



Naloxone à la sortie de prison

Recommandations pour la mise à disposition de la naloxone à la sortie de prison et des autres lieux de privation de liberté



Ce projet est co-financé par l'Union Européenne dans le cadre du programme Justice.

Sommaire

1.	Introduction	3
2.	Remerciements et contacts	4
3.	Acronymes and Abréviations	5
4.	A qui s'adressent ces recommandations?	6
5.	L'overdose aux opiacés.....	7
6.	Qu'est-ce que la naloxone ?	10
7.	Aspects légaux	12
8.	Revue de la littérature.....	15
9.	Le Modèle Ecosais	
	- Contexte.....	20
	- Historique	22
	- Le programme en prison	24
	- L'éducation par les pairs	28
	- Efficacité	29
	- Champs d'amélioration possibles.....	30
10.	Guide de mise en œuvre	
	- Pouvoirs publics.....	31
	- Praticiens.....	33
11.	Formation naloxone	
	- Formation des équipes.....	35
	- Modèle d'éducation par les pairs	37
	- Les éléments clés de l'interventions brève	39
12.	Dix points essentiels pour le programme naloxone.....	40
13.	Checklist de mise en oeuvre du programme	42
14.	Annexes	43
15.	Bibliographie.....	61



3. How Venored Injection will be given
The injection will be given into the outer thigh muscle or upper arm muscle (intramuscular). The nurse or times injections of 0.4ml will be given at the same time and place every 2 weeks. The amount of the injection will depend on your individual need and response to the treatment.

344

Introduction

Ce document est issu du projet intitulé « les premières 48 heures après ma sortie : approche intégrée des interventions précédant et suivant la sortie de prison des usagers de drogues sous-main de justice ».

Le projet, mené par l'université des sciences appliquées de Frankfort, a reçu le soutien financier de l'union européenne pour les années 2017-2018. Il cible les interruptions dans le parcours de soin des usagers de drogues pendant et après leur incarcération, en soutenant tout particulièrement les interventions de prévention des overdoses, la réduction des autres risques liés à l'usage de drogues et la création d'un parcours de soin qui ne soit pas interrompu à la sortie de prison.

Pour les détenus ayant une histoire d'usage de drogues, et en particulier d'opiacés, les risques d'overdose et de décès sont extrêmement élevés juste après la sortie du fait de rechutes fréquentes et de la moindre tolérance aux opiacés. Il reste encore beaucoup à faire pour s'assurer que les usagers de drogues reçoivent des soins satisfaisants à leur sortie de prison. Des mesures de réduction des risques doivent être mises en place pour que les anciens prisonniers puissent s'adapter à leur nouvelle liberté sans retomber dans un usage, responsable d'un risque majeur d'overdose mortelle.

Les quelques jours qui suivent directement la sortie (« les premières 48 heures ») représentent donc une période critique d'intervention. Pendant cette période, la coopération entre les prisons, les structures sanitaires, et les organisations non gouvernementales est un élément clef pour assurer la continuité des soins. Des interventions ciblées peuvent sauver des vies en prévenant les overdoses et en établissant un parcours de soins plus organisé ainsi qu'une aide à la réinsertion pour les usagers de drogues.

Entre autres actions, le projet se propose de promouvoir la mise en œuvre de mesures pouvant sauver des vies en prison et après la sortie, du champ de la réduction des risques et de la prévention des overdoses, incluant de la mise en œuvre de programmes naloxone.

Ceci représente une priorité essentielle pour les pouvoirs publics et praticiens dans les différents pays d'Europe. Le travail actuel vise à produire des recommandations pratiques pour les décideurs et les praticiens des services de santé pénitentiaires sur la façon de promouvoir, initier et gérer les interventions visant la prévention des overdoses par des programmes basés sur la naloxone, ainsi que la formation et le renforcement des capacités associées.

Remerciements

L'auteure de ce rapport est Kirsten Horsburgh, du Scottish Drugs Forum.

L'auteure voudrait remercier toutes les personnes qui ont contribué et soutenu la rédaction de ce document, en particulier : Heino Stöver, Professeur à l'Université des Sciences Appliquées de Francfort en Allemagne, Laurent Michel du Centre Pierre Nicole de la Croix-Rouge française à Paris, les collègues du Scottish Drugs Forum, John-Peter Kools et le Correlation Network, Cinzia Brentari pour sa coordination du travail, Milena Naomi Kornek (Université des sciences appliquées de Francfort) pour son soutien technique.

Remerciements à Virgil Blanc et Laurent Michel pour la traduction et l'adaptation du document en français.

Contacts

Pour plus d'information sur ce projet et cette publication, merci de contacter :

Prof. Heino Stöver
Frankfurt University of Applied Sciences
Nibelungen Platz 1, D-60318 Frankfurt am Main, Germany
hstoever@fb4.fra-uas.de

Kirsten Horsburgh
Scottish Drugs Forum
91 Mitchell Street, G1 3LN Glasgow, UK
kirsten@sdf.org.uk

Ou visiter : www.harmreduction.eu et www.harmreduction.eu/projects/my1st48h .

Si vous êtes intéressés par une traduction/adaptation du rapport (ce que les auteurs recommandent), merci de contacter Heino Stöver ou Kirsten Horsburgh.

Francfort, Glasgow, 18 Juillet 2018

Acronymes and Abréviations

BLS – gestes d'urgence/réanimation

CNS – Système nerveux central

DRD – Décès liés aux drogues

IM – Intramusculaire

IN - Intranasale

NGO – Organisation non gouvernementale

NNP – Programme naloxone national

PGD – « Patient group direction » (prescription valable pour un groupe de patients au Royaume-Uni)

SDF – Scottish Drugs Forum

TAO – Traitement agoniste opioïde

THN – Take-Home Naloxone

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

A qui s'adressent ces recommandations?

Ces conseils seront utiles aux responsables des politiques de santé pour les détenus, aux coordinateurs et praticiens fournissant des soins aux usagers, et à tous ceux qui pourraient être confrontés à une situation d'overdose.

L'objectif de ce document est de participer à la baisse de mortalité liée aux opiacés dans les premières semaines suivant la sortie de prison. En particulier :

- étendre l'accessibilité de la naloxone aux personnes pouvant être témoins d'une situation d'overdose à la sortie de prison.
- former à reconnaître les signes et symptômes d'une overdose et à réagir de manière efficace

Pour parvenir à ces fins, ce document va :

- exposer les bénéfices du programme de naloxone à la sortie de prison aux responsables des politiques de santé des prisonniers.
- informer les responsables des politiques de santé sur les démarches nécessaires à la mise en place d'un programme naloxone à la sortie de prison.
- exposer les bénéfices du programme naloxone à la sortie de prison aux coordinateurs des programmes et formuler des conseils sur leur mise en place.

Ce document a été conçu de manière simple et directe pour que les organisations puissent se baser sur un plan préconçu tout en l'adaptant aux besoins propres à leur région d'implantation.

L'overdose aux opiacés

A l'échelle mondiale, l'overdose est une des premières causes de décès prématurés parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse, et responsable de la grande majorité des décès impliquent l'usage d'opiacés. On estime que 69 000 personnes meurent chaque année d'une overdose d'opiacés (OMS 2014).

Le recueil de données, les systèmes de surveillance et les pathologies varient à travers l'Europe, où l'on recense officiellement entre 6 300 et 8 000 décès liés aux drogues par an (OEDT 2016a). Ce nombre est probablement bien plus élevé que cela.

Les opiacés agissent sur le système nerveux central (SNC) et peuvent contribuer à une dépression respiratoire critique, en particulier quand ils sont consommés avec d'autres dépresseurs du SNC comme les benzodiazépines ou l'alcool.

Les opiacés affectent la région du cerveau qui régit la respiration ; quand un individu est en situation d'overdose, sa respiration baisse jusqu'à s'arrêter.

Les overdoses non-fatales sont aussi inquiétantes car elles peuvent avoir des conséquences dévastatrices (blessures et troubles sensoriels) tout en augmentant les chances de faire une overdose à l'avenir. En Europe, on estime que chaque overdose fatale est accompagnée de 20-25 overdoses non-fatales (OEDT, 2010). Même en utilisant les estimations les plus basses, cela représente 126 000 overdoses non-fatales par an.

Quels sont les facteurs de risqué d'overdose?

Les principaux facteurs de risque sont les suivants :

- Une tolérance abaissée : la tolérance à une substance peut chuter rapidement (souvent en quelques jours) suivant l'interruption de la consommation. Les périodes les plus à risque d'overdose incluent la sortie de prison ou d'environnement de privation de liberté, la sortie d'hôpital ou de centre de réinsertion, ou l'interruption d'un traitement de substitution aux opiacés.
- La polyconsommation : utilisation de plusieurs substances (pas seulement au même moment), en particulier de dépresseurs du SNC. L'action plus ou moins prolongée des diverses substances peut avoir pour conséquence un « mélange de substances » même si les drogues n'ont pas été prises simultanément. Les drogues agissant sur le long terme peuvent mettre plusieurs jours à être éliminées.
- D'autres facteurs (mauvaise état de santé physique ou mentale, facteurs sociaux) peuvent aussi augmenter le risque d'overdose.

Comment prévenir une overdose?

Bien que ce guide traite surtout des interventions ayant pour objectif la prévention des issues fatales lors d'overdoses, il est important de savoir ce qui peut être fait pour prévenir la survenue d'overdoses.

Les études scientifiques ont clairement prouvé que les traitements sont un facteur de protection contre les overdoses. Il est impératif de prescrire les traitements opioïdes agonistes à dose optimale et pour des durées suffisantes pour avoir un impact sur les décès liés aux drogues (OEDT, 2016b).

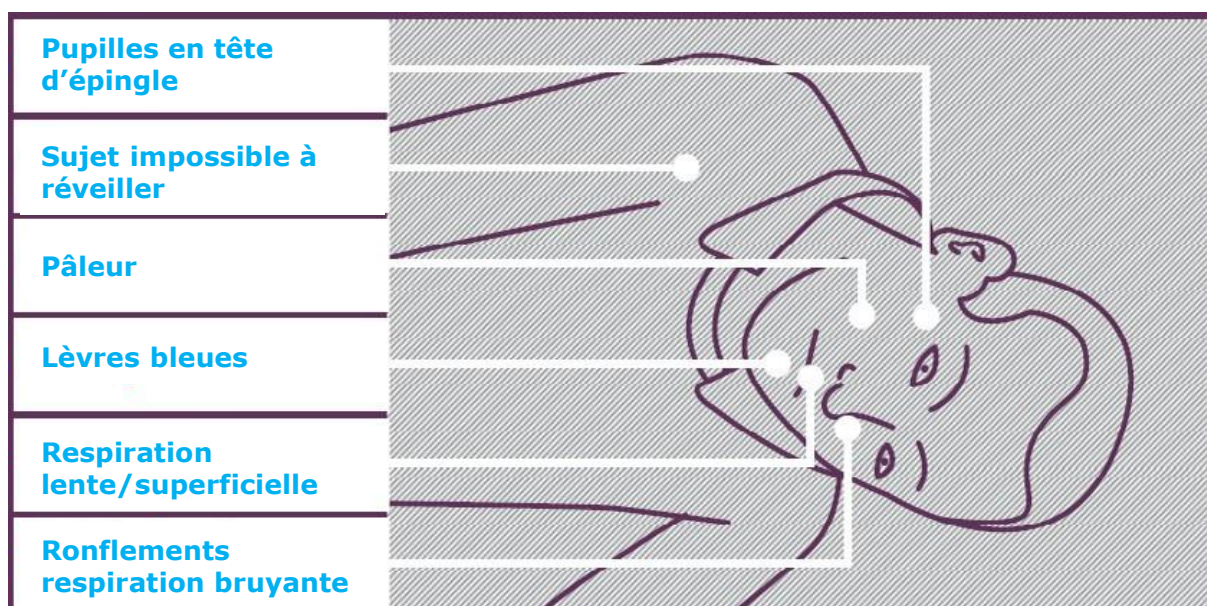
Il est également essentiel d'informer les usagers et de discuter avec eux les risques d'overdose. S'il est présumé que les usagers les plus anciens détiennent déjà ces informations, ces discussions n'auront jamais lieu.

