, Scott et Laudet, 2014 ; Garner et al., 2014)

CHAPITRE 5

Populations ayant des besoins spéciaux en matière de traitement et de soins

Les Normes reconnaissent qu'un certain nombre de groupes de population ont des besoins spéciaux en matière de traitement et de soins et peuvent nécessiter une réflexion et des interventions adaptées pour traiter les troubles liés à la consommation de drogues.

Le présent chapitre ne constitue pas une liste exhaustive des populations ou des groupes ayant des besoins spéciaux en matière de traitement et de soins. Plusieurs groupes de population peuvent avoir besoin de dispositions spéciales pour leurs traitements et leurs soins. Ces groupes comprennent ceux qui sont concernés par des modes particuliers de consommation de drogues (y compris la polyconsommation de substances psychoactives) ; des besoins au plan sanitaire (personnes présentant des comorbidités, telles que celles vivant avec le VIH, des troubles mentaux et des handicaps) ; l'âge (tels que les enfants et les adolescents et les personnes âgées) ; les besoins en matière de soins et de soutien social (tels que les personnes sans domicile fixe, les personnes socialement marginalisées, les personnes vivant dans la pauvreté, les analphabètes et les personnes peu instruites) ; et, le lieu de résidence (personnes vivant dans des zones rurales et reculées, migrants). En outre, les femmes et, notamment, les femmes enceintes, les minorités sexuelles, les travailleurs du sexe, les minorités religieuses et ethniques, les populations autochtones et les personnes en contact avec le système de justice pénale ont besoin d'interventions adaptées et de dispositions spéciales en matière de traitement. Les principes standards de traitement et de soins décrits au chapitre 2 s'appliquent à toutes les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. Pour la plupart des groupes de population mentionnés ci-dessus, la combinaison de la stigmatisation et de la discrimination exacerbe souvent les obstacles au traitement. Une bonne gouvernance clinique devrait garantir à toutes les personnes un accès égal au traitement et aux soins. Il s'impose de déployer un effort concerté pour lever les obstacles structurels au traitement, prévenir la marginalisation sociale et promouvoir des attitudes non stigmatisantes.

Le chapitre 5 présente les considérations relatives aux systèmes de traitement et les évaluations des besoins qui facilitent la fourniture de traitements aux populations et aux groupes ayant des besoins spéciaux en matière de traitement et de soins. Les systèmes de traitement locaux devraient être conçus, planifiés et financés pour assurer des traitements et des soins appropriés, accessibles et abordables, conformément aux principes énoncés dans le présent document.

5.1 Femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues

5.1.1 Description

Les femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues représentent une population singulière qui a un besoin particulier de traitement, principalement pour deux raisons. Premièrement, la consommation de drogues peut affecter la mère et le fœtus, tandis que le traitement peut également avoir

des effets négatifs sur les deux membres de la dyade. Assurer un traitement des troubles liés à la consommation de drogues aux femmes enceintes peut poser des défis d'ordre médical et éthique. Deuxièmement, comme tous les parents, de nombreuses femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues et leur partenaire peuvent bénéficier d'une formation aux compétences parentales et d'un soutien en matière de soins et de développement de l'enfant. En outre, une fois le bébé venu au monde, il peut avoir besoin de services médicaux et autres, vu la probabilité de son exposition prénatale à la drogue. En outre, la possibilité d'assurer un traitement des troubles liés à la consommation de drogues (et d'autres substances) aux femmes enceintes peut considérablement contribuer à la réalisation de changements positifs dans la vie de la mère et du fœtus, si tous deux bénéficient de soins. C'est la raison pour laquelle deux « dyades » participent souvent au traitement des femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues : la dyade mère-fœtus et la dyade mère-enfant. La dynamique et le soutien de la famille jouent un rôle important dans l'issue de la grossesse et du traitement. Cela explique pourquoi le traitement des femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devrait inclure une composante importante d'interventions familiales.

Les femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues sont confrontées à des problèmes similaires à ceux de nombreux autres adultes souffrant des mêmes troubles. Plusieurs de ces problèmes, tels que le manque d'éducation formelle ou l'implication probable dans le système judiciaire, sont communs aux hommes, aux femmes et, notamment, les femmes enceintes. Cependant, la stigmatisation, les sentiments de honte et le manque de relations positives et de soutien peuvent affecter les femmes plus négativement. Ils constituent les raisons principales pour lesquelles les femmes s'abstiennent souvent de rechercher et de démarrer un traitement ou de s'y engager. En outre, il existe peu de services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues qui tiennent compte des sexospécificités, ce qui limite davantage l'accès au traitement, même pour les femmes qui sont prêtes à s'engager dans des services de traitement et de soutien. Les femmes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues sont plus susceptibles que les hommes d'avoir été victimes de maltraitance ou de négligence en tant qu'enfants, d'avoir été exposées à plusieurs reprises à la violence interpersonnelle, d'être économiquement dépendantes d'autrui pour leur survie et de ne pas avoir eu accès à des possibilités d'éducation ou de formation professionnelle. Avec la grossesse, ces problèmes peuvent s'intensifier davantage, entravant l'accès et l'engagement dans le traitement et compromettant ainsi les résultats thérapeutiques. De nombreuses femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues peuvent se sentir en conflit, humiliées et écrasées par la culpabilité par ce qu'elles se considèrent souvent comme incapables à contrôler leur comportement de consommation.

Les femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues ont le même droit au traitement que les femmes qui ne sont pas enceintes ou qui le sont, mais ne souffrent pas de troubles liés à la consommation de drogues et ne devraient pas être exclues du traitement ou empêchées d'en recevoir du fait de leur grossesse. Le traitement des femmes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues n'est pas plus compliqué que celui des autres patients. Ces femmes ne devraient pas être contraintes à avorter et à se faire stériliser. En outre, les programmes de traitement doivent avoir des procédures et des mesures de protection pour éviter la détention et le traitement forcé des femmes enceintes. Enfin, les femmes obtiennent de meilleurs résultats à long terme lorsqu'il leur est administré un traitement qui met l'accent sur les problèmes plus fréquents chez les femmes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, par rapport aux traitements n'accordant pas une telle priorité aux femmes.

5.1.2 Modèles et composantes

Dépistage et admission

En règle générale, toutes les femmes en âge de procréer qui entrent dans les services de traitement devraient subir un test de grossesse. Cela peut impliquer la recueil d'antécédents et des analyses d'urine. Les services qui assurent un traitement aux femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues et à leurs enfants ont généralement une procédure de dépistage et d'admission qui permet de déterminer si elles sont aptes à être admises dans le programme. Au minimum, le dépistage devrait évaluer trois facteurs : les affections aiguës nécessitant une attention médicale pressante ; un risque de sevrage et la nécessité de gérer le sevrage ou la désintoxication ; et un risque d'autodestruction ou autres. Un ou plusieurs de ces trois facteurs peut ou peuvent indiquer la nécessité d'orienter ou de transférer une femme enceinte vers une unité médicale ou psychiatrique plus spécialisée pour gérer les risques, au moins, à titre temporaire, avant qu'elle ne soit admise dans le programme de traitement spécialisé dans les troubles liés à la consommation de drogues. Comme première étape dans l'établissement d'une relation patiente-prestataire et facteur favorable à la création d'un lien, il est important de prendre en compte les besoins de la femme enceinte et la manière dont ils cadrent avec les services qu'offre le programme.

Il importe de disposer d'une politique écrite sur les procédures de dépistage et d'admission des femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues (et de comorbidités) et cette politique devrait comprendre les éléments ci-après :

- la description des procédures de dépistage et des mesures d'admission ou des entretiens ; dans la mesure du possible, il conviendrait de valider l'ensemble des mesures d'admission, des instruments et des outils d'évaluation utilisés en rapport avec les femmes enceintes présentant des troubles liés à la consommation de drogues ;
- la formation requise par le personnel pour procéder à l'admission et au dépistage ; et
- la politique relative à l'éligibilité au programme et les procédures en cas de non-admission, y compris des informations sur les services alternatifs pour les femmes enceintes.

Toutes les informations cliniques devraient être conservées dans un lieu sûr et sécurisé et être consignées dans le dossier du patient.

Évaluation

Il conviendrait, à l'entrée dans tout programme, de soumettre toute femme enceinte souffrant de troubles liés à la consommation de drogues à une évaluation clinique visant à examiner en détail les aspects pertinents de ses conditions de vie, et ce, à trois fins : établir un diagnostic précis, assurer un placement approprié en traitement et élaborer des plans et des objectifs thérapeutiques appropriés. L'objectif principal d'une telle évaluation est d'apprécier ses conditions de vie du moment et de recueillir des informations sur sa santé physique et psychologique, sa consommation de substances psychoactives, le soutien familial dont elle bénéficie et sa situation sociale. Cette démarche est essentielle pour élaborer un plan de traitement adapté aux points forts et aux besoins de la femme enceinte. Les informations spécifiques à la grossesse, telles que la date d'accouchement, les grossesses antérieures et les plans d'accouchement sont également importantes. D'un point de vue idéal, une évaluation devrait utiliser plusieurs sources d'information pour recueillir les antécédents médicaux complets de la femme et les renseignements sur le contexte psychosocial dans lequel elle vit. Il est nécessaire de procéder à une évaluation initiale qui se transmuera en un processus continu, assorti de plans pour entreprendre des évaluations et des examens périodiques pendant le traitement. Compte tenu des changements dans le fonctionnement physique, psychologique et social auxquels la femme est confrontée, il est essentiel d'évaluer et de revoir son état de santé tout au long du traitement, en adaptant les plans de traitement pour tenir compte de l'évolution de ses besoins et au moment où s'amorce son rétablissement. La fréquence de ces évaluations dépendra du déroulement clinique du traitement et de tout écueil rencontré au fur et à mesure de l'évolution du traitement. Les normes d'évaluation sont similaires à celles applicables au dépistage et à l'admission.

