

SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL DE PROGRAMMATION POLITIQUE SCIENTIFIQUE

PROGRAMMATORISCHE OVERHEIDSDIENST WETENSCHAPSBELEID

Les prises en charge par traitements de substitution en Belgique

*Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières
de soins et des patients*

RAPPORT FINAL 1^{ère} phase

Substitutiebehandeling in België

*Ontwikkelen van een model ter evaluatie van de verschillende types
van voorzieningen en van de patiënten*

EINDVERSLAG 1^e fase

Coordinateur – Coördinator : Pr. I. PELC (ULB)

Promoteur-Promotor : Pr. Dr. J. CASSELMAN (KULeuven)

Chercheurs – Onderzoekers : Isabelle BERGERET (ULB), Philippe CORTEN (ULB),
Karolien MEUWISSEN (KULeuven), Pablo NICAISE
(ULB).

September - Septembre 2003

ULB

Faculté de Médecine
Laboratoire de Psychologie Médicale,
d'Alcoologie et d'étude des Toxicomanies
CHU Brugmann – Institut de Psychiatrie

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN

Faculteit Rechtsgeleerdheid
Afdeling Strafrecht, Strafvordering en
Criminologie
Onderzoeksgroep Gerechtelijke
Geestelijke Gezondheidszorg

Les prises en charge par traitements de substitution en Belgique

Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients

1. Introduction

1.1. Cadre général

La "Note de politique fédérale relative à la problématique de la drogue" envisage de traduire les conclusions de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution (Gent, 1994) dans une législation contraignante¹. En outre, elle précise qu'il s'agit de mettre en œuvre une politique basée sur la recherche scientifique. Effectivement, le vide juridique qui a persisté jusqu'à la loi du 22 août 2002 a permis le développement de pratiques diversifiées en la matière, qu'il y a lieu d'évaluer.

1.2. Mandat

Cette recherche a été commanditée par le Service Public Fédéral de Programmation Politique Scientifique (ex-SSTC), dans le cadre du Programme d'Appui à la Note de politique fédérale relative à la problématique de la drogue. Elle a débuté le 1^{er} août 2002, pour une période renouvelable de 14 mois, soit jusqu'au 30 septembre 2003 pour la première phase. Elle est coordonnée par le Pr. I. Pelc (ULB), et menée conjointement par l'équipe de l'Onderzoeksgroep Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg de la KULeuven (prom. : Pr. Dr. J. Casselman ; chercheuse : K. Meuwissen) et par l'équipe du Laboratoire de Psychologie Médicale, d'Alcoologie et d'étude des Toxicomanies de l'ULB (prom. : Pr. I. Pelc ; chercheurs : I. Bergeret, Ph. Corten et P. Nicaise).

Le présent rapport constitue le projet de rapport final pour cette première phase.

1.3. Tâches

Trois entités géographiques pilotes ont été désignées pour cette recherche : la province du Hainaut (pour la Wallonie), la province du Limbourg (pour la Flandre) et la Région de Bruxelles-Capitale.

Tâche 1 : Analyse critique et comparée de la situation juridique en Belgique, en France et aux Pays-Bas; analyse critique de la littérature scientifique internationale; création du questionnaire pour les médecins destiné à la tâche 2:

- 1) Une première tâche consiste à faire le point sur la situation juridique actuelle des traitements de substitution en Belgique, notamment en la comparant à la situation d'autres pays. Le choix se porte spécifiquement sur la France et les Pays-Bas, étant donné leur proximité géographique et culturelle, d'une part, et étant donné leurs orientations qui en font deux modèles antithétiques, d'autre part. Il s'agit de faire une synthèse des règles de bonne pratique thérapeutique et des cadres légaux actuellement en vigueur. Cette tâche a été réalisée par la KULeuven.
- 2) L'analyse critique approfondie de la littérature scientifique à propos des prises en charge par traitements de substitution a été une tâche transversale, qui s'est déroulée

¹ Note politique du Gouvernement Fédéral relative à la problématique de la drogue, Bruxelles, 19 janvier 2001, p. 55.

tout au long de la recherche, et qui concernait bien évidemment la littérature scientifique internationale. Dans ce cadre, l'équipe de ULB a passé en revue, notamment, les recommandations de l'*US Department of Health* sur les traitements à la méthadone, les conclusions de la Conférence de Consensus, les articles médicaux publiés dans les revues internationales, les documents concernant la validité des outils proposés ; l'équipe de la KULeuven a complété ce chapitre par des études concernant plus particulièrement les Pays-Bas et la Belgique néerlandophone.

- 3) Au cours des deux premiers mois de la recherche, un bref questionnaire a été élaboré à destination des médecins pratiquant les traitements de substitution en cabinet privé (généralistes et quelques spécialités, Cf. *Infra*) dans les entités géographiques pilotes. Ce questionnaire était destiné à l'inventaire général prévu en tâche 2.

Tâche2: Inventaire général des médecins travaillant en cabinet privé et pratiquant les traitements de substitution dans les entités géographiques pilotes ainsi que les institutions ambulatoires y afférentes (Province du Hainaut, Bruxelles-Capitale, Province du Limbourg)

L'ensemble des médecins pratiquant en cabinet privé sont à contacter par voie de questionnaire en Province du Hainaut, en Province du Limbourg et en Région de Bruxelles-Capitale. L'information recueillie consiste à identifier les médecins pratiquant ces traitements, leur proportion, le nombre de patients en traitement chez ces médecins. Il s'agit en même temps de constituer, dans chaque entité, un échantillon de médecins pratiquant les traitements de substitution en cabinet privé, pour les autres tâches de la recherche.

Un inventaire des institutions ambulatoires où se pratiquent les traitements de substitution dans les entités géographiques pilotes a également été réalisé.

Tâche3: Évaluation quantitative et qualitative des pratiques des traitements de substitution dans les institutions et chez les médecins en cabinet privé

Il s'agit de réaliser une évaluation quantitative et qualitative des traitements de substitution au sein d'un échantillon d'institutions et de médecins.

En ce qui concerne l'approche quantitative : une identification des types de service, des dispositifs organisationnels, des modalités thérapeutiques, et des critères d'inclusion / exclusion des patients sera réalisée grâce au *Treatment Unit Form (TUF)*.

Par ailleurs, une collecte de données sur des échantillons aléatoires stratifiés de **patients** sera réalisée, d'une part grâce à l'*Addiction Severity Index (ASI)* pour les francophones, **EuropASI** pour les néerlandophones) –questionnaire clinique destiné à mesurer la gravité des problèmes de toxicomanie, et leur éventuelle aggravation ou amélioration–, et d'autre part grâce au **Quavisub** –questionnaire clinique mesurant la *Qualité de Vie Subjective* des sujets– Objectifs : investiguer la situation médicale, la situation en matière d'emploi et de support social, l'usage de produits (alcool/drogues), la situation légale, l'histoire familiale, les relations sociales, la situation psychiatrique, la satisfaction envers divers domaines de vie, les interdépendances relationnelles et sociales, le bien-être subjectif, les performances, l'estimation subjective du niveau de santé et l'échelle de vie.

En ce qui concerne l'approche qualitative : travail de contact intensif *d'intervision institutionnelle* (Cf. Evaluation des MASS). Rencontres récurrentes avec des intervenants des institutions participant à l'évaluation, ainsi qu'avec des panels de médecins travaillant en cabinet privé et constitués sur base de l'inventaire réalisé en tâche 2. Objectifs : définir, par institution/panel, les objectifs des traitements, les facteurs inclusifs et exclusifs du

public-cible, évaluer les modalités thérapeutiques ("*process research*"), et identifier les facteurs de "bonne pratique" thérapeutique.

Au cours des trois derniers mois de la recherche, des groupes de discussion / Focus Groups incluant des représentants des institutions de l'échantillon et des membres des panels de médecins doivent être organisés dans chaque entité géographique, pour confronter entre tous les acteurs les résultats obtenus dans chaque institution / panel.

Tâche 4 : clôture

Finalisation des groupes de discussion, rédaction des rapports de clôture (bilan final provisoire et rapport de motivation pour une prolongation éventuelle), organisation de la Journée d'Etude.

1.4. Orientation du projet

Les objectifs légaux et cliniques des traitements de substitution ont été établis, en Belgique, au travers de deux documents : d'une part le texte de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution à la méthadone du 8 octobre 1994², d'autre part le récent texte de la loi du 22 août 2002, visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques.

La Conférence de Consensus de 1994 leur reconnaît divers effets bénéfiques :

- sur la consommation d'héroïne, en réduisant cette consommation et la pratique des injections ;
- sur la santé, en réduisant la mortalité associée à la consommation d'opiacés, les risques de transmission du SIDA et des hépatites, en ralentissant le développement de la maladie chez les patients porteurs du virus HIV, et en améliorant la "*compliance*" thérapeutique ;
- sur la vie sociale et professionnelle des patients, grâce à une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et une réduction des activités délinquantes³.

La Loi, quant à elle, attribue aux traitements de substitution l'objectif d'"*améliorer sa santé et sa qualité de vie [du patient toxicomane], et [d'] obtenir si possible le sevrage du patient*"⁴. C'est par rapport à ces critères extrinsèques que s'inscrit cette étude. Plus précisément, il ne s'agit pas, d'évaluer si effectivement les traitements de substitution atteignent ces objectifs, mais bien comment les divers modèles de traitements de substitution se situent en regard de ces objectifs.

1.5. Contexte dans lequel s'inscrit cette recherche

La pratique des traitements de substitution consiste, la plupart du temps, en un acte individuel de médecins et d'institutions désirant opérer de cette manière. Aucune obligation légale n'existe quant à l'enregistrement des patients. Par ailleurs, ces

² CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE, COMMISSION DES MEDICAMENTS ; *Conférence de Consensus, traitement de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 1994

³ *Ibid.*, p. 5.

⁴ *Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques*, 22 août 2002, art. 2§4.

intervenants sont déjà sollicités à de maintes reprises pour recueillir des données (par ex. Addibru pour la Région de Bruxelles-Capitale, enquête Alto pour le réseau alto, Enquête-Sentinelles à Charleroi, etc.). Il faut noter que ces outils ne peuvent pas être utilisés en termes d'évaluation mais uniquement dans une visée épidémiologique. Ils sont d'ailleurs très discordants les uns des autres et orientés vers la demande de soins uniquement. Ce n'est donc qu'en tenant compte de ces conditions, et au surcroît de travail que la présente enquête leur a occasionné, que l'on peut mesurer les limites de la participation de certains des partenaires et du refus des autres. Dans l'ensemble, l'attitude des intervenants de terrain a toujours été positive face à l'idée d'une évaluation des traitements de substitution. L'abondance de documents administratifs, le fait que pour cette étude nous voulions évaluer ce qui était faisable en routine, et le fait que les objectifs de cette recherche n'étaient pas toujours en phase avec les objectifs des intervenants ou des institutions, ont été un facteur limitant. Pour la MASS de Charleroi, par exemple, la méthadone est un des moyens permettant l'accrochage du patient, et n'a pas systématiquement, dans sa démarche, un but sanitaire. Au contraire, pour bon nombre de médecins généralistes travaillant en cabinet privé, le patient toxicomane ne se distingue pas du patient bronchiteux chronique : leur préoccupation est d'abord de les aider dans leur épisode aigu et seulement ensuite, accessoirement, de les faire décrocher du tabagisme pour les uns et de la toxicomanie pour les autres. Tout comme dans la prescription d'une benzodiazépine, où on peut identifier divers objectifs (diminuer l'anxiété, induire le sommeil, réduire les crises épileptiques post-critiques), la prescription d'un produit de substitution peut donc répondre à une multitude de situations, et, dans ce cas, il faudrait alors construire autant d'outils différents qu'il y a d'objectifs ; de même faudrait-il concevoir chaque évaluation en fonction de chaque institution. Néanmoins, tous sont soumis au cadre de la loi. De même chaque praticien doit se conformer aux règles de bonne pratique et constatations émises par la Conférence de Consensus et par son suivi, réalisé par le Comité Supérieur d'Hygiène. C'est la position qu'a suivi cette étude. Elle se heurte cependant avec le principe de liberté thérapeutique, d'autant plus que la loi n'a été promulguée qu'après le début de l'étude (22 août 2002) et ne recueille pas nécessairement l'adhésion de tous les acteurs de terrain.

Cette étude doit tenir compte du contexte spécifique dans lequel se déroulent les traitements de substitution en Belgique, à savoir : **1)** la nature complexe et floue de l'agencement des divers types de prises en charge par traitement de substitution en Belgique (par exemple le manque d'un inventaire exhaustif de tous les intervenants pratiquant ces traitements et de la diversité des pratiques en la matière – objectifs, modalités d'application, critères d'admission, etc) et les diverses interprétations possibles des recommandations de la Conférence de Consensus de 1994 ; et **2)** le manque d'une méthode générale efficiente pour l'évaluation de ces prises en charge en Belgique.

2. Objectifs et but

Dans l'établissement d'un processus d'évaluation, l'OMS préconise d'établir trois niveaux d'analyse :

- les objectifs de l'étude qui inscrivent le cadre général de ce que l'on veut étudier
- les buts qui caractérisent ce à quoi l'on veut aboutir
- les cibles qui déterminent pratiquement les choses à réaliser et permettront de dire que le but est atteint

2.1. Objectifs

2.1.1 Définition et objectifs généraux des traitements de substitution

Cette recherche s'inscrit dans le cadre général de l'étude des toxicomanies et, en particulier, des traitements de substitution. Une définition des traitements de substitution, ainsi que les buts qu'ils doivent poursuivre, se trouve dans la loi du 22 août 2002 : « *On entend par traitement de substitution tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, visant, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient.* » Comme le décrivent la Conférence de Consensus et la suite de la Conférence de Consensus réalisée par le Conseil Supérieur d'hygiène on s'attend à observer dans le décours de ce traitement : « *une réduction de la consommation de drogues et de la pratique d'injection ; une amélioration de la "compliance" thérapeutique ; ainsi qu'une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et une réduction des activités délinquantes* ». Par-là même, on s'attend à constater une réduction des risques de transmission des virus du SIDA et des hépatites ainsi qu'une diminution des overdoses, des complications et de la mortalité.

2.1.2. Objectif intermédiaire de la recherche

L'objectif intermédiaire de cette première phase de recherche est donc de construire, à partir d'outils existants et de l'expérience des professionnels de terrain, un dispositif d'évaluation adapté aux pratiques propres à la Belgique, ainsi qu'aux conditions d'utilisation particulière de chacune des filières de soins. En effet, il s'agit d'aboutir, à terme, à un dispositif d'évaluation clinique, continue et permanente, des patients en traitement de substitution. Outre sa validité scientifique et statistique, un tel dispositif doit également être utilisable et praticable par les intervenants de terrain, dont la vocation première n'est pas de réaliser une telle évaluation. Enfin, il doit fournir une plus-value en termes de compréhension sur le plan clinique.

Cette recherche avait en particulier pour objectif d'étudier les diverses modalités pratiques d'accès aux traitements de substitution en ambulatoire, que sont :

- 1) les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues (MASS) — Ces dernières ayant déjà fait l'objet d'une évaluation détaillée sous l'égide des SSTC⁵ ;
- 2) les institutions ambulatoires spécialisées dans l'accompagnement de personnes toxicomanes (dites centres de session) ;
- 3) les médecins organisés en réseau d'assistance ;
- 4) les médecins en consultation privée.

⁵ PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., MACQUET C., NOIRFALISE A. & AL. ; *Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues, Rapport de synthèse global*, SSTC, Bruxelles, 2001

2.2. But :

Afin d'atteindre ces objectifs, il a été décidé, de **construire un ou des questionnaire(s) évaluant les traitements de substitution** suivant les critères énoncés dans les objectifs généraux. Ce ou ces questionnaires doivent par ailleurs être applicables **dans les divers contextes belges de traitements de substitution** tels qu'ils ont été précisés dans les objectifs intermédiaires. Cette grande diversité des pratiques constitue la difficulté principale à la construction de tels outils.

2.3. Cibles :

Afin de réaliser ce but, trois étapes intermédiaires ont été prévues :

2.3.1. **Analyse de faisabilité d'utilisation de questionnaires validés préexistants**

L'exploration de la littérature scientifique nous a permis de sélectionner deux questionnaires aptes à évaluer ces objectifs : d'une part, l'*Addiction Severity Index (ASI)*⁶, qui vise une évaluation de la gravité d'une toxicomanie et de son évolution; d'autre part, le *Questionnaire de Qualité de Vie Subjective (Quavisub)*⁷, qui vise une évaluation de la qualité de vie du sujet. Ces deux questionnaires ont fait l'objet d'un certain nombre d'études de validité — que nous développerons ci-après.

2.3.2. **Recueil d'informations pertinentes qualitatives auprès des intervenants**

En parallèle à l'utilisation d'outils globalement adaptés à ce type d'étude, nous avons prévu une démarche qualitative d'accompagnement des intervenants, afin de prendre en compte les spécificités de la pratique des traitements de substitution dans le contexte belge, ainsi que les spécificités propres à chacune des filières de soins susmentionnées. En effet, la Conférence de Consensus, en 1994, a mis un terme à une bataille qui a fait rage dans les années 1980 entre partisans et détracteurs de la reconnaissance légale de ces traitements : tout médecin pratiquant un traitement de substitution pouvant être, jusque là, poursuivi pour entretien de toxicomanie. Mais ce faisant, elle a laissé un vide juridique que seule la loi du 22 août 2002 est venue combler. Dans l'intervalle, n'importe quel praticien de l'art de guérir, à condition de ne pas déroger aux recommandations de la Conférence de Consensus a pu pratiquer ces traitements en cabinet privé ou en institution. Par ailleurs, les effets reconnus de ces traitements ouvrent une large palette d'objectifs possibles : ainsi, si la méthadone a été utilisée par certains intervenants avec un objectif principal de sevrage (cessation de la consommation de drogues), elle a été utilisée par d'autres avec des objectifs principalement sanitaires (réduction des risques de transmission du SIDA, par exemple), sécuritaires (diminution des comportements délinquants), ou d'autres objectifs thérapeutiques comme l'approfondissement de la relation thérapeutique ou la qualité de vie du patient.

On se retrouve ainsi, d'une part, avec un grand nombre de médecins pratiquant les traitements de substitution en cabinet privé, chacun avec généralement un petit nombre de patients. Leurs méthodes et objectifs sont très variés. D'autre part, on se retrouve avec des

⁶ McLELLAN A.T., KUSHNER H. & al. ; The fifth edition of the Addiction Severity Index., in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 1992, pp.199-213. Adaptation française du Laboratoire de Psychiatrie de l'Université Victor Segalen Bordeaux II, avril 1997

⁷ CORTEN PH. ; Le concept de "qualité de vie" vu à travers la littérature anglo-saxonne, in *L'information psychiatrique*, 74, 8 (11/1998), pp. 922-932.

CORTEN PH. & MERCIER C. ; *Quavistrat, évaluation des stratégies de qualité de vie / evaluatie van strategieën voor levenskwaliteit*, Bruxelles, 1998.

institutions spécialisées qui, pourtant, n'ont pas une approche univoque de ces traitements. Il va de soi qu'évaluer une pratique est impossible sans tenir compte des objectifs poursuivis.

Concrètement, nous avons eu des rencontres régulières (toutes les deux ou trois semaines) avec les institutions ayant participé à cette recherche, d'une part pour comprendre leurs approches cliniques des traitements de substitution, d'autre part pour estimer l'adéquation des méthodes évaluatives et des outils avec les processus organisationnels et thérapeutiques propres à chacune de ces institutions. Par ailleurs, nous avons constitué deux panels de médecins pratiquant en cabinet privé (un à Charleroi, l'autre à Bruxelles) en vue d'étudier la faisabilité d'une évaluation de cette modalité spécifique.

2.3.3. Recherche d'autres outils existants

Initialement, les auteurs de la présente recherche ont cherché les outils les plus validés et les plus publiés dans la littérature internationale. L'ASI a fait l'objet de plus d'un millier d'études et le Baker et Intagliata -qui mesure la Qualité de Vie et qui est repris dans le Quavisub- plusieurs centaines. A priori, les auteurs ne pouvaient pas préjuger de la faisabilité de l'utilisation de tels outils dans la réalité des traitements de substitution en Belgique. C'est pourquoi une part de notre travail a consisté aussi à rechercher des outils moins publiés, mais peut-être plus appropriés à l'objet de l'étude ou à ses contextes d'application.

3. Aspects juridiques et littérature internationale

3.1. Kritische en vergelijkende analyse van de juridische situatie in België, Frankrijk en Nederland

Vooraleer we overgaan tot de bespreking van de wettelijke situatie m.b.t. substitutiebehandelingen in de 3 betrokken landen, zullen we eerst het internationale wetgevende kader schetsen, waarmee alle Europese landen rekening dienen te houden bij het wettelijk regelen en het uitbouwen van de zorgverlening ten aanzien van druggebruikers.

3.1.1. Internationale regelgeving

3.1.1.1. Internationale verdragen

De meest significante wettelijke basis voor substitutiebehandeling op internationaal niveau kan gevonden worden in de **VN-verdragen** met betrekking tot drugs van 1961 (“Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen”)⁸, van 1971 (“Verdrag inzake psychotrope stoffen”)⁹ en van 1988 (“Verdrag inzake de sluikehandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen”)¹⁰.

Deze verdragen echter **regelen noch verbieden expliciet** de distributie van verdovende middelen in het kader van druggerelateerde schadebeperking. De VN-verdragen van 1961 en 1971 moeten beschouwd worden als de kroon op het werk dat reeds aanving in het begin van de 20^e eeuw (voornamelijk onder impuls van de Verenigde Staten) en dat is uitgemond in een wereldomvattend controlesysteem ten aanzien van bepaalde roesmiddelen. Concreet bepalen deze verdragen dat elk gebruik, bezit, productie, enz. van de expliciet vernoemde middelen in principe *verboden* is, *tenzij* uitsluitend bestemd voor *medische en wetenschappelijke doeleinden* (art. 4c. Verdrag 1961 en art. 5.2 Verdrag 1971). Nochtans wordt het concept “medische en wetenschappelijke doeleinden” in geen van beide verdragen verduidelijkt.

Voorname verdragen introduceren een **classificatiesysteem** voor de middelen die er het voorwerp van uitmaken op basis van de vermeende ‘schadelijkheid’ van deze middelen. Dit systeem nam de vorm aan van zogenaamde ‘lijsten’, waaraan verschillende controlemaatregelen zijn verbonden, overeenkomstig art. 2 van het Enkelvoudig Verdrag (1961). Middelen opgenomen in Lijst I (onder andere methadon, heroïne, cocaïne en cannabis) “*zijn onderworpen aan alle controlemaatregelen, vermeld in dit verdrag*”. Voor de stoffen opgesomd in Lijst II en Lijst III is de controle minder strikt, gezien de therapeutische eigenschappen van deze stoffen (onder andere codeïne, propiram en bereidingen op basis van opium, morfine, codeïne, enz.). De middelen van Lijst IV worden beschouwd als de meest gevaarlijke, met zeer beperkte medische en therapeutische waarde. Deze stoffen (waaronder eveneens heroïne en cannabis) worden onderworpen aan de meest strikte controlemaatregelen¹¹.

⁸ UN Single Convention on Narcotics Drugs, New York, 1961, as amended by the protocol of 25 March 1972.

⁹ UN Convention on Psychotropic Substances, Vienna, 1971.

¹⁰ UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, Vienna, 1988.

¹¹ EMCDDA, *Examen des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution*, Rapport technique élaboré par l’OEDT à la demande du Secrétariat du Groupe Pompidou, 2000, p. 3.

Voor de reglementering van de distributie van verdovende middelen die gebruikt worden voor *medische doeleinden* bevat het Enkelvoudig Verdrag een controlemechanisme, gebaseerd op officiële toelatingen en licenties, inclusief wat betreft de medische voorschriften voor de gecontroleerde aflevering van medicijnen aan individuen. Indien dus een land het voorschrijven van gecontroleerde middelen “noodzakelijk” vindt (zelfs van producten in Lijst I zoals methadon), is de enige vereiste – volgens art. 30 – de toepassing van strikte regels zoals schriftelijke officiële formulieren, registratie en enkele andere controlemaatregelen. Nog sterker, voor middelen van Lijst IV (heroïne, cannabis) bepaalt art. 2.5.a dat “een lid van het verdrag alle speciale controlemaatregelen zal nemen die het naar eigen mening noodzakelijk acht, rekening houdend met de gevaarlijke eigenschappen van het betreffende middel”. Het medische gebruik en de gecontroleerde aflevering van *heroïne* aan heroïneafhankelijken is bijgevolg *niet expliciet verboden* door de verdragen, maar het blijft een controversieel thema in Europa.

Wat de **therapeutische toepassingen** betreft, roept het verdrag van 1961 de verdragspartijen op om alle praktische maatregelen te nemen voor de behandeling van druggebruikers in het kader van het verminderen van het drugmisbruik (zie art. 38). Nochtans vermeldt het verdrag niet wat deze maatregelen dienen in te houden; het wordt overgelaten aan de individuele Partijen om dat te bepalen. De Tweede Resolutie van de VN-Conferentie met het oog op de Goedkeuring van het Enkelvoudig Verdrag van 1961 (als annex bij deze laatste gevoegd) adviseert “behandeling in een drugvrije residentiële instelling”. Deze Resolutie lijkt echter een beroep op “andere praktische maatregelen” niet uit te sluiten. Aangezien het verdrag van 1961 ook de officieel toegelaten beschikbaarstelling en gebruik van verdovende middelen, inclusief methadon, duidelijk toelaat voor medische en wetenschappelijke doeleinden, wordt **substitutiebehandeling** door de meerderheid van beleids- en praktijkmensen beschouwd als een legitieme soort hulpverlening die beantwoordt aan de doelstelling van art. 38, namelijk de vermindering van drugmisbruik.

Concluderend kunnen we stellen dat de VN-verdragen **niet expliciet het gecontroleerde gebruik verbieden van verdovende middelen voor medische doeleinden**. De vraag blijft echter of substitutiebehandelingen – en meer nog het gecontroleerd voorschrijven van heroïne – gelegitimeerd zijn volgens de internationale regelgeving. Dit blijft nog steeds een kwestie van interpretatie. Waarschijnlijk is dit te wijten aan het feit dat deze verdragen wat ‘ouderwets’ zijn aangezien zij dateren van een periode toen substitutiebehandeling amper bekend en nog niet breed verspreid was, laat staan beschouwd werd als een legitieme vorm van hulpverlening¹².

3.1.1.2 Europa

Substitutiebehandelingen voor druggebruikers ontwikkelden zich in Europa vooral tijdens de jaren '70 en '80, echter zonder dat er sprake was van een degelijke wettelijke basis hieromtrent. Het is slechts tijdens het laatste decennium van de 20^e eeuw dat de Europese landen een officieel standpunt lijken genomen te hebben over het nut en de noodzaak van substitutiebehandelingen. Medici en beleidsmakers aanvaardden hoe langer hoe meer het voorschrijven van substitutiemiddelen zoals methadon en/of andere opiaten en vaak wordt dit ook gelegaliseerd, in de vorm van aangepaste wetgeving¹³.

¹² CHATTERJEE, S.K., “The limitations of the international Drug Conventions”, in: ALBRECHT, H.-J. and VAN KALMTHOUT, A. (eds.), *Drug Policies in Western Europe*, Freiburg, 1989, 7-19.

¹³ EMCDDA, *Examen des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution*, Rapport technique élaboré par l’OEDT à la demande du Secrétariat du Groupe Pompidou, 2000, p. 5.

3.1.2. Regelgeving betreffende substitutiebehandelingen in de Europese landen België, Frankrijk en Nederland

3.1.2.1. Historiek

BELGIË

De praktische toepassing van substitutiebehandelingen bestaat sinds midden jaren '70, echter tot oktober 2002 zonder officieel wettelijk kader.