Qui peut être témoin d'une overdose?

Ce sont les usagers de drogues eux-mêmes qui le plus souvent sont témoins d'overdoses. Ce sont sinon les familles, les amis, les personnels des services spécialisés, les personnels des structures pour personnes sans domicile fixe, les personnels de centres d'accueil et d'hôtels, les assistants sociaux, les forces de l'ordre et globalement tous ceux en contact avec les usagers de drogues. La liste est non limitative.

Quels sont les signes et symptômes d'une overdose?

Trop d'usagers décèdent parce que les signes d'overdose n'ont pas été identifiés. Les interventions pour traiter les overdoses sont inutiles si ces signes ne peuvent être identifiés. Souvent, les témoins d'une overdose pensent que la victime est simplement endormie parce qu'elle semble ronfler. Il faut donc se familiariser avec les signes d'une overdose:



- Le sujet est inconscient et ne répond pas aux stimulations
- Le sujet a une respiration lente/superficielle/bruyante (souvent confondue avec un ronflement)
- Le sujet est pâle et peut avoir les lèvres bleues (signe de cyanose)
- Le sujet a les pupilles en tête d'épingle (constriction pupillaire, traduisant la prise d'opiacés). Cependant, le diagnostic d'overdose ne doit pas être éliminé si les pupilles ne sont pas contractées.

Dans la majorité des cas, le décès ne survient pas immédiatement. Beaucoup de décès surviennent seulement 2 ou 3 heures après la prise de drogues. Seuls un quart des décès surviennent immédiatement après la prise de drogues. Ce délai permet d'intervenir.

La plupart des personnes qui assistent à une overdose cherchent à intervenir, mais ces interventions sont le plus souvent inefficaces (giflent pour réveiller l'utilisateur, le faire marcher, etc.). Dans les entretiens de recherche avec des personnes ayant été victimes d'overdoses ou ayant assisté à une overdose, seulement la moitié avaient appelé les secours. Le plus souvent, ils ne l'avaient pas fait par peur d'une intervention des forces de l'ordre et parce qu'ils pensaient pouvoir résoudre la situation par leurs propres moyens (Wakeman, Sarah, et al. 2009).

Conseils de réduction des risques pour les usagers d'opiacés

- Soyez attentifs à votre niveau de tolérance (surtout si vous n'avez pas consommé depuis un moment) et commencez par une « dose d'essai »,
- Envisagez de fumer plutôt que d'injecter la substance,
- Evitez de mélanger les substances (médicaments prescrits et alcool inclus),
- Ne consommez pas seul,
- Assurez-vous d'avoir accès à la naloxone, et que chaque personne présente sait où elle se trouve et comment l'utiliser,
- Sachez rechercher les signes et symptômes d'une overdose,
- Si quelqu'un est en difficulté, appelez les secours.

Qu'est-ce que la naloxone?

La naloxone est un médicament qui inverse les effets des opiacés. Dans un contexte d'overdose, ce médicament peut sauver la vie.

La naloxone existe depuis maintenant 50 ans. Elle est inscrite sur la liste des médicaments essentiels de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle a récemment été recommandée dans la directive de l'OMS pour la gestion communautaire des overdoses aux opiacés. Dès les années 1990, des programmes visant à distribuer la naloxone aux sujets ayant le plus de chances d'être témoin d'une overdose ont vu le jour.

Comment ça marche ?

La naloxone agit en déplaçant les opiacés de leurs récepteurs dans le cerveau, ce qui permet de rétablir la respiration d'une victime d'overdose (OEDT, 2016a). Quand on l'administre par injection intramusculaire, ce processus ne prend que quelques minutes, même si plusieurs doses peuvent parfois être nécessaires en fonction de la réponse de la victime et du type d'opiacé consommé.

La naloxone est un « antagoniste compétitif », ce qui veut dire qu'elle entre en concurrence avec les opioïdes au niveau des récepteurs et bloque ces récepteurs temporairement. Elle ne provoque donc pas d'effet psychotrope ou d'intoxication — son seul rôle est d'inverser les effets de la dépression respiratoire provoqués par les opiacés.

Parmi les opiacés, on trouve, entre autres, la méthadone, la codéine, le tramadol, le fentanyl, et la morphine. L'utilisation de la naloxone n'est donc pas restreinte aux overdoses d'héroïne.

Si la victime d'overdose est physiquement dépendante des opiacés, elle peut ressentir un état de manque aigu après l'administration de naloxone. Ce phénomène s'accroît avec la quantité de naloxone administrée.

La naloxone agit à très court terme, et son effet diminue 20 à 30 minutes après l'administration. Après cela, les opiacés se lient de nouveau à leurs récepteurs. Il faut donc absolument que la victime cesse de consommer toute substance pendant que la naloxone fait effet — elle risque sinon de refaire une overdose.

La naloxone ne présente aucun danger.

Quand administrer la naloxone ?

La naloxone est prévue pour être utilisée dans les situations évoquant une overdose aux opiacés. Si certains signes d'overdose sont identifiés, la naloxone peut être administrée sans aucun risque, même si il apparaît par la suite que la victime n'a pas consommé d'opiacés. La naloxone n'aura cependant aucun effet sur les signes d'intoxication d'autres substances comme l'alcool, les benzodiazépines, ou la cocaïne, même si celles-ci peuvent contribuer à l'overdose.

Formulations

En Europe, jusqu'à récemment, la naloxone n'était autorisée que sous forme intramusculaire, intraveineuse et sous-cutanée. Une forme par voie intranasale a été autorisée dans l'union européenne, à l'instar de médicaments existants aux Etats-Unis et au Canada. Il s'agit d'un spray nasal (Nyxoid) en boîte unidose (1.8 mg). La dose recommandée est d'un spray dans une narine. A l'heure où ce document est rédigé, cette forme n'est pas utilisée dans les pays de l'union européenne ni au Royaume-Uni. Dans certains pays, comme la Norvège et l'Allemagne, un atomiseur nasal est fourni avec une seringue pré-remplie de naloxone à 1mg/ml. La naloxone est donc administrée par voie intranasale (hors autorisation de mise sur le marché - AMM) plutôt que par voie injectable.

Les flacons et les seringues pré-remplies de chlorhydrate de naloxone sont disponibles à différentes concentrations : 0.02 mg, 0.4 mg et 1 mg par flacon de 1 ml et seringues de 2 mg/1ml, 2mg/2ml, 2mg/5ml. Il existe aussi un flacon multi-dose de 4mg/10ml.

Les dosages dépendent de la forme choisie, mais dans la plupart des cas, 0.4-0.8 mg sont efficaces. Il est important d'administrer assez de naloxone en complément de la dose initiale si nécessaire (OMS 2014).

En France, le spray nasal qui a été adopté initialement hors AMM comprend une dose de 0.9mg/0.1ml administrée dans chaque narine, et répété après quelques minutes pour atteindre un total de 4 doses de 0.9mg (2 dans chaque narine).

Au Royaume-Uni, la naloxone est fournie dans une seringue pré-remplie de 2mg/2ml avec deux aiguilles pour administration intramusculaire. Une dose de 0.4mg est administrée toutes les 2-3 minutes jusqu'à ce que la victime reprenne connaissance.

Aspects légaux

Le cadre légal en Europe varie d'un pays à l'autre et reste peu lisible. Il a été décrit en détail dans le rapport de l'OEDT : « Prévenir les décès par overdose aux opiacés avec la naloxone take-home » (remise en main propre aux usagers ou leur entourage).

Dans l'UE, la naloxone n'est pour l'instant autorisée que par voie injectable, ce qui veut dire qu'il s'agit le plus souvent d'un médicament disponible uniquement sur prescription. Le cadre légal peut ainsi constituer un obstacle à la création de programmes naloxone « take-home ».

Le principal obstacle est que la possession et l'utilisation de naloxone peuvent être considérés comme une infraction dans certains pays ; un autre problème est l'éventuelle responsabilité légale de la personne ayant administré la naloxone dans le cas où l'overdose serait suivie de dommages ou même d'un décès.

A l'heure actuelle, plusieurs pays européens gèrent cette situation à l'aide d'un « code juridique » qui protège les personnes intervenant dans le cadre de premiers secours.

Ces obstacles pourraient être levés avec la mise sur le marché dans un proche futur de formes intranasales.

L'exemple français

La naloxone a été rendue disponible en France en deux temps :

Premier temps

Dans un premier temps, l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a délivré le 5 novembre 2015 une autorisation temporaire d'utilisation de cohorte (ATUc) pour NALSCUE®, un spray nasal de naloxone fabriqué par le Laboratoire Indivior. NALSCUE est disponible depuis le 26 juillet 2016.

L'ATU autorise la distribution contrôlée à une population donnée d'un traitement dont l'efficacité et la sûreté sont fortement présumés, en attendant une autorisation de mise sur le marché en cours de demande par le laboratoire pharmaceutique.

L'ATU rend le traitement disponible avant son autorisation de mise sur le marché. Elle implique la participation d'un médecin pour la prescription, d'une pharmacie d'hôpital pour la distribution, et la transmission de données du suivi médical par le médecin au laboratoire pharmaceutique, qui les communique à l'ANSM.

Pendant l'ATU, NALSCUE® peut être fournie dans toutes les structures

spécialisées en addictologie (les CSAPA), les services d'urgence, les départements d'addictologie des hôpitaux, et par les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) des hôpitaux, les unités sanitaires des centres de détention, et les centres et structures gérés par des associations disposant d'équipes de soin mobiles pour les populations précaires.

Limites de l'ATU : les structures de réduction des risques (CAARUD) ne sont pas autorisés à distribuer la naloxone malgré leur rôle essentiel dans la prévention des risques chez les usagers actifs. Cette règle découle du fait que les CAARUD ne sont pas des structures médicalisées, et fournissent des outils de réduction des risques plutôt que des traitements médicaux.

Second temps

Dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché : l'ANSM a délivré une AMM pour NALSCUE® (naloxone 0.9 mg/0.1 ml) le 28 juillet 2017. Le prix du produit est encore en cours de discussion.

Un fois que le prix du médicament et son taux de remboursement seront décidés, NALSCUE® sera disponible sur prescription médicale non obligatoire, et sera distribuée aux patients ayant suivi une formation à son usage. Ceci est déjà le cas pour tous les patients inclus dans le protocole ATU, mais la formation des usagers et des professionnels devra se poursuivre.

En plus des structures déjà mentionnées, les CAARUD seront autorisés à distribuer la naloxone aux personnes suivies, du moment que le personnel est formé à communiquer de façon précise avec les usagers, leur famille, et leurs pairs.

Au Royaume-Uni, le Medicines Act de 2005 a été modifié pour que la naloxone soit ajoutée à une liste de médicaments pouvant être injectés par n'importe quelle personne dans le but de sauver une vie. A cause de son statut de médicament uniquement sur ordonnance, la naloxone n'est pas disponible en vente libre. A l'origine, la naloxone était distribuée par le biais d'un Patient Group Direction (PGD, prescription médicale valable pour un groupe de patients au Royaume-Uni), ou dans certains cas par le biais d'une prescription médicale classique. Cependant, grâce à un changement de réglementation d'Octobre 2015, la naloxone est maintenant beaucoup plus largement accessible sans avoir recours à un PGD ou à une prescription médicale.

Les PGD, similaires aux « ordres permanents » (« standing order ») existant dans certains pays, sont des instructions écrites (signées par un médecin et un pharmacien) qui autorisent la distribution ou l'administration de médicaments uniquement sur ordonnance par des infirmiers et des pharmaciens sans avoir besoin d'une prescription individuelle de la part d'un médecin.

La naloxone peut être distribuée à quiconque pouvant être témoin d'une overdose : la famille, les amis, le personnel des structures suivant des usagers, et bien sûr les usagers eux-mêmes.

La distribution n'est plus restreinte aux infirmiers et pharmaciens. La naloxone peut être fournie par n'importe quel membre d'une structure spécialisée dans la prise en charge d'usagers de drogues.