Planification du traitement

Le personnel du programme devrait élaborer un plan de traitement individuel pour la femme enceinte, à l'aune d'une évaluation et en tenant compte de ses vœux, ainsi qu'en l'impliquant pleinement dans la planification et la fixation des objectifs. Il conviendrait d'examiner régulièrement les plans de traitement, notamment en raison des changements rapides qui surviennent tout au long de la grossesse et après l'accouchement. Toute femme enceinte souffrant d'un trouble lié à la consommation de drogues ne devrait pas être considérée comme une destinataire passive d'informations, mais comme une participante active au processus de planification du traitement. Elle devrait participer activement aux décisions relatives au traitement qui ne la concernent pas qu'elle seule, mais concernent également le fœtus. Les plans de traitement devraient prévoir une collaboration avec les obstétriciens et les gynécologues. Il peut également être nécessaire d'assurer une surveillance étroite du développement du fœtus.

Approches thérapeutiques

Les approches thérapeutiques des femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues dépendent en grande partie du niveau et des modes de consommation de drogues (et autres substances) psychoactives. Dans certaines circonstances, il peut se révéler approprié qu'un prestataire de soins primaires ou un obstétricien fasse une intervention brève axée sur l'éducation et l'examen des risques. Cependant,

étant donné les risques potentiels pour le fœtus, il est nécessaire de limiter ce type d'interventions à des cas sélectionnés. Les programmes de traitement des femmes enceintes consommant des substances psychoactives devraient utiliser des approches fondées sur des données probantes.

Il est possible d'administrer un traitement contre les troubles liés à la consommation de drogues aux femmes enceintes en ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un cadre résidentiel. Le traitement peut comprendre des interventions psychosociales et une pharmacothérapie, en fonction du type de substances utilisées et de la gravité ou de la complexité des problèmes.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Lignes directrices pour l'identification et la gestion de la consommation de substances psychoactives et des troubles y liés pendant la grossesse, 2014)

- Il conviendrait que les prestataires de soins de santé interrogent toutes les femmes enceintes sur leur consommation (antérieure et actuelle) d'alcool et d'autres substances psychoactives le plus tôt possible pendant la grossesse et lors de chaque visite prénatale.
- Les prestataires de soins de santé devraient proposer une intervention brève à toutes les femmes enceintes consommatrices d'alcool ou de drogues.
- Il conviendrait que les prestataires de soins de santé assurant la prise en charge des femmes enceintes ou en situation post-partum souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives proposent une évaluation complète et une prise en charge individuelle.
- Les prestataires de soins de santé devraient, dans les meilleurs délais, conseiller aux femmes enceintes dépendantes à l'alcool ou aux drogues de cesser de consommer de l'alcool ou de la drogue et leur proposer des services de désintoxication sous surveillance médicale lorsque cela est nécessaire et applicable ou les orienter vers ce type de services.

Considérations particulières pour le traitement pharmacologique pendant la grossesse

Les considérations pharmacologiques sont particulièrement importantes pour les femmes souffrant de troubles liés à l'usage d'opioïdes si les médicaments constituent un volet essentiel du traitement. Toute femme souffrant d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes ne devrait pas se voir refuser un traitement par un agoniste opioïde du fait de sa grossesse. Il conviendrait d'opérer les choix de médicaments opioïdes sur une base individuelle, en tenant compte des caractéristiques de la patiente. Les prescriptions de méthadone ou de buprénorphine sont des options de traitement efficaces présentant un rapport risques-avantages favorable (mais leurs effets peuvent varier d'une patiente à l'autre). Les recherches montrent que l'exposition in utero à la buprénorphine provoque un syndrome d'abstinence néonatale ou un syndrome de sevrage néonatal (SDN) moins grave que l'exposition à la méthadone. Cependant, le syndrome d'abstinence néonatale est une affection que l'on peut aisément déceler et traiter. Ce n'est qu'un aspect de la décision globale concernant le rapport risques-avantages qu'une femme enceinte et son médecin doivent prendre en compte lorsqu'ils prennent des décisions concernant les médicaments.

La méthadone et la buprénorphine réduisent toutes deux efficacement la consommation d'opioïdes et permettent aux patientes de bénéficier d'un traitement psychosocial. Il conviendrait de réévaluer périodiquement la dose de médicaments pendant la grossesse en vue de les ajuster, généralement à la hausse. L'objectif est de maintenir les niveaux plasmatiques des médicaments thérapeutiques, de réduire ainsi le risque de sevrage et de manque d'opioïdes et de réduire ou d'éliminer la consommation de médicaments à des fins non médicales.

Si une femme tombe enceinte alors qu'elle est sous méthadone ou buprénorphine, le traitement devrait être poursuivi avec le même médicament, surtout si elle y réagit bien. Il n'est pas recommandé de procéder à un sevrage médical d'un agoniste opioïde pendant la grossesse. Le sevrage est associé à des taux élevés d'abandon du traitement et de rechute, ainsi qu'au risque qui en découle pour la femme et le fœtus. De plus, le sevrage des opioïdes accroît le risque de fausse couche.

Il n'existe pas de données probantes suffisantes pour justifier un traitement pharmacologique pendant la grossesse, afin de gérer la dépendance aux stimulants de type amphétamine, au cannabis, à la cocaïne ou aux agents volatils. Toutefois, le cas échéant, utiliser un traitement pharmacologique, pour traiter les comorbidités. Les médicaments psychopharmacologiques peuvent être utiles pour traiter les symptômes de troubles psychiatriques en vue de gérer le sevrage chez les femmes enceintes dépendantes aux stimulants. Toutefois, ces médicaments ne sont pas systématiquement nécessaires.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Lignes directrices pour l'identification et la gestion de la consommation de substances psychoactives et des troubles y liés pendant la grossesse, 2014)

- Il conviendrait d'encourager les femmes enceintes dépendantes aux opioïdes à utiliser un traitement d'entretien aux opioïdes lorsque celui-ci est disponible, plutôt que de tenter une désintoxication des opioïdes.
- Les femmes enceintes dépendantes aux benzodiazépines devraient être soumises à une réduction progressive de dose, en utilisant des benzodiazépines à longue durée d'action.
- Dans la gestion du sevrage des femmes enceintes dépendantes aux stimulants, il est possible d'utiliser des médicaments psychopharmacologiques pour aider à soulager les symptômes de troubles psychiatriques, mais ils ne sont pas systématiquement nécessaires.
- La pharmacothérapie n'est pas recommandée pour le traitement de routine de la dépendance aux stimulants de type amphétamine, au cannabis, à la cocaïne ou aux agents volatils chez les patientes enceintes.
- Il convient de conseiller aux femmes enceintes dépendantes aux opioïdes de poursuivre un traitement d'entretien aux opioïdes soit à la méthadone, soit à la buprénorphine ou de le démarrer.

Traitement complet

Une approche globale de traitement axée sur les femmes consiste à traiter la personne dans sa globalité, mais également la dyade mère-enfant. Cette approche peut inclure des interventions et des services multiples et divers, tels que des pratiques thérapeutiques individuelles et de groupe tenant compte des traumatismes, des soins aux enfants et de l'éducation aux compétences parentales, des soins médicaux généraux, des soins obstétriques et gynécologiques, des interventions et des services pour les troubles psychiatriques concomitants, des interventions précoces, du soutien social, y compris la réadaptation professionnelle, du logement et du transport et d'une assistance juridique. La prestation de ces services est nécessaire, mais ne constitue pas une condition suffisante pour que le traitement soit axé sur les femmes. Les programmes de traitement axés sur les femmes, notamment pour les femmes enceintes consommatrices de drogues, devraient être sensibles et s'attaquer aux facteurs biologiques spécifiques, ainsi qu'aux facteurs culturels, sociaux et environnementaux liés à la consommation de drogues et au traitement chez les femmes. Cette précaution permettra d'optimiser le résultat du traitement.

D'autres considérations devraient être prises en compte dans le traitement des femmes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues. Ces considérations se déclinent comme ci-après :

- les relations interpersonnelles importantes et les antécédents familiaux jouent un rôle à part entière dans le démarrage et la poursuite de la consommation de drogues ;
- la stigmatisation et la disponibilité limitée des services de traitement sexospécifiques dissuadent les femmes d'entrer en traitement ;
- les femmes entrent souvent en traitement contre les troubles liés à la consommation de drogues orientées par un large éventail de sources ;
- le rôle des soignants, les attentes liées au genre et les difficultés socio-économiques rendent les femmes plus susceptibles de se heurter à des obstacles lorsqu'elles recherchent de l'aide pour entrer en traitement et pendant le traitement. Ces obstacles peuvent retarder l'entrée en traitement jusqu'à ce que le trouble atteigne un stade plus grave, s'accompagnant d'une pathologie médicale et psychiatrique supplémentaire ;
- les femmes sont plus susceptibles d'adopter un comportement de recherche d'aide et de suivre un traitement après leur admission ;
- les femmes enceintes peuvent avoir besoin d'un traitement pharmacologique et de doses de médicaments adaptés ;
- les femmes peuvent avoir besoin d'un traitement axé sur les femmes dans un cadre non mixte sûr pour en tirer le plus grand bien ;
- les femmes peuvent avoir besoin de formation et de soutien sur des questions telles que la santé sexuelle, la contraception, l'éducation des enfants et la garde des enfants ;

- les femmes et les enfants sont plus vulnérables au risque de violence domestique et d'abus sexuels et bénéficieraient de liens avec les organismes sociaux qui assurent leur protection ;
- Les services de traitement devraient pouvoir accueillir les enfants, afin de permettre à leurs mères de se faire traiter.

Protocole d'accouchement

Les programmes qui prévoient l'accouchement d'une femme enceinte souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devraient avoir un protocole d'accouchement écrit qui précise les problèmes potentiels liés à l'accouchement et à la prise en charge des patientes. Au minimum, l'on devrait aborder les questions telles que le lieu de l'accouchement, les personnes qui seront informées, les dispositions dont la parturiente et son bébé ont besoin et la manière dont elle les obtiendra. Des procédures appropriées de prise en charge de la douleur doivent également être mises en place. De nombreuses femmes souffrant de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes sont plus sensibles à la douleur que les femmes ne souffrant pas de tels troubles. Si du fait d'une douleur non traitée une mère ne peut s'occuper de son nouveau-né, cela peut déclencher une rechute dans la consommation de drogues et d'autres conséquences néfastes pour la mère et le nourrisson.

Protocole de traitement avant et après l'accouchement

Tous les programmes fournissant des services aux femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devraient disposer d'un protocole de traitement avant et après l'accouchement. Les femmes ne devraient pas être dispensées de traitement du fait uniquement de leur grossesse ou de leur état post-partum. Les méthodes de soutien à la dyade mère-nourrisson, comprenant au minimum les compétences parentales de base, devraient également être décrites.