Tot in de jaren '90 werden huisartsen nog vervolgd voor het voorschrijven van methadon op grond van het zgn. "strafrechtelijk misbruikverbod" in de drugwetgeving (cfr. infra)¹⁴.

De ommekeer in het beleid en de grote doorbraak in de toepassing van substitutiebehandelingen kwam er met de Consensusconferentie van 1994, waarbij alle betrokken actoren aanwezig waren en het eens werden over een aantal richtlijnen, die later geëvalueerd werden. Gezien het kleine aantal wijzigingen dat men er naar aanleiding van die evaluatie in 2000 aanbracht, zou men mogen veronderstellen dat deze richtlijnen inderdaad gebaseerd waren (en nog steeds zijn) op een grote consensus¹⁵.

Wat het aantal substitutiepatiënten in België betreft, werd in 1997 hun aantal geschat op 6.617.¹⁶

FRANKRIJK

Het Franse drugbeleid heeft een lange voorgeschiedenis van een streng repressief beleid. M.b.t. substitutiebehandelingen laat een wettelijk kader op zich wachten tot 1994, maar ook in Frankrijk daar werden substitutiebehandelingen reeds toegepast sinds 1973, zij het op zeer kleine schaal, nl. 2 zeer experimentele programma's (2 x 20 patiënten). In 1990 kwam daar een derde programma bij van 12 patiënten¹⁷.

Omwille van de dreigende HIV-epidemie beginnen sommige huisartsen in de jaren '80 op eigen initiatief morfine-sulfaat en buprenorfine voor te schrijven aan heroïnegebruikers. Dit gaat gepaard met hevige debatten, zelfs met rechtszaken en vervolgingen, maar later kwam er meer aanvaarding en erkenning van de werkvorm.

In 1993 waren er officieel 52 patiënten in methadonprogramma's opgenomen.¹⁸

De officiële ommezwaai in het Franse drugbeleid komt er in de jaren 1993 en 1994. Men wil het streng repressief beleid vervangen door een pragmatischer *harm reduction*-aanpak¹⁹. Vanaf dan zijn substitutiebehandelingen wettelijk toegelaten, maar in de praktijk blijft men

¹⁴ TODTS, S., 'Country report: Belgium', in: MEUWISSEN, K., CASSELMAN, J. & OPDEBEECK, A., *Legal aspects of substitution treatment. An insight into 9 EU-countries*, Lissabon, EMCDDA, 2003, p.28-46, URL: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/substitution_legal.pdf – 28/06/2003

¹⁵ *Consensusconferentie substitutiebehandeling met methadon*, Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, 12 oktober 1994, 8 p.; HOGE GEZONDHEIDSRAAD, *Verslag over de follow-up van de consensusconferentie over methadon*, Brussel, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, november 2000, 87 p.; URL: http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/Brochures/consensusconferentie_methadone.html – 11/09/2002

¹⁶ EMCDDA, *Annual report on the state of the drugs problem in the EU*, 1998, p.51.
¹⁷ COPPEL, A., 'Country report: France', in: MEUWISSEN, K., CASSELMAN, J. & OPDEBEECK, A., *Legal aspects of substitution treatment. An insight into 9 EU-countries*, Lissabon, EMCDDA, 2003, p.70-78, URL: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/substitution_legal.pdf – 28/06/2003

¹⁸ COPPEL, A., 'Country report: France', in: MEUWISSEN, K., CASSELMAN, J. & OPDEBEECK, A., *Legal aspects of substitution treatment. An insight into 9 EU-countries*, Lissabon, EMCDDA, 2003, p.70-78, URL: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/substitution_legal.pdf – 28/06/2003

¹⁹ BOEKHOUT VAN SOLINGE, T., *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk. Handel, gebruik en beleid*, Amsterdam, CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam, 1996, p.108-109.

kanten met heel wat problemen (cfr. ook infra ‘wetgeving’). Frankrijk kent immers een lange voorgeschiedenis van een onvoldoende zorgaanbod: getuige hiervan zijn de lange wachtlijsten voor methadonbehandelingen. Bovendien geraken de gebruikers niet tot bij de hulpverlening, aangezien de politie zich ophoudt in de buurt van drugcentra om gebruikers te arresteren. Deze problemen verbeteren, maar zijn toch nog bestaande tot op heden²⁰.

In 2000 is het aantal substitutiepatiënten gegroeid en wordt hun aantal geschat op 85.000 à 90.000 patiënten: slechts 10% krijgt methadon; de overige gebruikers worden behandeld met buprenorfine (Subutex). Slechts 5% van de cliënten zijn onder behandeling in een drughulpverleningscentrum; het merendeel wordt behandeld door de huisarts.

Wat het aantal substitutiepatiënten in Frankrijk betreft, werd in 1997 hun aantal geschat op 46.700 à 56.700 (waarvan 41.000 à 51.000 met buprenorfine werden behandeld en ongeveer 5.700 met methadon)²¹.

NEDERLAND

Methadonverstrekking werd in Nederland voor het eerst op kleine schaal geïntroduceerd in 1968 en op ruimere schaal ingevoerd midden de jaren ’70²².

In 1999 werd binnen de ambulante verslavingszorg alleen al aan ongeveer 13.500 cliënten methadon verstrekt. Dit kwam neer op 44% van alle personen die in 1999 wegens een opiaatproblematiek een beroep deden op de ambulante verslavingszorg.²³

Wat het aantal substitutiepatiënten in Nederland betreft, werd in 1997 hun aantal geschat op 110 11 676 (tussen 16 en 60 jaar)²⁴.

3.1.2.2. Regelgeving

Voorafgaande opmerking: definiëring van “regelgeving”

De regelgeving betreffende substitutiebehandelingen wordt hier bekeken in een ruim kader. Als we spreken over “regelgeving”, bedoelen we daarmee niet enkel formeel wettelijke regels, maar ook (professionele) richtlijnen, rechtspraak, rechtsleer, beleidsdocumenten, enz. Bovendien kunnen deze regels zich situeren op verschillende niveaus: nationaal, regionaal of lokaal.

Er werd reeds vastgesteld dat praktijken van substitutiebehandelingen aanzienlijk kunnen verschillen van land tot land, en zelfs tussen regio’s of centra in één land²⁵. Ook wettelijke regelgevingen vertonen substantiële verschillen tussen landen en tussen regio’s binnen één land²⁶.

²⁰ BOEKHOUT VAN SOLINGE, T., *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk. Handel, gebruik en beleid*, Amsterdam, CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam, 1996, p.83-84.

²¹ EMCDDA, *Annual report on the state of the drugs problem in the EU*, 1998.²¹ EMCDDA, *Annual report on the state of the drugs problem in the EU*, 1998, p.51.

²² DRIESSEN, F.M.H.M., VÖLKER, B.G.M., KREGTING, J. en VAN DER LELIJ, B., *De ontwikkeling van de situatie van methadoncliënten gedurende twee jaar*, Den Haag-Utrecht, Bureau Driessen, 1999.

²³ PLANIJE, M.P., SPRUIT, I.P. en MENSINK, C., *Fact Sheet 10: Harddrugsbeleid: Opiaten update*, Utrecht, Trimbisinstituut, 1999, p.3, URL: <http://www.trimbos.nl/nlfsheet/fc10nl.html> - 1/04/2003

²⁴ EMCDDA, *Annual report on the state of the drugs problem in the EU*, 1998.

²⁵ EMCDDA, *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Insights Series No 3, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2000, p.12.

²⁶ Dit werd recent nog m.b.t. 9 Europese landen bestudeerd en beschreven door het onderzoeksteam Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg van de KULeuven, in opdracht van het EMCDDA, URL: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/substitution_legal.pdf – 28/06/2003

BELGIË

De Belgische **basiswet rond illegale drugs** in het algemeen is de zgn. “**Drugwet**” (*Wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica.*). Aangezien substitutiemiddelen (zoals methadon) vallen onder de slaap- en verdovende middelen of psychotrope stoffen, is het gebruik van deze middelen in principe verboden²⁷.

Daarnaast is de wettelijke bepaling betreffende het **strafrechtelijk misbruikverbod** van belang. Art. 23, al. 2 van het K.B. van 31 december 1930²⁸ bepaalt:

"Iedere praktizerende die, zonder noodzakelijkheid, verdovingsmiddelen heeft voorgeschreven, toegediend of verschaft en daardoor toxicomanie heeft doen ontstaan, aanhouden of verergeren, is strafbaar met de bij de wet van 24 februari 1921 bepaalde straffen, onverminderd de toepassing van de artikelen 402 en volgende van het Wetboek van Strafrecht."

Art. 3, al. 3 van de Drugwet²⁹ bepaalt:

*"Met de straffen gesteld in artikel 2 bis, en volgens het daarin gemaakte onderscheid, worden gestraft de beoefenaars van de geneeskunde, van de diergeneeskunde of van een paramedisch beroep die **misbruik maken** van het voorschrijven, toedienen of afleveren van geneesmiddelen die slaapmiddelen, verdovende middelen of psychotropische stoffen bevatten welke afhankelijkheid kunnen teweegbrengen, onderhouden of verergeren."*³⁰

Een formeel **wettelijke basis** die het gebruik van bepaalde illegale middelen toelaat in het kader van substitutiebehandelingen was **onbestaande tot einde 2002**. België is daarmee de laatste EU-Lidstaat die deze vorm van hulpverlening officieel wettelijk toelaat, wat niet wil zeggen dat substitutiebehandelingen in de praktijk niet werden toegepast (cfr. supra). Bovendien werd er in 1994 wel een document opgesteld met richtlijnen inzake substitutiebehandelingen: met de zgn. **Consensus Conferentie** van 1994³¹ kan men spreken van een ‘mijlpaal’ in de Belgische regelgeving. Tijdens deze conferentie kwamen alle betrokken actoren (waarvan de belangrijkste: ministeries, medische professie, apothekers, hulpverlening) tot een consensus over bepaalde basisspelregels, die de vorm aannamen van richtlijnen. Deze regels waren gebaseerd op zo'n grote consensus dat het document al die jaren als een soort 'wet' werd beschouwd; de regels werden in principe door iedereen gevolgd... (Later in ons onderzoek zullen we merken dat dat toch niet altijd het geval was/is in de praktijk).

In november 2000 verscheen een rapport ter **evaluatie** van de eerste consensusconferentie³². Uit de minieme aanpassingen die men aangebracht heeft, kan men afleiden dat de consensusrichtlijnen vrij goed ontwikkeld waren en ieders goedkeuring (of toch die van de meeste betrokkenen) wegdroegen.

²⁷ DE RUYVER, B., VAN BOUCHAUTE, J. en BALTHAZAR, T., *Methadon: hulpmiddel of wondermiddel?*, Leuven – Apeldoorn, Garant, 1994, p. 145.

²⁸ Koninklijk Besluit van 31 december 1930 omtrent de handel in slaap- en verdovende middelen.

²⁹ Wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica.

³⁰ De straffen die in art. 2 bis voorzien worden voor deze inbreuken, zijn bovendien erg zwaar, zeker wanneer er sprake is van verzwarende omstandigheden zoals de (jonge) leeftijd van de 'verslaafde', ernstige gevolgen op de gezondheid van de 'verslaafde' of het overlijden van de 'verslaafde'.

³¹ *Consensusconferentie substitutiebehandeling met methadon*, Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, 12 oktober 1994, 8 p.

³² HOGE GEZONDHEIDSRAAD, *Verslag over de follow-up van de consensusconferentie over methadon*, Brussel, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, november 2000, 87 p.; URL: http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/Brochures/consensusconferentie_methadone.html. – 11/09/2002

Gedurende het laatste decennium is een resem **wetsvoorstellen** ter regularisatie van de situatie de revue gepasseerd. De noodzaak van een formeel wettelijke basis drong zich op aangezien deze vorm van hulpverlening reeds jaren algemeen aanvaard was door beleidsmensen én door een groot deel van het werkveld, en daarom ook toegepast werd. Wettelijk gezien waren artsen die substitutiebehandelingen toepasten nog steeds strafbaar. Bovendien zorgde de juridische onzekere situatie voor heel wat terughoudendheid bij geneesheren die zich anders wel zouden engageren voor het behandelen van opiaatafhankelijke gebruikers met substitutiemedicatie, maar die zich ervan onthielden omdat ze 'hun vingers niet wilden verbranden'.

Deze wetsvoostellen bereikten nooit de staat van formele wet, tot er in het najaar van **2002** eindelijk een wet verscheen in het Belgisch Staatsblad dat substitutiebehandelingen wettelijk moest toelaten en dus straffeloos moest maken³³.

Deze **nieuwe Wet** is heel kort en bepaalt enkel:

- de *niet-strafbaarheid van de geneesheer* die een behandeling met vervangingsmiddelen verstrekt;
- de *definiëring* van "behandeling met vervangingsmiddelen", namelijk: "elke behandeling die bestaat in het voorschrijven, toedienen of afgeven aan een verslaafde patiënt van verdovende middelen bij wijze van geneesmiddel en die, in het kader van een therapie, de verbetering van de gezondheid en de levenskwaliteit van de patiënt beoogt en indien mogelijk tot diens ontwenning leidt."³⁴
- dat de overige aspecten moeten geregeld worden via *Koninklijke Besluiten*, namelijk: de lijst van toegelaten vervangingsmiddelen; de voorwaarden waaraan afgifte en toediening van het geneesmiddel moeten voldoen; de manier waarop de registratie van de behandeling moet gebeuren; het aantal patiënten dat per arts in behandeling mag worden genomen; de wijzen waarop de begeleiding van de behandeling enerzijds en de bijscholing van de arts anderzijds dienen georganiseerd te worden; ten slotte de (aard van de) contacten die de voorschrijvende arts onderhoudt met een gespecialiseerd centrum of met een netwerk voor behandeling.

Het feit dat België eindelijk beschikt over een formeel-wettelijke basis voor substitutiebehandelingen, is één ding; maar het feit dat zoveel belangrijke aspecten voor de **praktische uitvoering** ervan nog via Koninklijke Besluiten geregeld moeten worden, doet ons de bedenking maken dat het juridische kader op dit ogenblik **nog steeds ontoereikend** is... Enkele **ontwerpen** van KB bestaan nochtans al dd. augustus 2003. We bespreken hier kort de belangrijkste bepalingen van het meest recente ontwerp als voorbeeld van de manier waarop de wet geconcretiseerd zou kunnen worden in de toekomst³⁵:

- het substitutiemiddel moet persoonlijk en dagelijks aan de patiënt afgeleverd worden (in de beginfase van de behandeling oraal en in aanwezigheid van de apotheker of hulpverlener)³⁶;
- de voorschrijvende arts kan deelnemen aan een erkend multidisciplinair zorgprogramma (vanaf het ogenblik dat de arts 5 patiënten of meer in substitutiebehandeling heeft, is deze

³³ Wet van 22 augustus 2002 strekkende tot de wettelijke erkenning van behandelingen met vervangingsmiddelen en tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, B.S. 1 oktober 2002.

³⁴ Merk op dat de wetgever toch nog steeds als uiteindelijke doelstelling de *ontwenning* van het illegale middel (of de illegale middelen?) voor ogen heeft, terwijl verscheidene recente beleidsdocumenten steeds meer en meer de aandacht vestigen op het uitbreiden van de *harm reduction*-aanpak, waarbij men juist niet noodzakelijk streeft naar ontwenning!

³⁵ Ontwerp van het K.B. tot uitvoering van artikel 3, § 4 van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, *onuitg.*, 28 maart 2003.

³⁶ In enkele - niet nader omschreven - gevallen kan van deze regels worden afgeweken.

deelname zelfs verplicht), waaraan permanente bijscholing van artsen en hulpverleners verbonden wordt;

- een overheidsorgaan zal instaan voor de registratie om dubbelverstrekkingen te vermijden. We mogen dan ook echter verwachten dat geneesheren en andere praktijkmensen zullen blijven een beroep doen op de praktische richtlijnen van de **Consensusconferentie** (1994), totdat de uitvaardiging van de desbetreffende dergelijk K.B.'s een feit definitief is.

FRANKRIJK

In het algemeen is Frankrijk ten aanzien van het gebruik van illegale roesmiddelen altijd zeer streng geweest, omdat men er een ideologische kwestie van maakte, onder andere naar aanleiding van de gebeurtenissen van mei '68³⁷.

De **basiswet** van het Franse **drugbeleid** is de Wet nr. 70-1320 van 31 december 1970 betreffende de verdovende middelen ('la législation des stupéfiants'). Deze wet heeft een dubbele doelstelling: enerzijds de bestrijding van het gebruik en de handel ('répression') en anderzijds het bieden van zorg ('soins'). Men probeert hierin een evenwicht te vinden, maar in de praktijk blijkt dat de weegschaal duidelijk overhelst naar de repressieve kant: de druggebruiker is in principe een delinquent en bijgevolg strafbaar indien hij/zij in aanraking komt met politie of justitie³⁸. Hierop bestaat echter een uitzondering: de '**injonction thérapeutique**'. Dit wil zeggen dat de officier van justitie *kan* afzien van vervolging door de druggebruiker de mogelijkheid te geven een behandeling te volgen, door een verwijzing naar de departementale volksgezondheidsdienst. De praktische toepassing hiervan vertoont echter zeer grote lokale verschillen. Ondanks verscheidene circulaires van de minister van Justitie in 1970.

In 1973 wordt er een protocol uitgevaardigd rond methadon, met zeer strikte regels. Voor het overige blijft methadon tot 1994 een illegaal roesmiddel; buprenorfine kan gebruikt worden voor pijnbestrijding ('pain management').

In 1994 verschijnt de Omzendbrief 'relative au cadre d'utilisation de la méthadone/met betrekking tot het gebruik van methadon', die aan alle gespecialiseerde hulpverleningscentra de bevoegdheid geeft om methadon voor te schrijven. Daarnaast komt er in hetzelfde jaar een bijkomend protocol rond methadon.

In 1995 verschijnt er weer een Omzendbrief 'relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants d'un opiacé/met betrekking tot substitutiebehandelingen voor opiaatafhankelijke druggebruikers', waarin 2 legale middelen op de markt worden geïntroduceerd, nl. methadon en Subutex. In de praktijk echter zal buprenorfine/Subutex veel meer gebruikt worden dan methadon omwille van de quasi-afwezigheid van (strikte) regels rond het gebruik van buprenorfine.

In 1999 wordt er dan een 'speciaal beveiligd voorschriftformulier' ontwikkeld ter stimulering van het voorschrijven van medicatie voor pijnbestrijding.

NEDERLAND

Op dit ogenblik (anno 2001) zijn er eigenlijk **geen gedetailleerde richtlijnen** of kwaliteitsdocumenten voorhanden voor de verstrekking van methadon en/of andere

³⁷ BOEKHOUT VAN SOLINGE, T., *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk. Handel, gebruik en beleid*, Amsterdam, CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam, 1996, p.78.

³⁸ BOEKHOUT VAN SOLINGE, T., *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk. Handel, gebruik en beleid*, Amsterdam, CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam, 1996, p.76.

vervangmiddelen, die een *nationale status* hebben. In toenemende mate worden er voor de praktische organisatie ervan wel *regionale richtlijnen* ontwikkeld om zoveel mogelijk de kwaliteit van de verstrekking en de wijze waarop programma's worden uitgevoerd, te schragen³⁹.

De Nederlandse basiswet rond illegale drugs is de zgn. “**Opiumwet**”, op grond waarvan het gebruik van illegale drugs in Nederland verboden is⁴⁰. Het Openbaar Ministerie (OM) is belast met de handhaving van de verbodsbepalingen in de Opiumwet. Het OM heeft **richtlijnen** opgesteld voor de uitvoering van deze handhaving. In dit document zijn ook enkele richtlijnen opgenomen betreffende methadon⁴¹. Daarnaast is er het Koninklijk Besluit van 2002 ter uitvoering van de Opiumwet, het zgn. “**Opiumwetbesluit**”, met algemene regels betreffende het voorschrijven en de aflevering van ‘opiumwetmiddelen’, de registratie en de bevoegde instellingen⁴².

3.1.2.3 Actoren die bevoegd zijn tot voorschrijven en afleveren van de medicatie; controlerende instanties

BELGIË

In principe kunen alle huisartsen (en specialisten zoals psychiaters) substitutiemiddelen *voorschrijven*, maar zij dienen daarbij in een 'functionele relatie' te staan tot een gespecialiseerd hulpverleningscentrum of tot een netwerk van huisartsen die substitutiebehandelingen toepassen⁴³. Bijgevolg kunnen ook artsen die werken in een gespecialiseerd centrum, vervangmedicatie voorschrijven.

De *aflevering* kan gebeuren zowel in alle openbare officina als in gespecialiseerde hulpverleningssettings.

Vanaf 1997 werden de Medisch-Sociale OpvangCentra voor druggebruikers (MSOC/MASS) opgericht. Dit zijn laagdrempelige, ambulante centra voor de meest problematische en gemarginaliseerde gebruikers van illegale drugs, die tot dan toe door de bestaande drughulpverlening niet of onvoldoende bereikt werden én voor wie een multidisciplinaire behandeling geïndiceerd is, gezien hun problematiek op verschillende vlakken (bv. zowel psychologische als sociale problemen). De oprichting van deze centra werd aangekondigd in het Actieplan Toxicomanie-Drugs van 1995⁴⁴ en ze worden voornamelijk gefinancierd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), via de terugbetaling van vergoedbare medische prestaties⁴⁵. Er zijn 9 MSOC's over heel België verspreid (ongeveer 1 per provincie⁴⁶). Om vanuit een *harm reduction*-benadering de situatie van de cliënten op

³⁹ *Herontwerp van methadonverstrekking naar verslavingszorg*, Capelle aan den IJssel, Bouman Verslavingszorg, 2002, 40p.

⁴⁰ Wet van 12 mei 1928, tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (*Opiumwet*), + de verschillende wetwijzigingen. Laatste versie: *Staatsblad* 2003, 217, geldig vanaf 10 augustus 2003.

⁴¹ *Richtlijnen voor het opsporings- en strafvorderingsbeleid inzake strafbare feiten van de Opiumwet*, vastgesteld op 11/09/1996, inwerkingtreding op 01/10/1996, bijlage A, URL: <http://www.openbaarministerie.nl/publikat/drugs/drugsrl.htm> - 12/07/2003

⁴² Besluit van 9 december 2002, houdende uitvoeringsvoorschriften krachtens de Opiumwet (*Opiumwetbesluit*), versie geldig vanaf 17 maart 2003.

⁴³ De richtlijnen van de Consensusconferentie bevatten echter geen definiëring van het begrip 'functionele relatie'. Dit betekent dat een éénmalig telefonisch contact in principe al kan volstaan.

⁴⁴ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, Brussel, 2 februari 1995.

⁴⁵ Zie ook: MEUWISSEN, K., “De Medisch-Sociale OpvangCentra voor druggebruikers in België (MSOC's)”, in: *Handboek Verslaving*, 2001, B 4365:1-26.

⁴⁶ Namelijk: MSOC Gent (opgericht in jan. 1997), MSOC Antwerpen (maart 1997), MSOC Limburg (april 1997), MASS Charleroi (april 1997), MASS Liège (jan. 1998), MASS Mons (febr. 1998), MSOC Oostende (febr. 1998), MSOC/MASS Brussel (sept. 1999), MSOC Vlaams-Brabant (april 2003).

medisch, psychologisch en sociaal vlak te verbeteren, mogen zij ondermeer gebruik maken van vervangmedicatie zoals methadon (zowel voorschrijven als afleveren). Deze opdracht van de MSOC's wordt expliciet beschreven in de conventies die elk MSOC met het RIZIV heeft afgesloten. Een ruwe schatting laat ons toe te stellen dat alle MSOC's samen op jaarbasis (tussen 1998 en 2000) contact hebben met ongeveer 4000 cliënten, waarvan het aandeel substitutiecliënten echter nauwelijks gekend is, vnl. wegens een gebrekkige registratie. Wel weten we dat voor de Vlaamse MSOC's ongeveer de helft van hun cliënteel een substitutiebehandeling krijgt, terwijl dat percentage voor de MSOC's in het Franstalige landsgedeelte kan oplopen tot 90%⁴⁷. Zoals gezegd zijn de MSOC's niet de enige actoren die bevoegd zijn voor het toepassen van substitutiebehandelingen, maar in het geheel van huisartsen, apothekers en andere ambulante en residentiële (drug)centra, zijn zij vrijwel de voornaamste actoren op het vlak van substitutiebehandelingen in België.

Controle op het correct voorschrijven en afleveren gebeurt voornamelijk via registratie. Hoewel de Consensusconferentie de registratie sterk aanbeveelt, verloopt dit in de praktijk niet altijd even vlot. Normaal gezien worden registratiegegevens betreffende substitutiebehandelingen doorgegeven aan de Provinciale Geneeskundige Commissies (PGC's), maar in de praktijk blijkt dat dit niet altijd systematisch gebeurt. En zelfs als de gegevens worden overgemaakt, worden ze door de PGC's niet altijd terdege verwerkt⁴⁸.

Zoals hierboven beschreven, zijn (algemene en psychiatrische) ziekenhuizen, apothekers, huisartsen en ook drughulpverleningsinstellingen in principe allemaal evenzeer actoren, betrokken bij de toepassing van substitutiebehandelingen in België. Nochtans zijn substitutiecliënten in bepaalde settings ondervertegenwoordigd, zoals in *algemene ziekenhuizen*. Het aandeel van *huisartsen en apothekers* in de problematiek is gebaseerd op hun 'good will' en blijft beperkt tot degenen die ondanks de wettelijk onzekere situatie toch substitutiebehandelingen toepassen. Deze sector zou veel meer kunnen bijdragen tot de behandeling van opiaatafhankelijke gebruikers. Het is te hopen dat de nieuwe Wet (2002) en de onderweg zijnde KB's ter uitvoering van die Wet, als gevolg zullen hebben dat meer en meer huisartsen en apothekers zich toeleggen op deze vorm van behandeling voor druggebruikers...

Een andere vaststelling is dat *psychiatrische* (enenzeer zoals algemene) *ziekenhuizen* nog te weinig vertegenwoordigd zijn in de hulp aan illegale druggebruikers in het algemeen en aan heroïnegebruikers met een vraag naar vervangingsmiddelen in het bijzonder. Als reden vernoemt deze sector bv. het gebrek aan expertise op het vlak van illegaal druggebruik en vooral op het vlak van de complexe problematiek van de 'dubbele diagnose'⁴⁹. Dit leidt tot een vicieuze cirkel: drugcentra verwijzen deze mensen door naar de psychiatrie, aangezien zij over te weinig know-how beschikken m.b.t. de psychiatrische problematiek; psychiatrische ziekenhuizen weigeren druggebruikers aangezien zij dan weer over onvoldoende kennis beschikken wat betreft de behandeling van illegale druggebruikers vanuit een *harm reduction*-perspectief, i.e. het toepassen van substitutiebehandelingen. Zelfs in psychiatrische instellingen die substitutiebehandelingen toepassen, zijn deze zeer vaak slechts een

⁴⁷ PELC, I., DE RUYVER, B., CASSELMAN, J., NOIRFALISE, A., MACQUET, C., BOSMAN, G., BULLENS, F., FROM, L., MEUWISSEN, K., NICAISE, P., VANDER LAENEN, F. en WARLAND, O., *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers. Algemeen rapport*, Brussel, DWTC, 2001, p. 27-30.

⁴⁸ Persoonlijk onderhoud met Dr. S. TODTS dd. juli 1999, n.a.v. het MSOC-evaluatieonderzoek (april 1999 – maart 2001).