En Italie, la distribution de naloxone existe depuis 1991, date à laquelle les médecins ont pris la responsabilité d'autoriser le personnel de réduction des risques à le faire en réponse à l'escalade du nombre de décès par overdose (Ronconi et al., 2016).

La naloxone a officiellement été mise en vente libre en 1996 par le ministre de la santé. Elle est vendue en pharmacie sans ordonnance et est disponible pour tous. Grâce à son statut de médicament d'urgence, les pharmacies ont l'obligation de l'avoir en stock.

La législation du code pénal italien est très claire au sujet des personnes intervenant dans le cadre du premier secours. Deux articles en traitent — celui portant sur les situations d'urgence et l'autre sur la non-assistance à personne en danger. En bref, les non-professionnels sont légalement protégés quand ils administrent de la naloxone à une personne qui semble être en danger de mort. De plus, si une personne n'intervient pas dans cette situation, elle peut être poursuivie par la loi pour non-assistance à personne en danger.

.

Revue de la littérature

Les études publiées en Europe au sujet de la naloxone à la sortie de prison sont en nombre limité. Une revue de la littérature (Horton et al., 2017) a montré que la plupart de ces études provenaient du Royaume-Uni et des États-Unis, et portaient sur les attitudes à l'égard de la naloxone à la sortie de prison.

Les informations rassemblées ci-dessous sont largement tirées de ces études et du rapport de l'OEDT (EMCDDA, 2016a), et donnent aussi une idée générale de la distribution communautaire de la naloxone en Europe.

Norvège

Le programme communautaire de naloxone par voie intranasale, initié à Oslo et Bergen en 2014, n'avait auparavant pas réussi à s'implanter à grande échelle dans le système carcéral. Alors que le programme s'étend, l'implantation dans les prisons est devenue une priorité. En Norvège, le programme met à disposition une seringue de naloxone pré-remplie (2mg/2ml) avec un atomiseur nasal à la place des aiguilles.

Une étude a été menée dans les prisons pour évaluer l'impact de courtes interventions de formation à la prévention de l'overdose (Petterson and Madah-Amiri, 2017).

Les résultats ont montré que les participants avaient un niveau de connaissance de base élevé des facteurs de risque, des symptômes, et des soins nécessaires pour les overdoses d'opiacés. Cependant, la formation a considérablement enrichi ces connaissances, en particulier en ce qui concerne la naloxone.

L'étude a conclu qu'il existait un réel besoin de programmes de prévention, et que la formation à la naloxone dispensée en milieu carcéral pouvait améliorer la capacité des prisonniers à reconnaître et gérer les overdoses d'opiacés après leur sortie de prison.

Estonie

En Estonie, en plus d'un programme communautaire (lancé en 2013), les unités médicales en prisons ont commencé à distribuer la naloxone en 2015. Ces prisons organisent une formation pour les prisonniers ayant déjà fait usage d'opiacés par voie intraveineuse avant que ceux-ci sortent de prison. A leur sortie, ils reçoivent un kit de naloxone sous forme de seringue pré-remplie.

De juin 2015 à fin 2016, un total de 107 prisonniers ont reçu une formation dans les prisons de Viru, Harku et Murru, et Tartu ; et 85 seringues pré-remplies de naloxone ont été fournies aux prisonniers à leur sortie.

Angleterre, Royaume-Uni

En 2008, le UK Medical Research Council a soutenu financièrement un essai pilote appelé « N-ALIVE ». Tout prisonnier usager d'héroïne par voie intraveineuse de plus de 18 ans ayant été emprisonné pour plus de sept jours pouvait participer au programme qui a

démarré en mai 2012. Des participants provenant de 16 prisons britanniques ont été randomisés pour participer à N-ALIVE.

A leur sortie de prison, les prisonniers randomisés vers le groupe « naloxone » ont reçu une pochette N-ALIVE avec une seringue pré-remplie de naloxone, un guide d'utilisation, et un DVD où ils pouvaient visionner des instructions vidéo sur la gestion de l'overdose et l'administration de naloxone.

Les sujets du groupe témoin apprenaient à leur sortie que leur pochette N-ALIVE ne contenait pas de naloxone.

Cette randomisation a pris fin le 8 décembre 2014, en partie grâce à l'évidence scientifique apportée par le programme de naloxone écossais (OEDT, 2016a).

La disponibilité de naloxone en Angleterre s'est améliorée. La naloxone est fournie dans 138 des 151 régions administratives. Cependant, un rapport récent (publié en 2017) indique que la couverture par ces services reste inégale d'une région à l'autre.

Sur 151 régions administratives, 117 ont fourni des détails sur le nombre de kits distribués sur l'année 2016/2017 :

- A l'échelle nationale, une moyenne de 12 kits de THN ont été distribués pour 100 usagers d'opiacés (couverture de 12%).
- Dans 18 régions, le service est inexistant (chiffre qui inclue les 13 régions ne fournissant pas de THN).
- Dans 72 régions, la couverture était de 1% à 20%.
- Dans 26 régions, la couverture était de 20% à 49%.

Le Pays de Galles a démarré un programme national de naloxone en 2009 (en tant que programme pilote). En Mars 2017, le programme avait distribué 15 037 kits à 6 302 individus. Un rapport indique que les kits ont été utilisés 1 654 fois dans des situations d'overdose (Morgan et Smith, 2017).

Il existe six prisons pour hommes au Pays de Galles, dont trois qui fournissent la THN aux individus identifiés comme étant à risque à leur sortie. En 2016-2017, la distribution de naloxone a été implantée dans la prison pour femmes HMP Eastwood Park à Gloucestershire (bien que cette prison soit située en Angleterre, elle sert de prison pour femmes pour le Pays de Galles), et dans les locaux de garde à vue de la police du Pays de Galles.

Irlande

Depuis 2015, 31 personnes ont été formées comme formateurs et près de 600 personnes ont participé à des ateliers de formation dans le cadre du projet de naloxone (Health Service Executive, 2016).

A Dublin et Limerick, 95 ordonnances de take-home naloxone (THN) ont été rédigées par 6 médecins pendant le projet.

Cinq overdoses potentiellement fatales ont été traitées grâce à la THN, administrée quatre fois par un membre du personnel et une fois par un pair.

Le système carcéral irlandais a participé au lancement de la formation. Des retards

concernant la rédaction des ordonnances ont été constatés mais ont été résolus vers la fin du projet.

Danemark

La distribution de naloxone par voie intranasale a débuté en 2013 à Copenhague, Aarhus, Odense, et Glostrup. En 2014, 121 usagers avaient reçu une formation de prévention des overdoses et des kits THN (OEDT, 2016a).

La THN est distribuée aux usagers, aux familles, aux amis et au personnel des structures. Ceux-ci reçoivent une formation portant sur la prévention et la gestion des overdoses avant de recevoir leur kit de THN.

Le kit contient une seringue pré-remplie de 2mg/2ml de naloxone avec un atomiseur nasal séparé. Il contient cinq doses de 0.4mg. Le manuel indique d'utiliser les trois premières doses par voie intranasale et les deux dernières par injection intramusculaire.

Allemagne

L'association « Fixpunkt » à Berlin a commencé à distribuer la naloxone en 1999, mais le projet n'a pas survécu financièrement après la phase pilote et a cessé en 2002. La naloxone a cependant continué d'être distribuée, en plus petites quantités, après la phase pilote.

A l'heure actuelle, il existe près de 10 programmes naloxone initiés par des ONG et associations d'usagers. Aucun de ces programmes ne s'est penché sur le problème de la sortie de prison.

Le débat portant sur la naloxone et la création d'un réseau de distribution est très actif actuellement en Allemagne (coordination par Akzept, voir le site www.naloxoninfo.de).

Italie

La THN est disponible en vente libre en pharmacie en Italie depuis la fin des années 1980 ; elle est distribuée aux usagers, aux familles, et aux amis depuis 1991, mais elle n'a jamais été formellement évaluée.

La THN fait partie de la stratégie de prévention des overdoses, et elle est maintenant distribuée dans 57 structures de réduction des risques bas seuil, même si cette disponibilité peut varier d'une région à l'autre —notamment en ce qui concerne le Sud et les îles. La majorité des stocks de THN se trouvent dans les services d'accueil et les programmes mobiles d'échange de seringues. La THN est fournie par les professionnels de ces services, mais il existe aussi un important réseau d'éducation et de distribution de naloxone par les pairs (Ronconi et al, 2016).

Malgré la disponibilité de la THN en pharmacie, les pharmaciens eux-mêmes ne jouent pas un rôle important dans la distribution aux usagers, ce qui représente une des limites du programme.

En 2015, parmi les 57 structures distribuant la THN à leurs clients, deux d'entre elles n'ont pas fourni de données. Les 55 structures pour lesquelles des données sont disponibles indiquent que 14 999 flacons ont été distribués, avec une moyenne de 272 flacons par an.

Il n'existe pas ou peu de services de réduction des risques dans les prisons italiennes,

bien que la naloxone soit reconnue comme ayant toute son utilité dans ce champ.

La recherche en Italie a débouché sur un certain nombre de conclusions et de recommandations. Celles qui sont spécifiques au contexte italien sont notées ci-dessous:

CHAMP OPERATIONNEL :

- Le cadre légal actuel est clair est suffisant.
- Toute structure peut et devrait distribuer la naloxone
- Il faut encourager l'approche de soutien par les pairs, la collaboration entre les structures d'autosupport, et soutenir les associations d'usagers
- Il faut créer des programmes destinés aux familles
- Il faut adopter la THN en prison et dans les programmes de réinsertion après la prison

POLITIQUES DE SANTE

- Mettre à jour les politiques et les plans d'action sur les drogues
- Publier des directives portant sur la réduction des risques
- Inclure la THN dans les LEA (liste de services qui doivent être disponibles pour tout citoyen italien)

RECHERCHE

- Inclure la THN dans le système officiel de surveillance
- Développer une recherche qualitative et modifier les perceptions des usagers de drogues
- Développer les études évaluant les procédures et les résultats de la THN.
- Améliorer la synergie entre les systèmes d'information et les registres de mortalité pour suivre et recenser les cas d'overdoses.

Espagne

La ville de Barcelone a officiellement commencé à distribuer la THN en 2008. Selon certains rapports, Barcelone avait déjà commencé à distribuer la naloxone de façon informelle depuis 2001.

Le programme officiel a démarré en 2008 et la THN est maintenant distribuée aux usagers fréquentant une grande palette de structures comme les services d'addictologie, les salles de consommation à moindre risque, et les centres de désintoxication.

Au début, il existait une prime pour encourager les usagers à participer à la formation. En décembre 2013, 5830 kits de THN avaient été distribués, et 40% des bénéficiaires disaient l'avoir administré.

Les limites du programme sont liées d'une part à la politique centrée exclusivement sur l'abstinence de certaines structures, les stocks limités de kits de naloxone, et un manque d'approvisionnement dans les structures carcérales (OEDT, 2016a).



Le modèle écossais



Contexte

Le taux de décès liés aux drogues en Ecosse est un des plus élevés d'Europe. En 2016, 867 personnes sont mortes d'overdoses, la plupart d'entre elles étant accidentelles (National Records of Scotland, 2017).

Pour faire face à l'augmentation des décès liées aux opiacés, le gouvernement écossais a introduit en 2010 un programme national naloxone initié en 2011.

L'Ecosse a une population de près de 5,2 millions d'habitants. Le territoire est divisé en 14 « health boards », les départements administratifs médicaux écossais. Il contient 15 prisons et 30 structures spécialisées en addictologie (« alcohol and drug partnership »). Les 14 départements participent au programme de take home naloxone, et les 15 prisons sont impliquées dans la distribution de naloxone aux prisonniers à leur sortie.

Près de 61 500 personnes font un usage problématique de drogues en Ecosse et 23 255 d'entre elles sont connues des structures. Entre 22 000 et 25 000 sont traitées par méthadone.

Chaque année, en août, le « National Records of Scotland (NRS) » publie le nombre de personnes décédées d'une overdose l'année précédente. Ce rapport indique l'âge, la situation démographique et la substance incriminée dans le décès de la victime. Selon les chiffres publiés en 2016, le taux de mortalité en Ecosse serait de 659 décès/an, et la moyenne d'âge des victimes serait de 41 ans.

