

Le projet TADAM de traitement assisté par héroïne pharmaceutique : une approche pragmatique et médicale

Entretien avec Jonathan Meurice, coordinateur général faisant fonction de la fondation privée TADAM

Associant la Ville et la Province de Liège à quatre hôpitaux locaux, la fondation privée TADAM assure la gestion du centre de délivrance du projet pilote liégeois de traitement assisté par diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique), expérience clinique réalisée sous l'évaluation scientifique de l'Université de Liège.

Le centre a « inclus » son premier patient en janvier 2011.

Pourquoi parler de diacétylmorphine plutôt que d'héroïne, de traitement plutôt que de délivrance et de patient plutôt que d'utilisateur ? Coordinateur du projet, Jonathan Meurice explique les raisons de cette prévalence de l'approche médicale.

Pourquoi parler de centre de traitement plutôt que centre de délivrance ?*

C'est une précaution que nous avons jugé utile de prendre vis-à-vis de l'opinion publique. L'expression « centre de délivrance » pouvait en effet laisser croire que nous donnions de l'héroïne à quiconque en ferait la demande. Or, au sein du centre de traitement TADAM, la diacétylmorphine, forme pharmaceutique de l'héroïne, est un traitement délivré exclusivement sur base de prescriptions médicales à des patients sélectionnés à partir de critères très stricts.

Le cadre médical est d'une certaine manière un gage de légitimité

Tout à fait. Dès lors que l'on parle de délivrance contrôlée d'héroïne, ça pose problème, la plupart

des gens, peu au fait de notre démarche, se méprennent sur sa finalité. Nous avons donc opté pour le terme « traitement ». D'autant que c'est effectivement le cas. Ce n'est pas qu'une histoire d'opinion publique. Le projet TADAM s'inscrit pleinement dans le champ médical.

Depuis quand le centre est-il ouvert ?

Le centre de traitement a ouvert le 16 janvier 2011. Le lendemain, nous avons inclus le premier patient. Depuis lors, nous procédons à l'inclusion régulière de patients. Nous aurions pu ouvrir plus tôt vu que l'infrastructure du centre a été inaugurée en mai 2010, mais plusieurs autorisations se sont fait attendre, notamment la plus contraignante, celle émanant de l'agence fédérale des médicaments pour la détention et l'im-

* Propos recueillis par Julien Nève

portation de la diacétylmorphine. Nous ne l'avons obtenue qu'en octobre 2010.

Combien de patients sont actuellement suivis ?

Actuellement, nous avons 29 patients en diacétylmorphine. Dans le groupe méthadone, nous en sommes à 27 personnes. Depuis le début de l'expérimentation, seuls trois patients ont arrêté volontairement le traitement et nous avons dû exclure une personne, ingérable du fait de ses problèmes psychologiques. Cela dit, à l'origine, nous comptions avoir 200 patients au total.

Nous sommes dans le cadre d'une expérience pilote. À quel stade en est-elle ?

Nous sommes toujours dans la phase d'inclusion et ce jusqu'au 16 janvier prochain, soit un an exactement après l'accueil de notre premier patient. Ensuite les patients vont progressivement sortir du programme. Le 16 janvier 2013, nous clôturerons l'expérimentation et procéderons à la fermeture du centre. L'université aura alors six mois pour tirer ses conclusions et les transmettre au SPF Santé publique.

En vue d'une réouverture ?

On ne sait pas encore ce qui va être décidé. Soit la fondation va continuer telle quelle, soit le traitement par diacétylmorphine sera implanté en complément des autres traitements déjà existants. N'oublions pas que la diacétylmorphine ne concerne que des toxicomanes qui ont échoué à toute autre forme de traitement et qu'en aucun cas il ne s'agit de remplacer le traitement à la méthadone. On pourrait également envisager la possibilité d'intégrer le projet dans nos centres partenaires (SIAJEF-REVERS, CLIPS, STAGH, ALFA, CAPFLY, AIGS et START-MASS). Par ailleurs, le projet TADAM a une envergure nationale. Si l'expérience est concluante, nous pourrions l'étendre à d'autres villes du pays. Mais ce genre de décision est d'ordre politique.