Allaitement maternel

Bien que tous les efforts devraient être déployés pour encourager l'allaitement chez les mères souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, il conviendrait d'évaluer la décision d'allaiter au cas par cas. L'allaitement peut être contre-indiqué dans le cas des mères séropositives et des mères souffrant d'autres affections qui prennent certains médicaments psychotropes. D'autres contre-indications ou précautions concernant l'allaitement peuvent se présenter en cas de consommation par la mère de substances inhalées, de méthamphétamines, de stimulants, de tranquillisants et d'alcool. Il est conseillé que le personnel clinique conclut des accords clairs et de préférence écrits avec les mères sur leurs pratiques d'allaitement.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

(Lignes directrices pour l'identification et la gestion de la consommation de substances psychoactives et des troubles y liés pendant la grossesse, 2014)

- Les mères souffrant de troubles liés à la consommation de substances devraient être encouragées à allaiter, à moins que les risques ne l'emportent clairement sur les avantages.
- Il conviendrait de fournir des services de conseils et un soutien aux femmes allaitantes qui consomment de l'alcool ou des drogues pour qu'elles cessent de consommer ces substances ; toutefois, la consommation de substances psychoactives ne constitue pas nécessairement une contre-indication à l'allaitement.
- Le contact peau contre peau est important, quel que soit le choix d'alimentation, et il doit être activement encouragé pour toute mère souffrant d'un trouble lié à la consommation de substances capable de répondre aux besoins de son bébé.
- Il conviendrait d'encourager les mères qui sont stables sous traitement d'entretien aux opioïdes soit à la méthadone, soit à la buprénorphine, à allaiter, à moins que les risques ne l'emportent clairement sur les avantages.

5.1.3 Gestion des nouveau-nés exposés passivement aux opioïdes *in utero*

Description

Il est difficile de déterminer le nombre de nouveau-nés venus au monde à la suite d'une exposition intra-utérine prolongée aux opioïdes et à d'autres substances psychoactives. Mais, dans tous les cas, les résultats sanitaires des nouveau-nés sont améliorés si leur mère reçoit un traitement médical, psychosocial et médicamenteux complet. L'absence de ces soins expose le nourrisson au risque de prématurité, de retard de croissance intra-utérine, de septicémie néonatale, de mortalité, d'asphyxie périnatale, de mauvaise prise du sein de la mère, de privation, de négligence, de retard de croissance et de syndrome de mort subite. Le syndrome d'abstinence néonatale ou le syndrome de sevrage néonatal constitue l'un des états majeurs que l'on peut déceler chez 50 à 80 % des nouveau-nés exposés aux opioïdes *in utero*. Le syndrome de sevrage néonatal se définit comme des altérations transitoires du système nerveux central (caractérisé par une irritabilité, des pleurs aigus, des tremblements, une hypertonie, une hyperréflexie et des troubles du sommeil), du système gastro-intestinal (se traduisant, par exemple, par la régurgitation, les selles molles, l'augmentation du réflexe de succion, la succion et la déglutition dysrythmiques et une faible alimentation s'accompagnant de perte de poids), du système respiratoire (se traduisant, par exemple, par la congestion nasale et la tachypnée) et du système nerveux autonome (tels que les éternuements et les bâillements), qui se manifestent dans les jours et les semaines suivant la naissance chez les bébés exposés aux opioïdes ou autres sédatifs *in utero*. Les nouveau-nés développent un syndrome néonatal du fait de l'utilisation non médicale par la mère d'opioïdes achetés dans la rue ou de médicaments opioïdes prescrits par son médecin pour son état de santé. Il peut s'agir de méthadone ou de buprénorphine utilisées pour traiter son trouble lié à l'utilisation d'opioïdes.

Traitement du syndrome de sevrage néonatal

Le traitement des syndromes de sevrage néonatal devrait comprendre des interventions non pharmacologiques suivies d'un traitement médicamenteux (si nécessaire) après une évaluation complète. Les mesures de soutien comprennent : le maintien de la mère avec le nouveau-né, l'allaitement, l'offre d'une sucette (succion non nutritive), l'emballage avec les mains disponibles pour la succion sans habillement excessif et le contact peau contre peau avec la mère. Le nasopharynx du nouveau-né devrait être aspiré et l'alimentation comprendre des administrations fréquentes (toutes les deux heures) de petites quantités (si la mauvaise alimentation persiste) sans suralimentation. Le positionnement devrait se faire couché sur le côté droit pour réduire les fausses routes, en cas de vomissements ou de régurgitations (deux symptômes importants du syndrome de sevrage néonatal).

Il conviendrait de ne pas retarder le démarrage du traitement pharmacologique du syndrome de sevrage néonatal. Les médicaments les plus couramment utilisés pour traiter ce syndrome dû à l'exposition aux opioïdes sont la morphine ou la méthadone administrées par voie orale, selon le poids et le score. Le phénobarbital est généralement administré en cas d'abstinence néonatale d'autres substances (telles que les barbituriques, l'éthanol et les hypnotiques sédatifs). L'objectif de la médication est d'atténuer les symptômes de sevrage et de calmer le bébé, afin de normaliser les fonctions habituelles d'alimentation, de sommeil et d'élimination. Il conviendrait d'augmenter rapidement la dose de médicament, si nécessaire, de préférence suite à des évaluations fréquentes de la gravité du syndrome de sevrage néonatal, en ayant recours à des instruments validés et la réduire rapidement lorsque les symptômes du syndrome susdit diminuent.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

Lignes directrices pour l'identification et la gestion de la consommation de substances psychoactives et des troubles y liés pendant la grossesse, 2014)

- Les établissements de soins de santé fournissant des soins obstétriques devraient disposer d'un protocole pour identifier, évaluer, surveiller et intervenir en ayant recours à des méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques pour les nouveau-nés exposés aux opioïdes pendant la période prénatale.
- Il conviendrait d'utiliser un opioïde comme traitement initial pour tout nourrisson atteint du syndrome de sevrage opioïde néonatal, si besoin est.
- Si un nourrisson présente des signes de syndrome de sevrage néonatal en raison d'un sevrage de sédatifs ou d'alcool, ou si la substance à laquelle il a été exposé est inconnue, le phénobarbital peut être une option de traitement initial préférable.

5.1.4 Formation du personnel et documentation

Formation du personnel

Tout membre du personnel en contact direct avec les patients (secrétaires, responsables de bureau) doit connaître les problèmes auxquels les femmes enceintes sont confrontées et y être sensible. Le personnel doit être formé à ce qu'il y a lieu de faire lorsqu'une femme entre en travail : qui contacter, comment réagir et où aller pour obtenir une assistance médicale. De nombreuses femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues peuvent se sentir en conflit, humiliées et écrasées de culpabilité par ce qu'elles se considèrent souvent comme incapables à contrôler leur comportement de consommation de drogues. Le personnel devrait être conscient de ces sentiments et préoccupations et se tenir prêt à y réagir de manière appropriée et à apporter un soutien. L'humiliation et la stigmatisation des femmes pour consommation de drogues pendant leur grossesse ne constituent pas une méthode de traitement efficace pour protéger le fœtus contre l'exposition à la drogue ou pour améliorer la santé de la mère. Au contraire, ces attitudes pourraient donner lieu à des taux plus élevés d'abandon du traitement.

Il conviendrait de former l'ensemble du personnel de santé s'occupant des nourrissons à identifier les signes et symptômes du syndrome de sevrage néonatal (ou syndrome d'abstinence néonatale), ainsi que les affections néonatales qui peuvent se présenter de manière similaire au syndrome d'abstinence néonatale (par exemple la septicémie, l'encéphalite, la méningite, l'irritation post-anoxique du système nerveux central, l'hypoglycémie, l'hypocalcémie et l'hémorragie cérébrale).

Documentation

Quel que soit le type d'établissement ou l'intensité des soins dispensés, la documentation appropriée du traitement des femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues devrait inclure tous les documents habituels ou les dossiers des patientes. Ceux-ci comprennent le contrat de traitement, l'évaluation, le traitement individualisé et le plan de prise en charge. Il est tout aussi essentiel de faire le point du traitement et les modifications qui y sont apportées, la gestion des objectifs du traitement et un résumé à son achèvement. Les services fournissant des soins aux femmes enceintes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues doivent tenir des archives de tous les services médicaux, psychiatriques et thérapeutiques, afin de garantir la mise en œuvre de tous les soins recommandés et une coordination étroite entre les différents prestataires de soins. Toute évaluation du syndrome de sevrage néonatal devrait être consignée avec les interventions médicamenteuses et non médicamenteuses fournies pour réduire le syndrome de sevrage néonatal.

5.2 Enfants et adolescents souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues

5.2.1 Description

L'utilisation de drogues commence généralement à l'adolescence (entre l'âge de 10 ans et de 19 ans) et même pendant l'enfance. Plus la consommation de drogues commence tôt, plus les risques de progression rapide vers une forte consommation de drogues et les troubles qui y sont liés sont importants.

La majorité des enfants et des adolescents ne consomment pas de drogues psychoactives. Les enfants qui consomment des drogues sont généralement exposés à davantage de facteurs de risque et ont moins de facteurs de protection. Ils peuvent être victimes de négligence et de sévices physiques, sexuels et émotionnels. Ils peuvent avoir été exploités dans des contextes de guerre, de terrorisme et de commerce de la drogue. Ils peuvent également être soumis à de nombreuses formes de violence. De tels enfants peuvent souffrir de privation, de pauvreté, d'errance, de famine, de discrimination fondée sur le sexe et de déplacements fréquents. En conséquence, ils peuvent développer divers problèmes de santé mentale et physique. Si les enfants sont utilisés dans le cadre de la culture, de la fabrication et de la distribution de drogues, ils peuvent être maintenus analphabètes et victimisés à chaque étape de l'industrie du commerce de drogues. Les enfants dont les familles cultivent des plantes narcotiques et fabriquent des drogues peuvent être exposés à des résidus toxiques et à la fumée secondaire et tertiaire, et ceux vivant dans des pays en conflit sont, de multiples façons, exposés à des risques graves. Les enfants soldats, par exemple, ont souvent facilement accès à la drogue pour être tenus éveillés, se battre et commettre d'autres actes terrifiants, ainsi que pour faire face aux traumatismes.

