

Projet TADAM : conclusions scientifiques et recommandations

L'équipe de recherche de l'Université de Liège en charge de l'évaluation du projet pilote de traitement assisté par diacétylmorphine (TADAM) a rendu son rapport final. Elle recommande la prolongation du traitement par diacétylmorphine pour les personnes qui continuent à consommer de l'héroïne de rue malgré les traitements par méthadone. Ce traitement doit rester un traitement de seconde ligne, proposé uniquement à des patients réfractaires à la méthadone. Pour ces patients, le traitement par diacétylmorphine a montré plus d'efficacité mais seulement si sa durée n'est pas arbitrairement limitée.

LIEGE, octobre 2013. L'équipe de recherche de l'Université de Liège, chargée de l'évaluation du projet TADAM – projet pilote de traitement assisté par diacétylmorphine (DAM ou héroïne pharmaceutique) –, vient de rendre à la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx, son rapport final. Ce travail a été mené à l'ULg par Isabelle Demaret (chercheuse en Santé publique, au sein du service de Psychiatrie), accompagnée d'une équipe pluridisciplinaire de quatre chercheurs, sous la direction des professeurs Marc Anseau (chef du service de Psychiatrie) et André Lemaître (chef du service de Criminologie de l'Institut des Sciences Humaines et Sociales). L'équipe a abouti à quatre grandes conclusions, assorties d'une série de recommandations.

Selon les chercheurs, l'étude a montré que **le traitement par DAM était réalisable et qu'il était plus efficace que le traitement par méthadone pour des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne de rue. L'équipe de recherche recommande dès lors la prolongation du traitement par DAM pour le même groupe cible** sur base, dans l'ensemble, du même protocole que celui de l'étude.

L'équipe apporte néanmoins quelques changements d'après l'évaluation menée. D'une part, **le traitement par DAM ne doit pas avoir de limitation de durée fixée a priori.** « *En effet, l'arrêt obligatoire du traitement peut mener à une détérioration rapide de la condition du patient* » notent les chercheurs. L'arrêt arbitraire du traitement – même après 12 mois – s'est avéré contre-productif au point que les améliorations amenées par le traitement par DAM disparaissaient en quelques mois, anéantissant les effets bénéfiques. La détérioration a commencé juste avant la fin des 12 mois, indiquant l'effet négatif de la crainte de l'arrêt définitif du traitement.

Par ailleurs, le traitement par DAM doit rester une solution de seconde ligne, **proposée à un patient après l'échec d'un traitement par méthadone**, ce qui rejoint la recommandation de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) de l'Union européenne. Et ce pour plusieurs raisons : la méthadone reste le traitement le plus recommandé (efficace chez la plupart des personnes et permettant de diminuer nettement, voire de supprimer, le recours à l'héroïne de rue), le traitement par DAM est plus exigeant en temps pour le patient et il peut être plus coûteux pour la société.

L'équipe scientifique rappelle que l'objectif du traitement par DAM est de **permettre au patient de ne plus consommer d'héroïne de rue et, par conséquent, de diminuer les effets négatifs de son assuétude** : dès les premiers mois sur sa santé et son insertion dans un milieu délinquant et, à plus long terme, sur ses relations sociales et son insertion professionnelle.

Vos contacts Presse

Didier MOREAU
Tél : +32 (0)4 366 52 17
+32 (0)494 57 25 30

Marie LIÉGEOIS
Tél : +32 (0)4 366 52 11
+32 (0)494 16 09 83

press@ulg.ac.be

Relations extérieures
& Communication

Pl. de la République Française 41
Bâtiment 01 - B 4000 Liège



www.ulg.ac.be

Le projet-pilote TADAM a permis des **améliorations notables** dans le groupe expérimental (par rapport au groupe contrôle) : une **diminution significative de la consommation d'héroïne de rue** et de **benzodiazépines** (calmants et somnifères) et une **amélioration de la santé physique et mentale**, particulièrement au niveau des sentiments de **dépression et des traits psychotiques**. Par ailleurs, **les actes délinquants** ont nettement **diminué dans les deux groupes** (expérimental et de contrôle).

Le projet : historique et protocole

Ce projet, qui était en discussion à Liège depuis 1995, a fait l'objet d'un accord définitif en février 2007, date à laquelle les ministres fédéraux de la Santé publique et de la Justice ont annoncé le lancement de TADAM et l'octroi d'un budget. En 2007, les estimations établies par l'ULg ont dénombré entre 3500 et 4500 personnes dépendantes de l'héroïne de rue en Province de Liège, dont 1600 à 2100 pour la seule commune de Liège (\pm 200.000 habitants).