Et le monde politique compte quelques opposants au projet...

Au niveau du Service public fédéral en général, il y a évidemment quelques opposants, mais globalement, s'ils ne supportaient pas le projet, nous ne serions déjà plus là. Au niveau du monde politique liégeois, je pense qu'il existe une vo-

lonté réelle pour qu'une solution soit trouvée à l'égard des toxicomanes gravement atteints et le projet TADAM est sans doute l'une de ces solutions.

Un processus d'inclusion avant le traitement

Chaque patient doit répondre à des questionnaires et passer un examen médical. L'équipe de recherche déterminera sur cette base si le patient répond aux critères d'inclusion. Pour être inclus dans le projet, un patient doit notamment être dépendant de l'héroïne de rue depuis au moins cinq ans, consommer de l'héroïne de rue de façon quotidienne ou presque, avoir plus de 20 ans et avoir essayé le traitement par méthadone. De plus, seuls les patients inscrits dans un des centres partenaires du projet TADAM peuvent se présenter à l'équipe de recherche. Ces centres partenaires sont des centres de traitement par méthadone qui ont signé une convention de partenariat avec les responsables du projet.

Si un patient rentre dans les conditions d'inclusion, l'équipe de recherche procédera au tirage au sort et le patient ira soit dans le groupe « Diacétylmorphine », soit dans le groupe « Méthadone ». S'il est dans le groupe « Diacétylmorphine », le patient ira au centre TADAM pour commencer son traitement par diacétylmorphine (soit par injection, soit par inhalation selon son mode habituel de consommation). S'il est dans le groupe « Méthadone », le patient sera invité à poursuivre son traitement dans le centre partenaire qui l'a envoyé à l'équipe de recherche.

Dans tous les cas, le patient est renvoyé dans son centre partenaire pour son suivi psychosocial. Il n'y a en effet pas de suivi psychosocial dans le centre TADAM de manière à conserver le lien que le patient a pu nouer avec le centre partenaire qui l'envoie au projet.

Comme les 200 patients du projet doivent être inclus sur une période de 12 mois et que chaque patient est traité pendant 12 mois, le centre TADAM ouvrira pendant 24 mois pour assurer le traitement par diacétylmorphine pour l'ensemble des patients. L'équipe de recherche verra chaque patient tous les trois mois pour des évaluations. Chaque patient sera suivi pendant 12 mois (même s'il a arrêté son traitement par diacétylmorphine ou par méthadone).

Les résultats

Au bout de ces 24 mois, l'équipe de recherche de l'Université de Liège aura 6 mois pour analyser les données récoltées. Les résultats seront envoyés à la ministre fédérale de la Santé publique. Celle-ci subventionne en effet à plus de 80 % le projet TADAM. La ministre se prononcera ensuite sur le prolongement ou non du traitement par diacétylmorphine à Liège.

Isabelle Demaret
Chercheuse-coordinatrice sur le volet Évaluation du projet TADAM
(www.secunews.be)

lonté réelle pour qu'une solution soit trouvée à l'égard des toxicomanes gravement atteints et le projet TADAM est sans doute l'une de ces solutions.

Le centre est-il bien accepté par les riverains ?

Situé à côté d'un commissariat, le centre ne se distingue que par une grande baie vitrée occultée. Du fait de l'organisation du traitement en

trois plages journalières, tout ce que vous risquez de voir, c'est un groupe de patients qui stationne devant une porte à certaines heures de la journée. Une fois que ceux-ci ont consommé, ils restent dans la salle d'attente, le temps que le produit fasse son effet. Ensuite, ils rentrent chez eux. Du côté des riverains comme de la police, on ne déplore donc aucun incident. D'autant que pour de nombreux patients, le traitement fait qu'on ne les reconnaît plus physiquement et psychologiquement. Lors de son inclusion, l'un d'eux est arrivé dans un état déplorable, famélique, édenté et vivant quasiment à la rue. Apparu récemment à la TV, il était méconnaissable. Il a tout simplement repris goût à la vie. Malheureusement, le traitement par diacétylmorphine ne dure qu'un an et ce patient n'est pas encore sevré. Le but premier de ce projet n'est pas d'entretenir la toxicomanie de nos patients, mais de les réinsérer progressivement dans la vie sociale. Le sevrage viendra ensuite.