Les enfants et les adolescents consommateurs de drogues psychoactives peuvent ne pas identifier l'usage de drogues comme un problème pour eux-mêmes ou pour autrui et peuvent ignorer les dommages importants que la consommation de drogues peut causer au développement de leur cerveau et à leur développement psychosocial. De plus, la consommation de drogues pendant l'enfance et l'adolescence est associée à un risque accru de troubles liés à l'usage de drogues et d'autres problèmes de santé mentale tout au long de la vie. Par conséquent, ces enfants peuvent par la suite être plus susceptibles de nécessiter des structures de traitement pour la consommation de drogues et la santé mentale.

L'enfance et l'adolescence sont des périodes importantes de développement où le cerveau est particulièrement vulnérable à la consommation de drogues et aux troubles y liés. Étant donné les effets neurotoxiques des drogues ou de l'alcool sur le cerveau en développement, la consommation de drogues doit être décelée et traitée le plus tôt possible. Les enfants et les adolescents peuvent également bénéficier d'interventions en matière de consommation de drogues, même s'ils ne sont dépendants d'aucune drogue spécifique. La réduction dans les plus brefs délais de l'exposition aux drogues peut contribuer à réduire les risques de dommages physiques ou psychologiques ultérieurs. Les visites de routine chez le médecin, à l'école ou dans d'autres établissements de santé permettent de poser des questions aux enfants et aux adolescents sur la consommation de drogues. Les adolescents répondront honnêtement s'ils ne subissent pas de représailles pour avoir été honnêtes. La thérapie familiale est une intervention fondée sur des données probantes pour les adolescents souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues, ainsi que pour les adolescents ayant des antécédents de délinquance.

Les adolescents ne sont ni des enfants plus âgés, ni des adultes plus jeunes. Caractérisée par la maturation physiologique de tous les systèmes du corps et par d'autres transformations modificatrices de la vie, notamment la dépendance des enfants à l'égard des parents et des personnes qui s'occupent d'eux, et allant jusqu'à l'indépendance vis-à-vis des adultes, cette période de la vie nécessite des services de santé et d'éducation, de protection et de promotion de la santé adaptés, conçus pour refléter le stade de développement des adolescents et répondre à leurs besoins.

Les adolescents se heurtent à des obstacles spécifiques dans l'accès aux soins et aux informations sanitaires. Ils trouvent souvent les services de santé publics inacceptables pour plusieurs raisons. Il s'agit, notamment, de la perception de manque de respect, de vie privée et de confidentialité, de la crainte de la stigmatisation, de la discrimination et de l'imposition par les prestataires de santé de valeurs morales. En outre, les services de santé exigent souvent le soutien ou l'autorisation des parents et des partenaires, notamment pour les questions sensibles telles que la santé sexuelle et reproductive. Les adolescents peuvent manquer de soutien parental. Ils peuvent être sous le contrôle de leurs parents ou partenaires du fait de normes socioculturelles et de normes différenciées selon leur sexe fait qui est souvent renforcé par les lois et règlements sur le consentement. Tous ces facteurs peuvent contribuer davantage à les empêcher de se faire soigner.

À l'instar des autres tranches d'âge, des obstacles tels que le faible niveau de connaissances des questions de santé, la pauvreté et la marginalisation ont également un impact négatif sur l'accès des adolescents, mais entraînent probablement un impact plus important.

5.2.2 Modèles et composantes

Les enfants et les adolescents consommateurs de drogues peuvent vivre avec leur famille, mais aussi dans la rue – après avoir perdu leurs parents ou été rejetés par leur famille – ou se retrouver dans des établissements du système pénitentiaire. Les circonstances et les cadres de traitement pour ces deux derniers groupes d'enfants et d'adolescents peuvent différer sensiblement du traitement traditionnel en ambulatoire ou en établissement. Ils peuvent impliquer un nombre plus accru de centres de proximité et d'accueil que ce que l'on trouve habituellement dans la gestion des troubles liés à l'utilisation de drogues chez les adultes. Les adolescents peuvent être amenés à suivre un traitement par leurs parents qui s'inquiètent de leur consommation récente de drogues.

La recherche sur le traitement des enfants et des adolescents reste limitée et, par le passé, les résultats des recherches sur les traitements dispensés aux adultes ont souvent guidé le traitement des enfants souffrant de troubles liés à l'utilisation des drogues. Certes, il existe des données probantes encourageantes attestant que le traitement psychosocial approprié à leur âge est efficace chez les adolescents, mais il existe très peu de données probantes sur le traitement des enfants de plus jeune âge. Pour traiter les enfants souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues il est nécessaire de concevoir des traitements psychosociaux adaptés à leur niveau de développement cognitif et à leurs expériences de vie. Cette approche peut occasionner des problèmes imprévus, tels que la différence de réaction des enfants aux médicaments comparativement aux adolescents et aux adultes.

D'autres questions sont à prendre en compte lors du traitement des enfants et des adolescents souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues.

- Le statut juridique des enfants et des adolescents en ce qui concerne leur compétence et leur capacité à consentir à un traitement varie d'un pays à l'autre. Il est nécessaire d'en tenir compte et de rechercher le consentement ou l'implication des parents, selon les besoins.
- Les enfants et les adolescents qui consomment des drogues ont des besoins singuliers en matière de traitement et de soins qui vont de pair avec le développement de leur cerveau et leur fonctionnement cognitif, ainsi que des capacités d'adaptation limitées, compte tenu de leur stade de développement psychosocial.
- Les adolescents ont un niveau élevé de prise de risque et de recherche de nouveautés et sont très sensibles à la pression des pairs.
- Les adolescents ayant des problèmes de consommation de drogues présentent une forte prévalence de comorbidités psychiatriques et de dysfonctionnements familiaux qui devraient faire l'objet d'un traitement.
- Étant plus concrets dans leur réflexion, moins développés dans leurs compétences linguistiques et peut-être moins introspectifs que les adultes, les enfants et les adolescents peuvent également être moins enclins à apprécier que l'on discute de leurs problèmes.
- Il est nécessaire d'adapter les interventions thérapeutiques comportementales, en tenant compte des capacités cognitives limitées des enfants et des adolescents.
- Les enfants et les adolescents peuvent avoir des motivations différentes de celles des adultes pour participer à un traitement et partager des objectifs communs avec un prestataire de services de traitement.

Le traitement des troubles liés à la consommation de drogues devrait être adapté aux besoins singuliers de l'adolescent, répondre aux besoins de la personne dans sa totalité et ne pas être axé exclusivement sur la consommation de drogues. Il est important de déceler les actes de violence, la maltraitance des enfants et le risque de suicide et de dommage, le plutôt possible dans le cadre du traitement et de prendre des mesures pour préserver ou protéger l'enfant ou l'adolescent. La surveillance de la consommation de substances est essentielle pour le traitement des adolescents, dont l'objectif est de leur apporter le soutien nécessaire et la structure supplémentaire requise pendant que leur cerveau se développe. Dans le cadre du traitement, les adolescents ont besoin d'un soutien plus important et différent de celui requis par les adultes. Vue l'entrée en activité sexuelle et les taux plus élevés d'abus sexuels chez les adolescents développant une dépendance aux drogues, le dépistage volontaire des maladies sexuellement transmissibles telles que le VIH, ainsi que de l'hépatite B et C, constitue un élément important du traitement de la dépendance aux drogues chez les adolescents. Le traitement devrait également comprendre des stratégies telles que la formation aux compétences sociales, la formation professionnelle, les interventions familiales et les interventions en matière de santé sexuelle, y compris la prévention des grossesses non désirées et des maladies sexuellement transmissibles.

Les traitements devraient s'atteler à intégrer d'autres domaines d'implication sociale des adolescents, tels que la famille, l'école, les sports et les loisirs et reconnaître l'importance des relations positives avec les pairs. Les traitements pour adolescents devraient promouvoir une participation positive des parents, le cas échéant, et garantir l'accès aux organismes de protection de l'enfance.

Les services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues et les services de santé mentale devraient tenir compte des caractéristiques singulières des enfants et des adolescents et faire preuve de souplesse pour identifier leurs besoins et y répondre. Cette intervention devrait se faire dans un cadre qui protège au mieux les enfants et les adolescents contre les dangers tout en répondant à leurs besoins individuels en matière de santé.

Services de proximité

L'objectif des programmes de sensibilisation est d'identifier les enfants et les adolescents qui pourraient avoir besoin de services sociaux et de santé. Ces programmes fournissent ces services dans la mesure du possible, en tenant compte des contraintes auxquelles un enfant peut être soumis (par exemple dans la rue ou en prison). Ainsi, les travailleurs de proximité devraient-ils cibler les enfants et les adolescents connus pour être à risque, puis servir de canal pour les services nécessaires. Ces services devraient viser à s'attaquer à toute une diversité

de problèmes, notamment ceux à caractère mental, comportemental et social. Dans les cas de sensibilisation, le personnel peut procéder à un dépistage en vue de recueillir suffisamment d'informations pour déterminer la nécessité d'une orientation et d'un traitement et jouer un rôle actif dans l'organisation de l'orientation ou du traitement. Les services de proximité peuvent également avoir besoin d'évaluer les dynamiques interfamiliales et les vulnérabilités qu'elles renferment. Le démarrage d'un traitement des troubles liés à la consommation de drogues a préséance sur la cause et l'ampleur du problème.

Dépistage et évaluation

Les programmes traditionnels de soins ambulatoires et hospitaliers assurant un traitement aux enfants et aux adolescents ont généralement des procédures de dépistage et d'admission qui déterminent si, oui ou non, l'enfant ou l'adolescent est apte à participer au programme. Il est nécessaire, au minimum, de dépister trois facteurs de risque dans le cadre du processus d'admission : la gravité du trouble lié à l'utilisation de drogues, le risque d'autodestruction et de danger pour autrui et d'autres questions de sécurité, telles que la vulnérabilité aux abus (émotionnels, sexuels ou physiques). Une combinaison de facteurs de risque, ainsi qu'une complication impliquant d'autres troubles concomitants pourraient laisser transparaître la nécessité d'admettre l'enfant ou l'adolescent dans un cadre de traitement hospitalier plus approprié, si le traitement ambulatoire ne peut garantir un soutien et une sécurité adéquats. Une évaluation s'emploie à cerner les circonstances de la vie d'un enfant ou d'un adolescent et recueille des informations sur ses antécédents physiques, psychologiques, familiaux et sociaux, afin de déterminer les besoins de traitement spécifiques. Cette démarche permet d'élaborer un plan de traitement qui correspond aux points forts et aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent. Les normes utilisées pour le dépistage et l'évaluation des enfants et des adolescents ne devraient pas être différentes de celles utilisées pour les autres populations de patients.