Les principales substances régulièrement impliquées sont, l'héroïne, la méthadone, les benzodiazépines et l'alcool. En 2016, les opiacés étaient impliqués, ou contribuaient potentiellement à 88% des décès.

Environ six mois après le rapport de la NRS, l'Information Services Division (ISD) publie une base de données (cette publication est maintenant bi-annuelle) des décès liés aux drogues qui donne plus d'information sur les circonstances individuelles des décès (Information Services Division 2016a).

Des thèmes récurrents apparaissent dans ces rapports :

- Il existe souvent un intervalle de plusieurs heures entre l'overdose et le décès
- La victime a fréquemment présenté une overdose non-fatale dans le passé
- La victime a fait usage de plusieurs drogues simultanément
- Une ou plusieurs personnes étaient présentes lors de l'overdose
- La victime est un usager plus âgé (35-44 ans) qui présente un usage problématique de drogues ancien
- La personne ne suit pas de traitement, et dans un grand nombre de cas, elle a été en traitement dans les 6 mois précédant le décès.

Sachant que deux des substances principales impliquées sont des opiacés et que dans la plupart des cas, une ou plusieurs personnes sont présentes, il paraît donc plus que pertinent que soit mis à disposition des usagers et de leur entourage la naloxone.



Historique

L'importance de former à la conduite à tenir face aux overdoses est soulignée en Ecosse

2003

Lancement du programme de formation sur la prévention et le traitement des overdoses

Lettre d'intention du chef de la justice écossaise demandant d'autoriser l'utilisation de naloxone par le personnel non-médical ; requête refusée.

2004

Le « Medicines Act » (1968) est modifié pour autoriser l'injection de naloxone par « quiconque tente de sauver une vie »

Les intervenants associatifs demandent à l'agence du médicament et de la santé un amendement permettant aux intervenants non professionnels d'utiliser la naloxone

Scottish Drug Forum organise une conférence d'envergure sur les décès liés aux drogues

L'exécutif écossais lance un plan d'action contre les décès liés aux drogues

2005

Fin du fond de remboursement des kits de naloxone
Responsabilité financière transférées aux administrations locales

2016

La réglementation écossaise autorise une distribution plus large en réduisant les restrictions liées au statut de médicament uniquement sur ordonnance

2015

Nouvelle recommandation : 25% des usagers devraient être couverts

2014

Lancement du premier pack de naloxone destiné à l'usage communautaire (Prenoxad) au Royaume-Uni

Objectif d'atteindre un taux de couverture d'au moins 15% des usagers de drogues

2013

Pour la première fois, les prisons reçoivent un objectif spécifique (auparavant, les recommandations incluaient communauté libre et systèmes carcéraux ensemble). L'objectif pour les prisons était annuel (plutôt que cumulatif), et se basait sur le nombre de prisonniers dépistés positifs aux opiacés à leur entrée et à la moyenne de sorties de prison pour chaque prison chaque année. Les prisons sont censées fournir un minimum de 25% de couverture par an.

Ceci représente un développement important pour un potentiel programme de take home naloxone, n'importe qui pouvant administrer la naloxone à n'importe qui en toute légalité pour sauver une vie en situation d'urgence.

Mission d'enquête de plusieurs organisations à la Chicago Recovery Alliance, USA

2006

Glasgow et Lanarkshire lancent un programme pilote de naloxone

2007

NHS Highland initie un programme pilote

2009

Premier rapport de surveillance naloxone publié par l'Information Services Division d'Écosse - 3445 kits THN fournis en 2011/12

Création et formation des 2 premiers réseaux de pairs-éducateurs

2012

Le procureur général produit des lignes directrices permettant d'étendre l'offre de naloxone au personnel travaillant dans les services

2011

Un forum national sur les décès liés aux drogues recommande le développement de programmes locaux de naloxone

Le gouvernement écossais annonce le lancement d'un programme financé par le gouvernement national pour les communautés et les prisons

SDF reçoit les fonds pour la partie formation du programme

Le comité consultatif national naloxone est installé et développe une stratégie pour permettre l'accès à la naloxone

2010

Le programme en prison

Un des éléments principaux de ce programme national était d'assurer la distribution de naloxone aux prisonniers à leur sortie de prison en raison de leur risque élevé d'overdose dans les semaines suivant leur libération (Bird et Hutchison, 2003).

En moyenne, 7 800 personnes sont incarcérées un jour donné dans le système écossais (gouvernement écossais, 2015). Des opiacés sont dépistés chez un tiers des entrants (Scottish Prison Service, 2014).

Une formation dispensée par le personnel du NHS (National Health Service) est proposée aux prisonniers usagers d'opiacés pendant leur incarcération et souvent dans les 6 mois qui précèdent leur libération. Le personnel d'accueil dépose un kit parmi les effets personnels rendus au prisonnier à leur libération. (Horsburgh et McAuley, 2017).

En plus de ces mesures, le Scottish Drug Forum offre des formations d'« éducation par les pairs » à plusieurs groupes de prisonniers à travers l'Ecosse pour qu'ils puissent ensuite former d'autres prisonniers. Selon certains rapports, cette approche a amélioré l'acceptabilité de la naloxone dans le système carcéral écossais et a aidé le personnel à distribuer plus de kits.

Dans le dernier rapport national sur la naloxone, un total cumulé de 4 343 kits de THN a été distribué dans les prisons écossaises de 2011-12 à 2015-16 (Information Services Division, 2016b).

Plus récemment, près de 300 agents pénitentiaires de nuit ont été formés à reconnaître une overdose et à utiliser la naloxone. Cette mesure doit encore être approuvée par le service national des prisons écossaises, et la date de lancement doit être fixée. Cette formation semblait nécessaire car il n'existe pas de service infirmier de nuit dans les prisons écossaises. Distribuer la naloxone au personnel de nuit permet de gagner un temps précieux en attendant l'arrivée des secours.

Etapas pratiques

L'objectif du programme naloxone en prison est de former les prisonniers à la prévention des overdoses, à intervenir et utiliser la naloxone pendant leur emprisonnement, et de leur fournir de la naloxone à leur sortie. Cette formation est dispensée par le personnel de la NHS et par les pairs, et elle est appuyée par l'administration pénitentiaire écossaise.

Il existe plusieurs étapes au cours de la période d'incarcération des prisonniers pendant lesquelles ils peuvent recevoir une formation. Sont présentés ci-dessous les obstacles potentiels et les solutions possibles à chaque phase de ce parcours.

Accueil

C'est l'étape où le prisonnier est officiellement admis dans la structure carcérale. Le personnel médical fait un dépistage de drogues. Si des opiacés sont détectés, le prisonnier est informé de l'existence du programme naloxone et son éventuel intérêt est noté dans son dossier. Si le prisonnier refuse, une nouvelle proposition lui est faite plus tard.

Obstacles

L'admission n'est pas toujours le meilleur moment pour présenter une intervention qui ne sera disponible qu'à la sortie. Le programme ne constituera pas une priorité pour le prisonnier qui aura sans doute d'autres préoccupations.

Quelquefois, les prisonniers ne sont pas informés du programme, leur intérêt n'est pas noté, ou aucune nouvelle proposition ne leur est faite.

Solutions

S'assurer qu'il existe plusieurs opportunités de formation au cours de la période d'incarcération.

Admission

L'admission dans le programme est proposée à tous les prisonniers dans les premiers jours de leur incarcération. Dans certaines structures, ce sont les pairs qui offrent cette formation, qui inclue souvent des informations sur le programme naloxone. L'intérêt éventuel est de nouveau noté par le personnel ou par les pairs.

Obstacles

Ce programme n'est pas obligatoire et dans certains cas les prisonniers décident de ne pas y assister. Leur intérêt pour le programme peut ne pas être noté.

Solutions

S'assurer qu'il existe plusieurs opportunités de formation au cours de la période d'incarcération.

Formation

Cette formation est offerte six semaines avant la libération, en partenariat avec les programmes de sortie de prison.

Obstacles

Ces programmes ne sont pas obligatoires, et dans certains cas les prisonniers décident de ne pas y assister. Certains prisonniers sont libérés plus tôt que prévu et perdent cette opportunité.

Solutions

S'assurer qu'il existe plusieurs opportunités de formation au cours de l'incarcération (la durée du temps restant avant libération n'est pas le critère le plus important).

Orientations

Pendant la période d'incarcération, les prisonniers peuvent aussi faire à n'importe quel moment une demande de formation— parce qu'ils ont vu une affiche, lu une brochure, ou parlé à un pair ou à un membre de leur famille lors d'une visite, par exemple.

Déroulement de la formation

Initialement, la formation a été conçue pour être collective, réalisée par deux membres du personnel.

Obstacles

Il est difficile de planifier une date à laquelle les formateurs et les participants puissent se retrouver. Les prisonniers ont souvent d'autres activités — ils travaillent, font du sport, reçoivent des visites, etc. Le personnel pénitentiaire doit accompagner les prisonniers au lieu de formation, ce qui, selon certains rapports, ne se fait pas toujours car certains prisonniers refusent de participer le jour même. Le manque de personnel et de ressources restent un obstacle. La dynamique de groupe ne fonctionne pas toujours en prison, en particulier au sujet de l'overdose, sujet chargé émotionnellement, et parce que l'environnement peut être dissuasif.

Solutions

La formation a été raccourcie à une intervention de 10-15 minutes.

Un membre du personnel ou un pair formateur à la naloxone peut mener cette intervention. Elle peut être faite dans les lieux de soins, lors d'autres rendez-vous ou dans les couloirs.

Le personnel infirmier peut ensuite déposer le kit de naloxone au greffe pour qu'il soit placé parmi les effets personnels du prisonnier (avec leur téléphone portable, etc.)

Obstacles

Le timing de cette formation peut présenter problème — si un prisonnier est formé un an avant sa sortie, le kit doit être placé parmi les effets personnels plus tard, un peu avant la sortie. Les prisonniers sont souvent libérés plus tôt que prévu par le tribunal, avant que le kit n'ait pu être placé parmi leurs effets personnels.

Solutions

Il est absolument impératif de former le personnel pénitentiaire à la naloxone, non seulement pour qu'il sache ce que c'est, mais aussi pour qu'il puisse répondre aux questions des prisonniers et les encourager à sortir avec un kit.

Trouver un mécanisme pour s'assurer que le kit a été placé parmi les effets personnels bien avant le passage au tribunal ou la sortie anticipée, etc.

Le jour de la sortie

Le prisonnier récupère ses effets personnels quand il sort de prison.

Obstacles

Quelque fois, le kit n'a pas été placé parmi les effets personnels. Le prisonnier ne peut pas attendre de se le faire distribuer à ce moment-là.

Quelques fois, une attention excessive est portée au kit par le personnel et le prisonnier refuse de le prendre. Ceci peut être lié au fait que le prisonnier a exprimé sa décision

de ne plus consommer de drogues, et le fait de prendre le kit pourrait sembler contredire cette décision. Le prisonnier peut aussi vouloir éviter d'être perçu comme un usager par les personnes alentour.

Solutions

S'assurer que le kit est bien rattaché aux affaires du prisonnier avant la sortie.

A ce stade, on peut impliquer les pairs — un très bon exemple : dans une prison écossaise, des pairs formés à la naloxone ont le rôle d'être placé au greffe pour s'assurer que les prisonniers partent avec leur kit.

La grande majorité des obstacles sont de nature logistique. Des systèmes et des procédures standardisés doivent être mis en place pour éviter ce genre d'obstacle.

Education par les pairs

Le Scottish Drug Forum a introduit un programme innovant de formation à la naloxone par les pairs en 2012. Ce programme continue aujourd'hui à fonctionner à travers l'Ecosse (Scottish Drug Forum, 2012).

Les formateurs-pairs sont recrutés par différentes structures dans la communauté. La plupart sont des usagers ou anciens usagers, mais dans certain cas, il peut s'agir de membres de la famille d'une victime d'overdose fatale.

Les formateurs-pairs sont formés par SDF sur quatre jours. Cette formation aborde les différents éléments de compétence requis pour intervenir dans la communauté. Elle est suivie d'entretiens individuels mensuels.