⁴⁹ Deze term staat voor personen waarbij naast een afhankelijkheidsproblematiek ook sprake is van een psychiatrische problematiek. Zij horen dus niet volledig thuis in de drughulpverlening, maar evenmin in de psychiatrie. Specifieke afdelingen werden recent specifiek voor deze 'dubbele diagnose-clieñten ontwikkeld – bv. in het PZ Boechout – maar deze evolutie staat nog in zijn kinderschoenen. Er is bv. nog steeds een gebrek aan voldoende wetenschappelijk onderzoek ter zake, hoewel ook hieromtrent een inhaalbeweging aan de gang is.

hulpmiddel bij de ontwenning, via een graduele afbouw van de methadon op zeer korte termijn.

Hoewel er geen duidelijk overzicht bestaat van alle *ambulante en residentiële drugcentra* die substitutiebehandelingen toepassen, zijn zij in principe allemaal betrokken actoren. Sinds 1997 is hierin meer duidelijkheid geschapen voor wat betreft de Medisch-Sociale Opvangcentra (MSOC/MASS). Eén van hun expliciete opdrachten betreft immers het toepassen van substitutiebehandelingen. Dit is niet hun enige opdracht, maar toch een primaire. Evenzo nemen niet alle MSOC-cliënten deel aan een substitutieprogramma, maar in Vlaanderen toch meer dan de 50% van hun cliënten en in Wallonië zelfs bijna 90% van hun cliënteel (cfr. supra ‘actoren’). Het specifieke aan deze centra ligt in hun laagdrempeligheid en multidisciplinariteit; in het feit dat zij hun eigen methadon distributie regelen en hun sterk uitgebouwde psychosociale en administratieve begeleiding.

De toepassing van substitutiebehandelingen in de *gevangenissen* verschilt sterk tussen de verschillende penitentiaire inrichtingen⁵⁰. Waar deze hulpverlening wordt aangeboden, is dat echter steeds i.k.v. de verderzetting van een reeds opgestart programma buiten de gevangenis en met slechts 1 doel voor ogen, nl. de totale fysieke (en eventueel psychologische) ontwenning (afbouw tot nul op enkele weken, soms zelfs op enkele dagen).

De toenmalige minister van Justitie vaardigde in 2000 een Omzendbrief uit met betrekking tot de integrale aanpak van de drugproblematiek in de gevangenissen, waarin ook het thema ‘substitutiebehandelingen’ aan bod komt⁵¹.

Met betrekking tot de bijzondere situatie van *zwangerschap* bepaalt de Consensusconferentie enerzijds dat zwangerschap geen contra-indicatie is om een substitutiebehandeling toe te passen⁵² en anderzijds dat in geval van zwangerschap het niet aanbevolen is een onderhoudsbehandeling met methadon te onderbreken. Bovendien vereist dergelijke situatie een specifieke competentie⁵³. Door praktijkmensen wordt algemeen aanvaard dat zwangere gebruiksters (en vaak ook moeders met kleine kinderen) prioritair geholpen worden, i.e. zelfs als er bijvoorbeeld een ‘opnamestop’ geldt. Daarnaast groeit sinds enkele jaren het besef dat (zwangere) moeders met kleine kinderen specifieke aandacht verdienen en worden er enkele projecten opgezet⁵⁴.

FRANKRIJK

Zoals we verder zullen zien, is methadon algemeen gesproken hét substitutiemiddel bij uitstek in zowat alle Europese landen. Frankrijk vormt hierop echter een uitzondering: buprenorfine (Subutex) wordt er veel meer gebruikt dan methadon. Dit is te wijten aan het feit dat buprenorfine nauwelijks onderworpen is aan enige reglementering, in tegenstelling tot methadon, dat wettelijk wel strikt geregeld is. Zo mag elke huisarts buprenorfine *voorschrijven*, zij het middels een “beveiligd voorschrift” (“ordonnance sécurisée”). De artsen krijgen het advies om bij het begin van de behandeling steeds voor een korte periode

⁵⁰ Zie o.a. DE MAERE, W., HARIGA, F., BARTHOLEYNS, F. en VANDERVEKEN, M., *Gezondheid en druggebruik in het penitentiair milieu. Ontwikkeling van een epidemiologisch onderzoeksinstrument*, Antwerpen - Brussel - Louvain-La-Neuve, Free Clinic - Modus Vivendi - ULB - UCL, 2000.

⁵¹ M.O. nr. 1722 van 18 december 2000 met betrekking tot de integrale aanpak van de drugproblematiek in de penitentiaire instellingen.

⁵² *Consensusconferentie substitutiebehandeling met methadon*, Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, 12 oktober 1994, p.3.

⁵³ *Consensusconferentie substitutiebehandeling met methadon*, Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, 12 oktober 1994, p.4.

⁵⁴ Zoals ‘Bubbels & babbels’ in de stad Antwerpen of de praatgroep voor vrouwen annex kinder-speelruimte in het MSOC van Genk.

voor te schrijven, om te participeren aan een netwerk van huisartsen en om de naam van de apotheker te vermelden op het voorschrift. De huisartsen zijn echter niet verplicht deze adviezen te volgen.

Een behandeling met methadon mag enkel opgestart worden in een gespecialiseerd drughulpverleningscentrum. Pas wanneer de cliënt "gestabiliseerd" is, kan hij doorverwezen worden naar een huisarts voor het voorschrijven van de methadon. In elk geval mag methadon slechts voorgeschreven worden voor 1 week of hoogstens voor 14 dagen.

Wat de *aflevering* betreft, zien we een gelijkaardige situatie: buprenorfine kan door elke apotheker afgeleverd worden, terwijl methadon in het gespecialiseerd centrum moet afgeleverd worden en wel dagelijks. Voor "gestabiliseerde" patiënten kan een *take home*-regeling getroffen worden, maar dit wordt discretionair door de arts van het centrum beslist.

Voor de *controle* op het voorschrijven en afleveren maakt men daarentegen geen onderscheid tussen methadon en buprenorfine: departementscomités controleren en evalueren het correcte gebruik van beide middelen en hebben eveneens de opdracht om de organisatie van netwerken van huisartsen en apothekers te stimuleren.

Samengevat staat de gespecialiseerde *drughulpverlening* in voor het voorschrijven en distribueren van methadon (dat strikt gereguleerd is); terwijl buprenorfine (Subutex) door elke *huisarts* kan voorgeschreven worden en door elke *apotheker* afgeleverd (dat nauwelijks onderworpen is aan enige wettelijke vereisten).

NEDERLAND

Nederland heeft – net zoals België – een minder gecentraliseerde structuur van voorschrijvende actoren dan Frankrijk: zowel huisartsen als drugcentra zijn bevoegd om substitutiemiddelen voor te schrijven⁵⁵.

Het *Opiumwetbesluit* geeft de toelating om substitutiebehandelingen toe te passen aan een *breed gamma* van instellingen. Naast huisartsen en apothekers zijn in principe ook ziekenhuizen, arbeidsdiensten en bedrijfshulpverleners, gespecialiseerde drugcentra, gevangenis en justitiële jeugdinstanties bevoegd om substitutiemiddelen voor te schrijven en af te leveren⁵⁶.

In de praktijk gebeurt het *voorschrijven* voornamelijk door de huisarts: in 1999 was in 87% van de gevallen de *huisarts* de voorschrijver, waarvan ongeveer de helft in de regio Amsterdam werd voorgeschreven⁵⁷. Andere bronnen beweren dat slechts in enkele steden huisartsen methadon voorschrijven, en dan nog enkel aan oudere 'verslaafden' wiens toestand min of meer gestabiliseerd is⁵⁸.

De *aflevering* gebeurt daarentegen het meest in *centra*. De grootste groep van substitutiecliënten wordt behandeld in de ambulante drughulpverlening. Daarnaast worden ook substitutiemiddelen verstrekt door Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (*GG&GD*), zoals het GG&GD Amsterdam dat een aantal methadonprogramma's kent. Soms wordt de vervangmedicatie afgeleverd door de *huisarts* (of geneesheren-specialisten) of in de

⁵⁵ VERSTER, A. en BUNING, E., *Methadone Guidelines*, 2000, p. 5, URL: <http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesuk/guidelines.htm> – 11/09/2002

⁵⁶ Opiumwetbesluit, artt.2, tweede lid en 16.

⁵⁷ VERSTER, A. en BUNING, E., *Methadone Guidelines*, 2000, p.5, URL: <http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesuk/guidelines.htm> – 11/09/2002

⁵⁸ PLANIJE, M.P., SPRUIT, I.P. en MENSINK, C., *Fact Sheet 10: Harddrugsbeleid: Opiaten update*, Utrecht, Trimbosinstituut, 1999, p.4, URL: <http://www.trimbos.nl/nlfsheet/fc10nl.html> - 1/04/2003

gevangenissen. Op deze actoren heeft men een vrij duidelijk zicht, in tegenstelling tot de residentiële drughulpverlening en de algemene ziekenhuizen. Van deze laatstgenoemde actoren is niet bekend welke middelen en hoeveel zij in het kader van substitutiebehandelingen voorschrijven en/of afleveren.

Zoals gezegd is het mogelijk om methadon in Huizen van Bewaring (voorhechtenis), *gevangenissen* of op politiebureaus verstrekt te krijgen. Er zijn echter weinig gegevens bekend over de aard en de omvang van wat er wordt verstrekt in *gevangenissen*, noch in de residentiële drughulpverlening en de algemene ziekenhuizen. Wat de *gevangenissen* betreft, zegt 20% van de inrichtingsartsen en –verpleegkundigen dat methadon er wel op onderhoudsbasis wordt verstrekt, maar dat het meest gangbare regiem een afbouwprogramma is, waarbij de maximale startdosis ligt tussen de 30 en 40 mg. Daarenboven blijkt de variatie in beleid tussen de verschillende penitentiaire inrichtingen aanzienlijk te zijn⁵⁹.

Controle op de toepassing van substitutiebehandelingen gebeurt vnl. via *registratie*. In het Opiumwetbesluit zijn hieromtrent een aantal bepalingen opgenomen⁶⁰.

3.1.2.4. Doelstellingen van substitutiebehandelingen

BELGIË

De voornaamste doelstellingen van substitutiebehandelingen in België situeren zich op het vlak van de (lichamelijke en geestelijke) *gezondheid* van de gebruiker en diens directe omgeving enerzijds en de algemene volksgezondheid anderzijds. Zo wil men de verspreiding van onder andere het HIV- en Hepatitisvirus voorkomen (door de orale inname van methadon het – mogelijks onveilige – spuitgedrag van opiaatgebruikers immers aanzienlijk af) en reeds besmette gebruikers een degelijke medische begeleiding aanbieden.

Een andere doelstelling is de verbetering van de *sociale en professionele vaardigheden* van de substitutiecliënten⁶¹.

Tenslotte hoopt men via substitutiebehandelingen ook de *criminele activiteiten* van de gebruikers terug te dringen. Gelet op het complexe karakter van het verband tussen (illegale) drugs en criminaliteit is het niet altijd even makkelijk om aan te tonen of deze doelstelling wel bereikt wordt⁶².

FRANKRIJK

Zoals in de meeste Europese landen heeft men ook in Frankrijk meerdere doelen voor ogen bij de toepassing van substitutiebehandelingen. De belangrijkste doelstellingen zijn de volgende:

- het inschakelen in een therapeutisch proces;
- het vergemakkelijken van de medische follow-up van bepaalde ‘pathologieën’;
- de stabilisatie en/of vermindering van druggebruik en vnl. van injecterend gebruik;
- een drugvrij leven blijft officieel de ultieme doelstelling.

⁵⁹ *Zorg achter tralies*, 1999.

⁶⁰ Besluit van 9 december 2002, houdende uitvoeringsvoorschriften krachtens de Opiumwet (Opiumwetbesluit), art.9.

⁶¹ Wat betreft de MSOC's bv. wordt deze opdracht expliciet vermeld in de conventies tussen elk MSOC en het RIZIV.

⁶² DE RUYVER, B., VAN BOUCHAUTE, J. en BALTHAZAR, T., *Methadon, hulpmiddel of wondermiddel?*, Leuven – Apeldoorn, Garant, 1994, p. 95-114.

NEDERLAND

Oorspronkelijk stond het bereiken van *abstinentie* (van opiaten) voorop: in 1983 bleek uit wetenschappelijk onderzoek dat 68% van de ondervraagde instellingen in de drughulpverlening aangaf dat abstinentie het belangrijkste doel was van substitutiebehandelingen. In 1990 was dit percentage echter reeds gezakt tot 33%; toen kwamen andere *public health*-doelstellingen prominenter op de voorgrond, waaronder:

- contact houden met de ‘verslaafde’;
- verbeteren van het maatschappelijk functioneren;
- voorkomen van verslechtering van de sociale situatie⁶³.

Geleidelijk zijn de doelstellingen van substitutiebehandelingen in Nederland gevormd naar de lokale behoeften, die zeer sterk van elkaar kunnen verschillen, waardoor ook de programma’s in zeer verschillende vormen worden aangeboden.

Ook in Nederland is men zich bewust van het feit dat substitutiebehandelingen wel een middel kan zijn voor de vermindering van de druggerelateerde criminaliteit, maar zeker geen wondermiddel⁶⁴.

3.1.2.5. Modaliteiten van substitutiebehandelingen

BELGIË

De richtlijnen van de Consensusconferentie van 1994 (en de follow-up ervan) maken een onderscheid tussen 2 modaliteiten, nl. de behandeling van *middellange duur* (2 à 5 jaar) enerzijds en de behandeling van *onbepaalde duur* anderzijds. In de praktijk echter voegt men daaraan meestal nog een categorie toe: de behandeling op *korte termijn* (3 weken à 3 maanden). Bovendien blijkt ook steeds meer (o.a. uit de resultaten van de huisartsenenquête van onderhavig project; cfr. infra) dat men in de praktijk meestal *geen* welbepaalde modaliteit voor ogen heeft bij de aanvang van een substitutiebehandeling. Pas *tijdens* de behandeling wordt duidelijk welke modaliteit men toepast, die trouwens ook steeds kan gewijzigd worden, naargelang de evolutie van de cliënt dit vereist en een andere modaliteit indiceert.

Dagelijkse dosissen (methadon) variëren van 30 à 40 mg (meestal bij de aanvang van de behandeling) tot 60 à 80 mg. De vervangmedicatie dient oraal ingenomen te worden.

FRANKRIJK

Buprenorfine wordt voor maximum 28 dagen voorgeschreven. De huisarts kan bovendien aan de apotheker vragen de medicatie in bepaalde ‘fracties’ af te leveren, bv. 1 maal per week. Wat methadon betreft, was de dagelijkse dosis tot 1973 gelimiteerd tot maximum 60 mg. De wet van 1994 maakte uitzonderingen op deze maximumdosis mogelijk, maar de voorschrijvende geneesheer moest hiervoor officiële toelating krijgen. Vanaf 2001 bestaat er niet langer een beperking inzake posologie noch inzake behandelingsduur.

Wel is het zo dat in theorie – zowel voor methadon als voor buprenorfine – de modaliteit van onderhoudsbehandeling (onbeperkte duur) niet toegelaten is, maar in de praktijk kan elke arts en elk hulpverleningscentrum beslissen deze modaliteit toch toe te passen.

NEDERLAND

⁶³ DRIESSEN, F.M.H.M., VÖLKER, B.G.M., KREGTING, J. en VAN DER LELIJ, B., *De ontwikkeling van de situatie van methadoncliënten gedurende twee jaar*, Den Haag-Utrecht, Bureau Driessen, 1999.

⁶⁴ GRAPENDAAL, M., LEUW, E. en NELEN, J.M., *De economie van het drugbestaan. Criminaliteit als expressie van levensstijl en loopbaan*, Arnhem, Goudaquin, 1991, p. 147-173.

De verstrekking van substitutiemiddelen (vnl. methadon) vindt *soms* plaats op *afbouw*basis, waarbij de methadondosering binnen 1 tot 6 maanden wordt afgebouwd om ontwenningverschijnselen te beperken, met abstinentie als doel.

In de praktijk echter blijkt dat deze afbouwmodaliteit moeizaam verloopt en dat er daarom vaker wordt behandeld op *onderhoudsbasis*, waarbij de dosering gelijk blijft en waarbij geen expliciete termijn vooropgesteld wordt. In 1997 was dit voor ruim 89% van de methadoncliënten het geval.

De voornaamste doelstelling van deze onderhoudsprogramma's is het tegengaan van de verslechtering van de gezondheidssituatie. Door het regelmatig contact is medische controle mogelijk, wat belangrijk is in verband met het tegengaan van de verspreiding van ziektes zoals AIDS, TBC en hepatitis B en C⁶⁵.

3.1.2.6. *Inclusie- en exclusiecriteria*

BELGIË

De Wet van 2002 bepaalt dat de toelatingscriteria middels een Koninklijk Besluit dienen gepreciseerd te worden. Bij gebrek tot op heden aan die uitvoeringsbesluiten, worden bijgevolg in principe de richtlijnen van de Consensusconferentie gevolgd. Die bepalen dat substitutiebehandelingen enkel mogen toegepast worden wanneer er een indicatie is van minimum 1 jaar opiaatafhankelijkheid en één of meerdere mislukte ontwenningpogingen⁶⁶. Daarnaast moet de gebruiker in principe meerderjarig zijn.

Er zijn geen tegenindicaties volgens de Consensusconferentie, zoals bv. zwangerschap. Tot nog toe bestaan er geen beperkingen betreffende het aantal patiënten per voorschrijvende arts. Urinetesten zijn (nog) niet verplicht, maar urineonderzoek wordt wel geadviseerd als één van de mogelijke middelen om de afhankelijkheid aan heroïne vast te stellen.

De bijkomende voorwaarde van registratie wordt zeer wenselijk geacht en zal via de uitvoerende KB's ook verplicht gemaakt worden. Nochtans vertoont het registreren en de verwerking van die registratiegegevens nogal wat lacunes op dit ogenblik (cfr. supra 'actoren').

FRANKRIJK

Hoewel de Wet van 1995 de inclusiecriteria van de Wet van 1994 versoepelt, blijven bepaalde centra de criteria van 1994 toepassen. Daarom vermelden we ze hier de regels van beide wetten, die trouwens enkel van toepassing zijn op methadon. Voor buprenorfine geldt slechts 1 toelatingscriterium: er moet sprake zijn van een 'ernstige opiaatafhankelijkheid'. Volgens de Wet van 1994 kan methadon slechts voorgeschreven worden voor gebruikers met een opiaatafhankelijkheid van minimum 5 jaar, die verschillende mislukte ontwenningpogingen achter de rug hebben. Bovendien kunnen gebruikers nooit (gerechtelijk of anderszins) gedwongen worden om een methadonbehandeling te ondergaan én moet de methadoncliënt minstens 18 jaar oud zijn. De Wet van 1995 spreekt niet langer over voorafgaande ontwenningpogingen; enkel het criterium van de ernstige opiaatafhankelijkheid blijft gelden (naast het vrijwillige karakter en de minimumleeftijd van 18 jaar).

⁶⁵ PLANIJE, M.P., SPRUIT, I.P. en MENSINK, C., *Fact Sheet 10: Harddrugsbeleid: Opiaten update*, Utrecht, Trimbisinstituut, 1999, p.3, URL: <http://www.trimbos.nl/nlfsheet/fc10nl.html> - 1/04/2003

⁶⁶ Deze ontwenningpogingen hoeven niet noodzakelijk in een residentiële setting gebeurd te zijn; spontane ontwenningpogingen 'tellen ook mee'.

Er zijn enkele bijkomende *voorwaarden* waaraan voldaan moet zijn om een substitutiebehandeling correct toe te passen. Voor buprenorfine moet de arts een beveiligd voorschriftformulier gebruiken, waarop minimaal de naam en het adres van zowel dokter als patiënt vermeld wordt. Voorts krijgen de artsen het advies om bij het begin van de behandeling steeds voor een korte periode voor te schrijven, om te participeren aan een netwerk van huisartsen en om ook de naam van de apotheker te vermelden op het voorschrift, maar deze adviezen hebben geen enkele bindende kracht (cfr. supra ‘actoren’). Wat methadon betreft echter, is minimaal 1 urinetest per week verplicht en geldt er een verplichte registratie; een controlemaatregel die ook dient als basis voor evaluatiestudies.

NEDERLAND

Ook hier weer vindt men in wetgevende documenten weinig concrete regels betreffende inclusie- en exclusiecriteria, maar in de praktijk is *afhankelijkheid van heroïne* het enige toelatingscriterium voor de substitutieprogramma's.

Het (matig) *bijgebruiken* van drugs, alcohol en psychofarmaca is tegenwoordig in de meeste onderhoudsprogramma's toegestaan en vormt dus *geen* voldoende criterium om de behandeling te staken, zoals in België ook het geval is (cfr. supra).

3.1.2.7. Lijst van toegelaten substitutiemiddelen (incl. heroïne)

BELGIË

Methadon is hét substitutiemiddel bij uitstek. Nochtans is volgens de Consensusconferentie ook *buprenorfine* (Temgesic) een volwaardig alternatief vervangmiddel. Substitutiebehandelingen met Temgesic worden echter niet zo vaak toegepast. In de praktijk blijkt buprenorfine in België vooral gebruikt te worden in het kader van korte termijn-afbouwprogramma's.

LAAM (Levo-Alpha-Acetylmethadol) werd slechts een zeldzame keer gebruikt en is tegenwoordig trouwens van de markt gehaald (zoals overal elders in Europa trouwens), nadat men levensbedreigende hartstoornissen had vastgesteld bij personen die dit middel kregen toegediend⁶⁷.

Wat betreft de medisch gecontroleerde toediening van *heroïne*, worden er enkele haalbaarheidsstudies gevoerd, maar op het vlak van het beleid is er nog geen sprake van de praktische toepassing ervan.

FRANKRIJK

Zoals in de rest van de Europa zijn er over het algemeen twee vervangmiddelen, die in de praktijk worden toegepast en in het beste geval ook wettelijk geregeld worden, nl. methadon (grootste aandeel) en buprenorfine (minder vaak toegepast). We schreven hierboven reeds dat Frankrijk op verschillende vlakken een uitzondering op de algemene regel betekent. Ook m.b.t. de toegelaten vervangmiddelen kunnen we deze uitzondering doortrekken: *buprenorfine* (Subutex) wordt er het meest toegepast, vnl. door huisartsen, aangezien dit middel nauwelijks onderworpen is aan enige regelgeving.

In tegenstelling tot buprenorfine wordt *methadon* wel strikt wettelijk gereguleerd: het kan enkel voorgeschreven en afgeleverd worden in gespecialiseerde centra of door enkele artsen die zeer nauw samenwerken met deze gespecialiseerde centra. Ten slotte richten deze centra zich op de doelgroep van ‘ernstige verslaafden’. Een methadonbehandeling is volgens de regelgeving enkel van toepassing op deze doelgroep.

⁶⁷ EMCDDA, Drugs in focus, *Key role of substitution in drug treatment*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2002.

Naast deze vervangmiddelen wordt ook – zij het in zeldzame gevallen (minder dan 5% van de substitutiepatiënten – *morfinesulfaat* toegediend aan patiënten die er niet in slagen de strikte regels van de gespecialiseerde centra te volgen (zoals prostituées of werkende gebruikers). De toediening van morfinesulfaat wordt echter ontmoedigd sinds methadonbehandelingen toegankelijk zijn geworden.

Inzake het medisch voorschrijven van *heroïne* is er wel een voorstel tot een experimentele studie ontwikkeld, maar tot op heden werd daarover het licht nog niet op groen gezet.

NEDERLAND

Het *Opiumwetbesluit* bevat een lange lijst van substanties die in het kader van medische behandelingen – waaronder substitutiebehandelingen – mogen voorgeschreven en afgeleverd worden. Deze lijst vermeldt onder andere buprenorfine, codeïne, methadon, morfine en zelfs cocaïne en cannabis, naast een hele reeks andere substanties.

In de praktijk echter zien we dat *methadon* het meest verstrekte substitutiemiddel is. Specifiek voor Nederland is wel dat methadon er zowel in tabletvorm als in de vorm van siroop en zelfs in injecteerbare vorm mag afgeleverd worden. *Buprenorfine en morfine* worden ook voorgeschreven, zij het in veel mindere mate. Het lijkt erop dat in Nederland – zoals in de meeste Europese landen – methadon vnl. wordt gebruikt voor behandelingen op middellange en lange termijn, terwijl buprenorfine en morfine eerder voor korte termijnbehandelingen voorgeschreven worden. Zoals reeds eerder vermeld, vormt Frankrijk een uitzondering op deze regel.

Inzake het voorschrijven van *heroïne* aan opiaatafhankelijken werd er in 1995 door de Gezondheidsraad een advies overgemaakt aan de minister van Volksgezondheid. Dit advies bepaalde dat er nog onvoldoende wetenschappelijk onderzoek hieromtrent bestond in Nederland op dat ogenblik en dat bijgevolg een medisch-wetenschappelijk experiment wenselijk is, dat nauwkeurig dient geëvalueerd te worden. De resultaten van deze evaluaties zouden vergeleken worden met de (tot dusver positieve) resultaten van de Zwitserse experimenten. Volgens de Gezondheidsraad is het alvast de bedoeling dat het voorschrijven van heroïne plaatsvindt binnen de bestaande hulpverlening en dat er een protocol wordt opgesteld met richtlijnen betreffende deze behandelingsvorm⁶⁸.

Inderdaad is in 1998 in een aantal steden een *experiment* gestart waarbij heroïne op medische indicatie werd verstrekt. Het betreft een groep van 750 ‘zwaar verslaafden’ voor wie de reguliere hulpverlening geen mogelijkheden meer biedt. Het onderzoek vergelijkt twee verschillende behandelingen: behandeling met methadon enerzijds en behandeling met methadon in combinatie met heroïne. Bekeken wordt of het voorschrijven van heroïne (intraveneus of in rookbare vorm, het zgn. ‘chinezen’) gunstige effecten heeft op de lichamelijke en geestelijke gezondheid en het sociaal functioneren. Toelatingscriteria zijn: een minimumleeftijd van 25 jaar, een afhankelijkheid van minimum 5 jaar en gedurende de afgelopen 5 jaar minstens 1 maand lang minimaal een methadondosis van 50 à 60 mg per dag gehad hebben. Amsterdam en Rotterdam zijn uitgekozen voor de eerste fase van het experiment, waar telkens aan 25 cliënten naast methadon ook heroïne wordt voorgeschreven. In een volgende fase zouden ook Den Haag, Groningen, Heerlen/Maastricht en Utrecht in aanmerking komen⁶⁹.

⁶⁸ *Het Nederlandse drugbeleid. Continuïteit en verandering*, brief van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie en van de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken aan de Tweede Kamer, Rijswijk, 15 september 1995, p.31-34.

⁶⁹ PLANIJE, M.P., SPRUIT, I.P. en MENSINK, C., *Fact Sheet 10: Harddrugsbeleid: Opiaten update*, Utrecht, Trimbosinstituut, 1999, p.4-5, URL: <http://www.trimbos.nl/nlfsheet/fc10nl.html> - 1/04/2003

De samenvatting van de resultaten van deze experimenten zijn gebundeld in een lijvig rapport en zijn overwegend positief te noemen⁷⁰:

- de studie en de analyse van de resultaten zijn goed verlopen;
- gecontroleerde behandeling met heroïne in combinatie met methadon van chronisch, therapieresistente verslaafden aan heroïne die reeds behandeld werden met methadon is effectiever dan de continuering van behandeling met uitsluitend methadon;
- de gunstige effecten van deze behandeling worden duidelijker en groter naarmate de behandeling langer duurt;
- de gecontroleerde behandeling met heroïne in combinatie met methadon is praktisch uitvoerbaar, leidt niet tot meer ernstige medische gebeurtenissen en veroorzaakt slechts een beperkt aantal, beheersbare, openbare orde-problemen.