Le projet a consisté en une étude contrôlée, randomisée, pour **évaluer l'efficacité et la faisabilité du traitement assisté par diacétylmorphine en Belgique**, en comparaison avec les traitements par méthadone existants. Comme dans les centres de même type à l'étranger (où chercheurs et soignants se sont rendus plusieurs fois), le traitement expérimental consistait à administrer (par injection ou inhalation selon la préférence du patient) de la diacétylmorphine à des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne de rue. Et ce, sous la supervision d'une équipe médicale, dans un cadre clinique strictement contrôlé, en ambulatoire, et avec une offre de suivi psychosocial. L'inhalation de diacétylmorphine a été prévue dans l'étude parce que l'héroïne de rue est de plus en plus souvent consommée de cette manière et parce que ce mode de consommation comporte moins de risques que l'injection.

Destinée à inclure 200 sujets répartis par tirage au sort en deux groupes – le groupe expérimental recevant de la diacétylmorphine dans le centre DAM et le groupe contrôle de la méthadone dans un centre partenaire –, l'étude a finalement inclus et randomisé 74 personnes (36 dans le groupe expérimental et 38 dans le groupe contrôle). Le décalage entre le nombre prévu au départ et le nombre de patients inclus s'explique notamment par la crainte des usagers d'héroïne de devenir plus dépendants et par leur inquiétude face au caractère temporaire de cette offre de traitement.

En moyenne, les patients inclus étaient âgés de 43 ans et consommaient de l'héroïne de rue depuis 20 ans ; ils avaient reçu un traitement par méthadone depuis 14 ans et avaient essayé en tout 9 traitements pour trouver une solution à leur addiction. Contrairement aux attentes, 93% des patients ont choisi d'inhaler la diacétylmorphine dans le cadre de l'étude. De nombreux patients qui injectaient l'héroïne de rue avant de rentrer dans le projet ont en effet choisi d'inhaler la diacétylmorphine dans le nouveau centre DAM.

La période de recrutement s'étalait sur 12 mois et chaque patient était traité durant 12 mois, ce qui a porté à deux ans la durée totale du projet-pilote. L'objectif principal était de déterminer si ce traitement pouvait apporter une plus-value aux personnes du groupe expérimental par rapport aux traitements par méthadone existants. Le critère d'efficacité principal reposait sur une diminution de la consommation d'héroïne de rue, une amélioration de la santé (physique et mentale) et/ou une diminution de l'insertion en milieu délinquant.

Sous la supervision du SPF Santé publique, deux opérateurs principaux ont géré l'ensemble du projet : l'équipe de recherche de l'Université de Liège (volet Evaluation et suivi scientifique) et la ville de Liège via la Fondation privée TADAM (volet Traitement).

L'évaluation socioéconomique a confirmé le coût élevé de ce traitement en comparaison avec le traitement par méthadone. Mais cette partie de l'étude n'était pas concluante, notamment par manque de données sur les bénéfices secondaires entraînés par les traitements évalués (diacétylmorphine et méthadone).

Les recommandations

(détails dans l'annexe « Recommandations : pour un centre de traitement par diacétylmorphine »)

1. Conclusions du projet TADAM

- 1.1. Le traitement par diacétylmorphine (DAM) est plus efficace que les traitements par méthadone pour les personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne, résistant aux traitements existants.
- 1.2. Le traitement par DAM doit être un traitement sans limitation de durée fixée a priori. En effet, l'arrêt obligatoire du traitement peut mener à une détérioration rapide de la condition du patient.
- 1.3. Le traitement par DAM doit rester un traitement de seconde ligne : il ne sera proposé à un patient qu'après l'échec d'un traitement par méthadone.
- 1.4. L'objectif du traitement par DAM est de permettre au patient de ne plus consommer d'héroïne de rue et par conséquent de diminuer les effets négatifs de son assuétude, à court terme sur sa santé et son insertion dans un milieu délinquant et à plus long terme sur ses relations sociales et son insertion professionnelle.

2. Conditions préalables à l'installation d'un centre DAM

- 2.1. Un nombre suffisant de personnes dépendant de l'héroïne doit être présent dans la région du centre DAM.
- 2.2. Dans la région du futur centre DAM, les traitements par méthadone doivent être accessibles, notamment à un public précarisé.
- 2.3. Le cadre légal doit permettre un traitement avec de la DAM inhalable (et éventuellement injectable selon les pratiques dans la région concernée).
- 2.4. Un centre DAM doit être implanté dans une zone accessible à pied ou par les transports en commun.
- 2.5. Pour diminuer les coûts fixes, un centre DAM peut être fusionné avec un centre de traitement par méthadone.
- 2.6. Pour faciliter l'installation d'un centre DAM, il est utile de développer la concertation avec la population.

3. Conditions pour qu'une personne dépendant de l'héroïne bénéficie du traitement par DAM

- 3.1. Le patient doit présenter une dépendance sévère à l'héroïne résistant aux traitements actuels.
- 3.2. Le patient doit résider dans une zone qui lui permet d'accéder quotidiennement au centre à pied ou par les transports en commun.
- 3.3. Le patient peut présenter divers problèmes sur le plan des assuétudes, de la santé (physique ou mentale), de la situation sociale ou du comportement délinquant.