Une structure locale fournit un soutien sous forme d'entretiens réguliers avec les pairs pour discuter de toute difficulté rencontrée, qu'elle soit personnelle ou de formation. Un soutien collectif ou individuel est ensuite proposé aux pairs selon les difficultés évoquées. Les formateurs-pairs ont fourni plusieurs milliers d'heures de leur temps personnel pour sensibiliser et distribuer la naloxone en Ecosse. Plusieurs milliers de personnes ont maintenant été formées par un formateur-pair.

En 2015, une nouvelle réglementation concernant la distribution de naloxone permet à toute personne dans un dispositif venant en aide aux usagers de drogues de distribuer à quiconque pouvant être confronté à une overdose, sans ordonnance, la naloxone. Cette modification importante signifie qu'en plus des infirmiers et des pharmaciens, d'autres personnes jouant un rôle parmi les structures spécialisées, comme les volontaires, peuvent participer à la distribution de naloxone.

En Août 2017, le premier programme de distribution de naloxone par les pairs a été lancé à Glasgow (Scottish Drug Forum, 2017).

Il est espéré que les volontaires continueront à élargir l'accès à la naloxone dans leur communauté, pour que celle-ci soit plus souvent présente dans les situations d'overdose. Le projet va aussi offrir d'autres compétences et opportunités aux volontaires.

Ce programme récent va d'abord se focaliser sur les communautés de réinsertion à Glasgow, puis sur les logements solidaires, les programmes résidentiels et communautaires, et les personnes à risques dans les rues de Glasgow qui ne sont pas toujours rattachées aux structures. En permettant aux formateurs-pairs de distribuer la naloxone, ce modèle espère permettre de pouvoir mieux atteindre les populations à risque.

Le modèle de distribution par les pairs sera évalué. S'il est considéré comme efficace, il sera implanté dans d'autres départements administratifs sanitaires en Ecosse.

En 3 mois d'opération, les pairs ont distribué plus de 300 kits de take home naloxone.

Efficacité

Le premier objectif du programme de naloxone écossais était de réduire le nombre de décès liés aux overdoses dans les quatre semaines suivant la sortie de prison.

Ces décès ont diminué de 36% (de 9.8 à 6.3%) pendant la période d'évaluation. On estime qu'après avoir distribué près de 12 000 kits de naloxone de 2011 à 2013, le programme national de naloxone pourrait avoir prévenu 42 décès liés aux opiacés à la sortie de prison.

Le deuxième objectif était de réduire le nombre de décès liés aux opiacés en sortie d'hôpital. Contrairement à la prison, le programme national de naloxone a eu peu d'effet apparent dans ce contexte (Bird et al., 2016).

Il est important de noter que contrairement aux prisons, les hôpitaux n'étaient pas ciblés comme points importants de distribution de naloxone. Seuls quelques hôpitaux en Ecosse distribuent la take-home naloxone. Malheureusement, pendant la durée du programme, les décès liés aux drogues ont continué d'augmenter.

La naloxone a été utilisée des milliers de fois pour traiter des overdoses aux opiacés potentiellement fatales. On peut donc raisonnablement imaginer que le nombre de décès auraient été nettement plus élevé sans l'accès à la naloxone.

Selon la définition d' « efficacité » utilisée, il existe différentes manières d'évaluer l'impact du programme.

Du point de vue du traitement, l'introduction du programme a augmenté les chances que les médecins entament une discussion avec les sujets fréquentant leurs structures sur les risques d'overdose et les manières d'intervenir. Dans un contexte dans lequel les services sont souvent perçus comme « punitifs », le programme offre une nouvelle manière de lever les barrières et améliorer les relations avec les sujets les fréquentant.

La distribution de naloxone envoie un message puissant, indiquant que la vie de chacun compte.

Le programme a réussi à normaliser la distribution de naloxone aux usagers, à leur famille, et à quiconque pouvant être témoin d'une overdose. De cette manière, le programme permet d'aborder la stigmatisation associée liée à l'usage de drogues.

Malgré tout ce qui précède, la naloxone n'est pas encore présente dans toutes les situations d'overdose, et nous devons garantir une meilleure couverture pour améliorer la situation.

Champs d'amélioration possibles

Les forces de l'ordre écossaises ne sont pour l'instant pas impliquées et n'acceptent pas l'utilisation de la naloxone par leurs équipes. Les agents de police sont souvent les premiers à intervenir dans des situations d'overdose, et sont donc très bien placés pour utiliser la naloxone de façon efficace. Une des raisons avancées pour ne pas s'impliquer dans le programme est le fait qu'il s'agit d'un produit injectable. Il est donc espéré qu'à partir de 2018, un accès à une forme intranasale permettra de faire avancer les discussions avec les forces de l'ordre, toujours en cours.

Les médecins généralistes sont également bien placés pour prescrire la naloxone aux patients qui ne sont pas habituellement en contact avec les structures spécialisées, car beaucoup de généralistes prescrivent des traitements de substitution. Il a été difficile d'impliquer les généralistes dans le programme, malgré leur volonté première de s'engager (Pflanz-Sinclair et al., 2013).

Le service ambulancier écossais pourrait aussi jouer un rôle important dans la distribution de naloxone quand ses professionnels assistent à une situation d'overdose non-fatale. Certains sujets décident de ne pas suivre les ambulanciers jusqu'à l'hôpital et risquent de refaire une overdose. Ceci représente une très bonne opportunité de dispenser une mini formation et de distribuer des kits de naloxone.

Grâce à une nouvelle réglementation en 2015, les associations peuvent maintenant distribuer la naloxone ; mais plusieurs régions n'ont pas encore saisi cette opportunité.

La distribution de naloxone en prison est variable d'une région à l'autre. Elle pourrait être inscrite plus systématiquement dans l'univers carcéral pour devenir plus efficace.

Enfin, le rôle des pairs dans le programme pourrait être développé pour créer plus de réseaux de distribution dans le pays, ce qui améliorerait la distribution aux populations les plus à risque.

Guide de mise en œuvre – Pouvoirs publics

Ce guide se base sur l'expérience acquise lors du programme national de naloxone en Ecosse.

Mener une enquête sur le cadre légal régissant la distribution de naloxone aux usagers et à ceux pouvant être témoins d'une overdose.

Nommer un chef de projet — la personne qui sera responsable de la gestion et de la coordination de l'implantation du programme THN.

Identifier les partenaires essentiels, pouvant inclure : organisations gouvernementales, direction, gestionnaires, services médicaux et pharmacies des prisons, gestionnaires de collecte de données, usagers, représentants des détenus, le support familial.

Former un groupe de travail — ce groupe aura la responsabilité de la coordination stratégique du programme.

Etablir un budget — le coût principal sera celui du produit lui-même. A noter le besoin de personnel supplémentaire pour la phase d'implantation (chef de projet et formateur référent).

Identifier un traitement adapté— un traitement qui réponde au cadre légal local et qui entre dans le financement établi.

Etablir un système de recueil de données — un système qui ne soit pas chronophage pour les praticiens (voir exemple écossais en annexe). Des données doivent être recueillies sur le nombre de kits distribués, que le client reçoive un kit pour la première fois ou pas (si ce n'est pas la première fois, en noter la raison : kit déjà utilisé sur quelqu'un d'autre, sur le client lui-même par un autre, perdu, confisqué, ou autre) et les données démographiques. Il peut être utile de noter les données géographiques pour identifier les régions dans lesquelles les kits de naloxone sont distribués.

En Ecosse, ces données sont communiquées tous les trimestres, ce qui permet de lancer des interventions ciblées au cas où les taux de distribution sont faibles.

Elaborer un système de distribution — considérer la méthode la plus pratique pour Administrer des soins de façon opportuniste et improvisée. Dans le meilleur des cas, un cadre avec le minimum de restrictions possible sera mis en place.

Page suivante

Identifier le «formateur référent» — cette personne sera responsable de la formation des formateurs. Elle doit avoir une très bonne connaissance de la prévention des overdoses, de l'intervention en situation d'urgence, et de la naloxone. Elle doit se tenir au courant par des sources de qualité et elle-même recevoir des formations pour s'assurer qu'elle est prête à accomplir sa mission.

Etablir un plan de formation — identifier les individus qui auront besoin d'être formés. Le formateur référent doit « former les formateurs » qui formeront ceux pouvant être témoins d'overdoses. N'importe qui peut être formé à former, et peut ensuite mener des séances de sensibilisation. La « formation pour formateur » doit rester la responsabilité du formateur référent pour s'assurer de la cohérence et de la qualité du programme.

Créer un modèle d'éducation par les pairs — il peut être utile d'avoir un modèle de référence qui puisse être adapté aux besoins locaux si nécessaire.

Publier de la documentation — flyers et affiches de sensibilisation au programme.

Communiquer — s'assurer que tous les partenaires, en particulier ceux qui jouent un rôle dans la distribution, sont au courant du programme dès la phase de développement pour que tout le monde puisse se préparer et avoir le sentiment de faire partie du programme.

Former — la formation peut commencer une fois que tous les processus logistiques sont en place, pour que, une fois le personnel formé, il puisse immédiatement commencer à former ceux pouvant être témoins d'une overdose.

Evaluer le programme — le groupe de travail doit continuer à se réunir après le lancement du programme pour aborder les difficultés rencontrées et pour évaluer son impact.



Guide de mise en œuvre - praticiens

Nommer un chef de projet — cette personne fait partie du personnel et sera responsable de la coordination du programme en prison en s'assurant que les difficultés sont abordées, que les données sont recueillies, et que le programme se déroule comme prévu.

Identifier un chef de projet pour les pairs — cette personne (distincte du chef de projet) doit déjà être impliquée dans la distribution et la formation aux prisonniers. Elle doit avoir une bonne réputation et une bonne relation avec les prisonniers. En Ecosse, cette personne venait toujours des services pénitentiaires plutôt que du service médical.

Etablir une procédure opérationnelle — cette procédure doit être mise en place pour indiquer tous les aspects opérationnels du programme : qui mène la formation, comment elle sera enregistrée, où est stockée la naloxone, et qui a la responsabilité de s'assurer qu'elle est distribuée à la sortie des détenus.

Documents administratifs — mis en place pour garder des traces de la formation et pour surveiller la collecte des données.

Documentations — flyers, affiches et cartes d'information doivent être distribués aux prisonniers et à tous ceux qui reçoivent la formation. Il peut être avisé de fournir un certificat à ceux qui ont reçu la formation.

Créer un plan de formation pour le personnel — identifier les personnels clés à former à la formation et coordonner la participation.

Assister à la formation du personnel - tout le personnel identifié doit assister à la formation des formateurs dispensée par le formateur référent avant de former les personnes susceptibles d'être témoins d'une overdose. Les personnels devront être en mesure de débiter les formations immédiatement après, tant que les connaissances sont fraîches.

Identifier les détenus pouvant être pairs éducateurs – points clés et recommandations à ce sujet sont fournis plus loin..

Former les formateurs-pairs — le chef de projet pour les pairs doit organiser la formation pour les pairs en se basant sur le programme développé au préalable.

Former — la formation doit être courte, opportuniste, et doit pouvoir être menée dans plusieurs environnements différents. Elle doit être standardisée et discutée le plus souvent possible. Il est possible de former par petits groupes,.



Formation naloxone



Formation des équipes

Formation de formateurs à la naloxone (réalisée par le formateur référent)

Cette formation doit donner une vue d'ensemble des décès liés aux drogues à l'échelle nationale et locale, avec une focalisation sur la prévention des overdoses, l'intervention et la naloxone.

Il doit détailler les causes des décès, les facteurs de risque, les périodes à risques, les idées reçues et comment identifier les signes et symptômes des overdoses.

Il doit faire un focus sur la naloxone, son action, les différentes formulations et modes d'administration, avec une attention particulière à l'inclusion de la naloxone dans les soins d'urgence élémentaires.

Cette formation doit aussi inclure des éléments de pédagogie, et doit fournir les compétences nécessaires pour mener une formation de groupes tout comme de brèves interventions.

Au terme des ateliers et de la formation pratique, les participants doivent se sentir confiants dans leur capacité à repérer une overdose et intervenir grâce à la naloxone (qui doit être disponible en détention).