3.1.2.8. Impact van juridische situatie op de praktijk en de dagelijkse werking

BELGIË

Het is duidelijk dat de afwezigheid van een formeel wettelijk kader tot 2002 zijn invloed heeft gehad op de dagelijkse werking van huisartsen, apothekers en gespecialiseerde drugcentra, met name werden er in de jaren '80 en begin jaren '90 nog artsen die substitutiemiddelen voorschreven, strafrechtelijk veroordeeld voor het "instandhouden van een verslaving"⁷¹. Maar zelfs zonder dat formele kader is er in België wel degelijk sprake (geweest) van een evolutie in de richting van *harm reduction*-initiatieven en dan meer in het bijzonder substitutiebehandelingen. Deze behandelingsvorm heeft voornamelijk in de jaren '90 een opwaartse beweging gemaakt en werd meer en meer aanvaard, zowel door beleidsmensen als door professionelen in het werkveld. Deze toenemende praktijken vonden hun weerslag in de concrete richtlijnen van de Consensusconferentie van 1994. Hoewel dit geen wet *stricto sensu* is, worden de richtlijnen door de beroepsbeoefenaars beschouwd als zeer richtinggevend. Bovendien werden er sinds 1997 gespecialiseerde centra opgericht - de MSOC's - die de opdracht kregen om de leefsituatie van problematische druggebruikers te verbeteren o.a. door behandelingen met vervangingsmiddelen. Hierdoor gaf de overheid eigenlijk impliciet te kennen dat ze substitutiebehandelingen goedkeurt.

Aangezien de recente formele wet vrij vaag blijft en de concretisering van de regelgeving via een K.B. nog steeds niet voltooid is, blijft men in de praktijk enerzijds terugvallen op de richtlijnen van de Consensusconferentie. Anderzijds weigeren bepaalde actoren nog steeds om deze behandelingsvorm toe te passen, omdat er nog altijd enigszins sprake is van rechtsonzekerheid.

Ten slotte heeft men in het werkveld - omwille van de grote diversiteit van actoren en organisatievormen - geen duidelijk zicht op wie substitutiebehandelingen toepast, noch op het aantal patiënten die deze behandeling krijgen of op welke manier deze behandelingsvorm wordt toegepast door de verschillende actoren.

FRANKRIJK

Zoals reeds gezegd is het voornaamste gevolg van het wettelijk kader rond substitutiebehandelingen in Frankrijk, het feit dat in de praktijk er zeer weinig toepassing wordt gemaakt van methadonbehandelingen in gespecialiseerde centra (die bovendien lange wachtlijsten hebben). Buprenorfine (Subutex) daarentegen wordt veelvuldig voorgeschreven door de huisartsen, die nauwelijks onderworpen worden aan enige overheidscontrole.

⁷⁰ VAN DEN BRINK, W. e.a., *Heroïne op medisch voorschrift. Verkorte weergave van de rapportage*, Utrecht, Centrale Commissie Behandeling Heroïne-verslaafden (CCBH), 2002, p.113-123.

⁷¹ Art.3, al.3 van de Drugwet van 24 februari 1921.

Een ander gevolg is dat de praktijken veelvuldig zijn en sterk kunnen verschillen tussen regio's. Zo zijn er verscheidene huisartsen en apothekers op vrijwillige basis betrokken bij substitutiebehandelingen en zij zijn vaak in dynamische netwerken georganiseerd. Niettemin zijn er zeer weinig gespecialiseerde hulpverleningscentra die deelnemen aan deze netwerken, hoewel deze centra ook substitutiebehandelingen toepassen. De Franse hulpverleningscentra kunnen als het ware onderverdeeld worden in “old-school” centra enerzijds (zij werken geïsoleerd, voornamelijk op basis van methadon in zeer lage dosissen en passen geen onderhoudsbehandelingen toe) en “new-school” centra anderzijds (de basisfilosofie is *harm reduction*, onderhoudsbehandelingen zijn mogelijk, zij hebben een groter aantal patiënten en verwijzen meer patiënten door naar de huisartsen van zodra zij gestabiliseerd zijn).

Een gebrek is tenslotte het tekort aan psychosociale begeleiding van die substitutiepatiënten die door huisartsen gevolgd worden, vnl. wanneer deze huisartsen niet deelnemen aan een netwerk, zoals hierboven beschreven.

NEDERLAND

Het feit dat de bevoegdheid voor het organiseren van substitutiebehandelingen zoveel mogelijk door de overheid wordt overgelaten aan de lokale overheden, heeft tot gevolg dat men aangepaste vormen van substitutiebehandelingen kan ontwikkelen en toepassen naargelang de specifieke noden van de gebruikers van een bepaalde regio.

Het nadeel hiervan is dat juist deze grote differentiëring niet bevorderlijk is voor een helder en duidelijk zicht op de situatie (actoren, doelstellingen, modaliteiten, inclusie- en exclusiecriteria, aantal patiënten, enz.).

3.1.3. Vergelijking en analyse van de bevindingen

Over het algemeen kunnen we stellen dat er een grote diversiteit bestaat betreffende substitutiebehandelingen. De situatie in de drie bestudeerde landen (die nochtans buurlanden zijn van elkaar) kan juist daarom moeilijk met elkaar vergeleken worden. Elk land heeft zo zijn eigen kenmerken.

Nederland voerde reeds vroeg een vrij progressief beleid door het kiezen (ook wetgevend) voor de *harm reduction*-aanpak, met de nadruk op methadonbehandelingen voor opiaatafhankelijke gebruikers. De organisatie en modaliteiten zijn echter zeer divers aangezien de regelgeving omtrent substitutiebehandelingen hoofdzakelijk wordt overgelaten aan de lokale overheden.

In **België** werden substitutiebehandelingen op kleine schaal reeds eind jaren '70 toegepast in de praktijk, hoewel het niet wettelijk toegelaten was (cfr. de strafrechtelijke veroordeling van enkele artsen die methadon voorschreven). Beleidsmakers en praktijkmensen zijn sinds toen meer en meer geëvolueerd naar een positieve houding ten opzichte van deze behandelingsvorm, maar dit vond pas in 2002 zijn weerslag in een formele wet. Hiermee is België de laatste in het rijtje van Europese landen die substitutiebehandelingen wettelijk geregeld hebben. Dit heeft een wat hypokriete situatie tot gevolg gehad: enerzijds bleef het voorschrijven van substitutiemiddelen al die tijd strafbaar, maar anderzijds werden er reeds in 1994 richtlijnen uitgevaardigd, die geen kracht van wet hadden, maar wel gebaseerd waren op een grote consensus van alle betrokken actoren. Deze richtlijnen waren bovendien reeds vanaf het begin vrij liberaal te noemen.

Frankrijk daarentegen heeft steeds een strenge houding aangenomen ten opzichte van de drugproblematiek. Die striktheid duurt voort tot op de dag van vandaag, als we de wetgeving omtrent het voorschrijven en afleveren van methadon bestuderen. Dit kan bijvoorbeeld enkel gebeuren in enkele gespecialiseerde centra (onder strikte voorwaarden, vaak in het kader van

de *abstinentie*-aanpak), die absoluut niet tegemoet kunnen komen aan de veel grotere noden van de gebruikers. De huisartsen echter die zich willen engageren in substitutiebehandelingen zien zichzelf genoodzaakt om deze strenge regels te omzeilen door het produkt Subutex voor te schrijven, aangezien dit product nauwelijks aan regels onderworpen is.

3.1.4. Aanbevelingen

Aan de hand van suggesties en aanbevelingen die experts uit verschillende Europese landen hebben geformuleerd (waaronder de drie hier bestudeerde landen), en aan de hand van onze eigen analyse, kunnen we de volgende aanbevelingen doen betreffende de wettelijke aspecten van substitutiebehandelingen. Alhoewel deze aanbevelingen gesteund zijn op een grote consensus, dienen we toch te vermelden dat er steeds beleids- en/of praktijkmensen (zullen) zijn die niet achter deze aanbevelingen staan. Blijkbaar blijft er tot op heden een zekere controverse bestaan omtrent substitutiebehandelingen.

- *Substitutiebehandelingen zouden uitgebreider moeten toegepast worden, evenals laagdrempelige centra en schadebeperkende initiatieven in het algemeen.*
- *Substitutiebehandelingen zouden gebaseerd moeten zijn op een degelijke wettelijke basis, met duidelijke regels die tegelijkertijd voldoende ruimte laten aan de mensen in het werkveld om te differentiëren, aangezien er grote verschillen bestaan met betrekking tot gebruikers, specifieke lokale situaties, enz.*
- *De regelgeving inzake substitutiebehandelingen zou in het algemeen minder restrictief moeten zijn, om de behandelingen te kunnen aanpassen aan de specifieke situatie van de individuele patiënt (bv. versoepeling van inclusie- en exclusiecriteria, meer nadruk op onderhoudsbehandelingen met schadebeperking als einddoel, uitbreiding van de lijst van toegelaten substitutiemiddelen - inclusief medisch voorschrijven van heroïne voor een selecte groep van zeer gemarginaliseerde en problematische gebruikers).*
- *Meer actoren zouden moeten betrokken worden bij substitutiebehandelingen: naast gespecialiseerde centra, ook huisartsen, apothekers, algemene gezondheidscentra, (psychiatrische) ziekenhuizen én gevangenissen.*
- *Substitutiebehandelingen zouden meer moeten gecombineerd worden met aangepaste psychosociale ondersteuning.*
- *Er is nood aan meer wetenschappelijk onderzoek, met name evaluatieonderzoek via correcte registratiegegevens.*
- *Er is nood aan betere opleiding en permanente bijscholing voor alle betrokken actoren, en voor huisartsen in het bijzonder.*

3.2. Revue de la littérature scientifique internationale

La tâche d'analyse de la littérature scientifique à propos des traitements de substitution s'est déroulée tout au long de la recherche, même si bien évidemment, elle en a constitué un des points de départ. Dans un premier temps, il a été nécessaire de cerner précisément les objectifs cliniques et les modalités pratiques reconnues pour les traitements de substitution. Ensuite, un travail d'analyse critique des outils sélectionnés a dû être effectué. Enfin, un travail prospectif a été nécessaire pour répondre aux questions amenées par les intervenants de terrain et pour dégager des pistes en vue d'aménager le dispositif d'évaluation aux particularités des diverses filières de soins.

3.2.1. Traitements de substitution et toxicomanie

3.2.1.1. Historique des traitements de substitution

Quand on parle de produits –légaux– de substitution, en remplacement de produits illégaux (ce qui est bien le cas de la méthadone en tant que substitutif de l'héroïne), et surtout dans le cadre de la situation juridique telle qu'elle a été présentée ci-dessus, il est important de se souvenir que ces substances stupéfiantes n'ont pas toujours été interdites par la loi. Au contraire, l'illégalité des opiacés, comme l'héroïne, est, à l'échelle de l'histoire, relativement récente. Maintenant, si l'on replace cette assertion dans son contexte historique, elle prend un autre sens. L'héroïne ayant été synthétisée en 1898 (la cocaïne en 1860), elle n'aurait pu faire l'objet d'une interdiction fort ancienne... Il est vrai qu'à leur découverte, ces produits ont connu un certain engouement dans le cadre d'un usage récréatif (le vin mariani ou le célèbre Coca-Cola à son origine). A l'époque, le laudanum (liqueur d'opium) était fréquemment prescrit pour soulager le stress (déjà!), les inconforts aigus et chroniques, provoquant de la sorte une dépendance iatrogénique. A la fin du XIX^{ème} siècle deux tiers des personnes dépendantes aux opiacés étaient des femmes blanches âgées appartenant aux classes moyennes et supérieures et un tiers d'invalides de guerre et de mutilés (On estime qu'à la fin du XIX^{ème} siècle le nombre de ces toxicomanes s'élevait à quelques 300.000 personnes). L'attitude, par rapport à ces femmes, était plutôt de la commisération. Mais très rapidement, on a pu constater les effets dévastateurs de ces usages, et des règles ont été émises pour leur commercialisation et leur utilisation. Mais, il s'agissait plutôt de "mécanismes de contrôle informel"⁷². C'est ainsi que la toxicomanie diminua fortement dans ces deux groupes.

La composition de la population des toxicomanes aux USA changea radicalement au début du XXI^{ème} siècle avec l'arrivée des immigrants provenant d'Europe d'abord, de Chine et des Caraïbes ensuite. Elle se développa essentiellement dans les quartiers défavorisés et les ghettos où existait déjà une grande criminalité, ce qui amena à stigmatiser l'image du toxicomane.

Ce changement de la composition de la population des toxicomanes n'est pas suffisant à lui seul pour expliquer le fait que les stupéfiants et les drogues soient devenus illicites. Plusieurs facteurs peuvent ici être cités:⁷³ :

⁷² JAY, M., *Legislation: The First Hundred Years. What happened when drugs were legal and why they were prohibited*, Lecture presented at the 'Legislation' conference in London, 17 July 2002, 6p.

⁷³ DE KORT, M., *Tussen patiënt en delinquent. Geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid*, Hilversum, Uitgeverij Verloren, 1995, 343p.; VAN DIJCK, A., *Tolerant Nederland? Een socio-culturele studie van het Nederlandse beleid inzake roesmiddelen*, licentiaatsthesis Politieke en Sociale Wetenschappen, Antwerpen, UIA, 1997.

1) Des intérêts économiques et stratégiques: Les Etats-Unis souhaitaient obtenir le contrôle du marché de ces substances, qui était alors aux mains de la Grande-Bretagne, des Pays-Bas et de l'Allemagne (qui bénéficiaient de revenus importants grâce au commerce avec leurs colonies). En 1914, les USA adoptent l'Harrison Narcotic Act pour lutter contre le commerce de l'opium en Chine et dans le sud-est asiatique. A l'origine l'Harrison Narcotic Act n'a pas été conçu en tant que loi de prohibition mais comme une mesure destinée à réglementer la fabrication et la commercialisation des substances stupéfiantes. Ce n'est qu'en 1919 qu'un amendement autorisa les médecins à prescrire des stupéfiants « dans un but médical légitime ». Mais très rapidement la Treasury Department's Narcotic Division déclara que la toxicomanie n'était pas une maladie et que les toxicomanes n'étaient pas des patients légitimes, poursuivant en justice les médecins continuant à prescrire des stupéfiants.;

2) La question morale : l'Eglise (notamment le Temperance Movement aux Etats-Unis) a fait de l'usage de ces substances une question morale : d'un certain point de vue, l'idée d'une "problématique de la drogue" était déjà bien ancrée dans les mentalités aux Etats-Unis (alors que ce n'était pas le cas en Europe), on a alors recherché des boucs émissaires pour faire disparaître le problème. Ce sont les minorités ethniques qui se sont retrouvées dans la ligne de mire (les Chinois, autour de 1900, les paysans mexicains dans les années 1920, ou les musiciens noirs de jazz, dans les années 1940-1950). L'on a affirmé que les drogues étaient mauvaises et menaient à la déchéance morale. De cette manière, l'on a commencé à stigmatiser les usagers de drogues (étiquette⁷⁴), tel qu'on le connaît encore aujourd'hui, surtout en ce qui concerne les usagers de drogues dites "dures" comme l'héroïne.

3) Les intérêts des professions médicales : les médecins et les pharmaciens cherchaient à obtenir le monopole du commerce de l'héroïne, de la morphine et de la cocaïne, ce qui ne s'était encore jamais produit dans l'histoire.

4) Des intérêts économiques locaux entre les lobbys du coton et du chanvre aux USA. Des campagnes de propagande ont été organisées sur le thème des drogues qui rendent agressif.

Bien que l'on ait pu croire, aux Etats-Unis, qu'une politique prohibitionniste allait éliminer le "problème de la drogue", force a été de constater que malgré tout, une prise en charge était nécessaire pour tous les usagers de drogues qui ne parvenaient pas à gérer leur consommation et donc étaient devenus dépendants. Les quelques techniques de prise en charge qui étaient alors connues étaient les prises en charge "drug free", donc orientées vers l'abstinence, par des prises en charge classiques sans produit de substitution. Ces prises en charges étaient cependant rapidement décevantes, et se sont révélées inefficaces. Deux études importantes mirent en évidence que le taux de rechute par ces méthodes était respectivement de 93% et 97%.^{75 76}

Mais l'innéficacité de ces méthodes utilisées depuis les années 20 ne fut pas suffisant, pour faire admettre la nécessité d'envisager les traitements de substitution comme un traitement à part entière. C'est un contexte médico-légal qui poussa la *Narcotics Division* à revoir sa position. Entre le milieu et la fin des années 60, la mortalité liée à l'héroïne représentait la première cause de décès des jeunes adultes entre 15 et 35 ans à New-York. Les cas d'hépatites s'accroissaient vertigineusement. Le nombre de toxicomanes arrêtés

⁷⁴ SASZ, Th., *The Myth of Mental Illness*, New York, Paul B. Hoeber Inc., 1961, p.44-45;

⁷⁵ COURTWRIGHT, DT ; JOSEPH,, H ; DES JARLAIS D. *Addicts Who Survived : An Oral History of Narcotic Use in USA 1923-1965*, Knoxville, TN : University of Tennessee Press, 1989

⁷⁶ BRECHER, M. (eds.), *The Consumers Union Report on licit and illicit drugs*, New York, New Haven, 1972, p.109-110.

pour délits liés aux drogues engorgeait les prisons alors que personne n'était capable de leur offrir un traitement efficace. C'est à ce moment que le Docteur Vincent Dole prit la présidence de la "*Narcotic Committee of the Health Research Council of New-York City*" et fut chargé d'étudier la faisabilité d'un traitement de maintien aux opiacés.

Il y a lieu également de citer l'*Expérience de Liverpool*. C'est en effet là que naît, d'une part, la notion de "*réduction des risques*" (*harm reduction*), et d'autre part que les traitements de substitution obtiennent leur première reconnaissance "politique" (jusque là, ils étaient plutôt désignés comme des méthodes "alternatives", un peu à l'image du "bas seuil" quelques années plus tard)... Nous sommes dans la Grande-Bretagne des années 1980: à Liverpool, la reconversion industrielle fait des ravages, et l'épidémie de SIDA fait son apparition. Profitant d'un vide juridique dans la législation britannique, plusieurs médecins –dont le plus célèbre est le Dr. J. Marks– font l'expérience de prescrire divers stupéfiants (héroïne et cocaïne principalement) à des patients toxicomanes marginalisés et rétifs à toute autre forme de traitement.

Si, bien entendu, cette démarche n'a aucun intérêt dans une logique d'abstinence, elle révèle en revanche des résultats sanitaires surprenants. En effet, les toxicomanes ainsi suivis ne doivent plus passer la plupart de leur temps à réunir l'argent nécessaire à l'achat de leur produit, puisque celui-ci est vendu officiellement en pharmacie et à prix coûtant. Ils récupèrent ainsi la possibilité d'une vie sociale normalisée, voire la possibilité de retrouver du travail. La mise à disposition du produit ne posant plus de problème d'argent, la criminalité diminue en même temps de manière importante. Enfin, la consommation de drogues se fait dans des lieux et avec des moyens hygiéniquement irréprochables, et le produit fourni est d'une grande pureté⁷⁷. Les complications sanitaires sont ainsi éliminées, et l'impact sur le développement de l'épidémie du SIDA est indéniable.

Un apport majeur de ce dispositif aura donc été de découvrir que toute une série de facteurs négatifs, reliés traditionnellement aux toxicomanies, relèvent en fait de la clandestinité des pratiques de consommation, et donc de la prohibition. Cette expérience a été de courte durée. Elle allait en effet totalement à l'encontre des points de vue du gouvernement conservateur de l'époque, dirigé par Margaret Thatcher. Cependant, les résultats, exceptionnels sur le plan sanitaire (et sécuritaire !) ne pouvaient être niés. Le gouvernement britannique, en vue de maintenir son interdiction tout en ne gâchant pas les avantages de l'*expérience*, donna dès lors un coup d'accélérateur au développement des traitements de substitution. Ce faisant, une porte s'est ouverte en ce qui concerne les objectifs à attribuer aux traitements pour toxicomanes : abstinence ou mieux-être ?

Bien que la méthadone soit de loin le produit de substitution le plus utilisé, il existe à côté de lui plusieurs autres produits ayant fait l'objet de moins d'études ou d'applications dans les prises en charges d'usagers de drogues. La Buprénorphine est le plus connu après la méthadone. En France il est même le plus utilisé. La naltrexone est surtout utilisée pour son effet agonsite bloquant les récepteurs aux opiacés. De notre enquête auprès des généralistes du Limbourg il apparaît que le Codincontin soit également utilisé dans le cadre d'un sevrage rapide. Le LAAM (Levo-Alpha-Acethyl-Methadol) est un opiacé de synthèse retiré le marché, suite aux risques vitaux de troubles cardiaques.⁷⁸

Bref, bien que la méthadone soit le plus connu et le plus utilisé des produits, il y a lieu de ne pas oublier que d'autres substances existent et c'est pourquoi nous parlons de "traitements de substitution"

⁷⁷ HENMANN A. ; *Drogues légales, l'expérience de Liverpool*, Lézard, Paris, 1996.

⁷⁸ EMCDDA, *Drugs in focus: Key role of substitution in drug treatment*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2002.

Dans ce sens, le traitement par prescription d'héroïne fait partie également des traitements de substitution. La distribution médicale contrôlée d'héroïne existe en Suisse depuis 1994, aux Pays-bas depuis 1997 et plus récemment en Allemagne et en Espagne. Au Royaume Unis, l'héroïne est déjà prescrite depuis une décennie, il est vrai sur une toute petite échelle et une base très sélective.⁷⁹

3.2.1.2. *Revue de la littérature*

La notion de traitement de substitution, dans le domaine des drogues en général et des opiacés en particulier, peut être entendue dans un sens large ou dans un sens restreint. Au sens le plus large, il s'agit de remplacer une consommation illicite –et donc clandestine– d'opiacés, principalement d'héroïne, par un autre produit dont le contrôle (dosage, effets...) est plus aisé. Énoncé de cette manière, une grande palette de produits sont utilisables : depuis les opiacés de synthèse (méthadone, buprénorphine) jusqu'aux benzodiazépines prescrits pour pallier certains effets du manque. Dans ce sens le plus large, on peut décrire trois philosophies d'approche :

- *la philosophie de substitution au sens strict* : c'est la version la plus classique des traitements de substitution : un opiacé prescrit remplace l'opiacé illicite — méthadone, buprénorphine, LAAM, dihydrocodéine... voire, dans certains protocoles expérimentaux, une prescription d'héroïne médicale ;
- *la philosophie antagoniste* : où il s'agit de prescrire un produit bloquant les récepteurs aux opiacés, ou un produit de prévention de la rechute — naloxone, naltrexone,...
- *la philosophie de la diminution des symptômes* : où l'on prescrira des produits qui atténuent les symptômes du sevrage aux opiacés, par exemple des benzodiazépines⁸⁰.

Notre étude se centre sur la philosophie de substitution au sens strict — même si la naltrexone, d'une part, la prescription d'héroïne, d'autre part, constituent les deux extrêmes de la palette des philosophies de soins, et à ce titre ont été utilisées, notamment dans le sondage d'opinion destiné aux médecins, en tant qu'elles cristallisent les représentations des intervenants sur les problèmes de toxicomanie.

En matière de traitements de substitution de l'héroïne, au sens restreint, deux produits sont essentiellement utilisés et décrits dans la littérature à savoir : la méthadone et la buprénorphine.

En Belgique, les traitements de substitution sont très majoritairement pratiqués, jusqu'à ce jour, avec la méthadone. En France, celle-ci est réservée aux centres spécialisés, qui disposent d'un nombre de places limité par rapport à la demande. Dès lors, la médecine "de ville" –en cabinet privé– utilise principalement la buprénorphine dans un conditionnement dit "à haut dosage" (BHD), dont l'appellation commerciale est Subutex^{®81}.

⁷⁹ MEUWISSEN, K., CASSELMAN, J. and OPDEBEECK, A., *Legal aspects of substitution treatment. An insight into nine EU countries*, Lissabon, EMCDDA, 2003, p.8, URL:

http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/substitution_legal.pdf - 28/06/2003

⁸⁰ Farrell M. et al. ; *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, EMCDDA, "Insights", n°3, Luxembourg, nov. 2000

⁸¹ OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES ; *Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement*, OFDT, Paris, juin 2002, pp. 7-9.

1) La méthadone

– Propriétés pharmacologiques

Produit : Chlorhydrate de méthadone, narcotique de synthèse. Pour la petite histoire, la méthadone fut synthétisée pendant la seconde guerre mondiale par la firme allemande IG Farben, afin de pallier la pénurie de morphine sur les champs de bataille. Son nom original était... « Adolphine » !

Action cérébrale: La méthadone entre en compétition avec les récepteurs endorphiniques cérébraux, bloquant ainsi l'effet de l'héroïne

Pic plasmatique : 2 à 4 heures

Demi-vie : 25 heures

Élimination : reinale

Concentration plasmatique : La concentration plasmatique est généralement linéaire avec le dosage du produit. Wolf et al.⁸² (1991) ont montré que les taux plasmatiques moyens de méthadone au dosage de 80mg sont très proches de 400ng/ml, ce qui est suggéré comme étant la plage idéale pour l'efficacité du traitement.

Il y a lieu de rappeler que la méthadone n'est un produit substitutif qu'aux opiacés.

– Les précurseurs

Sur le plan de la recherche scientifique, les pionniers en ce qui concerne les traitements des toxicomanies par produits de substitution furent, aux USA, Vincent Dole, Marie Nyswander et Mary Jeanne Kreek.

En 1962, le Docteur Dole assumait la présidence du "*Narcotic Committee of the Health Research Council of New-York City*". Le Docteur Dole était connu pour être un spécialiste des maladies métaboliques à l'Université Rockefeller, en particulier de l'obésité. Il était arrivé à la conclusion que chez les personnes qui en arrivent à avoir un excès pondéral et veulent maigrir, ce n'était pas une question de manque de volonté qui était en cause mais un terrain et des facteurs biochimiques. Lorsqu'il prit sa présidence le *Health Research Council of New-York City* le chargea d'étudier la faisabilité d'un traitement de maintien aux opiacés. C'est alors qu'il prit connaissance de "*The Heroin Addict as a Patient*" écrit par le Docteur Marie Nyswander, une psychiatre possédant une vaste expérience dans le traitement des toxicomanes. Celle-ci était convaincue que les toxicomanes pouvaient être traités en tant que patients parmi une clientèle médicale normale. Elle estimait néanmoins que de nombreux toxicomanes devaient être maintenus sous stupéfiants pour pouvoir vivre normalement, étant donné qu'en dépit des cures de désintoxication, des hospitalisations et des psychothérapies, la plupart rechutaient⁸³. En 1964, le Docteur Nyswander rejoignit l'équipe du Docteur Dole ainsi le Docteur Mary Jeanne Kreek, qui achevait alors sa formation en médecine interne et en neuroendocrinologie. Ils formaient ainsi un team idéal, le Docteur Dole spécialisé en

⁸² Wolff K., Sanderson M., Hay AWM., Ralstrick D, (1991) « Methadone concentrations in plasma and their relationship to drug dosage » *Clinical Chemistry* 1991, 37(2), 205-209

⁸³ COURTWRIGHT, DT ; JOSEPH, H ; DES JARLAIS D. *Addicts Who Survived : An Oral History of Narcotic Use in USA 1923-1965*, Knoxville, TN : University of Tennessee Press, 1989

maladies métaboliques, le Dr Nyswander en toxicomanie et psychiatrie, le Dr Kreek en neurologie en neuroendocrinologie.⁸⁴

On testa d'abord le traitement de maintien à l'aide de morphine sur des patients qui avaient consommé des stupéfiants pendant au moins 8 ans et qui présentaient un lourd passé criminel. Les résultats furent décevants parce que vu la courte demi-vie de la morphine (4 à 6 heures) ils avaient besoins de plusieurs injections par jour, souffraient d'apathie et de sédation en raison des effets narcotiques de la morphine et qu'il fallut augmenter les doses à mesure que la tolérance à la morphine s'accroissait. La morphine n'était donc pas un bon choix. Les autres stupéfiants à brève durée d'action tels que l'héroïne, la codeine, l'oxycodone et la mépiridine donnèrent des résultats semblables.⁸⁵

Suivit alors des expérimentations sur des produits de plus longue durée d'action telle que la **methadone**, un produit de synthèse qui avait été développé pendant la Seconde Guerre Mondiale par les Allemands comme produit de substitution pour la morphine.