Planification du traitement

Les enfants et les adolescents souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues doivent être considérés comme faisant partie intégrante d'une équipe de traitement donnée qui met l'accent sur le bien-être physique et psychologique. À cet égard, il importe de les considérer non pas simplement comme des patients qui sont informés de façon passive de leur état de santé, mais plutôt, et plus précisément, comme des participants actifs à la prise de décision concernant le traitement conjointement avec le soignant. En outre, dès le début du processus de planification, la prise en charge des cas peut aider à établir des liens avec les services communautaires pertinents et – dans le cas d'un traitement en milieu hospitalier – il est nécessaire de décider de la transition en vue du retour au sein de la communauté. La planification du traitement nécessite également une collaboration avec le système scolaire et devrait tenir compte de la nécessité de poursuivre l'éducation formelle.

Approches thérapeutiques

Les approches de traitement pour les enfants et les adolescents souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues dépendent largement de la ou des drogues utilisée(s). À l'instar des autres populations de patients, le traitement devrait comporter des interventions psychosociales associées à des médicaments, le cas échéant. Cependant, il existe peu de recherches sur l'efficacité des pharmacothérapies pour traiter les adolescents et, encore moins, sur les troubles liés à l'utilisation de drogues chez les enfants. Ainsi, aucun des médicaments n'est approuvé pour être utilisé au sein de ce groupe de population. Il existe un certain soutien à l'utilisation d'agonistes aux opioïdes, tels que la méthadone et la buprénorphine, pour traiter les adolescents lorsque ceux-ci sont à même de donner leur consentement légal à ce traitement. Il conviendrait d'utiliser ce traitement pour les adolescents souffrant d'une dépendance grave aux opioïdes exposés à un risque élevé de poursuite de la consommation de drogues. Les parents devraient également donner leur consentement pour tout traitement de mineur, conformément aux prescriptions de la législation nationale. Les adolescents souffrant de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes de courte durée, qui bénéficient d'un soutien familial et social important, peuvent réagir à la gestion du sevrage des opioïdes avec ou sans prescription ultérieure de naltrexone comme stratégie de prévention des rechutes. Il conviendrait également de recourir à une pharmacothérapie appropriée pour traiter les troubles psychiatriques concomitants dans le cadre d'un plan de traitement intégré qui comprend également des traitements psychosociaux.

Les approches psychosociales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues chez les enfants et les adolescents devraient couvrir un large éventail de leurs besoins et utiliser une approche individualisée tenant compte de leurs vulnérabilités et de leurs points forts, ainsi que de leurs antécédents

en matière de développement, et ce, de la naissance jusqu'au moment du traitement. Parmi les exemples d'approches de traitement des troubles liés à l'utilisation de drogues chez les enfants et les adolescents, figurent l'approche axée sur les compétences essentielles, les interventions basées sur la famille et la psychoéducation. Les adolescents tireront partie d'une formation au contrôle de soi, aux compétences sociales et à la prise de décisions. Lorsqu'elle est disponible et a été éprouvée localement, l'utilisation des technologies numériques fondées sur des données probantes peut également être introduite dans les programmes de traitement.

Questions spécifiques au genre dans le traitement des adolescents

La reconnaissance des différences entre les sexes devrait faire partie intégrante du traitement des enfants et des adolescents. Les garçons préfèrent généralement les groupes mixtes, tandis que les filles, elles, peuvent préférer les groupes exclusivement constitués de filles, ce qui reflète les différences de socialisation et d'antécédents d'utilisation de drogues entre les filles et les garçons. Étant donné les taux beaucoup plus élevés d'abus physiques, d'abus sexuels et d'échange de faveurs sexuelles contre de la drogue chez les filles que chez les garçons, au moins une partie du programme thérapeutique devrait être spécifique aux garçons ou aux filles et inclure des éléments traitant de la santé sexuelle et reproductive. En ce qui concerne les filles, le traitement peut mettre l'accent sur les vulnérabilités spécifiques qui les affectent, telles que la dépression et des antécédents d'abus physiques et sexuels, tandis que pour les garçons, il peut mettre davantage l'accent sur les problèmes de contrôle des impulsions, les perturbations en milieu scolaire et au sein de la communauté et les antécédents de problèmes d'apprentissage et de comportement. Toutefois, il sera nécessaire de s'attaquer à un grand nombre de ces problèmes chez tous les enfants et les adolescents.

En résumé, investir dans des services de traitement de la dépendance aux drogues spécialement adaptés aux adolescents permettra également de favoriser la croissance économique en contribuant à accroître la productivité, à réduire les dépenses de santé et à perturber la transmission intergénérationnelle de la mauvaise santé, de la pauvreté et de la discrimination.

5.3 Troubles liés à la consommation de drogues chez les personnes en contact avec le système de justice pénale

5.3.1 Description

La taille de la population carcérale dans le monde entier est en hausse, ce qui fait peser une charge financière considérable sur les gouvernements et entraîne un coût important pour la cohésion sociale des sociétés. Selon les estimations, ce sont plus de 10,3 millions de personnes, y compris les condamnés et les prévenus, qui étaient détenues dans des établissements pénitentiaires dans le monde en octobre 2015. Bien que les femmes ne représentent que 6,8 % des prisonniers dans le monde, la population carcérale féminine a augmenté de 50 % depuis l'année 2000, alors que le chiffre équivalent pour la population carcérale masculine est de 18 % (Walmsley, 2015).

Au niveau mondial, on estime qu'un prisonnier sur trois a consommé une substance illicite à un moment donné pendant son incarcération (une prévalence médiane au cours d'une vie de 32,6 %, selon les données de 32 études), 20 % déclarant avoir consommé une substance au cours de l'année écoulée (une prévalence médiane au cours de l'année écoulée selon 45 études) et 16 % déclarant une consommation en cours (une prévalence médiane au cours du mois écoulé selon 17 études). Selon les estimations, les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues représentent une proportion élevée de la population carcérale dans de nombreux pays (ONUDD, 2017 ; ONUDD, 2019).

De nombreuses études ont montré que l'usage de drogues, notamment la consommation de drogues injectables, est très répandu dans les prisons, le partage des aiguilles et des seringues étant monnaie courante. Les pratiques d'injection peu sûres en milieu carcéral où les taux de VIH sont élevés exposent les consommateurs de drogues injectables à un risque accru d'infection par le VIH du fait de l'utilisation d'aiguilles et de seringues contaminées (ONUDD, 2017).

Au niveau mondial, on estime à 2,8 % (2,05 % à 3,65 %) le taux des prisonniers atteints de tuberculose active,

les taux les plus élevés étant enregistrés en Europe de l'Est et en Asie centrale (4,9 %), ainsi qu'en Afrique de l'Est et en Afrique australe (5,3 %). Il a été démontré que les consommateurs de drogues en milieu carcéral courent un risque plus accru de contracter la tuberculose (UNODC, 2017).

Il importe de dépister la consommation de drogues et les troubles qui y sont liés chez les personnes en contact avec le système de justice pénale. C'est l'occasion d'encourager toute personne dépistée positive à recevoir un soutien approprié et, si nécessaire, des interventions thérapeutiques avec une orientation vers des services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues. Cela requiert une intervention coordonnée qui implique la justice pénale, ainsi que les systèmes de santé et de protection sociale. Le traitement des troubles liés à la consommation de drogues fondé sur des données probantes s'est révélé efficace pour réduire l'usage de drogues et favoriser le rétablissement tout en brisant le cercle vicieux de la consommation de drogues et du crime et en réduisant les récidives et la réincarcération chez les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues qui entrent en contact avec le système de justice pénale (Justice Policy Institute, 2008 ; Gumpert et al., 2010 ; Sun et al., 2015 ; Zhang et al., 2017).

Le traitement des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues qui entrent en contact avec le système de justice pénale peut – selon l'infraction – se faire sous forme d'alternative à la condamnation ou à la peine ou parallèlement à la condamnation ou à la détention (en milieu carcéral, par exemple).

Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues (ONU, 1961, 1971 et 1988) prévoient de faciliter le traitement en tant qu'alternative partielle ou totale à la condamnation ou à la peine (ou parallèlement à la condamnation ou à la peine), principalement à envisager dans les cas appropriés à caractère mineur commis par une personne souffrant d'un trouble lié à la consommation de drogues. Le traitement en guise d'alternative à la condamnation ou à la peine peut être administré tout au long du continuum de la justice pénale, avant et pendant le procès et après le prononcé de la sentence.

5.3.2 Modèles et composantes

Les traitements et soins fondés sur des données probantes devraient être accessibles à toutes les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, quel que soit leur statut juridique. Les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues qui entrent en contact avec le système de justice pénale peuvent se voir proposer des services de traitement de la dépendance aux drogues. Ces services peuvent se présenter soit sous forme d'alternative à une condamnation ou à une peine, soit être administrés de façon parallèle, par exemple dans les prisons, en fonction de la gravité du crime commis et de la peine qui peut avoir été infligée ou non aux personnes susdites. Afin d'apporter une réponse efficace à toute personne présentant des troubles liés à la consommation de drogues, qui est en contact avec le système de justice pénale, il est nécessaire de prendre en compte la gravité de ses troubles liés à la consommation de drogues et de ses comorbidités. Conformément à l'ensemble de Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo) (ONU, 1990), la prison devrait toujours être une mesure de dernier recours. En outre, les circonstances particulières des femmes en contact avec le système de justice pénale devraient être prises en considération, conformément aux Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok) (ONU, 2011).

Lorsque des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues commettent des infractions pénales considérées comme mineures (qu'elles soient liées à la drogue ou non), un traitement peut être proposé comme alternative à la condamnation ou à la peine, conformément aux conventions et normes internationales. Proposer un traitement des troubles liés à la consommation de drogues aux personnes en contact avec le système de justice pénale fondé sur des données probantes est une réponse efficace aux plans de la santé et de la sécurité publiques (Belenko, Hiller et Hamilton, 2013 ; ONUDC et OMS, 2019).