Les participants doivent aussi pouvoir mener une formation sur les overdoses et la naloxone pour ceux qui sont susceptibles d'assister à une overdose, et les encourager à emporter un kit de naloxone à leur sortie de prison, comme l'indique le programme de THN.

Objectifs de formation

A la fin de la formation, les participants doivent :

- Avoir une bonne compréhension de la prévention des overdoses et de la naloxone
- Pouvoir identifier les signes et symptômes d'une overdose et les transmettre, et être capable de réagir en conséquence.
- Avoir les compétences nécessaires à la gestion d'une situation d'overdose et pouvoir répondre aux questions des prisonniers sur la naloxone.
- Avoir une meilleure compréhension du programme THN et de l'importance de son impact dans la réduction des décès liés aux drogues.
- Pouvoir mener, en toute confiance, une formation de THN à ceux pouvant être témoins d'une overdose.

Public ciblé

Personnels exerçant en milieu pénitentiaire.

Durée

En Ecosse, la formation aux formateurs (T4T) durait initialement deux jours, mais a souvent dû être raccourcie à un jour en raison des difficultés d'organisation. Aujourd'hui, la formation dure une journée car le Scottish Drug Forum propose d'autres formations qui rendent certains contenus de la T4T redondants.

Sessions de sensibilisation

Ces séances d'une durée de 1h30-3h00 sont destinées à ceux qui pourraient avoir à réagir dans une situation d'overdose, mais qui n'ont pas pour objectif de former à l'utilisation de la naloxone.

Les sessions de sensibilisation sont une version condensée de la T4T, et ne contiennent pas les éléments de pédagogie.

Modèle d'éducation par les pairs

Programme d'éducation par les pairs naloxone

(Former les détenus pour qu'ils puissent intervenir auprès de leurs pairs en détention)

En Ecosse, il s'agit d'une formation communautaire de quatre jours (habituellement menée sur une période de trois semaines) suivie de six entretiens (quatre à six fois par semaine) pour consolider les apprentissages.

Dans la communauté, la formation se déroule ainsi :

Jour 1 : connaissance générale sur les drogues, avec une focalisation sur les comportements, les valeurs et la stigmatisation.

Jour 2 et 3 : formation pour formateurs naloxone (identique au T4T)

Jour 4 : théorie et pratique = les avantages et difficultés de l'éducation par les pairs et stratégies pratiques pour mener une formation.

Cette formation aide non seulement les pairs à mener une formation naloxone mais elle leur transmet aussi des compétences utiles à leur développement personnel.

Dans le contexte carcéral : la formation est condensée pour entrer en adéquation avec les contraintes de la détention. *Les prisonniers reçoivent d'abord deux journées de formation pour formateurs naloxone, suivies de six entretiens pour incorporer le programme des journées 1 et 4 de la formation en milieu libre.*

Objectifs de formation, jour 1 et 4

Thèmes abordés :

- Dommages causés par les drogues
- Groupes de drogues, effets et statut légal
- Histoire des drogues
- Comportements et valeurs
- Options de traitement
- La formation par les pairs
- Avantages et inconvénients de la formation par les pairs
- Les approches dirigées par les pairs
- L'information et l'éducation par les pairs
- Signes d'agressivité et leur gestion
- Interventions brèves
- Faciliter la formation
- Gérer la colère et le stress
- Les situations difficiles

Au terme des six entretiens de suivi, les participants pourront :

- Identifier et explorer les valeurs et comportements entourant certaines substances

- Rappeler les différents groupes de drogues, leurs effets et leur statut légal
- Expliquer comment les représentations peuvent affecter notre prise de décision
- Préciser les différentes motivations associées à l'usage de drogues
- Citer le fondement de l'éducation par les pairs et en citer les avantages et inconvénients
- Avoir une bonne compréhension des différents types d'approches menées par les pairs
- Avoir en tête les compétences nécessaires à la gestion de situations et comportements difficiles pendant la formation
- Citer les avantages d'une formation de groupe menée par un ou deux formateurs
- Organiser une session de sensibilisation à la naloxone.

Les-pairs éducateurs sont soutenus par le personnel pénitentiaire et médical quand ils mènent des interventions brèves en prison. Le personnel doit alors s'assurer qu'un kit de naloxone est déposé parmi les effets personnels du prisonnier en prévision de sa sortie.

Conseils pour un programme naloxone d'éducation par les pairs en prison (conduit par les prisonniers)

- Promouvoir la formation aux formateurs bien à l'avance
- Fournir le nom d'un membre du personnel comme contact régulier pour tous les éducateurs-pairs
- Proposer un soutien et des entretiens de suivi réguliers aux pairs
- S'assurer de l'implication de l'ensemble des équipes au lancement du programme (médicales, pénitentiaires, etc)
- Proposer des mesures incitatives pour la participation des détenus à la formation
- Permettre à tous les prisonniers de s'inscrire au programme
- Promouvoir les interventions brèves (10-15 min) pour la formation
- Avoir une stratégie de communication interne (magazine de la prison, radio, chaîne TV interne)
- Recruter des prisonniers condamnés à des peines longues pour la pérennité du programme
- Impliquer des prisonniers qui disposent déjà d'une notoriété ou d'une influence sur les autres prisonniers
- Favoriser la reconnaissance des sujets impliqués dans la formation et les encourager
- Créer des postes « naloxone » pour les prisonniers au même titre que d'autres emplois
- S'assurer que les formateurs-pairs ont un système simple et direct pour transmettre aux professionnels devant insérer les kits dans les effets des détenus sortants les indications permettant d'identifier ceux ayant suivi la formation.

Les éléments clés d'une intervention brève

Une séance de formation destinée à ceux susceptibles d'être témoins d'une overdose doit contenir les éléments suivants¹ :

Les substances les plus fréquemment impliquées dans les décès liés aux drogues (héroïne, méthadone, benzodiazépine, alcool — tous dépresseurs du SNC) et leur **effets physiques** (respiration lente, superficielle et irrégulière ; pouls ralenti ; trouble de la vigilance ; perte de conscience ; mémoire altérée ; perte des sensations douloureuses, baisse de la température.)

Les principales causes de l'overdose (faible tolérance, polyconsommation, usage excessif, usage solitaire, usage par voie intraveineuse, niveaux de pureté)

Les périodes à haut risque (sortie de prison, sortie de centre de réinsertion ou d'hôpital, détox récente, rechute récente, mauvaise santé mentale ou physique, événements de vie, entrée d'argent importante, usage à long terme, périodes festives, weekends et vacances)

Les signes et symptômes d'une overdose aux opiacés (pupilles en tête d'épingle, difficultés respiratoires, couleur de la peau et des lèvres, absence de réponse au bruit et à la stimulation, perte de conscience)

Les idées reçues (ne pas infliger de douleur, faire consommer d'autres substances comme des stimulants, faire prendre un bain/douche, faire marcher, laisser seul)

Savoir quand appeler les secours (la personne ne se réveille pas quand on crie/la secoue, identifier la personne et le lieu)

Savoir placer en position latérale de sécurité (allongé sur le côté, voies respiratoires dégagées)

Savoir pratiquer la ventilation artificielle et des gestes de réanimation (30 compressions, 2 insufflations — un cycle de réanimation)

Savoir quand et comment administrer la naloxone (la victime a perdu conscience mais respire : administrer en position latérale de sécurité puis toutes les 2-3 minutes ; la victime a perdu conscience mais ne respire pas : administrer après un cycle de réanimation, puis tous les trois cycles de réanimation ; dose : 0.4ml (sur la base des doses de Prenoxad injectable) dans les muscles extérieurs des cuisses, à travers les vêtements)

Savoir que la naloxone a une action brève (les effets de la naloxone diminuent après 20-30 minutes et l'overdose peut se réinstaller)

Connaitre l'importance de rester avec la victime (ne pas laisser la victime utiliser d'autres drogues quand elle reprend conscience)

Cette intervention devrait prendre la forme d'une discussion plutôt que d'une session de formation. Le formateur ne doit pas lire cette liste, mais doit impliquer la personne en écoutant son expérience et ses savoirs sur les overdoses, et utiliser ces informations pour couvrir les éléments clés.

¹ A noter que les substances impliquées et les indications de réanimation peuvent varier d'un pays à l'autre.

Dix points essentiels des programmes naloxone

1. Proposer une formation courte

Une discussion de 10 minutes est suffisante pour transmettre à quelqu'un les compétences de base pour sauver une vie. Ne sous-estimez pas les effets potentiels d'une intervention courte !

2. Ne dites pas à quelqu'un de revenir plus tard. Faites-le tout de suite !

Les discussions opportunistes, menées pendant que quelqu'un est en face de vous, peuvent faire la différence entre la vie et la mort. Vous n'êtes pas sûr de revoir cette personne dans le futur: assurez-vous qu'ils reçoivent le kit naloxone.

3. Assurez vous que la formation et la distribution se déroulent au même endroit

Votre programme sera plus efficace si vous pouvez donner la naloxone en main propre au terme de la formation. En cas d'étapes supplémentaires, les personnes formées pourraient ne jamais recevoir leur naloxone.

4. Impliquez les pairs !

Les pairs bénéficient d'une crédibilité immédiate au sein du groupe cible et ils augmentent largement le taux de distribution, a fortiori si ils sont aussi autorisés à distribuer la naloxone.

5. Si quelqu'un refuse de recevoir la naloxone, c'est que le message est mal ajusté. Changez de message.

Les relations humaines sont au cœur de tout programme naloxone. Si vous réussissez à montrer à quelqu'un que vous tenez réellement à sa vie et à la vie de ses amis, cette personne ne refusera pas de prendre la naloxone.

6. Soyez créatif et n'attendez pas que les gens viennent vers vous

Allez rencontrer les gens là où ils sont ou dans les structure qu'ils fréquentent, et ne comptez pas sur un programme basé sur des rendez-vous.

7. Distribuez en priorité aux usagers

Les usagers sont les personnes qui ont le plus de chance de se retrouver en situation d'overdose. Ce groupe doit être le cœur de la cible du programme.

8. Assurez-vous que tous ceux qui suivent un traitement agoniste opioïde reçoivent une dose de naloxone

Tous les usagers bénéficiant d'un traitement agoniste opioïde devraient automatiquement recevoir une dose de naloxone. Si vous fournissez un opiacé, vous devez aussi en fournir l'antidote. (Oui, le traitement est un facteur de protection, mais il

s'agit d'assurer une couverture de naloxone et normaliser sa possession.)

9. Priorisez, normalisez, standardisez dans toutes les structures

Le plus grand danger de mort dans le groupe ciblé est l'overdose accidentelle, évitable.

10. Encouragez et soutenez toujours ceux qui peuvent parler de leur expérience d'utilisation de la naloxone

Si quelqu'un a utilisé la naloxone pour sauver une vie — félicitez-le ! Cette expérience a sans doute été traumatisante, et la personne peut avoir besoin de soutien. C'est aussi une opportunité pour rappeler les bases et pour distribuer une nouvelle dose de naloxone.