Les résultats cliniques expérimentaux furent immédiatement un succès. La méthadone offrait, en effet, les avantages suivants:

- Les patients ne ressentait pas d'effet euphorisant, sédatif ou analgésique;
- Une dose de 80 à 120mg/jour élevait la tolérance aux effets narcotiques de tous les opiacés à un niveau suffisamment haut pour bloquer leurs effets narcotiques en cas d'usage concomitants
- Les niveaux de tolérance ne variaient pas avec le temps;
- La méthadone était efficace par voie orale;
- La methadone éliminait le manque et l'appétence
- La methadone était non toxique et d'un emploi médical sûr.

Ces résultats conduisit à la création du premier centre ambulatoire au Bernstein Institute du Beth Israel Medical Center et rapidement à différents programmes à travers toute l'Amérique. Ainsi, à la fin des années 80 on dénombrait quelques 180.000 patients traités par la méthadone.⁸⁶

On fut cependant quelque peu déçu lorsqu'on constata que la stabilité psychologique et le bien-être se dégradait rapidement lors de la cessation de prise de methadone. Beaucoup d'utilisateurs en revinrent à leurs anciennes consommations. Tant et si bien que Dole, Nyswander et Kreek prônèrent pour résoudre ce problème une prescription à très long terme.^{87 88 89}

Avec le temps, la prise en charge des héroïnomanes et autres utilisateurs d'opiacés par la méthadone fut parachevée et mise au point au moyen d'études d'évaluation et d'effectivité. Actuellement, la methadone est considérée partout dans le monde comme le produit le plus efficace pour la prise en charge des dépendants aux opiacés. Les effets positifs de la methadone ont été abondamment développés dans la littérature scientifique, à savoir:⁹⁰

- La méthadone est le produit le plus efficace pour la dépendance à l'héroïne

⁸⁴ BRECHER, M. (eds.), *The Consumers Union Report on licit and illicit drugs*, New York, New Haven, 1972, p.109-110.

⁸⁵ DOLE, V.P., NYSWANDER, M.E. and KREEK, M.J., "Narcotic blockade", *Archives of Internal Medicine*, 1966, 118:304-309;

⁸⁶ DEGLON, J.-J., *Thirty years of substitution therapy: an assessment*, Geneva, Fondation Phénix, URL: <http://www.drugtext.org/library/articles/peddr0026.htm> - 13/01/2003

⁸⁷ DOLE, V.P., NYSWANDER, M.E. and KREEK, M.J., "Narcotic blockade", *Archives of Internal Medicine*, 1966, 118:304-309;

⁸⁸ DOLE, V.P. and NYSWANDER, M.E., "Heroin addiction: Metabolic disease", *Archives of Internal Medicine*, 1967, 120:19-24;

⁸⁹ DOLE, V.P. and JOSEPH, H., "Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1978, 311:181-189.

⁹⁰ COFFIN, P.O., *Methadone Maintenance Treatment Research Brief*, New York - San Francisco, Drug Policy Alliance, 1997, p.1, URL: http://www.lindesmith.org/cites_sources/brief14.html - 2/05/2000

- La méthadone est utile pour la prévention du SIDA
- Les programmes de maintien sous méthadone diminuent les comportements délinquants
- La méthadone diminue drastiquement la consommation d'héroïne
- La méthadone est rentable.

De plus, Ball et Ross ont souligné que la prise en charge médicale sous méthadone avait plus de chance de réussir si elle était couplée avec un accompagnement psycho-social.⁹¹.

- Le Guide Line de l'US Département of health

Pendant de nombreuses années le livre de référence concernant les bonnes pratiques en matière de traitement à la méthadone fut le « State Methadone Treatment Guidelines » publié conjointement par l'US Department of Health and Human Service et la Fondation Phenix (1992)⁹². Cet ouvrage donne des lignes de conduites concernant les aspects suivants :

- a. Aspects cliniques du traitement à la méthadone
- b. Politiques et procédures d'admission
- c. Principes de détermination du dosage de méthadone
- d. L'analyse d'urine en tant qu'instrument clinique
- e. Pratiques responsables en matière de méthadone à emporter
- f. Traitement des polytoxicomanies
- g. Maintien de la méthadone en cours de grossesse
- h. Maladies infectieuses et HIV
- i. Durée du traitement et rétention des patients
- j. Intégration des programmes de Méthadone à la communauté

– *Aspects cliniques du traitement à la méthadone*

Ce chapitre met d'abord en exergue les attitudes négatives manifestées à l'égard des héroïnomanes tant dans la population que parmi les médecins et les décideurs politiques. Il souligne les liens et oppositions qui peuvent surgir entre dipsoistions réglemenraires et soins cliniques : « ... Dans bien des cas, cette idée [de contrôle] s'oppose à la nécessité pour le clinicien d'établir une alliance thérapeutique puisque, selon la plupart des professionnels, personne n'est en mesure d'exercer le moindre contrôle sur la consommation de drogue d'autrui ». Quant à l'arrêt de la méthadone, Zweben⁹³ souligne qu' « il est regrettable que l'on continue à juger de la réussite du traitement de maintien à la méthadone en fonction de ce qui se produit après son arrêt ; un tel critère est manifestement douteux. A l'origine beaucoup espéraient que grâce à la méthadone, les patients allaient pouvoir dans un premier temps changer de style de vie, puis, ceci fait, terminer leur traitement. Toutefois l'expérience acquise empiriquement laisse penser qu'il n'en est pas exactement ainsi. Bien que l'abstinence à court terme soit habituelle, il semble que 10 à 20% seulement des patients soient capables de rester abstinentes à long terme après l'arrêt du traitement »

⁹¹ BALL, J.C. and ROSS, A., *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, New York, Springer-Verlag, 1991; JOSEPH, H., STANCLIFF, S. and LANGROD, J., "Methadone Maintenance Treatment (MMT): A Review of Historical and Clinical Issues", *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 2000, vol.67, nrs.5&6, p.352.

⁹² Parrino MW., (1992) « State Methadone Treatment Guidelines »

⁹³ Zweben JE., (1994) « Aspects cliniques du traitement à la méthadone » in "Traitement à la Méthadone" Ed Parrino MW. Editions Médecine et Hygiène. Genève 1994 , p 71-87

Pour Kreek (1987)⁹⁴ l'efficacité clinique du traitement par la méthadone se base essentiellement sur les « *effets importants séparés de la méthadone* ». A savoir :

- Disparition des signes de manques tant physiques que subjectifs
- Réduction ou élimination du désir obsédant de drogue
- Blocage des effets euphorisants de tout stupéfiant illégal autoadministré
- Aucun autre effet narcotique indésirable.

En cas de douleur aiguë ou chronique, il y a lieu de se rappeler que « *...le patient maintenu sous méthadone est totalement tolérant à la dose de maintien et qu'il n'en retire donc aucun effet analgésique* »⁹⁵ Augmenter la dose n'est d'aucune utilité. L'adjonction d'un antalgique, qu'il soit puissant ou non, ne doit pas interrompre le traitement. « *Ne pas utiliser de médicaments agonistes-antagonistes tels que... a buprénorphine. Ces produits peuvent précipiter le sevrage chez des patients maintenus sous méthadone* »⁹⁶ Par ailleurs, suivant Zweben et al. (1990) la buprénorphine accélère le métabolisme de la méthadone.⁹⁷

– *Politiques et procédures d'admission*

L'US Department of Health estime qu'outre les critères d'admission en vigueur dans les différents Etats, « *les programmes de méthadone doivent reconnaître la nécessité d'évaluer les candidatures sans délai* »⁹⁸ Les éléments suivants doivent être appréciés lors de cette évaluation :

- Identité et âge
- Toxicomanie actuelle
- Consommation d'autres drogues et d'alcool
- Comportements à risque
- Traitements précédents
- Anamnèse personnelle
- Récolte de données médicales et familiales
- Motif et objectif du traitement : « *Il est important de demander au patient pour quelle raison il désire être traité* »⁹⁹
- Echantillon d'urine

– *Principes de détermination du dosage de méthadone*

L'US Department of Health conseille:

Dose initiale : 20 à 30mg

Début de l'induction : atteindre le seuil de tolérance. Adapter la dose toutes les 3 heures de 5 à 10 mg en fonction de l'élimination du syndrome de manque

Fin de l'induction : établir le dosage adéquat chaque 5 à 10 jours

Maintien : 80 à 100mg

– *L'analyse d'urine en tant qu'instrument clinique*

⁹⁴ Kreek MJ. (1987) « Tolerance and dependence : Implications for the pharmacological treatment of addiction. » In Harris LS. Ed « Problems of Drug Dependence » National Institute On Drug Abuse Research Monograph 76. Rockville USA, MD : National Institute On Drug Abuse Research 1987

⁹⁵ Payte JT., Khuri ET. (1994) « Principe de détermination du dosage de la méthadone » in « Traitement à la Méthadone » Ed Parrino MW. Editions Médecine et Hygiène. Genève 1994, p 109-131

⁹⁶ Payte JT (1994) ibidem

⁹⁷ Zweben JE., Payte JT (1990) « Methadone maintenance in the treatment of opioid dependence : A current perspective » Western Journal of Medicine. 1990, 152(5), 588-599

⁹⁸ Langrod J. (1994) « Politiques et procédures d'admission » in « Traitement à la Méthadone » Ed Parrino MW. Editions Médecine et Hygiène. Genève 1994, p 89-108

⁹⁹ Langrod J.(1994) ibidem

Les règlements promulgués par la FDA et le NIDA obligent que « *chaque urine soit testée et analysée pour les opiacés, la méthadone, les amphétamines, la cocaïne et les barbituriques, ainsi que pour toute drogue... consommée dans la région* »¹⁰⁰ « *Les résultats obtenus devraient être employés pour confirmer les impressions cliniques, pour aider le traitement des patients et la modification des plans de traitement (que comme acte administratif).* »

– *Pratiques responsables en matière de méthadone à emporter*

Outre les règlements Fédéraux, il est déconseillé, dans un premier temps, de permettre au patient d'emporter chez lui de la méthadone. Celle-ci devrait être consommée sur place et sous surveillance. D'après Brown¹⁰¹ (1994), les indications et contre indications de la remise de méthadone à emporter sont les suivantes :

Indications :

- Durée du traitement suffisant
- Stabilité clinique
- Exigences dues à un trouble médical coexistant
- Accroissement des chances de réhabilitation
- Cas d'urgence

Contre indications :

- Signes ou symptômes de manque
- Risque de complication résultant d'une maladie existante (HIV, tuberculose, hépatite, prise de médicaments pouvant accélérer le métabolisme de la méthadone comme les antibiotiques)
- Abus d'alcool et autres substances
- Psychopathie

– *Traitement des polytoxicomanies*

Le « State Methadone treatment Guidelines » rappelle qu'il ya lieu de distinguer une consommation simple ou intermittente d'une consommation continue avec dépendance physique ou psychologique. On ne parlera de polytoxicomanie que dans cette seconde éventualité.

▪ **Interaction Alcool –Héroïne**

« *Ces deux drogues ont quelques effets analgésiques communs ; l'expérience suggère que les antagonistes des opiacés (par ex. la naltrexone) peuvent diminuer l'intoxication à l'alcool (Nyers et al.¹⁰² 1986), et que les endorphines ou les récepteurs aux opiacés peuvent être modulés par la consommation d'alcool (Trachtenberg et Blum¹⁰³ 1987). Des études effectuées sur des animaux indiquent que la consommation d'alcool peut provoquer des concentrations accrues de méthadone dans le cerveau (Lane et al.¹⁰⁴ 1985). Plus important encore, l'alcool et les drogues apparentées sont des déprimeurs*

¹⁰⁰ Marion JJ. (1994) « L'analyse d'urine en tant qu'instrument clinique » in « Traitement à la Méthadone » Ed Parrino MW. Editions Médecine et Hygiène. Genève 1994, p 133-145

¹⁰¹ Brown J. (1994) « Pratique responsable en matière de méthadone à emporter » in « Traitement à la Méthadone » Ed Parrino MW. Editions Médecine et Hygiène. Genève 1994, p 147-156

¹⁰² Nyers RD., Borg S., Mossberg R. (1986) « Antagonism by naltrexone of voluntary alcohol selection in the chronically drinking macaque monkey » Alcohol 1986,3, 383-388

¹⁰³ Trachtenberg MC. et Blum K ; (1987) « Alcohol and opioid peptides : Neuropharmacological rationale for physical craving of alcohol » American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 1987, 13, 365-372

¹⁰⁴ Lane EA., Guthrie S., Linnoila M. (1985) « Effetct of ethanol on drug and metabolite pharmacokinetics » Clinical Phramakinetics. 1985, 10, 228-247

du SNC qui sont potentialisés par la méthadone et peuvent engendrer le coma et la mort par surdose »¹⁰⁵

Interaction Cocaïne-Héroïne

L'ouvrage rappelle que l'espoir, fondé à l'origine, que les programmes de méthadone permettent de réduire la consommation de cocaïne a été déçu et qu'elle n'est un produit substitutif qu'aux opiacés. Le succès de la cocaïne auprès des héroïnomanes est dû au fait que « *L'héroïne calme l'agitation engendrée par la cocaïne tandis que cette dernière permet de ressentir l'effet euphorisant de l'héroïne sans piquer du nez* »¹⁰⁶

Autres dépresseurs du système nerveux central.

Les autres dépresseurs du SNC (benzodiazépines et hypnotiques) présentent un risque accru de toxicité et de surdose lorsqu'ils s'ajoutent à la méthadone. Ils peuvent induire des réactions de sevrage mortelles qui ne sont pas atténuées par la méthadone.

– Maintien de la méthadone en cours de grossesse

Dès 1994 le State Methadone Treatment Guidelines,¹⁰⁷ prône le maintien du traitement à la méthadone en cours de grossesse. « *Il est extrêmement important de comprendre les augmentations de volume et les changements métaboliques spécifiques à la grossesse, puisque les femmes enceintes maintenues à la méthadone développent fréquemment des signes et des symptômes de sevrage à mesure qu'elles avancent et qu'elles ont besoin que l'on augmente leurs doses afin de maintenir la même concentration sanguine pour les mettre à l'abri du manque (Finnegam et Wapner¹⁰⁸ 1987)*

Il ya lieu de surveiller l'apparition d'un syndrome de sevrage néonatal chez le nourrisson exposé à la méthadone, par contre, « *On peut encourager l'allaitement au sein pendant le traitement de maintien à la méthadone* »¹⁰⁹

– Maladies infectieuses et HIV

Il est recommandé de dépister systématiquement les maladies infectieuses suivantes :

- HIV
- Hépatites B et C
- Tuberculose

Il est par ailleurs recommandé aussi de dépister la syphilis, la gonorrhée, l'herpes et les condylomes acuminés¹¹⁰

– Durée du traitement et rétention des patients

« *La réponse à la difficile question : Pendant combien de temps doit-on poursuivre le traitement à la méthadone ? est simple : aussi longtemps que cela est nécessaire, ou tout simplement pendant suffisamment longtemps.* »¹¹¹ Plus loin dans le texte, les auteurs

¹⁰⁵ Barthwell A., Gastfriend DR. (1994) « Traitement de la polytoxicomanie » in "Traitement à la Méthadone" Ed Parrino MW. Editions Médecine et Hygiène. Genève 1994 , p 157-179

¹⁰⁶ Barthwell A., Gastfriend DR. (1994) ibidem

¹⁰⁷ Kaltenbach K., Silverman N., Wapner R. (1994) « Maintien de la méthadone au cours de la grossesse » in "Traitement à la Méthadone" Ed Parrino MW. Editions Médecine et Hygiène. Genève 1994 , p 180-197

¹⁰⁸ Finnegan LP., Wapner RJ. (1987) « Narcotic addiction in pregnancy » In : « Drug Abuse in Pregnancy » Ed : Neybil JR. Philadelphia USA Lea & Febinger 1987 pp203-222

¹⁰⁹ Kaltenbach K., Silverman N., Wapner R. (1994) ibidem

¹¹⁰ Neshin S. (1994) « VIH et autres maladies infectieuses » in "Traitement à la Méthadone" Ed Parrino MW. Editions Médecine et Hygiène. Genève 1994 , p 199-224

¹¹¹ Payte JT, Khury ED. (1994) « Durée du traitement à la méthadone et rétention » in "Traitement à la Méthadone" Ed Parrino MW. Editions Médecine et Hygiène. Genève 1994 , p 225-236

précisent, en citant Cooper et al.¹¹² (1983) : « *La décision d'entreprendre un sevrage de la méthadone doit être prise par décision conjointe du patient et de son médecin. Il ne faudrait imposer aucune restriction quant à la durée du traitement du maintien* ». Dès lors, pour ces auteurs, **l'indicateur de réussite du traitement n'est pas le taux d'abstinence ou de sevrage réussi mais le taux de rétention en traitement.**

▪ *Intégration des programmes de méthadone à la communauté*

Enfin, le State Methadone Treatment Guidelines, insiste pour que les centres de distribution et de traitement soient le plus possible intégrés à la communauté afin qu'ils soient aisément accessibles aux toxicomanes et d'éviter une stigmatisation. Il souligne cependant, qu'une telle politique entraînera des résistances auprès de la communauté. Les centres devront donc, outre leur mission vis-à-vis des toxicomanes, veiller à développer des actions d'intégration avec la communauté.¹¹³

• Conférence de Consensus et son suivi par le CSH

En octobre 1994, à Gand, s'est tenue la Conférence de Consensus sur la méthadone¹¹⁴. Quelques années plus tard, en 2000, le Conseil supérieur d'Hygiène¹¹⁵ a par ailleurs réalisé un rapport de suivi de cette Conférence dont les conclusions étaient les suivantes :

	TEXTE DE CONSENSUS OCTOBRE 1994		NOUVEAU TEXTE APRES MODIFICATION (UNIQUEMENT SI MODIFICATION)
1	<p>La Méthadone constitue-t-elle un traitement efficace de la dépendance à l'héroïne ? Sur quels paramètres agit-elle ? La Méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne.</p>	1.	La Méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne et aux autres opiacés.

¹¹² Cooper JR., Altman F., Brown BS., Czechowicz D. (1983) « Research in the Treatment of Narcotic Addiction : State of Art » Washington DC : Supt of Docs., US Govt. Print. Off. 1983

¹¹³ Burke D. (1994) « Intégration des programmes de méthadone à la communauté » in "Traitement à la Méthadone" Ed Parrino MW. Editions Médecine et Hygiène. Genève 1994 , p 237-251

¹¹⁴ Ministère de la Santé Publique (Belgique) (1994) « Conférence de Consensus sur la Méthadone » Gand

¹¹⁵ Conseil Supérieur d'hygiène. Section 1 Prophylaxie des Maladies de Civilisation. Sous-section 1-1 Assuétudes. « Rapport de suivi de la Conférence de Consensus sur la Méthadone ». Novembre 2000. Rapport CSH : 6931. Bruxelles.

1.1	Effets sur la consommation d'héroïne. Le traitement à la Méthadone réduit la consommation d'héroïne et le recours aux injections.	1.1	idem
1.2	Effets sur la santé Le traitement à la Méthadone réduit la mortalité associée à l'héroïnomanie.	1.2	idem
	Le traitement à la Méthadone réduit le risque de contamination par le virus du SIDA (HIV) et les hépatites B <i>et C.</i>		Le traitement à la Méthadone réduit le risque de contamination par le virus du SIDA (HIV) et l'hépatite B.
	Le traitement à la Méthadone ralentit le développement de la maladie chez les patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV.		<i>Les experts consultés ayant exprimé des réserves, nous proposons de supprimer ce point dans l'attente d'une confirmation scientifique</i>
	Le traitement à la Méthadone <ul style="list-style-type: none"> • Améliore la compliance thérapeutique des patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV. • Facilite le dépistage et les stratégies d'éducation à la santé. 		Le traitement à la Méthadone <ul style="list-style-type: none"> • Améliore l'état général du patient héroïnomanie • idem
1.3	Effets sociaux et professionnels : Le traitement à la Méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et à une réduction des activités délinquantes.	1.3	Le traitement à la Méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et à une réduction des activités délinquantes <i>induites par la toxicomanie.</i>
2.	Quelles sont les indications, les contre-indications et les limites d'un traitement à la Méthadone ?	2.	

2.1	Indications Le traitement à la Méthadone a pour indication la dépendance à l'héroïne reposant sur un diagnostic établi par l'anamnèse et l'examen clinique et étayé par des examens complémentaires si nécessaire (dosages urinaires par exemple).	2.1	Le traitement à la Méthadone a pour indication la dépendance à l'héroïne <i>et aux autres opiacés-agonistes puissants, état de dépendance</i> reposant sur un diagnostic établi par l'anamnèse et l'examen clinique et étayé par des examens complémentaires si nécessaire (dosages urinaires par exemple).
	Sauf exceptions documentées et réservées à des prises en charge spécifiques ou exigeant des compétences particulières, le patient		idem

	doit avoir 18 ans au moins et des antécédents certains de dépendance depuis plus d'un an.		
	La notion de dépendance inclut la notion d'échec de tentatives spontanées ou encadrées de sevrage.		idem
2.2	Contre-indications <ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de contre-indication mais les morbidités psychiatriques éventuellement associées (alcoolisme, polytoxicomanies, dépression, psychose...) • La grossesse ne constitue pas une contre-indication 	2.2	<ul style="list-style-type: none"> • idem • • idem
2.3	Limites Il n'y a pas de raisons scientifiques de limiter le nombre global de patients admis en traitement à la Méthadone, à condition qu'ils répondent aux critères d'indication	2.3	idem
3.	Quelle est la place des autres traitements de substitution ?	3.	
	A l'exception de la buprénorphine (<i>Temgesic</i>) aucun autre médicament de substitution n'a fait l'objet de recherches scientifiques convaincantes ; ils ne peuvent actuellement être recommandés en pratique courante		A l'exception de la buprénorphine aucun autre médicament de substitution n'a fait l'objet de recherches scientifiques convaincantes ; ils ne peuvent actuellement être recommandés en pratique courante
4.	Quelles sont les modalités du traitement médicamenteux ? En quoi influencent-elles les résultats thérapeutiques ?	4.	
	Les traitements à la Méthadone sont généralement des traitements de moyenne durée (2-5 ans) ou sans durée déterminée		Les traitements à la Méthadone <i>peuvent être</i> des traitements de moyenne durée (2-5 ans) ou sans durée déterminée
	Les dosages généralement recommandés en début de traitement sont de l'ordre de 30 à 40 mg/jour. Généralement, la dose moyenne de stabilisation sera plus élevée, de l'ordre de 60 à 80 mg/jour. Elle doit cependant être adaptée à l'évolution individuelle		Les dosages généralement recommandés en début de traitement sont de l'ordre de 30 mg/jour. Généralement, la dose moyenne de stabilisation sera plus élevée, de l'ordre de 60 à 80 mg/jour. Elle doit cependant être adaptée à l'évolution individuelle
	L'administration doit se faire sous la forme orale la plus adéquate, ne pouvant donner lieu à une déviation de		idem

	l'usage.		
	En début de traitement et jusqu'à stabilisation, la prudence recommande que le patient absorbe quotidiennement sa dose en pharmacie ou dans un centre spécialisé.		idem
	L'absorption occasionnelle d'héroïne ne peut constituer une raison d'arrêt de traitement ou de diminution de dose.		idem
	Certaines associations médicamenteuses peuvent nécessiter une adaptation des doses.		idem
	Les traitements rapidement dégressifs (3 semaines-3 mois) connaissent également leurs indications. Elles sont généralement associées à un changement de milieu avec réduction de l'exposition des patients à l'héroïne.		idem
	En cas de grossesse, il n'est pas recommandé d'interrompre le traitement à la Méthadone mais la prise en charge de cette situation exige une compétence spécifique.		idem
5.	En quoi le cadre thérapeutique influence-t-il le résultat du traitement ? Les traitement de substitution doivent-ils faire l'objet d'un enregistrement spécifique ?	5.	
	L'accessibilité aux traitement à la Méthadone doit être accrue en fonction des besoins et inclure les intervenants de première ligne (médecins généralistes et psychiatres, pharmacies, centres de santé) tout en respectant les nécessités d'une pratique médicale responsable.		idem
	L'approche et le soutien psychosocial sont les facteurs essentiels d'amélioration des résultats thérapeutiques des traitements à la Méthadone. Le soutien doit être adapté aux besoins individuels des patients. Ceux-ci peuvent être traités soit dans un centre multidisciplinaire, soit par un médecin généraliste ou spécialiste.		idem

Ces médecins doivent avoir acquis la formation nécessaire et veiller à l'entretien, par exemple, par la pratique de l'intervision clinique.	idem
Ils doivent être soutenus par une relation fonctionnelle avec un centre spécialisé ou avec un réseau de soins aux toxicomanes, afin d'éviter notamment un isolement préjudiciable à la pratique du médecin.	idem
Afin de permettre une évaluation permanente plus aisée et d'éviter les doubles prescriptions, les traitements à la Méthadone devraient être enregistrés par une instance ad hoc, dans le respect du secret médical et de la loi sur la protection de la vie privée. A cette fin, un système d'encodage approprié devrait être élaboré	idem

« Commentaires additionnels au texte de la conférence de consensus de 1994

Le texte suivant fournit un ensemble de recommandations générales qui ont été émises par le Groupe de Travail et jugées essentielles. Certaines recommandations reprennent, en les distinguant, des éléments déjà énoncés dans le texte de la Conférence de Consensus, car jugés fondamentaux étant donné le suivi réalisé. D'autres recommandations sont nouvelles et destinées aux praticiens comme aux Autorités Publiques. Ce texte constitue donc des commentaires additionnels synthétiques et concerne la pratique individuelle, les relations entre praticiens et les systèmes d'enregistrement.

▪ **Pratique individuelle**

1. Ne pas prescrire plus de 30 mg en début de traitement comme dose initiale. En effet, tout praticien doit évaluer le risque de ne pas prescrire immédiatement, par rapport à celui de prescrire dans l'urgence, à un usager de drogues, non dépendant. La résolution de ce dilemme, proposée par le groupe d'experts, consiste, de façon pratique, à ne prescrire pour le premier jour qu'une dose faible de 30 mg et de vérifier son effet chez le patient. De fait, si le patient déclare avoir dormi plusieurs heures ou ressenti une grande somnolence, on peut être assuré qu'il n'y a pas de sévère dépendance. Quitte alors au médecin de modifier son approche pharmacologique. Il y a aussi, dans cette situation spécifique, une alternative : une indication de prescription de Buprénorphine, ce psychotrope combinant des effets agonistes et antagonistes aux opiacés.
2. Revoir le patient en consultation si possible encore le jour même de la première consultation où la Méthadone fut prescrite ou, au plus tard, 48 heures après, pour évaluer la réaction du patient et l'adaptation des doses.
3. Eviter de prescrire des doses, à emporter par le patient, en début de traitement. Rédiger la prescription de façon claire en ce sens. La notion de début de traitement est délicate à préciser ainsi que celle de stabilisation. Cependant, un délai minimal de 6 semaines paraît raisonnable pour définir la notion de période de " début de traitement ". Des exceptions, notamment dans le cas du maintien de l'insertion sociale, à la prise en charge, sont envisageables. Ainsi, un toxicomane fortement dépendant mais exerçant une activité professionnelle qui l'astreint à un rythme régulier de présence sur le lieu de travail,

pourrait être pénalisé par une visite quotidienne en pharmacie. Il bénéficierait dès lors d'une mesure lui permettant d'emporter des doses (ex. pour la semaine) à domicile.