Les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, qui ne peuvent pas bénéficier d'un traitement en guise d'alternative à une condamnation ou à une peine parce qu'elles purgent une peine de prison, doivent recevoir un traitement et des soins, dispensés en prison ou dans d'autres établissements.

Dépistage et évaluation dans le contexte de la justice pénale

L'interaction avec le système de justice pénale pourrait être l'occasion d'encourager les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues à participer de leur gré aux services de traitement. Il est donc d'une importance capitale de dépister la consommation de drogues et les troubles qui y sont liés chez les personnes en contact avec le système de justice pénale, de préférence dans le cadre d'un dépistage sanitaire plus large.

Tous les points de contact au sein du système de justice pénale devraient offrir la possibilité de procéder à un dépistage et à une évaluation des troubles de santé, y compris les troubles liés à la consommation de drogues. Il est nécessaire de déterminer, tout au début de leur contact avec le système de justice pénale, si les contrevenants souffrant de troubles liés à la consommation de drogues peuvent bénéficier de mesures de substitution à la condamnation ou à la peine et de mettre en œuvre ces alternatives, le cas échéant. Les autorités judiciaires et sanitaires devraient pouvoir évaluer conjointement le traitement, afin de déterminer s'il peut servir d'alternative à la condamnation ou à la peine. En outre, elles devraient déterminer les options de traitement disponibles et les plus appropriées pour la personne concernée, en tenant compte aussi bien de l'infraction commise que des besoins en matière de soins de santé.

Les points et les possibilités d'intervention pour mettre les consommateurs de drogues en rapport avec les services comprennent : les contacts avec les agents de détection et de répression ; la garde à vue ou les premières audiences au tribunal ; les prisons et les tribunaux ; le retour dans le système de justice pénale ; et les programmes correctionnels communautaires, tels que la probation et la libération conditionnelle pour les contrevenants. Chaque acteur, à chaque point d'intervention, a la possibilité d'identifier les signes de consommation potentielle de drogues et d'autres substances psychoactives et de troubles qui y sont liés, ainsi que d'assurer un dépistage rapide des troubles liés à la consommation de drogues. Après un dépistage positif, des professionnels de santé formés devraient procéder à une évaluation complète. Cela permettra de planifier et de mettre en œuvre des interventions sanitaires par la suite. Celles-ci sont particulièrement nécessaires pour gérer les syndromes de sevrage, afin d'éviter des souffrances inutiles et, dans certains cas, des complications dangereuses et mettant en péril la vie des détenu(e)s souffrant de dépendance à une substance psychoactive. Le dépistage des troubles liés à la consommation de drogues et d'autres substances psychoactives devrait faire partie intégrante du dépistage standard des problèmes de santé chaque fois que le système de justice pénale place des individus en détention.

L'évaluation est un processus continu auquel peuvent se soumettre différentes personnes dans différents contextes et à divers stades de contact avec le système de justice pénale. Par exemple, une évaluation initiale pourrait être effectuée avant le procès, pour être suivie d'une autre plus tard, en prison. Plusieurs facteurs expliquent les raisons pour lesquelles une réévaluation pourrait être nécessaire. Il pourrait s'agir des changements dans la perception du besoin de traitement, de la motivation ou de l'état de santé d'une personne. Il est particulièrement nécessaire de prendre en compte le risque de suicide à tous les stades de l'évaluation.

Seul le personnel formé devrait évaluer les troubles liés à la consommation de drogues. Ci-après sont indiquées les principales questions à aborder dans le cadre de l'évaluation :

- Existe-t-il un risque immédiat d'atteinte à la vie, y compris en cas d'overdose ?
- La personne a-t-elle besoin d'un traitement immédiat, par exemple pour un sevrage de drogue ou une psychose ?
- Le mode de consommation de drogues correspond-il au mode de consommation nocive ou à une dépendance aux drogues ?
- La personne souhaiterait-elle recevoir un traitement contre les troubles liés à la consommation de drogues ?
- Quels types de traitements a-t-elle reçus par le passé ?
- Quelles sont les gammes d'interventions thérapeutiques susceptibles d'être efficaces ?
- Quels sont les types d'interventions thérapeutiques disponibles ?
- Ces interventions sont-elles disponibles pour les personnes auxquelles est administré un traitement en guise d'alternative à une condamnation ou une peine ou dans le système carcéral ?
- Parmi ces interventions thérapeutiques, lesquelles la personne serait-elle intéressée à poursuivre ?

- Existe-t-il des problèmes médicaux concomitants (notamment des troubles psychiatriques) qui doivent être pris en considération ?
- Que se passe-t-il au plan juridique en cas d'acceptation ou de refus d'un traitement ?

Sur la base d'une évaluation exhaustive de l'individu et de ses besoins en matière de traitement et dans d'autres domaines importants de la vie (sanitaire, social, juridique), il importe de développer une approche de traitement adaptée à ces besoins. Il est essentiel d'éviter les approches mettant l'accent exclusivement sur la répression ou manquant de structure. Pour être efficaces, les interventions thérapeutiques pour les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues et ayant des antécédents de délinquance devraient tenir compte des besoins complexes et du risque de survenue de problèmes, notamment le risque de récurrence.

Traitement des troubles liés à la consommation de drogues dans le cadre de la justice pénale

Le principe de base de la prestation de services de santé dans le système de justice pénale tient au fait que ces services devraient respecter les mêmes principes que dans tout autre domaine de santé et de la pratique médicale et se conformer au type et à la portée décrits dans les Normes. Les décisions prises par les fonctionnaires de la justice pénale ne devraient priver personne du droit aux soins et aux services de santé dont elle a besoin.

En règle générale, les services de santé du système de justice pénale devraient répondre à des normes de niveau égal à celui des services de santé de la communauté (principe d'équité). Il devrait y avoir des liens entre le système de justice pénale et les services de proximité, afin de garantir des services ininterrompus, une continuité et une qualité durable des soins.

Lorsqu'un contrevenant fort susceptible d'avoir des troubles liés à la consommation de drogues entre en contact avec le système de justice pénale (par exemple, lorsqu'il est arrêté par la police pour une infraction liée à la drogue), il devrait être soumis à un dépistage, suivi d'une évaluation et des interventions brèves menées par un professionnel de santé formé. L'évaluation peut déterminer si le contrevenant répond aux critères de diagnostic d'un trouble lié à la consommation de drogues qui inclut la dépendance aux drogues ou un mode nocif de consommation de substances psychoactives. En cas de consommation de drogues sans caractéristiques diagnostiques de troubles liés à la consommation de drogues ou en cas d'habitudes de consommation nocives, il est possible de prévoir une intervention thérapeutique brève (voir section 4.2.1) tout en évaluant les besoins supplémentaires, les risques et les facteurs de protection. Cette mesure vise également à prévenir la récurrence ou le récidivisme. Si l'évaluation diagnostique identifie une dépendance aux drogues, un traitement de la dépendance aux drogues basé sur des données probantes s'avèrera nécessaire. Ce traitement devrait être proposé comme alternative à la condamnation ou à la peine, ou parallèlement à la condamnation et à l'incarcération, selon la situation juridique. Si l'évaluation identifie d'autres problèmes somatiques, sociaux ou de santé mentale, le prévenu doit être orienté vers des services qui peuvent lui assurer un traitement et des soins appropriés. Autrement, ces services peuvent être intégrés à la prise en charge des troubles liés à la consommation de drogues.

Traitement de la dépendance aux drogues dans le cadre de la justice pénale

Au moment où un contrevenant présentant une dépendance aux drogues entre en contact avec le système de justice pénale, il est peu probable qu'il ait été traité de son trouble lié à la consommation de drogues. L'interaction avec le système de justice pénale peut être l'occasion de lui offrir le traitement dont il a besoin pour se défaire de sa dépendance aux drogues.

En supposant que l'individu consent au traitement, l'évaluation diagnostique par un clinicien devrait déboucher sur l'élaboration d'un plan de traitement. À ce stade, il est nécessaire d'établir si la personne est admissible et prête ou non à participer aux options de traitement disponibles, y compris le traitement en guise d'alternative à la condamnation ou à la peine, le cas échéant. L'évaluation diagnostique devrait également couvrir les autres problèmes médicaux, les problèmes de santé mentale ou les problèmes sociaux, ainsi que les facteurs qui pourraient modifier le risque de récurrence ou de récidivisme. Cela est essentiel à l'élaboration d'un plan

de traitement répondant aux besoins de l'individu. Si la personne est disposée à participer au traitement, il est nécessaire de discuter de la disponibilité et de l'accessibilité des services de traitement appropriés. Si la décision est de poursuivre le traitement, les acteurs du système de justice pénale concernés devraient décider si celui-ci devrait être proposé comme alternative partielle ou totale à la condamnation ou à la sanction. Ils doivent également décider si le traitement devrait être administré ou non pendant la détention – par exemple, en prison – et préciser les conditions qui ont motivé leur décision. Les conditions du système judiciaire peuvent varier, allant de la participation initiale aux séances de traitement et de l'adhésion continue à celui-ci à des résultats intermédiaires particuliers du traitement, tels que l'abstinence ou la réduction de la consommation de drogues. Si une approche de traitement ne permet pas d'obtenir le résultat escompté, il peut être nécessaire d'envisager d'autres approches thérapeutiques mieux adaptées aux besoins de santé et d'aide sociale du contrevenant souffrant d'un trouble lié à la consommation de drogues.

Les services destinés aux personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues qui sont en contact avec le système de justice pénale devraient se concentrer non seulement sur les besoins de soins de santé, mais aussi sur les processus cognitifs, les comportements, les attitudes et les facteurs contextuels des individus qui sont associés au récidivisme ou à la récidive. Les programmes et interventions thérapeutiques devraient prendre en considération ces besoins spécifiques des contrevenants souffrant de troubles liés à la consommation de drogues et s'y attaquer de façon globale. Cette approche permettra non seulement d'obtenir les résultats sanitaires escomptés, mais aussi de prévenir la récidive et le récidivisme.