Et s'agissant de vos patients, se montrent-ils satisfaits du programme ?

L'homme dont je viens de parler a déclaré que nous lui avons littéralement sauvé la vie. D'autres nous disent qu'ils sont ravis — c'est le mot qu'ils emploient — car ils n'ont plus à faire face aux dealers de rue, ils n'ont plus peur de se faire attaquer, de devoir commettre un délit pour se procurer une dose ou de se cacher dans leur cave pour fumer ou se piquer à l'écart de leur famille. De plus, nous leur offrons un cadre sécurisé où ils sont assurés de la bonne qualité du produit et où ils peuvent compter sur le soutien de notre équipe qui comprend outre un médecin psychiatre, trois médecins généralistes et plusieurs infirmiers et aides-soignants.

« L'après » risque d'être compliqué à gérer ?

C'est en effet le gros problème. Bien entendu, à la fin des deux ans que doit durer le projet, nos infirmiers seront toujours là pour accompagner

les patients et éventuellement les réinsérer dans le programme de traitement par méthadone. Il se peut que certains aient aussi arrêté définitivement de prendre de l'héroïne. Malheureusement, on ne peut pas faire beaucoup plus au risque de fausser le projet. D'autant que nous sommes limités en matière de diacétylmorphine. Nous ne pouvons pas la délivrer indéfiniment. C'est vraiment le point faible de ce projet.

Mais sans cette limitation dans le temps, le projet n'aurait pas pu voir le jour.

Les conditions ont été fixées par l'État. On est donc contraint de s'y tenir en dépit de la lourdeur que cela peut représenter pour nos patients. On a eu beau protester, rien n'a bougé. La ville est

Si l'expérience est concluante, nous pourrions l'étendre à d'autres villes du pays. Mais ce genre de décision est d'ordre politique.

d'ailleurs bien consciente que l'on doit impérativement réfléchir à des solutions pratiques. Il faut savoir que nous bénéficions d'une souplesse légale vis-à-vis de la détention et de la délivrance de diacétylmorphine car ceci est réalisé dans le cadre d'un projet scientifique. Si ce n'était pas le cas, nous serions hors-la-loi. De plus, contrairement à l'héroïne de rue, le produit est à 99 % pur. Par conséquent, il ne faut pas que nos patients se disent qu'en rue, ils doivent consommer une plus grande quantité d'héroïne pour obtenir le même effet. Pour nous, le plus gros risque serait qu'un patient, une fois sorti du programme, rechute et fasse une overdose en ayant voulu retrouver le même effet. D'autant qu'à l'inverse de l'héroïne, l'effet de la diacétylmorphine n'est pas direct, mais progressif. Il s'agit donc de prendre le temps d'expliquer cela aux patients et de les suivre avec attention après leur sortie.

L'idée consiste tout de même à les faire sortir de la consommation.

Je m'avance peut-être, mais je pense que nombreux sont nos patients à être déjà sortis de ce qui constituait leur milieu habituel de consommation. Ne fusse que physiquement, ils sont déjà nettement mieux. De façon générale, j'ai le sentiment que la plupart ne touchent plus à ce qui est vendu en rue parce qu'ils trouvent ce

TRAITEMENT PAR DIACETYLMORPHINE: LES PARENTS DEMEURENT INQUIETS !!!



qu'ils cherchent chez nous. Et le but est effectivement de diminuer les doses au fur et à mesure. On constate d'ailleurs que certains patients diminuent d'eux-mêmes leurs doses. Ils sont tous motivés à vouloir s'en sortir, c'est indéniable.