4. La prescription de psychotropes autres que la Méthadone ou la Buprénorphine dans un traitement de substitution est à éviter (hormis le cas de double dépendance nécessitant un traitement par psychotropes spécifiques). Certains sont dangereux dans l'immédiat et sont susceptibles de produire des dépendances. Il fut confirmé que le Flunitrazepam (Rohypnolâ) ou le Vesparaxâ qui ont des effets inhabituels, paradoxaux, surtout de stimulation excessive chez les toxicomanes, sont à proscrire. Par ailleurs, la prescription de ces substances ne constitue en rien un traitement de substitution.

5. Toujours informer le patient sur les risques encourus par son entourage (lui rappeler de ne pas laisser traîner le médicament, de le mettre hors de portée des enfants, ne pas le mettre au réfrigérateur...). Il est recommandé de délivrer la substance dans un conditionnement susceptible de résister à l'ouverture par un enfant.

6. Le nombre de patients pris en charge en même temps par praticien ne peut être fixé d'autorité, aucune évaluation ne démontrant d'ailleurs une relation entre la qualité des soins et l'étendue de la patientèle. Un nombre anormalement élevé (quelques dizaines) entraîne généralement un épuisement du praticien dommageable aussi pour ses patients.

7. Tout traitement de patients toxicomanes ne donne des résultats qu'à moyen ou long terme, les abandons prématurés étant le signe d'une défaillance du processus thérapeutique. Le praticien doit favoriser cette rétention en traitement. Le fait de ne réaliser que très rarement une prise en charge d'un patient toxicomane, n'empêche pas d'éviter tout abandon de traitement prématuré.

8. Il est souhaité que le praticien participe à un système d'enregistrement. Il veillera ainsi à recueillir de son patient des éléments d'information qui permettent une évaluation de l'évolution de la cure. Une anamnèse classique est à compléter utilement par des modèles d'enregistrement clinique plus standardisés.

9. L'éparpillement de la patientèle implique qu'un grand nombre de praticiens auront très peu de patients toxicomanes dans leur clientèle. Si cette évolution favorise la liberté de choix du praticien et du toxicomane, elle pose des problèmes d'organisation du " système de soins ", notamment dans la formation continue. Une réflexion des instances concernées devrait dégager des pistes raisonnables pour améliorer les échanges d'information de et vers ces nouveaux praticiens qui prennent en charge un très petit nombre de toxicomanes. Par exemple, la mise en œuvre d'un processus de formation " allégée " selon une méthodologie à élaborer (Bulletin d'information, cassettes audio/vidéo...)

▪ **Relations entre praticiens**

1 L'intervision est un processus à stimuler mais elle n'est réaliste pratiquement seulement pour des praticiens qui ont un nombre suffisant de patients en cure de substitution. Pour ceux qui n'ont que peu de cas la charge de travail d'une intervention n'est pas réaliste.

2 Même sans fonctionner de façon organique dans un " Réseau " pluridisciplinaire, tout praticien prescripteur de Méthadone tire avantage pour lui et son patient de la concertation avec des confrères expérimentés. La présentation de cas et de problèmes spécifiques et leur discussion avec d'autres praticiens font partie intégrante du bon déroulement du processus thérapeutique dans lequel s'engage le médecin qui prend en charge des toxicomanes.

3. Le développement de " réseaux " de praticiens existant et la promotion de nouveaux dans toutes les régions du pays doit permettre d'améliorer la qualité des soins. En réduisant les abandons de cure et en favorisant l'adaptation individuelle du traitement, la pratique en réseau mérite l'attention et le soutien matériel des pouvoirs publics.

4. Une concertation locale des pharmaciens d'officine et des praticiens doit être promue par les instances et les groupements professionnels concernés.
5. Le rôle du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de Santé Publique à part entière dans la prise en charge des toxicomanes, doit être soutenu par toutes les instances concernées. Il constitue, en effet, un maillon essentiel du processus thérapeutique actuel dans son contact répété privilégié avec le patient toxicomane. Son implication dans des programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogues doit se poursuivre et être promue. Il apparaît aussi comme élément clé des systèmes d'enregistrement de données épidémiologiques de la toxicomanie en Belgique (voir point 20).
6. Il faut encourager les relations entre praticiens et médecins pénitentiaires. Il s'agit notamment de faciliter la poursuite des contacts entre le médecin traitant et le patient incarcéré. Il y a lieu de prévoir avant la sortie de prison une couverture sociale appropriée.
7. Le développement de centres pluridisciplinaires doit être soutenu et ne doit pas être oblitéré par l'extension de la prise en charge en cabinet privé. Le maintien de la diversité des choix de prises en charge constitue une garantie de la qualité des soins.
8. Un processus d'autorégulation du corps médical avec, en particulier, un développement de forums, de séminaires ou de colloques, ainsi que la promotion de recherches et d'évaluations dans le domaine, à la fois de façon locale et plus élargie, constituera une garantie d'une amélioration des traitements de la toxicomanie, en général, et des prises en charge substitutives, en particulier.
9. Les praticiens considèrent que les instances concernées doivent avoir les moyens ad hoc pour intervenir lors du constat d'écarts notables aux normes du consensus.
10. La formation continuée des praticiens doit être soutenue dans des programmes " ad hoc " (ex. interuniversitaires ou des sociétés scientifiques de médecine générale), sans oublier l'amélioration de l'information en Santé Publique. Un inventaire des possibilités actuelles existe et est diffusé par les Mouvements de Coordination (ex. Alto). Les changements qui interviennent dans la délivrance en officine, les procédures de remboursement des types de conditionnement et toutes pratiques des officines relatives à la délivrance de Méthadone ou de Buprénorphine doivent faire l'objet, par les instances concernées, d'une information organisée régulièrement à destination des praticiens.

▪ **Systèmes d'enregistrement**

1. Les systèmes d'enregistrement de la toxicomanie en Belgique doivent être développés et coordonnés.

- a. L'anonymat du patient doit être respecté par l'adoption d'une solution technique (ex. traduction mathématique du nom et de la date de naissance en un code unique pour chaque patient avec l'impossibilité de connaître le nom à partir du code).
- b. Les systèmes actuels mis en place par l'Inspection Générale de la pharmacie et les Commissions Médicales Provinciales doivent bénéficier d'un renforcement de leurs moyens techniques, notamment au niveau de la saisie des données et leur encodage, défectueux actuellement.
- c. La coordination des systèmes entre les provinces doit se faire avec l'élaboration d'un système fédéral standardisé.
- d. Une procédure informatique impliquant les officines dans l'encodage des données en continu est indispensable.

2. La recherche évaluative des pratiques thérapeutiques dans le domaine des toxicomanies, y compris le traitement de substitution, est notoirement insuffisante en Belgique. Les autorités compétentes devraient soutenir des programmes de recherche évaluative. »

- Autres articles

En France, de 1973 à 1995, les traitements de substitution ont été longtemps limités à deux centres expérimentaux de délivrance de méthadone (20 places à l'hôpital Sainte-Anne et 20 à l'hôpital Fernand-Widal). Dès 1995, la méthadone peut être prescrite avec une prise en charge médicale, sociale et psychologique. La prescription doit être initiée par un médecin exerçant dans un Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanies CSST. Une orientation vers un médecin de ville volontaire est ensuite possible, après stabilisation du patient et si le médecin du centre l'estime nécessaire. Cette modification du statut va permettre de passer d'une cinquantaine de personnes prises en charge en 1995 à près de 10 000 en 2001¹¹⁶.

En ce qui concerne les posologies, on observe une augmentation de la dose moyenne. Cette dose moyenne est au moins de 110 mg de méthadone par jour.

En Belgique, le traitement par méthadone peut être initié par tout médecin. Un certain nombre de patients français commencent leur traitement par la méthadone avec un médecin belge. Lors du début de traitement par la méthadone auprès d'un CSST lillois, le fait d'être déjà traité permet un relais vers un praticien de ville dans un délai souvent court. Ceci peut expliquer le nombre de patients traités par méthadone à Lille et son accroissement régulier.

En Belgique, depuis la Conférence de Consensus de Gand, quelques milliers d'usagers de drogues ont été pris en charge par les médecins généralistes du réseau Alternatives aux Toxicomanies (ALTO). Les généralistes du projet ALTO ont évalué la pratique de substitution à la méthadone. Il s'avère que ce traitement est efficace dans la stabilisation et la réinsertion du patient (47% des patients ont une activité à temps-plein) et que la compliance au traitement est bonne. Par contre, sur le plan de l'équilibre psychologique et de la consommation de produits (63% disent ne plus consommer de l'héroïne) les patients semblent moins bien stabilisés. Cette étude conclut qu'à l'heure actuelle 1) les médecins généralistes semblent utiliser une dose de départ trop élevée (43.8 mg), 2) qu'ils arrêtent trop rapidement la délivrance contrôlée, 3) que l'abord pluridisciplinaire pose problème à certains et 4) que certaines recommandations, comme le contrôle des urines, le contrat écrit par le patient, l'enregistrement nominal des traitements substitutifs, ne rencontrent manifestement pas l'adhésion de la majorité des médecins généralistes.

2) La buprénorphine

- Propriétés pharmacologiques

« La buprénorphine est une agoniste/antagoniste opiacé qui se fixe aux récepteurs μ et κ cérébraux. Son activité dans les traitements de substitution des opiacés est attribuée à sa liaison lentement réversible aux récepteurs μ , ce qui, sur une période prolongée, pourrait minimiser les besoins du toxicomane en stupéfiant. Grâce à son activité agoniste partielle, la buprénorphine a une large marge de sécurité, ce qui limite ses effets dépressifs, en particulier sur les fonctions respiratoires.... Les pics plasmatiques sont atteints 90 minutes après l'administration sublinguale et la relation dose-concentration maximale entre 2 mg et 16 mg. » C'est sa forme galénique qui empêche l'utilisation de la substance en intraveineuse et la fenêtre thérapeutique (au-delà d'une certaine dose le produit ne fait pas plus d'effet) qui, en théorie, devrait éviter son abus et en fait l'un de ses intérêts. Par

¹¹⁶ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies : Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement, OFDT, Paris, juin 2002.

ailleurs, son action antagoniste inhibe partiellement les récepteurs aux opiacés et les rend indisponibles à toute prise complémentaire d'héroïne. « *La demi-vie de la buprénorphine est courte (2 à 5 heures), mais l'élimination est bi- ou tri-exponentielle, avec une longue phase d'élimination terminale de 20 à 25 heures* »¹¹⁷

▪ Autres articles

En France depuis 1996, le système sanitaire a mis à disposition le Subutex (Buprénorphine haut dosage). Avant cette date, la plupart des consommateurs d'opiacés étaient pris en charge anonymement dans des Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanies (CSST). La prise en charge était essentiellement d'ordre psychothérapeutique et social.

A cette époque, le Subutex (buprénorphine haut dosage – BHD) était disponible sous forme galénique. Cette spécialité se présente sous forme de comprimés de 0,4 mg, 2 mg et 8 mg prévus pour un usage par voie sublinguale. Au niveau de la réglementation, chaque prescription ne peut excéder 28 jours, les doses journalières recommandées sont de 8 à 10 mg avec un maximum de 16 mg.

La forme galénique de la buprénorphine et ses propriétés pharmacologiques d'agoniste partiel de longue durée d'action offrent un cadre sécurisant.

Les modalités de prescription et de délivrance diffèrent de celles de la méthadone. Tout médecin, sans restriction de cadre d'exercice, est habilité à prescrire de la buprénorphine haut dosage. C'est pourquoi, elle est davantage prescrite en France.¹¹⁸ Cependant, il leur est recommandé de prendre l'avis de confrères expérimentés et / ou spécialisés. De plus, il leur est suggéré de travailler en réseau avec les centres spécialisés, les pharmaciens et les confrères de ville. La délivrance doit se faire par un pharmacien de ville contacté par le médecin et inscrit sur son ordonnance. Elle doit être fractionnée (une fraction correspondant à une durée de 7 jours) sauf mention expresse du prescripteur. Ainsi, de la période s'étalant de juin 1996 à mars 2001, le nombre estimé de personnes traitées par buprénorphine haut dosage est passé de 18 000 à 74 300 (OFDT, ibidem).

En ce qui concerne les posologies de la buprénorphine, il existe également une augmentation de la dose moyenne portée au remboursement entre 1999 et 2000. On observe une hétérogénéité de la dose moyenne selon les sites allant, pour le groupe sous traitement continu, de 7,4 mg à Lille à 16,7 mg à Paris.

La dose moyenne prescrite de Subutex est de 7,2 mg en début de traitement et de 6,7 mg au cours du suivi. Un médecin sur deux déclare déterminer d'abord la posologie en fonction de la "dose d'héroïne prise".

En France, c'est le Subutex qui est le plus souvent prescrit (cité par 79 % des médecins). La méthadone, obligatoirement initiée en Centre de soins spécialisés, arrive en deuxième position (18 %). La domination des traitements de substitution est encore plus grande pour les médecins formés à la toxicomanie ou faisant partie d'un réseau.

Selon une enquête auprès des médecins généralistes français¹¹⁹, les facteurs de réussite de la prise en charge des patients en traitements de substitution sont d'abord "la formation à la toxicomanie", "l'appartenance à un réseau" et la "connaissance du patient". Selon eux, les obstacles seraient les problèmes de "disponibilité", de "manque de motivation des

¹¹⁷ Compendium (des médicaments) 2003. AGIM. Bruxelles

¹¹⁸ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage, analyse des déviations de son utilisation, OFDT, Paris, décembre 2001.

¹¹⁹ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; Evolution de la prise en charge des toxicomanies ; Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001, OFDT, Paris, avril 2002.

toxicomanes", de "manque de formation des médecins". Seul un médecin sur douze met en avant sa crainte de devenir un "médecin-dealer".

Plus de la moitié des médecins jugent le bilan de la substitution "positif" ou "plutôt positif". Ces médecins mettent en exergue l'amélioration de la socialisation du patient, de son suivi médical et, plus généralement, les succès de la substitution. Par contre, les médecins qui ont un avis contraire ou mitigé sur la question avouent surtout leurs frustrations nées de la substitution ("qui ne fait que remplacer une dépendance par une autre", "l'absence de sevrage", etc.). Ces médecins jugent l'efficacité d'un traitement par : "l'amélioration de l'état physique du patient" (critère cité spontanément par deux tiers d'entre eux). Un tiers mentionne "l'amélioration des relations sociales". Les autres principaux critères de jugement évoqués sont la baisse (12 %) et l'arrêt de la prise d'héroïne (10 %).

1/3 des médecins interrogés estiment que les toxicomanes en traitement de substitution parviennent à se réinsérer socialement et professionnellement et que la substitution crée un lien relationnel qui permet au toxicomane de se réinsérer dans la société.

En ce qui concerne le traitement de substitution doublé d'un soutien psychologique, plus des ¾ des médecins interrogés déclarent le proposer systématiquement.

Au niveau du lien relationnel, de nombreuses études^{120 121 122 123} mettent en évidence l'importance du soutien dans l'amélioration de l'efficacité du traitement.

Ainsi, les résultats sont meilleurs dans les groupes de patients qui ont bénéficié de « services améliorés » (soutien psychologique, aide à l'emploi,...). De plus, l'individualisation de l'accompagnement semble être un facteur supplémentaire d'amélioration de l'efficacité. La simple distribution d'un médicament de substitution est médicalement et économiquement inefficace^{124 125}.

En ce qui concerne la relation que le patient entretient avec le pharmacien, celle-ci semble également jouer un rôle dans l'efficacité du traitement^{126 127}.

Par ailleurs, la relation médecin / pharmacien est déterminante dans le suivi des patients, garante d'un usage adéquat de la thérapeutique, dans le souci de respect des conditions de prescription et de délivrance.

La qualité du triangle relationnel patient -médecin -pharmacien constitue aussi une condition à la bonne prise en charge du patient.

¹²⁰ Ball J.C. Ross (A.) "The effectiveness of methadone maintenance treatment, patients, programs, services and outcome". New-York; Spinger-Verlag, 1991.

¹²¹ Weber (J.C), Kopferschmitt (J.) "Les traitements de substitution chez le toxicomane". Presse médicale, 27, 1998: 2088-2099

¹²² MC Lellan (A.T.) , Arndt I.O., Metzger DS., "The effects of psychosocial services in substance abuse treatment". JAMA, 269, 1993: 1953-1959.

¹²³ Bonin B., " Traitement substitutif par buprénorphine et travail en réseau". Annales psychiatrique, 14, 2, 1999:121-126.

¹²⁴ Woody GE., Mc Lellan AT, Luborsky L., O'Brien CP. "Psychotherapy in community methadone programs: a validation study". American Journal of Psychiatry 1995; 152:1302-1308.

¹²⁵ Kraft, M., Rothbarb AB., Hadley T-R., McLellan A-T., Asch D-A., "Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective?" American Journal of Psychiatry 1997; 154:1214-1219.

¹²⁶ Gachet L., "La consommation des médicaments de substitution aux opiacés et le détournement des médicaments, enquête comparative auprès des pharmaciens d'officine de l'agglomération grenobloise" Thèse pour l'obtention du Doctorat en pharmacie, Grenoble, 1997.

¹²⁷ Bonnet N., Beauverie P., Gaudoneix-Taieb M., Posson N., Imbert E., Fournier G. "Evolution de l'implication du pharmacien d'officine dans la prévention des dommages liés à l'usage de drogues et la dispensation des traitements de substitution" Annales Médecine interne, 2001, 152:2515-2150.

3) Comparaison entre méthadone et buprénorphine et représentations mentales y afférentes

En France, le traitement à la méthadone en centre de soins est gratuit alors que le Subutex prescrit en ville ou en centre spécialisé est acheté en pharmacie et remboursé selon les modalités classiques de couverture des dépenses de médicaments. Certaines caisses de sécurité sociale ont accepté l'exonération du ticket modérateur.¹²⁸

Contrairement à la méthadone, la prescription à la buprénorphine ne nécessite pas de conditions préalables telles que le volontariat et l'acceptation de contraintes ni l'analyse des urines.¹²⁹ Par ailleurs, les modalités de prescription et de délivrance sont différentes : tout médecin en France est autorisé à prescrire de la buprénorphine.

De nombreuses études (essentiellement américaines) ont utilisé une méthodologie comparative entre la « maintenance » par la méthadone et celle par Buprénorphine. La littérature, dans ce domaine, est centrée sur la comparaison de résultats évalués sur les seuls critères de rétention dans le traitement, et de réduction de la consommation d'opiacés. Par contre, les travaux réalisés sur l'amélioration du « statut social » évalué à l'aide de l'ASI sont plus rares¹³⁰, ¹³¹.

Un sondage d'opinion¹³² auprès des usagers et des soignants laisse à penser que le Subutex est mieux adapté pour « *les personnes déjà sensibilisées au travail thérapeutique* ».

Plus que les particularités pharmacologiques, il semble que ce soit le cadre d'utilisation et la représentation mentale liée au produit qui influenceraient le choix de l'utilisateur et du prescripteur quant au produit. Ainsi, en France, la méthadone est connotée comme étant le médicament de la dernière chance et donc destiné aux cas plus lourds. Cette image de la méthadone ne se retrouve pas dans les pays où elle est utilisée depuis longtemps.

Les différences de règles de prescription et les disparités d'accès à l'un ou l'autre des produits ont un impact sur ces représentations. Les différences de cadres induisent en effet une notion de gravité, de traitement hautement spécialisé et nécessitant une surveillance étroite pour la méthadone. Par contre, la buprénorphine a une image de médicament banal nécessitant peu d'investissement du patient et du soignant. (Lillin, *ibidem*).

D'un point de vue pratique, les différences de mode de délivrance rendent le Subutex d'accès plus facile et rapide, mais sa prise en charge financière est moins bonne que pour la méthadone. D'un côté, le cadre méthadone favorise « le travail de la demande et l'accompagnement », alors que le Subutex favoriserait « plus l'aménagement que le changement », c'est-à-dire une atténuation des conséquences les plus néfastes de la toxicomanie tout en continuant à consommer des drogues illicites¹³³.

¹²⁸ Evaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge –synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche, juin 1998 http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/36_subutex.htm

¹²⁹ Pinoit J.M., « Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés ». Paris, ed Masson, 1997.

¹³⁰ Strain E.C., Stitzer M-L., Liebson I-A., Bigelow G-E., « Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opiod dependence ». American Journal of Psychiatry, 1994, 151: 1025-1030.

¹³¹ Strain E.C Stitzer M-L., Liebson I-A., Bigelow G-E., « Buprenorphine versus methadone in the treatment of opiod dependence: self-reports, urianalysis and Addiction Severity Index ». Journal of Clinical Psychopharmacology, 1996, 16: 58-67.

¹³² Lillin, B. « Les appels concernant la substitution à Drogues Info Service ». Interventions, 1996, 57:28-32.

¹³³ Lillin B., *ibidem*.

Ces éléments entrent en ligne de compte pour expliquer les indications différentielles qui poussent à proposer davantage la méthadone lorsque le sujet présente des difficultés pour gérer sa prise de traitement. Ainsi, quand l'usager prend plusieurs substances, est en précarité sociale ou présente une co-morbidité psychiatrique¹³⁴,¹³⁵,¹³⁶ le prescripteur aura tendance à proposer la méthadone.

Il semble que la méthadone en tant qu'agoniste pur, agisse davantage sur l'angoisse que la buprénorphine.

L'insertion sociale et les antécédents de tentative de sevrage sont des facteurs favorables tandis qu'à l'inverse, les troubles psychiatriques non préalablement traités constituent un facteur défavorable¹³⁷.

Mais les auteurs ne sont pas unanimes sur cette question. Ainsi, certains¹³⁸ considèrent que la buprénorphine est un traitement de substitution de première intention ne laissant à la méthadone qu'un rôle de traitement opérationnel que dans des cas bien limités. L'induction initiale du traitement avec la buprénorphine permet aux patients d'être regroupés avant de recevoir le produit le plus efficace pour chacun¹³⁹.

Au niveau des dosages efficaces, les travaux présents dans la littérature montrent des résultats différents. Ainsi, pour certains¹⁴⁰,¹⁴¹ l'efficacité d'un traitement par 8 mg de buprénorphine/jour est aussi efficace qu'un traitement par 60 mg de méthadone par jour. Pour d'autres¹⁴²,¹⁴³ il est nécessaire d'utiliser des doses plus élevées afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Les propriétés partiellement antagonistes de la buprénorphine expliqueraient la moindre rétention dans le traitement à la buprénorphine quand on maintient des doses relativement basses. Ainsi, si les usagers consomment d'autres opiacés, ils ne pourraient pas obtenir des effets « en plus » ce qui n'est pas le cas avec des doses légères de méthadone (Peggy, *ibidem*).

Eder et al.¹⁴⁴ soulignent que si les études initiales fournissaient des résultats divergents, c'est parce que les cliniciens américains utilisaient la buprénorphine en solution liquide alcoolisée alors que les français utilisaient les comprimés sublinguaux qui possèdent une biodisponibilité inférieure.

Selon les mêmes auteurs, dans ce débat sur la dose, il est important de tenir compte que les paramètres individuels interfèrent sur la dose efficace telles que : la gravité de la dépendance préalable, l'insertion professionnelle du patient, sa motivation,...

¹³⁴ Morel A. "Traitements de substitution à la buprénorphine: l'expérience française"

¹³⁵ Dervaux A., Laqueille X., "Traitements de substitution: les règles de prescription". *La revue du praticien*, 1999; 13: 1589-1592.

¹³⁶ Reisinger M. "Quinze ans de traitement à la buprénorphine" *THS La revue*, 1999.

¹³⁷ Gasquet I., Lancon C., Parquet P., "Facteurs prédictifs de réponse au traitement substitutif par buprénorphine haut dosage – Etude naturaliste en médecine générale". *L'encéphale*, 1999, 6: 645-651.

¹³⁸ Reisinger M. "Buprenorphine as a new treatment for heroin dependence" *Drug alcohol dependence*, 1985, 16:257-262.

¹³⁹ Uehlinger C., Deglon J., Livoti S., Petitjean S., Waldvogel D., Ladewig D., "Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opiod dependence" *European Addiction Research*, 1998, 4:13-18.

¹⁴⁰ Jonhson R.E., "A controlled trial of buprenorphine treatment for opiod dependence". *Journal American Medecine association*, 1992, 267:2750-2755.

¹⁴¹ Strain E.C., Stitzer M-L., Liebson I-A., Bigemow G-E., "Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opiod dependence". *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151: 1025-1030.

¹⁴² Schottenfeld R.S., Pakes J-R., Oliveto A., Ziedonis D., Kosten T.R., "Buprenorphine versus methadone maintenance treatment for concurrent opiod dependence and cocaine abuse", *Arch General psychiatry*, 1997,54:713-720.

¹⁴³ Peggy A., "Buprenorphine as a pharmacotherapy for opiate addiction, what dose provides a therapeutic response?". *American Journal on Addiction*, 1996, 5:220-230.

¹⁴⁴ Eder H., Fischer G., Gombas W., Jagsch R., Stuhlinger G., Kasper S., "Comparison of buprenorphine and methadone maintenace in opiate addicts" *European addiction research*, 1998,4:3-7.

(...) « Les dysfonctionnements observés lors de la délivrance des médicaments de substitution reflètent peut-être les dysfonctionnements de la société, c'est-à-dire un dialogue parfois difficile, un manque de communication, mais aussi un manque de tolérance face à des patients pas tout à fait comme les autres. (...)»¹⁴⁵.

4) Les apports des traitements de substitution

Le traitement de substitution offre la possibilité d'une certaine stabilité, en évitant la succession de phases d'intoxication et de manque génératrices de troubles du comportement entraînant des difficultés professionnelles et relationnelles. Il permet l'élaboration de projets à plus long terme et de renouer des relations sociales équilibrées, entre autres avec la famille. Le rythme de suivi « naturel » de patients sous traitement de substitution et de collecte de données est : 1, 3, 6, 12, 18 et 24 mois.

A travers la revue de la littérature^{146 147 148}, il est bien documenté que les effets bénéfiques du traitement de substitution sont de réduire la consommation illicite d'opiacés, d'entraîner une diminution de la criminalité, de réduire la mortalité liée à l'infection HIV et d'améliorer la réinsertion sociale.

Par ailleurs, la durée du traitement semble être le facteur le plus important dans la prédiction de non-rechute et du maintien des progrès obtenus, après le départ des patients d'un centre de soins. Il est estimé qu'un an de traitement avec la méthadone est une durée seuil pour la prise en charge des patients toxicomanes usagers quotidiens d'opiacés.

Après 3 mois, certaines études mettent en évidence une amélioration de la situation sociale du patient ainsi qu'une amélioration de son évaluation de sa qualité de vie. Par contre, les consommations d'alcool et de cannabis restent à un niveau élevé.

De multiples études mettent en exergue qu'après 12 à 18 mois de traitement, l'efficacité thérapeutique se confirme avec de plus en plus de patients qui ne consomment plus d'héroïne.

Il semble que ce soit la situation professionnelle qui s'améliore le plus lentement (amélioration en 24 mois) (Duburcq A et al. 1999)¹⁴⁹. Ceci dit, l'effet sur la situation professionnelle dépend des pays et de la période d'observation.¹⁵⁰

Il apparaît que dès la première année de traitement, on observe une amélioration générale surtout au niveau des situations sanitaires et sociales. Ces améliorations sont aussi bien relatées sous méthadone que sous buprénorphine¹⁵¹.