Checklist de mise en place du programme

Pouvoirs publics, décideurs

- Cadre légal cerné
- Autorisation légale acquise
- Chef de projet identifié
- Partenaires clés identifiés
- Partenaires clés contactés
- Groupe de travail établi
- Financement assuré
- Produit adéquat identifié
- Recueil de données planifié
- Système de distribution établi
- Formateur référent identifié
- Plan de formation créé
- Modèle d'éducation des pairs prévu
- Documentation disponible
- Formateurs formés
- Plan d'évaluation prévu

Praticiens

- Référent naloxone identifié
- Chef de projet pour les pairs identifié
- Procédure opérationnelle en place
- Documents de suivi créés
- Documentation disponible
- Plan de formation du personnel créé
- Personnel formé à la formation
- Futurs pairs éducateurs identifiés et formés
- Lancement du programme

Annexes

Annexe 1: Checklist pour la formation individuelle à la naloxone

Annexe 2: Evaluation pré-test et post-test des sessions

Annexe 3: Evaluation de la formation de formateur – Modèle de Certificat

Annexe 4: Evaluation de la session de sensibilisation

Annexe 5: Flyer naloxone

Annexe 6: Poster naloxone

Annexe 7: Guide d'entretien de suivi/rapport naloxone

Checklist pour la formation individuelle à la naloxone

Détail candidat

Nom	Date naissance	Adresse incluant code postal	Nom et adresse du médecin

Le candidat doit maîtriser les thèmes suivants:

	Initiales formateur
Les substances les plus fréquemment impliquées dans les décès liés aux drogues (héroïne, méthadone, benzodiazépine, alcool — tous dépresseurs du SNC) et leur effets physiques (respiration lente, superficielle et irrégulière ; pouls ralenti ; trouble de la vigilance ; perte de conscience ; mémoire altérée ; perte des sensations douloureuses, baisse de la température.)	
Les principales causes de l'overdose (faible tolérance, polyconsommation, usage excessif, usage solitaire, usage par voie intraveineuse, niveaux de pureté)	
Les périodes à haut risque (sortie de prison, sortie de centre de réinsertion ou d'hôpital, détox récente, rechute récente, mauvaise santé mentale ou physique, événements de vie, entrée d'argent importante, usage à long terme, périodes festives, weekends et vacances)	
Les signes et symptômes d'une overdose aux opiacés (pupilles en tête d'épingle, difficultés respiratoires, couleur de la peau et des lèvres, absence de réponse au bruit et à la stimulation, perte de conscience)	
Les idées reçues (infliger de la douleur, faire consommer d'autres substances comme des stimulants, faire prendre un bain/douche, faire marcher, laisser seul)	
Savoir quand appeler les secours (la personne ne se réveille pas quand on crie/la secoue, identifier la personne et le lieu)	
Savoir placer en position latérale de sécurité (allongé sur le côté, voies respiratoires dégagées)	
Savoir pratiquer la ventilation artificielle et des gestes de réanimation (30 compressions, 2 insufflations — un cycle de réanimation)	
Savoir quand et comment administrer la naloxone (la victime a perdu conscience mais respire : administrer en position latérale de sécurité puis toutes les 2-3 minutes ; la victime a perdu conscience mais ne respire pas : administrer après un cycle de réanimation, puis tous les trois cycles de réanimation ; dose : 0.4ml (sur la base des doses de Prenoxad injectable) dans les muscles extérieurs des cuisses, à travers les vêtements.	
Savoir que la naloxone agit à court terme (les effets de la naloxone diminuent après 20-30 minutes et l'overdose peut se réinstaller)	
Connaitre l'importance de rester avec la victime (ne pas laisser la victime utiliser d'autres drogues quand elle reprend conscience)	

Le candidat a montré une bonne connaissance des overdoses aux opiacés, de l'utilisation de la naloxone, de l'appel des secours, de la PLS et des gestes de réanimation. Il est habilité à recevoir un kit naloxone.

Nom du formateur.....

Nom et adresse du service.....

Signature formateur..... Date.....

Annexe 2



Initiales et mois de naissance (Jan-Dec) ici (par ex. SMJun) - __ _ / __ _ _

Evaluation Pre test

Avez-vous déjà assisté à une formation sur les overdoses ? Oui ou non	
Si oui, félicitations ! Quand et où ?	
Vous sentez-vous capable de gérer une overdose (savez-vous exactement quoi faire et quand) ? Entourez une des options.	Pas capable
	Pas sûr
	Confiant
	Très confiant
Vous sentez-vous assez compétent pour intervenir lors d'une overdose (avez-vous les connaissances pratiques nécessaires à l'intervention) ? Entourez une réponse..	Non compétent
	Pas sûr
	Compétent
	Très compétent
Quelles sont les trois choses les plus importantes que vous pourrez faire si vous êtes confronté à une situation d'overdose ?	
Avez-vous déjà assisté à une overdose ? Choisir une des options.	Oui
	Pas sûr
	Non
Quelles sont les principales drogues impliquées dans les overdoses et les décès liés aux drogues ?	(A)
	(B)
	(C)
	(D)
	(E)
Quels sont les comportements qui mettent le plus en danger d'overdose lors de la consommation ?	
Quel sont les moments où le risque d'overdose est le plus élevé ?	
Selon vous, sur une échelle de 1 à 10, est-ce que le problème de l'overdose liée aux drogués est un phénomène grave en Ecosse ? (1 = pas grave, 10 = très grave)	

Quelle fonction vitale s'arrête en premier quand une overdose d'opiacés devient fatale ?	
Citez trois signes d'une overdose d'opiacés potentiellement fatale.	(1)
	(2)
	(3)
Citez trois facteurs qui augmentent le risque d'overdose fatale d'opiacés	(1)
	(2)
	(3)
Quelle est la plus grande différence entre l'effet de l'héroïne et celui de la méthadone ?	
Quelle est, habituellement, le premier dosage (en ml) de naloxone, et comment devez-vous l'administrer ?	
A quelle fréquence/intervalles doit-on répéter une administration de naloxone ?	
Est-ce que la consommation de cocaïne augmente ou diminue les chances de subir une overdose d'héroïne ? ?	
Pourquoi est-il essentiel d'appeler les secours, même après avoir administré la naloxone à la victime d'overdose ?	
Citez trois conseils de réduction des risques que vous pouvez donner pour réduire le risque d'overdose ?	(1)
	(2)
	(3)
Questions sur les gestes de premier secours	
Quelles sont les quatre étapes à suivre pour mettre la victime en position latérale de sécurité ?	(1)
	(2)
	(3)
	(4)
Pourquoi la ventilation artificielle est-elle aussi importante ?	
Quel doit être le rapport de pressions thoraciques à ventilations artificielles ?	10:1
	15:5
	30:2

Evaluation post-test

<p>Vous sentez-vous capable de gérer une overdose (savez-vous exactement quoi faire et quand) ? Entourez une des options</p>	Pas capable
	Pas sûr
	Confiant
	Très confiant
<p>Vous sentez-vous assez compétent pour intervenir lors d'une overdose (avez-vous les connaissances pratiques nécessaires à l'intervention) ? Entourez une réponse</p>	Non compétent
	Pas sûr
	Compétent
	Très compétent
<p>Quelles sont les trois choses les plus importantes que vous pouvez faire si vous êtes confronté à une situation d'overdose ?</p>	
<p>Avez-vous déjà assisté à une overdose ? Choisir une des options.</p>	Oui
	Pas sûr
	Non
<p>Quelles sont les principales drogues impliquées dans les overdoses et les décès liés aux drogues ?</p>	(A)
	(B)
	(C)
	(D)
	(E)
<p>Quels sont les comportements qui mettent le plus en danger d'overdose lors de la consommation ?</p>	
<p>Quel sont les moments où le risque d'overdose est le plus élevé ?</p>	

Annexe 3

Formation de formateurs : sensibilisation aux overdoses et à l'usage de la Naloxone (T4T)

Dans quelle mesure cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ? Entourez une des options	Complètement
	Partiellement
	Pas du tout

Formateur/accompagnateur/lieu

Notez de 1 à 5 les critères suivants (1 = très mauvais, 5 = excellent)

Le style du formateur	
Le niveau de connaissance du formateur	
Les présentations	
Le lieu	
La durée de la formation	

Cette formation vous aidera-t-elle dans votre pratique? Si oui, comment?

Dans quelle mesure les éléments suivants vous ont-ils été utiles ? (De 1 -- très mauvais à 5 -- excellent)

Présentation du contexte	
Contenu de la session de sensibilisation	
Compétences d'animation, de présentation, d'animation du groupe	
Formation à l'usage de naloxone	
Gestes de premier secours/réanimation	

Merci de vos commentaires et suggestions éventuels :

Enfin, si vous acceptez de nous aider en remplissant une évaluation en ligne plus tard, merci de nous indiquer votre adresse email et numéro de téléphone.

Email:		Téléphone :	
--------	--	-------------	--



SDF
Scottish Drugs
Forum

Informing
Supporting
Representing
Leading

Certificate Of Completion

This certificate is awarded to

Name

To acknowledge that the above named person has completed

OVERDOSE PREVENTION, INTERVENTION & NALOXONE TRAINING FOR TRAINERS

Granted on **Completion Date**

Trainer Name

National Naloxone Training & Support Officer

Annexe 4



Informing
Supporting
Representing
Leading

Session : Prevention de l'overdose, intervention et connaissance de la naloxone

Formateur:

Date:

Lieu:

Dans quelle mesure cette session a-t-elle répondu à vos attentes ?

Totalement	
Partiellement	
Pas du tout	

Formateur/lieu

1 très mauvais à 5 excellent

	1	2	3	4	5
Le style du formateur					
Le niveau de connaissance du formateur					
Les présentations					
Le lieu					
La durée de la session					

La session d'aujourd'hui vous aidera-t-elle dans votre pratique ? si oui, comment ?

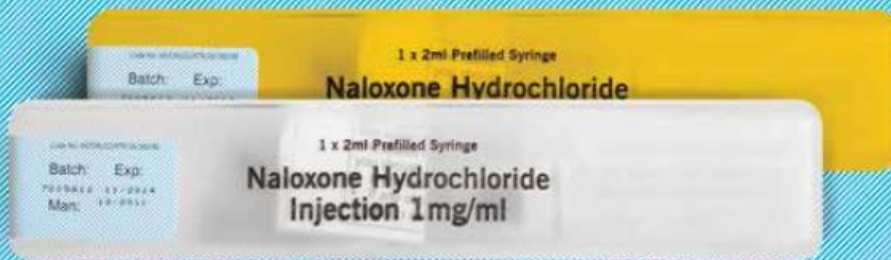
Dans quelle mesure les éléments suivants vous ont-ils été utiles ?

	Pas du tout	Un petit peu	beaucoup	énormément
Présentation du contexte				
Prévention de l'overdose				
Connaissance de la naloxone				
Gestes d'urgence				

Merci de vos commentaires et suggestions éventuels

NALOXONE CAN BE A LIFESAVER

1



Naloxone is a drug which can temporarily reverse the effects of opioid (heroin/methadone) overdose. In an overdose state, **it can be a lifesaver**

**SAVE
SOME
NALOXONE**



WHAT TO DO IF SOMEONE HAS OVERDOSED

SIGNS & SYMPTOMS

Pinpoint pupils

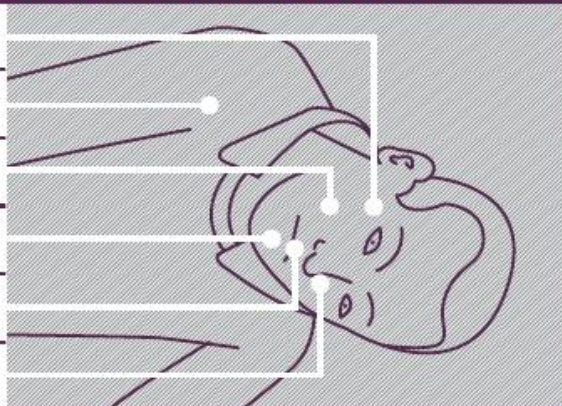
Unrousable

Pale skin

Blue lips

Shallow/slow
breathing

Snoring/rasping
breaths



- 1/ Try to wake the person up/get a response by shaking their shoulders and shouting "open your eyes" or "wake up".
- 2/ If they don't wake/respond, make sure you open their airway, by gently tilting their head back and opening their mouth. Look, listen and feel for signs of breathing for 10 seconds.
- 3/ If you see/hear/feel breathing during this 10 seconds put them in the recovery position. If you have naloxone available, assemble the kit, then inject 0.4mls by pushing the plunger to the first black line marked on the barrel into the upper, outer thigh (at a 90° angle to the surface of the skin). Inject straight through clothes. Return the kit to its box, set it aside (in case it's needed later). Phone 999, ask for an ambulance.
- 4/ If they are not breathing, phone 999 and ask for an ambulance right away. Explain where the person is, and that they are unconscious and not breathing.
- 5/ Start chest compressions. With the heel of the hand in the centre of the chest, give 30 compressions followed by 2 rescue breaths. This is called 1 cycle of CPR.
- 6/ If naloxone is available – assemble the kit, then inject 0.4mls by pushing the plunger to the first black line marked on the barrel, into the upper, outer thigh muscle. Inject straight through clothing. Return the kit to its box, set it aside (in case it's needed later).
- 7/ Continue with chest compressions /rescue breaths and give 3 more cycles. Inject naloxone again. Continue giving 3 cycles of CPR and naloxone.