4. Les règles principales du traitement par DAM

- Horaires et planning

- 4.1. Un centre DAM ouvrira au minimum deux fois par jour tous les jours.
- 4.2. Les plages horaires seront suffisamment étendues pour que le patient puisse venir tôt le matin (avant de se rendre à un emploi ou une formation professionnelle) et pour qu'il n'ait pas besoin d'héroïne de rue le soir.
- 4.3. Le nombre de passages au centre DAM, par jour et par semaine, sera décidé avec le patient à l'avance. Ce planning pourra être revu dès que le patient le souhaite.

- Interruption du traitement

- 4.4. Le patient pourra interrompre son traitement par DAM quand il le souhaite et sans limite de temps, s'il prévient l'équipe soignante ou en cas de force majeure (maladie ou emprisonnement par exemple).
- 4.5. Pour faciliter l'arrêt du traitement par DAM, le patient qui veut arrêter devrait être assuré de pouvoir revenir dans le centre dès que nécessaire.

- Prescription

- 4.6. La DAM inhalable sera toujours disponible. La DAM injectable ne doit être disponible que si le nombre de personnes choisissant l'injection dans le centre le justifie.
- 4.7. Le patient doit pouvoir inhaler la DAM au minimum 30 minutes avec une dose allant jusqu'à 200 mg et au moins 40 minutes avec une dose allant de plus de 200 mg à 400 mg.
- 4.8. La prescription de DAM sera ajustée en concertation avec le patient en veillant avant tout à son bien-être.
- 4.9. La DAM inhalable sera disponible en sachets hermétiquement fermés.
- 4.10. La méthadone pourrait être délivrée dans un centre DAM.

- En général

- 4.11. Un centre DAM évitera d'être une réponse complète et définitive aux besoins du patient.
- 4.12. Pour augmenter l'efficacité du traitement et diminuer le recours à l'héroïne de rue, un centre DAM se souciera de la satisfaction des patients en traitement.

5. Conditions pour l'infrastructure

- 5.1. Avec une structure adaptée, un centre DAM peut être en mesure d'accueillir jusqu'à 75 patients (si une majorité de patients inhalent la DAM).
- 5.2. Les locaux permettront une surveillance de l'inhalation pour éviter les détournements de DAM.
- 5.3. Les locaux permettront un traitement respectueux du patient.

6. Personnel du centre

- 6.1. L'équipe du centre sera multidisciplinaire pour assurer un suivi médical et psychosocial.

7. Parcours des usagers d'héroïne de rue qui pourraient bénéficier du traitement par DAM.

- 7.1. En cas de liste d'attente, certaines personnes devraient être prioritaires pour le traitement par DAM.
- 7.2. Si le patient est arrêté par la police ou hospitalisé, le personnel d'un centre DAM essayera de suivre le patient éventuellement en le substituant avec de la méthadone
- 7.3. Après l'arrêt du traitement par DAM, le patient devrait continuer à être suivi autant que possible car l'arrêt du traitement dans un centre DAM (où le patient se rendait quotidiennement) peut mener à un sentiment de dépression.
- 7.4. Un centre DAM travaillera en réseau et échangera des informations avec d'autres institutions dans l'intérêt du patient.

Infos complémentaires

Les **documents complets du rapport d'évaluation scientifique** sont disponibles sur <http://www.ulg.ac.be/espacepresse>.

Deux vidéos ont été réalisées par ULg.TV sur le sujet :
→ « L'ULg évalue TADAM, nouvel espoir pour les héroïnomanes »
Interview de Isabelle Demaret (décembre 2011)
<http://webtv.ulg.ac.be/tadam>
→ « Comment une ville doit-elle gérer sa toxicomanie ? »
Interview de André Lemaître (mars 2013)
<http://webtv.ulg.ac.be/toxicomanie>

Contacts

André Lemaître, Criminologie, Institut des Sciences humaines et sociales
+ 32 (0)4 366 30 83 | alemaitre@ulg.ac.be

Marc Ansseau, Psychiatrie et psychologie médicale
+ 32 (0)4 366 79 56 | marc.ansseau@ulg.ac.be

Isabelle Demaret, Psychiatrie et psychologie médicale
+ 32 (0)4 366 31 58 | isabelle.demaret@ulg.ac.be

L'équipe de recherche était en outre composée de trois chercheuses, Géraldine Litran (criminologue), Cécile Magoga (psychologue), Clémence Deblire (psychologue et criminologue), ainsi que de Jérôme De Roubaix (médecin généraliste).

L'équipe de recherche a été également aidée par d'autres services de l'ULg : par le professeur Etienne Quertemont, chef du service de Psychologie quantitative pour les analyses statistiques ; par Nathalie Dubois et le professeur Corinne Charlier, chef du service de Toxicologie, pour les analyses de sang et d'urine et, enfin, par le professeur Didier Van Caillie de l'École de Gestion pour l'évaluation socioéconomique.

www.ulg.ac.be