¹⁴⁵ Gachet L., "La consommation des médicaments de substitution aux opiacés et le détournement des médicaments, enquête comparative auprès des pharmaciens d'officine de l'agglomération grenobloise" Thèse pour l'obtention du Doctorat en pharmacie, Grenoble, 1997.

¹⁴⁶ Avants S., Margolin A., Sindelar J.L., "Day treatment versus enhanced standard methadone service for opioid-dependant patients : a comparison of clinical efficacy and cost". American Journal of Psychiatry, 156, 1999:27-33.

¹⁴⁷ Auriacombe M., Franques P., Martin C., "Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne. Bases scientifiques du traitement et données évaluatives de la littérature. L'expérience et la pratique du groupe de Bordeaux et Bayonne" Toxicomanie, hépatites, SIDA; Guffens J ed. Paris, 1994.

¹⁴⁸ Trémeau F., Darre A., Khidichian F., Weibel H., Kempf M., Greth Ph., Schneider J-L., Wantz C., Weber B., Stéprien S., Macher J-P. "Impact d'un traitement de substitution par méthadone sur des sujets dépendants aux opiacés évalué par l'Addiction Severity Index et des contrôles urinaires" L'encéphale, XXVIII, 2002:448-453.

¹⁴⁹ Duburcq, A., Charpak Y., Blin P., Madec L. "Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage. Résultats de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex en médecine de ville)". Revue épidémiologique et santé publique, 2000, 48:363-373.

¹⁵⁰ Bertschy G., "Methadone treatment: un update"; European Arch clinical neuroscience. 1995, 245: 114-124.

¹⁵¹ Facy F., "Epidémiologie clinique des conduites d'usages et d'abus de drogues. Evaluation et toxicomanie: avancées méthodologiques. INSERM, 2000.

De nombreuses études ont utilisé l'ASI^{152 153 154} pour mettre en évidence les éventuels changements dans les différents domaines investigués par l'outil. Ainsi, le score de gravité médicale diminue en fonction de la durée de traitement par méthadone (passant de 4 en moyenne à l'entrée à 1.3 à 18 mois) (Lafitte C et al 1998)¹⁵⁵. L'évolution du score composite médical de l'ASI confirme celle du score de sévérité puisque, là aussi, une très nette diminution est observée.

Ainsi, en ce qui concerne le domaine de l'emploi et des ressources^{156 157 158} les changements observés apparaissent plus tard (après un an).

3.2.2. Qualité de vie

L'élévation de l'espérance de vie, l'amélioration constante des techniques de soins, les modifications d'attitudes de la population face à la santé ont en même temps fait émerger, dans les années 1970, une nouvelle position paradigmatique dans le champ des soins de santé : la Qualité de la Vie. L'accent étant mis sur la vie ajoutée aux années plutôt que sur les années ajoutées à la vie^{159 160 161 162}. Encore faut-il savoir ce que recouvre ce concept de Qualité de la Vie.

L'analyse de la littérature internationale¹⁶³ met en évidence que ce label est utilisé dans trois grandes acceptions¹⁶⁴ :

- La Qualité de Vie environnementale
- La Qualité de Vie liée à la santé
- La Qualité de la Vie abordant tous les domaines de la vie et vue comme un tout.

La présente étude s'inscrit dans cette dernière acception, dans la mesure où la Qualité de Vie des toxicomanes ne se limite pas seulement aux dimensions liées à la santé.

La qualité de vie subjective ou « *qualité de vie comme un tout* » repose essentiellement sur le vécu subjectif et insiste sur l'importance de prendre en compte tous les domaines de vie. Les premières publications, fin des années 1960, sont parties de l'approche du bonheur

¹⁵² Mc Lellan (A.T), Luborsky (L.), O'Brien (C.P), "Is treatment for substance abuse effective?" *Jama*, 247, 1982: 1243-1428.

¹⁵³ Martin C., Grabot D., Auriacombe M., Brisseau S., Daulouede J-P., Tignol J. "Données descriptives issues de l'utilisation de l'Addiction Severity Index en France". *L'encéphale*, 22, 1996:359-363.

¹⁵⁴ Strain (E.C.), Stitzer (M.L.), Liebson (A.), Bigelow (G.E.) "Buprenorphine versus methadone in the treatment of opioid dependence: self reports, urinalysis, and Addiction Severity Index". *Journal Clinical Psychopharmacology*, 16, 1996: 58-67.

¹⁵⁵ Lafitte C., Bonnal F., Daulouede J.P., Tignol J. "Influence des traitements par la méthadone dans la prise en charge médicale des toxicomanes séropositifs pour le virus du SIDA : Résultats d'une étude descriptive, Bayonne, 1996 » *L'Ebcéphale*, 1998 ; XXIV :205-214.

¹⁵⁶ Dole V.P., Nyswander M. "A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *Jama* 1965; 193: 645-650.

¹⁵⁷ Deglon J.J. "En quoi les pratiques de substitution favorisent-elles l'insertion sociale des toxicomanes?" *Annales de médecine interne* 1994;145:100-101.

¹⁵⁸ Trémeau F., Darreye A., Greth Ph., "Traitement de substitution par la méthadone et troubles psychiatriques" *Annales de psychiatrie* 1998; 13:268-271.

¹⁵⁹ Carr-Hill, (R.A.) "Assumption of the QALY Procedure. Background Material for the Workshop on QALYs." *Social Sciences & Medicine* 29.3, 1989: 469-477.

¹⁶⁰ Häyri, (M.) "Measuring the Quality of Life: Why, How & What?" *Theoretical Medicine* 12, 1991: 97-116

¹⁶¹ Testa, (M.A.), Simonson (D.C.). "Assessment of Quality of Life Outcomes." *Current Concepts* 334.13, 1996: 835-840.

¹⁶² Torrance, (G.W.) "Utility Approach to Measuring Health Related Quality of Life." *Journal of Chronic Diseases* 40.6, 1987: 593-600.

¹⁶³ Corten Ph (1998) Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne. *L'Information Psychiatrique* 1998; 9: 922-932

¹⁶⁴ Mercier, (C.). "Improving the Quality of Life of People with Severe Mental Disorders." *Social Indicators Research* 33, 1994: 165-192

exprimé (Cantril, Bradburn)^{165 166 167} pour évaluer le bien-être. Cependant, il est rapidement apparu que cet indicateur semblait relativement instable, privilégiant les affects positifs et de complétude, fortement influencé par la désirabilité sociale et recouvrant des concepts différents suivant les langues et les cultures. Campbell^{168 169} à partir de 1976, a profondément influencé les recherches dans le domaine de la Qualité de la vie en introduisant un modèle qui organise le concept autour de la notion de satisfaction et de domaines de vie. Andrews^{171 172 173 174 175 176 177} opérationnalisera le modèle de Campbell et apportera la confirmation que la mesure de satisfaction est bien l'indicateur le plus valide, incluant d'une manière équilibrée les aspects affectifs et cognitifs du phénomène (satisfaction: étymologie *satis* –assez-, *facere* –faire-). Pour ces auteurs, cette satisfaction serait en relation avec les besoins individuels. Par la suite, Gerin¹⁷⁸ Dazord,¹⁷⁹ et Corten¹⁸⁰ ont mis en évidence qu'il y a lieu d'inclure dans ce modèle l'importance attribuée aux divers domaines de vie en fonction de l'histoire de l'individu, sa personnalité et ses mécanismes adaptatifs. Enfin, Corten et al.¹⁸¹ ont démontré que ce modèle est heuristique tant pour des sujets sains que des malades mentaux ou des patients présentant des addictions et que les domaines de vie s'organisent autour de quatre grandes dimensions: la vie matérielle, la vie relationnelle, la vie sociale et l'image de soi.

¹⁶⁵ Bradburn, (N.M.), Caplovitz (D.). Reports on Happiness. A Pilot Study of Behavior Related to Mental Health. Chicago - Illinois-USA.: Aldine, 1965.

¹⁶⁶ Bradburn, (N.M.) The Structure of Psychological Well-Being. Chicago, Ill-USA: Adline, 1969

¹⁶⁷ Cantril, (H.) The Pattern of Human Concerns. New Brunswick, New Jersey-USA.: Rutgers University Press, 1965.

¹⁶⁸ Campbell, (A.) "Subjective Measures of Well-Being." American Psychologist 31, 1976: 117-124

¹⁶⁹ Campbell, (A.), Converse (Ph.E.), Rodgers (W.L.), ed. The Quality of American Life. Perceptions, Evaluations & Satisfaction. New-York: Russel Sage Foundation., 1976.

¹⁷⁰ Campbell, (A.) ed. The Sense of Well-Being in America. Recent Patterns & Trends. New-York, NY-USA: McGraw Hill, 1981. 253pp.

¹⁷¹ Abbey, (A.), Andrews (F.M.). "Modeling the Psychosocial Determinants of Quality of Life." Social Indicators Research 16.1, 1985: 1-34

¹⁷² Andrews, (F.M.), Withey (S.B.). "Developing Measures of Perceived Life-Quality: Results from Several National Surveys." Social Indicators Research 1, 1974:1-26

¹⁷³ Andrews, (F.M.), Crandall (R.). "The Validity of Measures of Self-Reported Well-Being." Social Indicators Research 3, 1976: 1-19.

¹⁷⁴ Andrews, (F.M.), Withey (S.B.), ed. Social Indicators of Well-Being. American's Perception of Life Quality. New-York, NY-USA: Plenum Press, 1976. 441pp

¹⁷⁵ Andrews, (F.M.), Inglehart (R.F.). "The Structure of Subjective Well-Being in Nine Western Societies." Social Indicators Research 6, 1979: 73-90.

¹⁷⁶ Andrews, (F.M.), McKenel (A.C.). "Measures of Self-Reported Well-Being: their Affective, Cognitive & Other Components." Social Indicators Research 8, 1980: 127-155.

¹⁷⁷ Andrews, F.M., Robinson (J.P.). "Measures of Subjective Well-Being." Measures of Personality & Social Psychological Attitudes. Volume 1 of Measures of Social Psychology Attitudes. Ed. John.P. Robinson, Philip. R. Shaver & Lawrence.S. Wrightsman. San Diego, Ca-USA: Academic Press, 1991: 61-115.

¹⁷⁸ Gerin, (P.), Dazord (A.), Sali (A.), Boissel (J.P.), "L'évaluation de la dépression à la lumière du concept de qualité de vie subjective." Information Psychiatrique 68.5, 1992: 47-56.

¹⁷⁹ Dazord, (A.), Gerin, (P.), Brochier, (C.), Cluse, (M.), Terra, (J.L.), Seulin, (Ch.) "Un modèle de qualité de la vie subjective adapté aux essais thérapeutiques: intérêts chez le patient dépressif." Santé Mentale au Québec XVIII.2, 1993: 49-74.

¹⁸⁰ Corten Ph (1998) Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne. L'Information Psychiatrique 1998; 9: 922-932

¹⁸¹ Corten Ph, Bergeret I, From L., Mercier C., Pelc I. (2002) Are Psychiatric patients good probands for subjective assessment of the Quality of Life? (in process)

3.2.3 Outils d'évaluation

3.2.3.1. *Addiction Severity Index (ASI)*

Description de l'outil

L'Addiction Severity Index (ASI) est un instrument semi-structuré mis au point en 1980 par une équipe américaine dirigée par McLellan¹⁸² (Cf. Annexe n°1). Cet instrument clinique mesure la gravité des problèmes de toxicomanie et évalue le besoin en traitements du patient dans les sept dimensions suivantes :

1. Etat médical ;
2. Emploi et ressources ;
3. Usage d'alcool ;
4. Usage de drogues ;
5. Situation légale ;
6. Relations familiales et sociales ;
7. Etat psychiatrique ou psychologique.

L'ASI permet de récolter tant des informations subjectives -préoccupation du patient quant au domaine investigué- que des informations objectives -le nombre, l'étendue et la durée des symptômes sur toute la vie et au cours des 30 derniers jours-. Ces données vont permettre de créer deux types de scores : des scores de sévérité et des scores composites. Les **scores de sévérité** sont calculés à partir des items reprenant les préoccupations du patient et évaluation de son **besoin en traitement perçu** et des items dits "critiques" (Cf. Liste en annexe n°2) par dimension explorée. Ces scores de sévérité présentent surtout un intérêt clinique, car ils permettent l'évaluation des besoins **subjectifs** en traitement du patient et l'adaptation de ceux-ci tout au long de la prise en charge. Soulignons qu'un score de sévérité élevé ne signifie pas forcément que le patient soit dans une situation délicate, mais seulement qu'il y a un besoin de prise en charge supplémentaire.

A titre de valeurs comparatives, cinq études ont retenu notre attention, parce que centrées sur des suivis de maintenance à la méthadone^{183 184 185 186 187} et une en fonction de sa proximité géographique (Hollande).

¹⁸² McLellan, A.T., Luborsky, L.2.69, Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H., O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 173(7), 412-422

¹⁸³ Alterman, AI., Brown, LS., Zaballero, A., McKay, JR. (1994) "Interviewer severity ratings and composite scores of the ASI: a further look." *Drug and Alcohol Dependence*, 1994,34, 201-209

¹⁸⁴ Martin, C., Grabot, D., Auriacombe, M., Brisseau, S., Daulouède, JP., Tignol, J. (1996) « Données descriptives issues de l'utilisation de l'Addiction Severity Index en France » *L'Encéphale*. 2001, XXII, 359-363

¹⁸⁵ Bovasso. GB., Alterman, AI., Cacciola, JS., Cook, TG. (2001) "Predictive Validity of the Addiction Severity Index's Scores in the Assessment of 2-Year Outcomes in a Methadone Maintenance Population." *Psychology of Addictive Behaviors*. 2001, 15(3), 171-176.

¹⁸⁶ Cacciola, JS., Alterman, AI., Rutherford, MJ., McKay, JR., Mulvaney, FD. (2001) "The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients" *Drug and Alcohol Dependence*. 2001, 61, 271-280

¹⁸⁷ Remeau, F., Darreye, A., Khidichian, F., Weibel, H., Kempf, M., Greth, Ph., Schneider, JL., Wantz, C., Weber, B., Stepien, S., Macher, JP. (2002) "Impact d'un traitement de substitution par méthadone sur des sujets dépendants aux opiacés évalué par l'Addiction Severity Index et de contrôles urinaires ». *L'encéphale*. 2002, XXVII, 448-453

Tableau 1 : Indices de sévérité obtenus dans différentes études

Indice de Sévérité ASI	Alterman 1993-USA	Hendriks 1994-Hollande	Martin 1996-France	Trémeau 2002-France
Médical	2.78	2.1	2.6	1.8
Emploi	2.69	3.7	3.2	3.7
Alcool	1.67	2.1	1.5	0.7
Drogue	4.90	5.7	6.9	6.1
Légal	2.02	3.4	1.9	1.6
Social	2.64	4.4	2.5	3.2
Psychiatrique	2.54	4.7	5.2	3.4

Légende : minimum 0, Maximum 9

Nota : les études non mentionnées dans le tableau n'ont pas publié de valeurs de référence pour les scores de sévérité de l'ASI.

Les **scores composites**, quant à eux, ont surtout un intérêt pour la recherche. Ils sont calculés à partir d'items dits "critiques" portant **sur des données dites objectives**.

Tableau 2 : Scores composites obtenus dans différentes études

Scores composites ASI	Alterman 1993-USA	Bovasso 2001-USA	Cacciola 2001-USA	Trémeau 2002-France
Médical	0.27	0.35	0.25	0.31
Emploi	0.89	0.72	0.68	0.50
Alcool	0.11	0.12	0.10	0.10
Drogue	0.24	0.36	0.36	0.34
Légal	0.13	0.21	0.14	0.17
Social	0.19	0.19	0.14	0.20
Psychiatrique	0.14	0.26	0.14	0.28

Légende : Minimum 0, maximum 1

Nota : les études non mentionnées dans le tableau n'ont pas publié de valeurs de référence pour les scores composites de l'ASI.

Il est à noter que l'apprentissage du remplissage de l'ASI nécessite une formation certifiée de l'enquêteur. Cette formation est d'une durée de 2 jours. Récemment une version informatisée¹⁸⁸ et une auto-passation¹⁸⁹ ont été mises au point.

Validité, fiabilité et pertinence de l'ASI

Bien que l'ASI ait été utilisé dans plus d'un millier de lieux de traitement, d'après McLellan (l'auteur de l'instrument), et traduit en plus de 9 langues, il n'existe qu'une dizaine d'études (outre celles des auteurs^{190 191 192 193}) portant sur la validité de l'instrument^{194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204}.

¹⁸⁸ Butler, SF., Budmann, SH., Goldmann, RJ., Beckley, KE., Trottier, D., Newman, FL., Cacciola, JS. (2001) "Initial validation of a computer-administered Addiction Severity Index: The ASI-MV" *Psychology and Addictive Behaviors*. 2001, 15(1), 4-12

¹⁸⁹ Rosen, CS., Henson, BR., Finney, JW., Moos RH. (2000) "Consistency of self administered and interview-based Addiction Severity Index composite scores." *Addiction*. 2000, 95(3), 419-425

¹⁹⁰ McLellan, AT., Luborsky, L., O'Brien, CP., Woody, GE. (1980) "An improved evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index" *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1980, 168, 26-33

¹⁹¹ McLellan, AT., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., McGahan, P., O'Brien, CP. (1985) "New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in Three centers" *Journal of Mental and Nervous Disease* 1985, 173(7), 412-422

¹⁹² McLellan, AT., Kushner, H., Metzger, D. Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., Argerious, M. (1992) "The fifth edition of the Addiction Severity Index: Historical critique and normative data." *J.Subst. Abuse Treat.* 1992, 9, 199-213

¹⁹³ Zanis, DA., McLellan, AT, Cnaam, RA., Randall, M. (1994) "Reliability and Validity of the Addiction Severity Index with a Homeless Sample" *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1994, 11(6), 541-548

¹⁹⁴ Kosten, TR., Rounsaville, B., Kleber, HD. (1983) "Concurrent validity of the Addiction Severity Index" *Journal of Mental and Nervous Disease*. 1983, 171, 606-610

Les propriétés sont les suivantes :

1. L'estimation de la fiabilité au test-retest après trois jours est classée dans l'intervalle suivant : $r = 0.84$ à $r = 0.95$;
2. La fidélité inter-juges aux scores de sévérité est comprise entre $r = 0.74$ à $r = 0.99$;
3. L'instrument a une sensibilité suffisante pour mesurer les changements durant le traitement. Ainsi, le score de gravité médicale diminue en fonction de la durée de traitement par méthadone (passant de 4 en moyenne à l'entrée à 1.3 à 18 mois) (Lafitte C. et al. 1998). L'évolution du score composite médical de l'ASI confirme celle du score de sévérité puisque là aussi une très nette diminution est observée. Ainsi, en ce qui concerne le domaine de l'emploi et des ressources^{205 206 207} les changements observés apparaissent plus tard (après un an).
4. La consistance interne des scores composites va de 0.56 pour l'emploi et les ressources à 0.85 pour l'usage d'alcool ;
5. L'ASI permet d'adapter le traitement aux besoins du patient.

Les résultats des α de Cronbach²⁰⁸ pour chaque dimension sont fort variables d'une étude à l'autre:

¹⁹⁵ Hendricks, VM., Kaplan, CD., Van Limbeek, J., Geerlings P. (1989) "The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population." *Journal of Substance abuse treatment*. 1989, 6(2), 133-141

¹⁹⁶ Hodgins, DC., El Guebaly, N. (1992) "More data on the Addiction Severity Index: Reliability and validity with the mentally ill substance abuser." *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1992, 180(3), 197-201

¹⁹⁷ McCusker, J., Bigelow, C., Servignon, C., Zorn, M. (1994) "Test-retest reliability of the Addiction Severity Index composite scores among clients in residential treatment." *American Journal of Addiction*. 1994, 3(3), 254-262

¹⁹⁸ Alterman, AI., Brown, LS., Zaballero, A., McKay, JR. (1994) "Interviewer severity ratings and composite scores of the ASI: a further look." *Drug and Alcohol Dependence*, 1994, 34, 201-209

¹⁹⁹ Drake, RE., McHugo, GJ., Biesanz, JC., (1995) "The test-retest reliability of standardized instruments among homeless persons with substance use disorders." *Journal of Studies on Alcohol*. 1995, 56(2), 161-167

²⁰⁰ Joyner, LM., Wright, JD., Devine, JA. (1996) "Reliability and validity of the Addictions Severity Index among homeless substance misusers." *Substance Use and Misuse*, 1996, 31(6), 729-751

²⁰¹ Rosen, CS., Henson, BR., Finney, JW., Moos RH. (2000) "Consistency of self administered and interview-based Addiction Severity Index composite scores." *Addiction*. 2000, 95(3), 419-425

²⁰² Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, DR., Schwartz, M. (2000) "The Addiction Severity Index. A field study of internal consistency and validity" *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000, 18, 129-135

²⁰³ Bovasso, GB., Alterman, AI., Cacciola, JS., Cook, TG. (2001) "Predictive Validity of the Addiction Severity Index's Scores in the Assessment of 2-Year Outcomes in a Methadone Maintenance Population." *Psychology of Addictive Behaviors*. 2001, 15(3), 171-176.

²⁰⁴ Butler, SF., Budmann, SH., Goldmann, RJ., Beckley, KE., Trottier, D., Newman, FL., Cacciola, JS. (2001) "Initial validation of a computer-administered Addiction Severity Index: The ASI-MV" *Psychology and Addictive Behaviors*. 2001, 15(1), 4-12

²⁰⁵ Dole VP., Nyswander M. "A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *Jama* 1965; 193: 645-650.

²⁰⁶ Deglon JJ. "En quoi les pratiques de substitution favorisent-elles l'insertion sociale des toxicomanes?" *Annales de médecine interne* 1994;145:100-101.

²⁰⁷ Trémeau F., Darre A., et al "Traitement de substitution par la méthadone et troubles psychiatriques" *Annales de psychiatrie* 1998; 13:268-271.

²⁰⁸ Cronbach LJ. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951, 16, 297-333

Tableau 3 : Alphas de Cronbach à l'ASI obtenus dans différentes études

Cronbach Scores composites ASI	Hendricks 1989	Alterman 1994	Rosen 2000	Leonhard 2000	Bovasso 2001	Nombre d'items
Médical	.81	.77	.86	.89	.93	3 items
Emploi	.58	.63	.71	.65	.69	4 items
Alcool	.92	.87	.87	.84	.91	6 items
Drogues	.73	.62	.77	.69	.71	13 items
Légal	.71	.66	.62	.65	.74	5 items
Social	.73	.72	.72	.74	.71	5 items
Psychiatrique	.79	.87	.83	.84	.77	4 items

L'étude de Hendricks et al. (1989) a été réalisée aux Pays-Bas et porte sur 142 toxicomanes admis dans un centre de désintoxication de La Haie. La recherche d'Alterman et al. (1994) s'est déroulée à Philadelphie et compare les résultats de 9 centres pilotes de maintenance à la méthadone. Le travail de Rosen et al. (2000) inclut 316 vétérans entrant dans un centre de traitement d'abus de substances aux USA. La publication de Leonhard et al. (2000) investigate 8984 cas suivis par une clinique urbaine pour problèmes d'alcoolisme et toxicomanie aux USA. Enfin, Bovasso (2001) s'est intéressé à 310 patients entrant dans un suivi par maintenance à la méthadone.

Suivant Gulliken (1950) repris par Martinez Aria (1995), les α de Cronbach doivent être supérieurs à 0.42 quand l'échelle inclut 3 items, 0.50 pour 4 items, 0.55 pour 5 items et 0.70 pour 10 et plus. En général, tous les scores composites se trouvent au-dessus des seuils minimaux. Néanmoins, l' α pour le score composite "drogue" est le plus faible ; à deux reprises il se situe en dessous du critère minimal, et juste au-dessus, à une reprise.

Des analyses de corrélations (coefficient de Pearson) ont également été faites entre les scores de sévérité et les scores composites. Chaque score composite montre une corrélation élevée avec son score de sévérité correspondant. Les coefficients de corrélation sont compris entre : 0.54 pour l'emploi – ressources et 0.86 pour l'état médical. Les scores composites pour l'alcool et les drogues sont corrélés à 0.85 et 0.62 respectivement, avec leurs correspondants à l'échelle de sévérité. La corrélation moyenne entre les scores composites et ceux de sévérité sont de 0.73.

Soulignons que l'instrument conserve ses propriétés psychométriques lorsqu'il est utilisé dans des études longitudinales (Stoffelmayr, B.E., et al., 1994), et dans des études cross-study auprès de toxicomanes issus de cultures différentes (Drake, R.E., et al. 1995).

L'ASI présente l'avantage d'être traduit dans de nombreuses langues, adapté aux différences culturelles, et validé. De nombreux pays européens (Allemagne, Espagne, France, Grèce, Italie et Pays-Bas) ont traduit l'ASI et apporté des adaptations en fonction des différences culturelles. Ainsi, une version standardisée existe sous le nom d'EuropASI (Kokkevi, A., et al. 1995, Lafitte, C. et al., 1998). Cette version présente des données psychométriques similaires à celles calculées pour l'ASI. C'est toutefois l'ASI américain, traduit en français et non la version française de l'EuropASI, qui a été utilisée pour la partie francophone de cette étude.

3.2.3.2. *Quavisub*

Description de l'outil

L'instrument de Qualité de Vie utilisé pour cette recherche est le Quavisub (Cf. Annexe n°2). La qualité de vie y est définie comme le jugement cognitif de l'évalué dans différents domaines de vie, sur son bien-être subjectif, mis en relation avec ses aspirations et expectations. Cet instrument permet la mise en perspective du vécu du patient et de ses réels besoins. La qualité de vie est constituée des domaines de satisfaction, l'état de santé, le réseau de support social, l'autonomie. Leur amélioration fait partie des objectifs du traitement et constitue le reflet de son efficacité.

Le Quavisub est un instrument d'auto évaluation de la qualité de vie subjective. C'est un outil composé d'une série de sous-échelles validées

1. La *Satisfaction with Life Domains Scale* (SLDS) de Baker et Intigliata²⁰⁹ modifiée par Corten et Mercier^{210 211} qui mesure la satisfaction subjective de 20 domaines de vie ;
2. L'*Importance of Life Domains Scale* (ILDS) de Corten et Mercier²¹² qui mesure l'importance accordée aux 20 domaines de vie de la SLDS
3. La *Life Ladder* de Cantril²¹³ qui mesure les aspirations et expectations des interviewés ;
4. L'*échelle d'interdépendance* de Corten et Mercier²¹⁴ qui mesure la richesse et la diversité du support social ;
5. La *Social anxiety scale* de Richardson & Tasto 1976²¹⁵ qui mesure la manière dont un sujet est sensible au regard négatif d'autrui ;
6. La *Performance Scale* de Smith et Linn qui mesure l'attrait d'un sujet face aux performances ;
7. Questionnaire des habitudes de prise de boissons alcoolisées de Pelc.²¹⁶

Pour les besoins de la recherche, nous avons demandé aux auteurs d'adjoindre au set de base, une échelle relative aux substances et sensations procurées par celles-ci. Une autre échelle expérimentale concerne le bien-être et a été incluse, suite à la suggestion du comité d'accompagnement d'une recherche subsidiée par l'OTAN²¹⁷ entre 1992 et 1997.

Par ailleurs, le Quavisub contient une série d'éléments d'anamnèse concernant la vie objective des sujets, permettant de calculer des indices composites sur les domaines de vie suivants : la vie matérielle, la vie relationnelle, la vie sociale et, enfin, l'image de soi et la santé.

²⁰⁹ Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems. *Evaluation & Program Planning*, 5, (1), 69-78.