RECOVERY POSITION

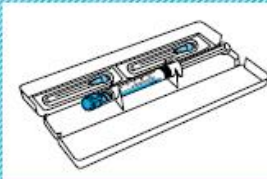


HOW TO SET UP A NALOXONE KIT

At time of writing, naloxone kits in Scotland will have red tamper evident tape on each end of the pack. This must be removed prior to the following steps.



1/ Twist the outer plastic box to break the tamper evident seals and open.



2/ The box contains 1 syringe of naloxone and two needles.



3/ Unscrew the clear plastic top from the syringe.



4/ Peel back the backing paper from the needle packet and remove the needle in its protective sheath.



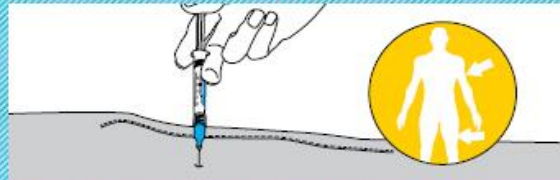
5/ With the needle still in its sheath, screw the blue fitting on to the syringe.



6/ Gently twist the needle sheath and remove it from the syringe.



7/ To inject someone who has overdosed, hold the syringe like a pen.



8/ Insert the needle into the patient's outer thigh or upper arm, through clothing if necessary, and inject first dose (0.4ml) at a 90° angle. Withdraw the needle and syringe after each dose.

THE FACTS

DEPRESSANTS /

HEROIN / DIAZEPAM / ALCOHOL / METHADONE

Mixing downers like heroin, benzos (e.g. diazepam) and alcohol can kill you, especially if you take other medications like methadone. Some of these downer drugs can stay in your system for many hours, sometimes days, so it's very easy to think you're not mixing them.

LOWERED TOLERANCE

You're at greater risk of overdosing if your tolerance is lowered. It may be lowered when:

- Just out of prison, rehab or hospital.
- You've been using less.

You may be at risk of dying by overdose if you use combinations of the drugs mentioned above – even small amounts of each drug mixed together can kill you.

HOW TO HELP

THE CASUALTY MIGHT NOT HAVE MUCH TIME

Make sure that you are calm and where you are is not too noisy.

Dial 999 and ask for an ambulance. Tell the call handler the location (where the casualty is and any landmarks that might make it easier for the crew to find them). Tell the call handler the status of the casualty, for example if they are:

- **UNCONSCIOUS:** They don't stir when you shout/shake them
- **UNCONSCIOUS AND NOT BREATHING:** They are 'lifeless' - won't wake up and you can't see, hear or feel breathing for at least 10 seconds

You may be asked what happened. If you don't know or are not sure, tell the call handler that.

If you know what the person has taken, it may be helpful to tell the call handler. If you prefer not to say, don't let that stop you from phoning an ambulance.

OVER 80% OF CASUALTIES ARE ALREADY DEAD BY THE TIME AN AMBULANCE ARRIVES. THAT IS WHY IT IS IMPORTANT TO CALL THE AMBULANCE EARLY.

THE ROLE OF THE POLICE

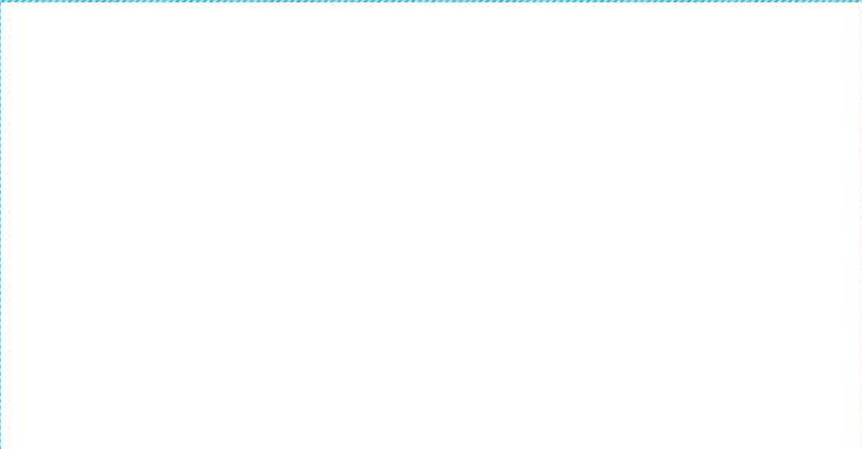
Most of the time in Scotland, the police will be notified about and **may** attend the scene. **Remember**, in some areas, the police may be the first to arrive at the scene and will provide vital first-aid assistance. If the casualty is still alive **it is their duty** to do all they can to help preserve life.

This is because the police, like the ambulance service, **see saving lives as their priority.**

It is not a priority for the police to seek the prosecution of any individual suffering an overdose or any person helping them.

**MAKE THE CALL
SAVE A LIFE**

**FOR FURTHER
INFORMATION
ABOUT HOW YOU
CAN ACCESS
FREE NALOXONE
TRAINING
AND YOUR
OWN SUPPLY
CONTACT:**



NALOXONE SAVED MY LIFE

“You hear about it all the time, but you never think it’ll be you. I just remember coming round... My boyfriend standing there with the naloxone syringe in his hand. He was crying, he thought I was dead. He saved my life. It’s made me think about keeping myself safe from now on.”

SAVE SOME NALOXONE

NALOXONE CAN TEMPORARILY REVERSE THE EFFECTS OF OPIOID OVERDOSE

For more information on being supplied with and trained to use naloxone, ask at your local drug service or needle exchange.



WWW.NALOXONE.ORG.UK / WWW.SDF.ORG.UK



Annexe 7

Entretien de suivi/Rapport
Ce document doit être utilisé comme un guide

Avant de continuer, indiquez si l'overdose était FATALE ou NON FATALE

Détails sur la personne fournissant les informations	
Nom	
Date de naissance	
Lieu de résidence	

Date et lieu de l'overdose	
----------------------------	--

Détails sur la personne victime de l'overdose -					
Homme/femme				Age	
Traité par Traitement agoniste opioïde ?	Oui	Non	Ne sais pas	Lien avec la personne fournissant les informations	AMI
					FAMILLE
					AUTRE (préciser)
Substance incriminée (si connue)					
Substance prise par voie IV ?	Oui	Non	Ne sais pas		

Etiez-vous présent€ lors de l'overdose	Oui	Nn
Si oui, combien de temps après la prise de drogue l'OD est-elle survenue ?		
Quels étaient les signes/symptômes de l'OD?		
Combien de personnes étaient présentes (en dehors de vous et de la victime) ?		

Détails de la situation-		
La naloxone a-t-elle été administrée ?	OUI	NON
	Combien de doses?	
	<i>Si non, expliquez pourquoi</i>	
Les secours ont-ils été appelés?	OUI	NON
	<i>Si non, expliquez pourquoi</i>	
Quelles informations avez-vous communiqué à l'interlocuteur au téléphone ?		
Est-ce que votre interlocuteur vous a aidé à injecter de la naloxone ?	OUI	NON
	<i>Des commentaires ?</i>	
Position latérale de sécurité?	OUI	NON
	<i>Si non, expliquez pourquoi</i>	
Gestes d'urgence?	YES	NON
	<i>Si non, expliquez pourquoi</i>	
Avez-vous attendu jusqu'à l'arrivée des premiers secours?	OUI	NON
	<i>Si non, expliquez pourquoi</i>	
Au bout de combien de temps sont arrivés les premiers secours ?		

La personne victime d'overdose est-elle partie à l'hôpital ?	OUI	NON	Ne sait pas
	<i>Si non, expliquez pourquoi</i>		
Combien de temps êtes-vous resté avec la victime après le départ des premiers secours?			
La Police est-elle intervenue?	OUI		NON
	<i>Si non, expliquez pourquoi</i>		

D'autres informations (vécu de la situation, sentiment d'avoir su gérer....) incident/confiance etc)

Rappel de formation fait ?	Oui	Non
----------------------------	------------	------------

Signature(professionnel)

Date

References

Bird, S.M.; McAuley, A.; Perry, S.; Hunter, C. (2016): Effectiveness of Scotland's National Naloxone Programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006–10) versus after (2011–13) comparison. In: *Addiction* 2016 (111):883– 91.

Bird, S.M.; Hutchinson, S.J. (2003): Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison. Scotland, 1996–1999. In: *Addiction* 2003 (98):185–90.

Dichtl, A.; Stöver, H.; Dettmer, K. (ed.; 2018): *Leben retten mit Naloxon*. Fachhochschulverlag, Bd. 24: Frankfurt am Main

Dichtl, A.; Stöver, H. (ed.; 2015): *Naloxon – Überlebenshilfe im Drogennotfall*. Fachhochschulverlag, Bd. 27: Frankfurt am Main

EMCDDA (2010): Annual report on the state of the drugs problem in Europe

EMCDDA (2016a): Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone. New EMCDDA insights into naloxone, the overdose antidote that can help save lives.

EMCDDA (2016b): Preventing overdose deaths in Europe. Perspectives on drugs.

EMCDDA (2012): Prisons and drugs in Europe: the problem and responses.

(<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison>).

Morgan, G.; Smith J. (2017): Harm Reduction Database Wales: Take home naloxone 2016-17

Health Service Executive (2016): Evaluation of the HSE Naloxone Demonstration Project

Horsburgh, K.; McAuley, A. (2017): Scotland's national naloxone program: The prison experience. In: *Drug Alcohol Rev* 2017

Horton, Meredith et al. (2017) A mapping review of take-home naloxone for people released from custodial settings

Information Services Division Scotland (2016a): Drug Death Database.

Information Services Division Scotland (2016b): National Naloxone Programme Scotland Monitoring Report. Online: <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Drugs-and-Alcohol-Misuse/Publications/2016-10-25/2016-10-25-Naloxone-Report.pdf>

National Records of Scotland (2017): Drug-Related Deaths in Scotland in 2016. Online: <https://www.nrscotland.gov.uk/statistics-and-data/statistics/statistics-by-theme/vital-events/deaths/drug-related-deaths-in-scotland>

Petterson, A.G.; Madah-Amiri, D. (2017): Overdose prevention training with naloxone

distribution in a prison in Oslo, Norway: a preliminary study

Pflanz-Sinclair, Chr. et al. (2013): General Practitioner Engagement with the Scottish National Naloxone Programme: A needs assessment project.

Release (2017): Take-home naloxone in England

Ronconi et al. (2016): A research on the Italian naloxone distribution model

Scottish Drugs Forum (2012): Naloxone Peer Educator Initiative. Scottish Drugs Forum, Glasgow: 2012. Online: <http://www.sdf.org.uk/drugrelated-deaths/naloxone-peer-educator-initiative>

Scottish Drugs Forum (2017): UK's first ever Naloxone Peer Training and Supply group celebrates launch. Online: http://www.sdf.org.uk/news_peer_nalox-one_training_supply/

Scottish Government (2015): Prison statistics and population projections Scotland: 2013–14. Scottish Government. Edinburgh. Online: <http://www.gov.scot/Resource/0049/00491398.pdf>

Scottish Prison Service (2014): Addiction Prevalence Testing for Performance Measurement Purposes 2014–15. Scottish Prison Service. Online: <http://www.scotpho.org.uk/downloads/drugs/SPS-Addiction-Prevalence-Testing-Stats-Final-2014-15.pdf>

Wakeman, S.E. et al. (2009): Preventing Death Among the Recently Incarcerated: An Argument for Naloxone Prescription Before Release. *Journal of addictive diseases* 28.2: 124–129. PMC.Web. 12 Jan. 2017.

WHO (2014): Community management of opioid overdose

My First 48hrs Out - Comprehensive Approaches to Pre and Post Prison Release Interventions for Drug Users in the Criminal Justice System

Project Director - Prof. Dr. Heino Stöver

Project Manager - Arailym Erkebaeva

www.harmreduction.eu/projects/my1st48h

www.frankfurt-university.de

www.isff.info