5.3.3 Traitement en tant qu'alternative à la condamnation ou à la peine

Pour offrir des réponses efficaces en matière de santé et de sécurité publiques, tout en relevant le défi de l'augmentation de la population carcérale à travers le monde, des alternatives aux condamnations ou aux peines doivent être envisagées pour les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues.

Pour les personnes susdites qui commettent des infractions concernant la possession de substances contrôlées au plan international pour leur consommation personnelle et d'autres infractions mineures, les conventions internationales de contrôle des drogues ont prévu des mesures telles que le traitement, l'éducation, la post-cure, la réadaptation ou la réinsertion sociale, y compris en tant qu'alternatives complètes à la condamnation ou à la peine (ONU, 1961, 1971, 1988). En outre, les États disposent d'une série de règles et de normes concernant l'application de mesures non privatives de liberté, dont ils devraient s'inspirer (ONU, 1990, 2011).

Il existe un large éventail de mesures alternatives applicables tout au long du continuum de la justice pénale, avant, pendant et après le procès, avec quelques différences entre les systèmes de common law et de droit continental (ONUDC et OMS, 2019). Les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues qui sont en contact avec le système de justice pénale se heurtent à de multiples problèmes. Par conséquent, les programmes de traitement doivent avoir la capacité, grâce à leurs réseaux, de répondre de manière adéquate aux besoins supplémentaires des patients, tels que le logement, l'emploi, les problèmes juridiques, financiers et familiaux.

Les programmes de traitement dans le contexte de la justice pénale commencent souvent par des interventions thérapeutiques relativement structurées, comprenant un contrôle toxicologique rigoureux et un système d'incitations et, dans une moindre mesure, des sanctions pour garantir l'adhésion au traitement. Au fil du temps et à mesure que les patients accomplissent des progrès, les programmes réduisent l'intensité des services et du contrôle.

Le Tableau 2 énumère certains points d'intervention clés et types de programmes de déjudiciarisation que différents pays ont mis en œuvre le long du continuum de soins assurés par la justice pénale (ONUDC et OMS, 2019). L'individu devrait toujours avoir le choix d'accepter ou de refuser l'option de traitement et les conditions qui y sont associées. Les garanties juridiques habituelles, y compris le droit de recours, devraient toujours aller de pair avec un traitement sous contrôle judiciaire.

Tableau 2. Principales interventions et types de programmes de déjudiciarisation que différents pays ont mis en œuvre dans le cadre du continuum de soins assurés par la justice pénale (ONUDC et OMS, 2019)

RÉPONSE ADMINISTRATIVE		RÉPONSE DE LA JUSTICE PÉNALE	
AVANT L'ARRESTATION Police <ul style="list-style-type: none"> • Réponse administrative avec information/ orientation vers un traitement 	AVANT LE PROCÈS Service de police, procureur, défense, juge d'instruction <ul style="list-style-type: none"> • Prudence en ce qui concerne la réorientation vers un programme d'éducation ou thérapeutique • Rejet conditionnel ou suspension conditionnelle des poursuites • Caution conditionnelle (alternative à la détention préventive) 	PROCÈS/ CONDAMNATION Juge, agents de probation <ul style="list-style-type: none"> • Ajournement de la peine assorti d'un élément de traitement • Report de l'exécution de la peine assorti d'un élément de traitement • Probation ou surveillance judiciaire • Tribunaux/box des accusés spéciaux (par exemple, le tribunal de traitement de la toxicomanie) 	APRÈS LA CONDAMNATION Régisseur de prison, commission des libérations conditionnelles, ministre de la Justice <ul style="list-style-type: none"> • Libération anticipée ou libération conditionnelle ou grâce assortie d'un élément de traitement

5.3.4 Traitement en milieu carcéral

L'emprisonnement devrait constituer une mesure de dernier recours. Lorsque des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues reçoivent une peine de prison – qui est une mesure de dernier recours dans le système de justice pénale – mais ne peuvent bénéficier d'un traitement en guise d'alternative à une condamnation ou une peine, elles devraient se voir proposer un traitement contre les troubles liés à la consommation de drogues au sein du système carcéral.

En général, les interventions thérapeutiques en milieu carcéral devraient être équivalentes à celles fournies à la population générale (comme décrit dans les chapitres précédents). Ces interventions devraient tenir compte de la situation particulière des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues frappées de sanctions pénales, y compris l'emprisonnement. Les interventions thérapeutiques doivent toujours être volontaires et basées sur le consentement éclairé du patient. Toute personne ayant accès aux services, y compris les personnes placées sous la surveillance du système de justice pénale, devrait avoir le droit de refuser le traitement, même si cela implique d'autres mesures privatives ou non privatives de liberté.

Fournir le meilleur traitement possible aux détenus pose un ensemble de problèmes complexes, notamment des questions logistiques, à savoir qui devrait assurer le traitement, où et quand.

L'un des problèmes les plus complexes a trait à la dotation appropriée en personnel des programmes de traitement. Dans certaines prisons, les membres du personnel interne sont formés pour assurer des services de traitement, tandis que dans d'autres, des prestataires de services de traitement externes sont engagés pour fournir des services. Ces décisions concernant la dotation en personnel doivent viser à obtenir les meilleurs résultats possibles, et ce, au moindre coût possible. En général, cependant, les résultats des patients dépendent de la qualité des services fournis plutôt que de l'affiliation du prestataire.

L'idéal serait que les personnes participant au traitement soient séparées, le cas échéant, des autres personnes incarcérées, afin de maintenir un environnement thérapeutique. Si les personnes en convalescence retournent dans l'environnement carcéral général, elles courent un risque élevé de consommer de la drogue et de faire une rechute, ce qui peut compromettre les progrès réalisés pendant le traitement. Lorsqu'il est impossible d'avoir des environnements de traitement distincts ou autonomes ou qu'il n'y en a pas de disponibles, il importe d'essayer de réduire au minimum l'exposition aux facteurs de risque externes (par exemple, en fixant des heures distinctes de restauration et de loisirs). Les décisions relatives au traitement doivent également tenir compte du temps qu'il reste au détenu pour purger sa peine. Les organismes doivent tenir compte de la

durée d’incarcération d’un individu et lui demander soit d’achever le traitement qui lui a été prescrit avant sa libération, soit d’en garantir la poursuite par la suite.

Certaines considérations particulières s’appliquent à la mise en place d’interventions de traitement des troubles liés à la consommation de drogues dans les prisons.

- Gestion du sevrage assisté par médicaments : si un organisme correctionnel ne dispose pas d’un mécanisme interne de gestion du sevrage, il est impératif que l’individu soit orienté vers des services médicaux externes. Forcer l’individu à se soumettre à un sevrage sans assistance médicale est non seulement contraire à l’éthique, mais peut également mettre en danger sa santé et sa sécurité.
- Le traitement ambulatoire ou dans un bureau dans les prisons peut comprendre des périodes de traitement intensif suivies de périodes de traitement moins intensif. Cette méthode de « réduction » de l’intensité du traitement est particulièrement adaptée aux personnes qui reçoivent des services de traitement intensif en prison et qui, à leur retour dans la communauté, ont encore besoin de services de traitement, quoi que moins intenses. Une réduction progressive de l’intensité du traitement devrait dépendre de l’atteinte ou non des objectifs du traitement par l’individu.
- Il est possible d’administrer le traitement résidentiel dans des unités spécialisées au sein d’une prison. Ces programmes sont particulièrement utiles lorsqu’on cible les populations à haut risque telles que les jeunes détenus, les femmes et les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Le fait de disposer d’un environnement résidentiel dédié réduit l’exposition aux personnes, en particulier au sein de la population carcérale générale, qui pourraient persécuter la personne en traitement. Cet espace dédié permet également de cibler les questions pertinentes pour le sous-groupe (tel que le traitement des traumatismes chez les femmes qui ont survécu à des événements préjudiciables).
- Une communauté thérapeutique est un modèle de traitement résidentiel qui peut être adapté à une population carcérale. Les programmes de communauté thérapeutique en milieu carcéral devraient être abrités dans une unité distincte de la prison, dotée d’une structure et de services similaires à ceux des programmes comparables en dehors du milieu carcéral.
- La prévention des overdoses d’opioïdes est une intervention clé, notamment à la sortie de prison. Pour les personnes souffrant de troubles liés à l’utilisation d’opioïdes, le démarrage ou la poursuite d’un traitement d’entretien par agonistes des opioïdes en prison s’est révélée efficace pour prévenir les overdoses d’opioïdes à la libération.
- Pour réduire le risque d’overdose d’opioïdes après la sortie de prison, il conviendrait de fournir aux personnes ayant des antécédents de consommation d’opioïdes, ainsi qu’à leur famille et à leurs amis, de la naloxone à emporter chez eux, avec des instructions ou une formation sur la façon de l’utiliser en cas d’overdose d’opioïdes.

Références

Belenko, S, Hiller, M and Hamilton, L (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. *Current Psychiatry Reports*. Springer US, 15(11), p. 414. doi: 10.1007/s11920-013-0414-z.

CND (2016) Résolution 59/4 Élaboration et diffusion de normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/Resolution_59_4.pdf (Consulté 13 août 2019).

Conrod, PJ and Nikolaou, K (2016). Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. John Wiley & Sons, Ltd (10.1111), 57(3), pp. 371–394. doi: 10.1111/jcpp.12516.

Corrigan, PW et al. (2017). Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. *The American Journal on Addictions*, 26(1) pp. 67–74. doi: 10.1111/ajad.12436.

Cottler, L (2000). Composite International Diagnostic Interview—Substance Abuse Module (CID-ISAM).

Degenhardt L et al. (2018). 195.The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 1990 countries and territories, 2016–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*. 5 ; 12(987): p. 1012. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.

Dennis, ML, Foss, MA and Scott, CK (2007). An Eight-Year Perspective on the Relationship Between the Duration of Abstinence and Other Aspects of Recovery. *Evaluation Review*. 31 ; 6(585): p. 612. doi: 10.1177/0193841X07307771.

Dennis, ML, Scott, CK and Laudet, A (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current Psychiatry Reports*. 16 ; 4(442): p. 706-11. doi: 10.1007/s11920-014-0442-3.