Ce critère d'abstinence a lui aussi été décisif pour faire accepter le projet.

C'est effectivement notre direction. Toutefois, on est aussi conscient que l'on ne peut pas demander à un toxicomane de s'abstenir après seulement un an. C'est un délai beaucoup trop court. Nous gagnerons des points, si nous pouvons démontrer que sur cette période leurs doses diminuent ou si nous arrivons à en réintégrer certains dans le traitement par méthadone. L'abstinence est l'objectif ultime, mais la réinsertion sociale est notre

but premier, le second étant de les sevrer.

Les personnes qui sont accueillies sont donc des patients et non des usagers.

Ce sont effectivement avant tout des patients. Soumise au secret professionnel et médical, leur identité n'est d'ailleurs connue que de l'équipe soignante. La prise du produit se fait sous la surveillance d'infirmiers. Bien que ces derniers ne portent pas de blouse blanche, il s'agit bel et bien d'une relation patient-infirmier. Chacun des infirmiers est désigné comme étant le référent d'un patient. Si un patient connaît une difficulté, il peut en parler à un infirmier ou à une intervenante sociale. On les suit vraiment de A à Z. Ils viennent ici pour se soigner et nous sommes là pour les aider.

d'autres produits, je pense que les autorités fédérales seront satisfaites. Et j'ai plutôt bon espoir étant donné l'évolution positive de nos patients. Cela étant dit, initialement nous devions avoir 200 patients. Est-ce que les données seront suffisantes avec 50 patients, je ne peux vous répondre.

**Vous attendiez 200 inclusions.
Comment expliquez-vous le faible
nombre de vos patients?**

Je pense que la durée du traitement peut dissuader certaines personnes de s'y investir parce que, précisément, elles craignent « l'après ». D'autres sont rebutées par son aspect contraignant, l'obligation de venir tous les jours. Il y a aussi la peur de l'échec dans la mesure où, conformément au protocole de l'expérience, la répartition des patients se fait par tirage au sort. Certains rejoindront le groupe diacétylmorphine, d'autres le groupe méthadone. Or, la plupart des patients souhaitent être traités à la diacétylmorphine, pas à la méthadone. C'est, je le crains, le frein principal. Mais ce seront les conclusions de l'équipe de recherche de l'ULg qui le détermineront.

**Le côté très médicalisé du projet n'a-t-il
pas également été un frein pour certains
usagers ?**

Peut être pour une minorité, mais ce n'est vraiment pas ce qu'on entend comme bruit de couloir. Le fait qu'ils soient constamment contrôlés ne semble pas les déranger. Ils comprennent que cette surveillance est organisée au profit de leur santé. À mon sens, la durée du traitement et le caractère aléatoire de l'intégration sont les deux principaux freins. Sans compter que de nombreux usagers se satisfont très bien de leur situation actuelle. Plusieurs patients potentiels nous ont expliqué qu'ils préféreraient rester entre

copains, que tel était leur mode de consommation habituel et qu'ils ne voulaient rien changer. D'ailleurs, alors que seules trois personnes ont arrêté volontairement le traitement par diacétylmorphine, dans le groupe méthadone c'est le double, voire plus. Par ailleurs, n'oublions pas que les 56 patients que compte actuellement le projet auraient tous pu bénéficier de la diacétylmorphine. Ils répondent à tous les critères d'inclusion. Il faut donc se dire que si nous n'avons pas été obligés de mettre en place un groupe de contrôle, d'une certaine manière, nous devancerions un centre tel que celui mis en place à Genève qui ne compte qu'une soixantaine de patients après 15 ans d'ouverture. Le fait que

**Le but premier de ce projet n'est pas
d'entretenir la toxicomanie de nos
patients, mais de les réinsérer
progressivement dans la vie sociale.**

nous avons inclus une cinquantaine de patients en seulement neuf mois démontre déjà une très bonne intégration du projet. Il faut savoir que selon les estimations, la po-

population liégeoise compte 1% de toxicomanes, c'est-à-dire entre 2000 et 4000 personnes selon la population prise en compte (centre ville ou « grand Liège »).

**Si le projet fonctionne bien à Liège et
qu'il est prolongé, pensez-vous ouvrir
d'autres centres en Belgique ?**

C'est en tout cas le but que nous poursuivons en Wallonie sachant qu'en Flandre il y a davantage de réticences d'ordre idéologique. Cela dit, nous avons eu des visites d'universitaires anversois et gantois qui se sont montrés très enthousiastes par rapport au projet et ont salué son professionnalisme. Il faut par ailleurs se dire que tout ce qu'on fait, tous les actes que l'on pose, toutes les procédures que nous engageons, pourront servir pour l'avenir. Je souhaite sincèrement que nous puissions ouvrir d'autres centres TADAM, mais ce sont des décisions qui se prendront au niveau fédéral. Et cela implique d'avoir un gouvernement.

Invitation aux groupes de travail

« Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en Fédération Wallonie-Bruxelles »

La diversité des logiques d'intervention en matière d'assuétudes a été largement pointée par les intervenants du secteur. Ceux-ci éprouvent parfois des difficultés à créer de nouvelles synergies et à travailler dans un cadre de réelle concertation.

Suite à ce constat, notamment exprimé lors de la table ronde « assuétudes » organisée le 21 mai 2010, le cabinet de la ministre F. Laanan a proposé de mettre en place un projet de concertation entre les intervenants du secteur des assuétudes financés par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

L'objectif du projet est d'aboutir à l'élaboration d'un plan d'action « assuétudes » émanant du terrain. Plusieurs étapes sont prévues: 1. Élaboration collective de diagnostics de la situation par milieux de vie; 2. Élaboration de plans d'actions spécifiques; 3. Harmonisation et validation du plan d'action général.

Le projet a une durée de deux ans et est piloté par l'asbl Eurotox avec l'appui du SIPES-ULB. Un comité d'accompagnement multidisciplinaire a été mis en place afin d'alimenter la réflexion autour de la méthodologie.

Le projet s'adresse aux intervenants du secteur socio-sanitaire des assuétudes actifs en prévention et réduction des risques liés à l'usage de drogues:

- Les acteurs du secteur « santé » mettant en place des actions de prévention et de réduction des risques liés à l'usage des drogues;
- Les intervenants du secteur socio-sanitaire concernés par la prévention et la réduction des risques liés à l'usage des drogues (par exemple, les services PSE et PMS pour le milieu scolaire);
- Les acteurs représentatifs du secteur des « soins » en assuétudes. Bien que le projet ne vise pas l'analyse approfondie de la problématique du soin en tant que telle, il tiendra compte du continuum prévention-RdR-soins.

Vu les spécificités du projet (ressources humaines et durée du projet limitée), des priorités ont été établies, ce qui a donné lieu à la création de cinq groupes de travail prioritaires, centrés sur les « milieux de vie » suivants: familial, rue, festif, scolaire, carcéral.

Les aspects politiques de la prévention et de la réduction des risques seront abordés dans les groupes de travail, et à travers des entretiens approfondis et réunions.

Une invitation est lancée aux intervenants de terrain pour participer aux réunions de concertation sur les milieux de vie retenus.

Les travaux de groupe auront lieu aux dates suivantes:

Groupes de travail		Dates de réunion prévues
Groupe 1	Milieu familial	8 et 19 décembre 2011
Groupe 2	Milieu de la rue	26 janvier, 9 février et 28 février 2012
Groupe 3	Milieu scolaire	15 mars, 29 mars et 24 avril 2012
Groupe 4	Milieu festif	22 mai et 12 juin 2012
Groupe 5	Milieu carcéral	25 juin 2012

Les groupes de travail se réuniront de 9 h 30 à 16 h (repas et pauses-café offerts)

Espace « Mundo-B », 26 rue d'Édimbourg à 1050 Bruxelles.

Inscription par courriel à l'attention d'eleonore.carael@eurotox.org

Merci de préciser votre *nom, prénom, institution* et groupe(s) de travail choisis.