Donovan, DM et al. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: an overview. *Social work in public health*. NIH Public Access, 28(3–4), pp. 313–32. doi: 10.1080/19371918.2013.774663

Drummond, DC (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*. X5, pp. 357–366. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb00652.x

DuPont, RL, Compton, WM and McLellan, AT (2015). Five-Year Recovery: A New Standard for Assessing Effectiveness of Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Elsevier, 58, pp. 1–5. doi: 10.1016/j.jsat.2015.06.024.

Ernst, D, Miller, WR and Rollnick, S (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *International Journal of Integrated Care*. Ubiquity Press, 7(4). doi: 10.5334/ijic.213.

First, MB, Williams, JBW, Karg, RS, & Spitzer, RL (2015). Structured Clinical Interview for DSM-5: Research Version'.

Garner, BR et al. (2014). Recovery Support for Adolescents with Substance use Disorders: The Impact of Recovery Support Telephone Calls Provided by Pre-Professional Volunteers. *Journal of substance abuse and alcoholism*. NIH Public Access, 2(2), p. 1010. 32533868; PMCID: PMC4285388.

GBD 2017 Risk Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. Elsevier, 392(10159), pp. 1923–1994. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.

Gumpert, CH et al. (2010). The Relationship Between Substance Abuse Treatment and Crime Relapse Among Individuals with Suspected Mental Disorder, Substance Abuse, and Antisocial Behavior: Findings from the MSAC Study. *International Journal of Forensic Mental Health*. Taylor & Francis Group, 9(2), pp. 82–92. doi: 10.1080/14999013.2010.499557

- Hai, AH et al. (2019). The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*. 202; 134(148): p. 706-11. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.04.045.
- Justice Policy Institute (2008). Substance Abuse Treatment and Public Safety: Policy Brief. Disponible à l'adresse suivante : http://www.justicepolicy.org/images/upload/08_01_REP_DrugTx_AC-PS.pdf (consulté 1 octobre 2019).
- Koob, GF and Volkow, ND (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), pp. 760-773. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.
- Livingston, JD et al. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), pp. 39-50. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x.
- Lopez-Quintero, C et al. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*. 115(1-2), pp. 120-130. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004.
- McCollister, KE et al. (2013). Cost-effectiveness analysis of Recovery Management Checkups (RMC) for adults with chronic substance use disorders: evidence from a 4-year randomized trial. *Addiction*. 108 ; 12(2166): p. 2174. doi: 10.1111/add.12335.
- McLellan, AT, Luborsky, L, Woody, GE, O'Brien, CP (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 168 ; 1(26): p. 33. doi: 10.1097/00005053-198001000-00006
- Miller, PM, Peter M (2013). Interventions for addiction. Vol. 3: comprehensive addictive behaviors and disorders. Elsevier Science. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.05001-6> (consulté le 21 février 2020).
- NIDA (2012). Principes du traitement des troubles liés à la consommation de substances : Guide fondé sur la recherche Disponible à l'adresse suivante : https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf (consulté le 13 août 2019).
- Rapp, RC et al. (2006). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of substance abuse treatment*. NIH Public Access, 30(3), pp. 227-35. doi:10.1016/j.jsat.2006.01.002.
- Rhodes, T (1996). Outreach work with drug users : principles and practice. Strasbourg: Council of Europe Pub.
- SAMHSA (2015). Screening and Assessment of Co-Occurring Disorders in the Justice System. Rockville, (HHS Publication No. (SMA)-15-4930. Rockville, MD). Disponible à l'adresse suivante : <https://store.samhsa.gov/system/files/sma15-4930.pdf> (consulté le 21 février 2020).
- Shehaan, DV et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 59 Suppl 20:22-33 ; quiz 34-57.
- Sheehan, DV (2016). The Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM 5 (MINI).
- Silveri, MM et al. (2016). Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Pergamon, 70, pp. 244-259. doi:10.1016/J.NEUBIOREV.2016.06.042.
- Stockwell, TR et al. (1979). The Development of a Questionnaire to Measure Severity of Alcohol Dependence. *British Journal of Addiction*, 74, pp. 79-87. doi: 10.1111/j.1360-0443.1979.tb02415.x.
- Sun, H-M et al. (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 5(1), p. e005997. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005997.
- Torrens M, Mestre-Pintó, J-I and Domingo-Salvany, A (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe', European Monitoring Centre for Drug Addiction. doi: 10.2810/532790

ONU (1961). Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html> (consulté le 13 août 2019).

ONU (1971). Convention de 1971 sur les substances psychotropes. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html> (consulté le 13 août 2019).

ONU (1988). Convention des nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes 1988. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html> (consulté le 13 août 2019).

ONU (1990). Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/tokyorules.pdf> (consulté le 1er octobre 2019).

ONU (2011). Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok). Disponible à l'adresse suivante : https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/Crime_Resolutions/2010-2019/2010/General_Assembly/A-RES-65-229.pdf (consulté le 1er octobre 2019).

ONU (2016). Document final de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue tenue en 2016 (UNGASS) : « Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue ». Disponible à l'adresse suivante : <https://undocs.org/A/RES/S-30/1> (consulté le 1er octobre 2019).

UNODC (2003). Comment élaborer un système intégré d'information sur les drogues : Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogues (GAP) Module 1 du référentiel. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unodc.org/documents/publications/gap_toolkit_module1_idis.pdf (consulté le 1er octobre 2019).

UNODC (2008b). Treatnet: International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. Good practice document Sustained Recovery Management Good Practice. Disponible à l'adresse suivante : www.unodc.org/treatnet (Consulté le 1 octobre 2019).

UNODC (2012). TREATNET Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf (Consulté le 1 octobre 2019).

UNODC (2014). Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_cbtg_guidance_EN.pdf (Consulté le 1er octobre 2019).

UNODC (2015). Rapport mondial sur les drogues 2015 (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.15.XI.6). UNODC (2016). Rapport mondial sur les drogues 2016 (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.16.XI.7).

UNODC (2017). Rapport mondial sur les drogues 2017 (ISBN : 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, publication des Nations Unies, numéro de vente : E.17.XI.6).

UNODC (2018). Rapport mondial sur les drogues 2018 (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.18.XI.9). UNODC (2019b). Rapport mondial sur les drogues 2019 (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.19.XI.8).

UNODC et OMS (2008). Les principes du traitement de la dépendance aux drogues : document de travail. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf> (consulté le 30 septembre 2019).

UNODC et OMS (2018). Normes internationales sur la prévention de la consommation de drogues Deuxième édition mise à jour. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf (consulté le 12 août 2019).

UNODC et OMS (2019). Traitement et prise en charge des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues qui sont en contact avec le système de justice pénale : mesures alternatives à la condamnation ou à la sanction pénale. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_WHO_Alternatives_to_conviction_or_punishment_EN_0919.pdf (consulté le 1er octobre 2019).

- Wagner, F and Anthony, JC (2002). From First Drug Use to Drug Dependence Developmental Periods of Risk for Dependence upon Marijuana, Cocaine, and Alcohol. *Neuropsychopharmacology*. 26 ; 4(479): p. 488. doi: 10.1016/S0893-133X(01)00367-0.
- Walmsley, R (2015). World Prison Population List eleventh edition. Disponible à l'adresse suivante : https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf (consulté le 21 février 2020).
- White, LW (2012). Recovery/Remission from Substance Use Disorders: An Analysis of Reported Outcomes in 415 Scientific Reports, 1868-2011. Disponible à l'adresse suivante: https://www.naadac.org/assets/2416/whitelw2012_recoveryremission_from_substance_abuse_disorders.pdf (consulté le 1er octobre 2019).
- White, WL (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 33 ; 3(229) ; p. 241. doi : 10.1016/j.jsat.2007.04.015.
- Organisation mondiale de la Santé (2001). Le questionnaire AUDIT pour l'alcool et sa dépendance : Lignes directrices pour l'utilisation dans les soins primaires. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
- Organisation mondiale de la Santé (2003). Organisation des services de santé mentale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (Guide des politiques et des services de santé mentale).
- Organisation mondiale de la Santé (2004). Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf (consulté le 1er octobre 2019).
- Organisation mondiale de la Santé (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43948?locale-attribute=fr&07-fre.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la Santé (2010a). Le test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances (ASSIST) : manuel pour l'utilisation dans les soins primaires/préparé par Humeniuk, R (et al). Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320?locale-attribute=fr&07-fre.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la Santé (2010b). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204451/WHO_FWC_WSH_15.12_fre.pdf?sequence=1 1er octobre 2019).
- Organisation mondiale de la Santé (2012a). Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75357?locale-attribute=fr&07-fre.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la Santé (2012b). Guide technique de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'ONUSIDA destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44068?locale-attribute=fr&07-fre.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la Santé (2014a). Community management of opioid overdose. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137462?locale-attribute=fr&07-fre.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la Santé (2014b). Lignes directrices pour l'identification et la gestion des troubles liés à la consommation de substances et aux substances au cours de la grossesse. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107130?locale-attribute=fr&07-fre.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la Santé (2016). Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale, version 2.0. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239?locale-attribute=fr&07-fre.pdf?ua=1>

Organisation mondiale de la Santé (2018). Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275718?locale-attribute=fr&07-fre.pdf?ua=1> Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organisation mondiale de la Santé (2019a). ICD-11 – Mortality and Morbidity Statistics. Disponible à l'adresse suivante : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (consulté le 30 septembre 2019)

Organisation mondiale de la Santé (2019b). Treizième programme général de travail, 2019-2023, a été approuvé par la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé le 25 mai 2018 en vertu de la résolution WHA71.1. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328842/WHO-PRP-18.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 30 septembre 2019).

Organisation mondiale de la Santé (2019c). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023) : Couverture sanitaire universelle pour la santé mentale Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204451/WHO_FWC_WSH_15.12_fre.pdf?sequence=19.1 30 septembre 2019

Zhang, H-H et al. (2017). Evaluation of a community-based integrated heroin addiction treatment model in Chinese patients. *Oncotarget. Impact Journals, LLC*, 8(33), pp. 54046–54053. doi: 10.18632/oncotarget.18681.

S
E
R
V
I
S
E
S

Organisation mondiale de la Santé

Alcool, Drogues et Comportements addictifs
Département de Santé mentale et d'Usage de Substances
20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse
http://www.who.int/substance_abuse/

Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC)

Section de la Prévention, du Traitement et Réadaptation
Direction générale de la prévention des drogues et de la santé
Centre international de Vienne
B.P. 500
1400 Vienne
Autriche
<https://www.unodc.org>