²¹⁰ Corten Ph., Mercier C. (1997) Quavisub In: 'Pattern of Quality of Life among People with Disabilities. (International report NATO Collaborative Research Grant n° 910084) Eds Corten Ph & Mercier C. NATO, Brussels, Belgium

²¹¹ Caron, J., Mercier, C., & Tempier, R. (1997). Une validation québécoise du Satisfaction with Life Domains. *Santé Mentale au Québec*, 22, (2), 195-217

²¹² ibidem rapport NATO

²¹³ Cantril, H. (1965). *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, New Jersey-USA.: Rutgers University Press

²¹⁴ ibidem rapport NATO

²¹⁵ Richardson, F. C., & Tasto, D. L. (1976). Development and Factors Analysis of a Social Anxiety Inventory. *Behavior Therapy*, 7, 453-462

²¹⁶ Pelc I. Echelle d'évaluation des Habitudes de Boisson, in Cottraux J., Bouvard M., et Legeron P.; *Méthodes et échelles d'évaluation du comportement*, Ed. Applications Psychotechniques, Issy-les-Moulineaux, 1985, pp. 232-235.

²¹⁷ ibidem rapport NATO

Le Quavisub présente les avantages suivants :

- il a été testé sur 1500 patients et 1500 contrôles, il a été utilisé dans une cinquantaine d'études différentes ;
- il s'agit d'une auto-passation et peut facilement être utilisé en routine ;
- il est traduit et validé en français, néerlandais, espagnol, anglais, italien et allemand ;
- il n'est pas spécifique à une population cible et peut aussi bien être appliqué à des personnes saines, des malades mentaux ou des patients présentant des assuétudes.²¹⁸
- Il existe en plusieurs versions pouvant être adaptées aux besoins spécifiques de chaque recherche.
- La version courte à visée essentiellement épidémiologique, contient la SLDS, l'ILDS, et la Life Scale
- La version moyenne à visée descriptive clinique, contient les échelles de la version courte et les items d'anamnèse objective. Elle permet, pour les quatre domaines de vie (matérielle, relationnelle, sociale et santé) de mettre en parallèle le vécu subjectif, des éléments objectifs et l'importance accordée à ces domaines
- La version longue a pour objectif d'étudier les stratégies de Qualité de vie développées par le sujet. Elle reprend les échelles de la version moyenne en ajoutant l'échelle d'interdépendance, la Social Anxiety Scale, la Performance Scale et le Questionnaire d'Usage de Boissons Alcoolisées
- Cette étude a utilisé la version longue augmentée des 2 échelles expérimentales.

Validité, fiabilité et pertinence du Quavisub

Les propriétés psychométriques ont été étudiées pour chaque échelle (Corten et al., 1997):

1. La fiabilité au test-retest après 4 jours est comprise dans un intervalle allant de $r = 0.89$ à $r=1.0$ suivant les échelles.
2. L'instrument est suffisamment sensible pour dégager les changements durant le traitement (testé après 4 mois).
3. En ce qui concerne la fidélité inter-juges, elle ne se pose pas pour le Quavisub lorsqu'il est pratiqué en auto passation. La question pourrait se poser lorsque la passation se fait en interview. Néanmoins, par construction, le questionnaire laisse peu de choix d'interprétation à l'évaluateur qui n'a qu'à reporter telles quelles les réponses du sujet. Une cinquantaine de patients ont été interviewés en présence de deux évaluateurs. Les deux évaluateurs étaient concordants dans 97% des réponses et, dès lors, aucun test de contingence et de conformité ne s'est montré significatif.

Les α de Cronbach pour chaque échelle sont :

- Echelle de satisfaction SLDS: $\alpha = 0.8965$ pour 20 items
- Echelle d'importance ILDS: $\alpha = 0.8145$ pour 20 items
- Echelle d'interdépendance : $\alpha = 0.8557$ pour 8 items
- Echelle d'anxiété sociale : $\alpha = 0.7862$ pour 4 items
- Echelle de consommation d'alcool : $\alpha = 0.8321$ pour 9 items
- Echelle de performance : $\alpha = 0.7932$ pour 7 items

²¹⁸ Corten Ph., Bergeret I., From L., Mercier C., Pelc I. (2002) Are Psychiatric patients good probands for subjective assessment of the Quality of Life? (in process)

Toutes les échelles sont au-dessus des seuils minimaux généralement admis, à savoir : supérieurs à 0.42 quand l'échelle inclut 3 items, 0.50 pour 4 items, 0.55 pour 5 items et 0.70 pour 10 et plus.

En ce qui concerne l'échelle de vie, l' α de Cronbach n'a pas été calculé dans la mesure où, par construit, les items sont indépendants les uns des autres et ne varient donc pas de concert.

3.2.3.3. TUF

Le "Treatment Unit Form" (TUF) est un outil qui a été développé par une équipe de chercheurs autour du Point Focal grec du réseau REITOX de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (juin 1997)²¹⁹. Son objectif était de permettre la construction d'une typologie standardisée à l'échelle de l'Union Européenne des types de services d'assistance et de soins aux toxicomanes. Malheureusement, l'outil a été construit mais sa mise en application à l'échelle européenne n'a finalement jamais été entreprise. En ce qui concerne notre étude, il a été choisi pour sa valeur descriptive et non pour sa valeur statistique (le nombre d'institutions impliquées dans cette recherche étant limité à 12 au maximum). Il s'agit donc simplement d'un outil commode à l'établissement d'une "carte d'identité institutionnelle" (Cf. Annexe n°3).

²¹⁹ <http://eibdata.emcdda.org/Treatment/Process/ttuf.shtml>, 20/08/03

4. Procédure de travail

4.1. Sélection d'institutions (Méthodologie)

4.1.1. Définition du terme « institution »:

Comme spécifié dans les objectifs intermédiaires, cette recherche avait en particulier pour objectif d'étudier les diverses modalités pratiques d'accès aux traitements de substitution en ambulatoire, que sont :

- 1) les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues (MASS)
- 2) les institutions ambulatoires spécialisées dans l'accompagnement de personnes toxicomanes;
- 3) les médecins organisés en réseau d'assistance ;
- 4) les médecins en consultation privée ;

Nous ne considérerons pas les médecins en consultation privée comme des institutions. Ils seront cependant invités, pour la partie qualitative, aux groupes de discussion. Nous appellerons « institution », les autres acteurs de prise en charge.

4.1.2. Province du Hainaut

Pour la province du Hainaut, la présente recherche a privilégié la région de Charleroi dans la mesure où, d'une part, la prévalence de problèmes de toxicomanies y est relativement élevée et, d'autre part, l'équipe de recherche possédait une série d'informations préalables recueillies lors de la recherche-évaluation des MASS²²⁰. Parmi les institutions recherchées, les auteurs ont identifié :

1. MASS de Charleroi (Diapason)

Les *Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues* (MASS) ont été créées à l'initiative du gouvernement fédéral à l'occasion du *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue* de 1995²²¹. Elles sont généralement (et trop rapidement sans doute) désignées comme des institutions "à bas seuil". De manière plus précise, il s'agit d'institutions dont la vocation est d'"offrir un accompagnement médical et social à un public exclu des réseaux actuels de prise en charge. L'objectif est ainsi d'augmenter les contacts avec les consommateurs de drogues [...], et d'augmenter la qualité de vie des consommateurs de drogues [...] en diminuant les dommages que l'usage de drogues, en premier lieu de drogues injectables, représente pour la santé publique. Les thérapies de substitution [...] doivent pouvoir être prescrites au sein des MASS dans le respect des recommandations de la Conférence de Consensus du 8 octobre 1994. [...] La démarche globale vise à stimuler l'entrée dans des programmes thérapeutiques de plus longue durée poursuivant comme but ultime la cessation de la prise de drogues [...]"²²².

Ainsi, les MASS s'adressent à des toxicomanes marginalisés, n'ayant pas d'accès aux soins, en vue de leur redonner un tel accès. Les traitements de substitution y sont préconisés en tant que moyen de stabilisation des patients en vue de permettre une démarche approfondie. Il s'agit donc d'acteurs prépondérants en matière de traitements de substitution, bien qu'ils soient là placés dans un contexte d'utilisation tout à fait spécifique.

²²⁰ PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., MACQUET C., NOIRFALISE A. & AL. ; *Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues, Rapport de synthèse global*, SSTC, Bruxelles, 2001

²²¹ *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue*, Cabinet du Premier Ministre, Bruxelles, 17 janvier 1995

²²² *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue, Op. Cit.*, point E, pp. 5-6

2. Institutions ambulatoires spécialisées : les Collectifs de Santé de Charleroi-Nord et de Gilly-Haies

"Les maisons médicales sont des associations autogérées qui dispensent des soins de santé primaires. Y travaillent en équipe des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des paramédicaux, des travailleurs sociaux, des accueillants, des professionnels de la santé mentale. Petites structures proches de la population, elles s'insèrent dans leur quartier dont elles connaissent les spécificités et les problèmes. Dans les maisons médicales, la place centrale revient à l'usager : la sauvegarde et le développement de son autonomie constituent un objectif prioritaire.

[...] Il s'agit de développer des soins intégrés (curatifs, préventifs, de réhabilitation) et globaux (prenant en compte tous les aspects de la pathologie tant médicale que sociale, économique ou psychologique...). Cette démarche est conçue comme devant amener, par un travail d'éducation à la santé, davantage d'autonomie du patient dans la prise en charge de ses problèmes de santé et plus globalement, davantage de participation de la population à la gestion des centres de santé"²²³.

Les deux Maisons Médicales choisies ont une assez longue expérience de l'assistance aux toxicomanes, qui sont malheureusement assez nombreux dans les quartiers où elles sont implantées. En outre, leurs équipes thérapeutiques contiennent (ou ont contenu) certains médecins "pionniers" des traitements de substitution en Belgique. L'approche philosophique propre aux Maisons Médicales, telle que décrite ci-dessus, et cette implantation en font des partenaires de choix.

Nous avons finalement choisi de travailler avec un "double partenaire" dans la mesure où ces institutions se connaissent bien entre-elles et partagent les mêmes approches et méthodes, mais également parce que le nombre de patients toxicomanes y est peu important et qu'il était nécessaire de disposer d'un échantillon de patients suffisant.

3. Réseau « Alto »

Le réseau Alto –ou, devrait-on dire, les réseaux Alto– est un réseau d'auto-support de médecins généralistes pour une bonne pratique de la prise en charge des personnes toxicomanes, notamment en ce qui concerne la pratique des traitements de substitution. Il s'agit donc d'un réseau de médecins uniquement, qui tend à mettre en contact les médecins les moins expérimentés avec les médecins les plus expérimentés dans les particularités de la prise en charge des personnes toxicomanes.

Bien qu'envisagé en tant que réseau pour le Hainaut, le travail avec le réseau Alto de Charleroi s'est avéré inutile, dans la mesure où il regroupe essentiellement des médecins qui certes, pratiquent en privé, mais exercent également dans les institutions spécialisées de la région, notamment à Diapason et dans les Maisons Médicales susmentionnées.

²²³ <http://fmm.victory-creation.com> ; 20/08/2003

4.1.3. Bruxelles-Capitale (Francophones)

En ce qui concerne Bruxelles-Capitale (médecins francophones) les institutions approchées ont été les suivantes :

1) MASS de Bruxelles

La MASS de Bruxelles répond aux-mêmes caractéristiques que celles décrites ci-dessus pour la MASS de Charleroi

2) Institutions ambulatoires spécialisées : Projet LAMA

Le *Projet Lama* est l'une des plus anciennes institutions strictement spécialisées dans le domaine des toxicomanies. L'activité du "*Projet*" se déroule dans deux centres (à Ixelles et à Anderlecht) ainsi que dans un ensemble d'antennes en région bruxelloise. Le *Projet Lama* offre un accompagnement thérapeutique multidisciplinaire, surtout orienté sur la parole et l'écoute, le soutien social, les consultations psychothérapeutiques. Toutefois, "*l'accès rapide aux soins et la limitation des risques dus à l'usage de drogues par des traitements de substitution (dont, principalement, la méthadone) constituent une option fondamentale dans la démarche du Projet Lama, pionnier en cette matière*"²²⁴.

A ce titre, la participation du *Projet Lama* nous semblait primordiale. Toutefois, cette institution n'a finalement pas pu faire partie de l'échantillon. D'une part, pour l'institution, il était impossible aux équipes de dégager le temps suffisant à la réalisation de notre étude — effectivement basée sur la bonne volonté des partenaires²²⁵. Dès lors, le *Projet Lama* nous proposait de tester nous-mêmes des patients. D'autre part, pour l'équipe de recherche, il nous fallait accompagner chaque "section" du *Projet Lama* (le centre d'Ixelles, le centre d'Anderlecht et l'ensemble des Antennes) comme trois institutions séparées, et en plus réaliser les testings — alors que le dispositif de recherche, en vue de tenir compte de la "face validity", exigeait que ce soient les intervenants qui utilisent les outils sélectionnés.

3) Réseau : « R.A.T. » (Réseau d'Aide aux Toxicomanes)

Le "Réseau d'Aide aux Toxicomanes" est une structure souple qui regroupe, autour d'un centre d'accompagnement psycho-social, des médecins généralistes travaillant en cabinet privé ou dans d'autres milieux non-spécialisés dans le domaine des toxicomanies. Là encore, il s'agit d'un acteur pionnier dans le domaine des traitements de substitution. A ce titre, le RAT constitue un exemple assez unique de structure de soins.

Il n'a finalement pas été possible de concrétiser la participation du RAT à cette étude. Principalement, les raisons en ont été l'utilisation par le RAT d'un autre outil (Evolutox) qui fait toujours l'objet de recherches internes. Par ailleurs, les responsables du RAT ont estimé que, préalablement à la construction d'un outil, il est nécessaire de mettre à plat un certain nombre de questions concernant les philosophies de soins, les objectifs, les idéologies à l'œuvre, et que ces questions n'étaient pas prises en compte dans ce travail. Dès lors, une collaboration leur paraissait impossible.

De manière générale, les recherches dans le domaine des drogues demandent encore une certaine adaptabilité, surtout lorsqu'il s'agit d'impliquer des centres de traitement dans des

²²⁴ http://www.feditobxl.be/projet_lama/presentation.html ; 20/08/2003

²²⁵ Outre ses activités cliniques, le *Projet Lama* fêtait ses 20 ans d'existence cette année, et toute l'institution était mobilisée sur l'organisation d'activités en lien avec cet événement.

études évaluatives, adaptabilité qui parfois cadre mal avec des protocoles de recherche trop stricts sur le plan structurel et administratif.

4.1.4. Province du Limbourg

1) MSOC-Limburg:

La MASS est en fait le seul centre ambulatoire du Limbourg qui applique des traitements de substitution. Par conséquent, aucune sélection n'est nécessaire. Etant donné que les contacts qui ont pu être précédemment lors de l'étude MASS (1999-2001), les travailleurs de ce centre étaient prêts à poursuivre leur collaboration

L'asbl Mass_Limburg fait partie, avec le CAD-CGG²²⁶, du Centre pour l'Alcohol- et autres Drugproblemen (le CAD). Là où la MASS s'adresse à la problématique aigüe, lourde des drogues illégales (avec une composante médicale importante et des traitements de substitution, le groupe-cible du CAD se compose de consommateurs de drogues légales et illégales qui se situent encore dans une phase expérimentale ou qui pu atteindre un certain niveau d'usage contrôlé (soutenus manifestement par une offre psychothérapeutique)²²⁷

Tout comme le CAD-CGG, la MASS travaille de façon décentralisée, i.e. avec plusieurs des antennes régionales ou des bureaux annexes, répartis sur toute l'étendue de la province (9 au total). Le travail régional se reflète dans une distribution régionale de méthadone et dans un accompagnement médical via des « médecins accrédités », i.e. des généralistes mandatés par les cercles de médecins généralistes pour se consacrer aux traitements de substitution en collaboration avec les MASS.

2) Les centres ambulatoires spécialisés: il n'existe, dans le Limbourg, aucun autre centre de type ambulatoire qui recourrait aux traitements de substitution.

3) Médecins généralistes en réseau: il n'en existe pas dans le Limbourg, à moins de considérer les médecins mandatés comme tels – ils font partie du réseau autour de la MASS

4) Médecins libéraux: voir infra 4.3.

²²⁶ Voluit: Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen-Centrum Geestelijke Gezondheid; maar wordt meestal afgekort tot 'CAD-CGG' of 'CAD-Gezondheidscentrum'.

²²⁷ CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 1998*, Hasselt, 1999, p.15.

4.1.5. Bruxelles-Capitale (Néerlandophones)

1) MSOC : il n'y a pas de MASS spécifiquement néerlandophone à Bruxelles. Officiellement, la MASS de Bruxelles décrite ci-dessus est bilingue.

2) Les centres ambulatoires spécialisés: nous avons identifié 2 centres -. Transit et le centre de jour De Sleutel.

Transit un centre ambulatoire d'accueil et de crise qui dispose également d'un certain nombre de lits pour l'hébergement de nuit. Il s'adresse aux consommateurs de drogues les plus problématiques ainsi qu'aux sans abri. Plus de la moitié de leur clientèle est en ordre d'assurabilité. On peut y prendre une douche, recevoir à manger, boire un café, ... L'aide y est gratuite. On travaille donc en dehors du cadre des conventions INAMI comme c'est le cas dans les MASS. Il n'y a pas prescription de méthadone, pas de médecin présent dans le centre. Il y a bien distribution de méthadone par des infirmiers. Les médecins traitant des clients sont contactés et de ce fait s'établit une collaboration. Il existe bien une importante démarche de « shopping » de la part des consommateurs auprès de nombreux médecins. Ceci est rendu possible du fait qu'on enregistre à peine les demandes et que peu de contacts existent entre médecins prescripteurs. Le public se caractérise de plus par un parcours variant rapidement et on ne dispose que de peu de moyens pour suivre, en dehors du centre, les personnes qui s'en vont (et restent éventuellement absentes).

Le **Centre de Jour De Sleutel** fait partie de l'organisation flamande De Sleutel qui dispose, entre autre chose, dans les provinces de Flandre- Orientale, Occidentale et d'Anvers aussi bien centres résidentiels qu'ambulatoires.

Officiellement, le Centre de jour de Bruxelles met l'accent sur l'aide psychosociale et médicale et nettement moindre sur la mise en place de traitements de substitution. Nous avons contacté le centre par e-mail puis au téléphone pour savoir s'ils proposaient des traitements de substitution et, éventuellement, selon quelles modalités. La participation du centre de jour sera d'application dans la phase 2 du projet.

3) Médecins en réseau: absente également de la capitale, ne concerne pas non plus les traitements de substitution. Chaque médecin – déjà signalé comme n'ayant que peu de contact avec un centre spécialisé – décide plus ou moins seul de recourir aux traitements de substitution. Nous pensons avoir bien compris – sur base de nos entretiens avec les généralistes – que l'Ordre Néerlandophone des Médecins de Bruxelles a adopté une attitude de rigueur extrême dans la prescription de médication de substitution si on la compare à celle de son homologue francophone. De ce fait, il y a encore énormément de retenue auprès des médecins dans leurs prescriptions de cette forme de traitement à leurs patients. Ceux-ci seront alors plus facilement adressés à un centre spécialisé. Quelques médecins ayant réagi à l'enquête par questionnaire expriment leur désagréments à l'égard de consommateurs de drogues qui « n'amènent que des ennuis » et chez lesquels il faut « fournir des efforts disproportionnés en regards du rendement obtenu ». Pour le rassemblement des panels et pour les interviews, nous avons recontacté les médecins qui avaient, dans l'enquête écrite, répondu qu'ils appliquaient des traitements de substitution (N=11).

Leur participation dépend, en outre, de la charge de travail et du bon vouloir de ces médecins de participer aux groupes de discussion. Certains médecins qui ne prescrivent pas de traitement de substitution, vu la conception stricte de l'Ordre, seront contactés ultérieurement par téléphone pour explorer plus en profondeur cet aspect du problème.

4) Médecins en cabinet privé : voir infra 4.3.

4.2. Méthode de sélection des cas dans cette étude.

4.2.1. Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale (francophones)

Pour chaque institution, des échantillons aléatoires stratifiés ont été constitués. Seuls les patients en traitement de substitution au moment de la constitution des échantillons étaient éligibles. Chaque institution a reproduit dans un échantillon de 30 patients les proportions en termes de classes d'âge et de sexe enregistrées dans leurs rapports d'activité.

Afin de vérifier la faisabilité d'une utilisation en routine des outils sélectionnés, il a été demandé aux institutions de réaliser elles-mêmes les évaluations. Pour l'ASI, les partenaires ont choisi le médecin comme interviewer. Les questionnaires ont, par ailleurs, été supervisés par un des chercheurs ayant suivi la formation ASI. Pour le Quavisub, qui est un questionnaire en autopassation, la MASS de Charleroi a fait remplir le test en Salle d'Accueil ou lors d'une visite chez le médecin ; les Maisons Médicales ont distribué le test lors d'une visite, avec pour mission de le compléter à domicile, et de le rapporter à la visite suivante. La MASS de Bruxelles a opté pour le principe de l'interview.

Par ailleurs un groupe contrôle a été établi pour le Quavisub. Ce groupe contrôle, provient de la banque de données des auteurs du questionnaire. Chaque patient a été apparié à un individu contrôle de même genre, de même catégorie d'âge et de même niveau éducationnel. Les critères d'inclusion des cas contrôles de cette banque de donnée sont d'être en bonne santé, de ne prendre aucun médicament psychotrope excepté des somnifères, de n'avoir jamais été hospitalisé ou traité pour problèmes psychiatriques (excepté psychothérapie), et de ne pas être exclu des circuits de travail ou d'étude.

4.2.2. Province du Limbourg

Après avoir expliqué les aspects concrets de la recherche auprès de la MASS de Genk (antenne centrale), le coordinateur a accepté de remplir le formulaire « TUF » et de collaborer pour le tirage des échantillons représentatifs regroupant 50 personnes de leur clientèle méthadone. Mais, après que nous ayons donné les explications relatives à la récolte des données sur les patients (à l'aide de l'EuropASI et du Quavisub+ à réaliser à deux moments différents), c'était au tour de la direction et du personnel de les faire passer. Du fait de la forte charge de travail, ils n'ont pu libérer de temps pour faire passer l'EuropASI, ou remplir le questionnaire Quavisub. Le personnel a bien organisé les rendez-vous avec autant de clients de l'échantillonnage que possible. Ce n'était pas toujours évident, vu que les clients de l'échantillon provenaient de diverses antennes mais aussi de clients ne fréquentant que les officines de pharmacie pour obtenir leur produit de substitution et de ce fait ne fréquentait qu'à peine le centre. Comme déjà décrit dans le rapport intermédiaire, la récupération de ces questionnaires à la MASS du Limbourg était réalisée par la chercheuse elle-même. Ici s'est posé, et se pose encore, un **problème méthodologique** : pour plus de $\frac{3}{4}$ des rendez-vous fixés, les patients ne se sont pas présentés. Ceci nécessitait à chaque fois une reconvoction. De plus, la durée moyenne d'un entretien (pour les deux questionnaires donc) était de 2 heures. De nombreux patients étaient de ce fait découragés et ne se montraient pas prêts à endurer de tels entretiens, surtout pas s'ils n'obtenaient rien en échange. Par conséquent, cette phase d'interview a été *sérieusement retardée* et seule une partie de l'échantillon aura pu être

interrogée, ce qui constitue à nouveau une récolte *insuffisante* de données et des résultats incomplets pour l'évaluation.

4.2.3. Bruxelles-Capitale (Néerlandophones)

Les mêmes problèmes pratiques ont été rencontrés par la collaboratrice de Transit qui, à ce moment faisaient passer eux-mêmes les questionnaires (EuropASI) ou bien aidaient les patients à les remplir (Quavisub). En ce qui concerne le Centre de Jour De Sleutel, nous prendrons contact dans la deuxième phase du projet avec Me. Veerle Raes qui gère les données d'enregistrement des patients de De Sleutel. Le peu de mesures que nous avons pu rassembler est insuffisant pour formuler des conclusions scientifiques pertinentes. Etant donné ces problèmes relatifs à la faisabilité de la récolte de données par les instruments proposés, nous plaidons plutôt pour la mise au point de questionnaires courts, utilisables et adéquat.

En ce qui concerne les médecins, cet argument est encore plus pertinent. Nous ne pourrions guère trouver de médecins disposés à faire passer de longs questionnaires (tels que l'EuropASI, notamment) à leurs patients. Il en est de même lorsqu'on donne des questionnaires (tel que le Quavisub) au client ou au patient : cela ne constitue pas une méthodologie raisonnable, nous savons d'expérience (d'autres études montrent la même chose) n'avoir qu'une faible chance d'obtenir en retour les questionnaires remplis en nombre suffisant.

4.3. Inventaire des professionnels

L'une des filières d'accès aux traitements de substitution est constituée des médecins – principalement mais non-exclusivement généralistes et psychiatres– travaillant en cabinet privé. C'est un secteur où l'évaluation est difficile dans la mesure où la dispersion des intervenants et des patients est importante, et où les modalités thérapeutiques laissent peu de place à des démarches d'évaluation un peu sophistiquées. Ces caractéristiques ont été prises en compte dans le protocole de recherche dès le départ, et il a été décidé de réaliser une pré-enquête auprès des médecins travaillant en cabinet privé dans les entités géographiques sélectionnées. Il s'agissait, d'une part, **d'identifier les médecins pratiquant les traitements de substitution**, leur proportion, le nombre de leurs patients, et d'autre part, **de constituer, dans chaque entité, un échantillon de médecins** pour les autres tâches de la recherche, en particulier afin d'avoir l'avis de ces médecins sur les modalités d'encadrement des traitements de substitution telles qu'envisagées dans la *Note de politique fédérale* et reprises dans la loi du 22 août 2002. On trouvera un exemplaire de ce questionnaire en annexe n°3.

4.3.1. Province du Hainaut et Région de Bruxelles-Capitale (médecins francophones)

Les listings complets des médecins ont été obtenus de l'Ordre des Médecins de la Province du Hainaut et de l'Ordre des Médecins d'Expression Française du Brabant. Le questionnaire construit en tâche 1 a alors été envoyé pour les spécialités suivantes : médecine générale, gynécologie-obstétrique, médecine interne, neurologie, neuropsychiatrie, psychiatrie, médecine militaire et les candidats spécialistes à ces spécialités. Une base de données a été constituée pour gérer l'imputation des réponses obtenues au questionnaire.

Ce qui représente : 2641 envois pour la Province du Hainaut, et 4233 envois pour la Région de Bruxelles-Capitale (médecins francophones). Les réponses obtenues ont permis d'une part, d'avoir un sondage d'opinion des médecins concernés quant aux modalités d'encadrement encore à établir, d'autre part, elles ont permis de convier les répondants à des groupes de discussion centrés sur la faisabilité d'une évaluation des patients en traitement de substitution en cabinet privé.

4.3.2. Province de Limbourg et Région de Bruxelles Capitale (médecins néerlandophones)

La liste de tous les médecins de la province du Limbourg nous a été remise par le directeur médical de la MASS du Limbourg. Nous avons extrait de cette liste les disciplines les plus pertinentes: généralistes, internistes, gynécologues, neurologues, psychiatres, neuropsychiatres, médecins militaires et les candidats en post-graduats pour ces spécialités.

Sur les 1235 questionnaires envoyés aux médecins, nous en avons reçu 406 (le taux de réponse est de 33%). Parmi ces 406 questionnaires, il y a 45 médecins qui pratiquent des traitements de substitution contre 361 qui n'en pratiquent plus ou pas. Ce qui signifie que seulement 11% des médecins qui ont répondu pratiquent les traitements de substitution. Les raisons d'un tel pourcentage peuvent s'expliquer par la situation spécifique de la province du Limbourg où par région quelques médecins sont « mandatés » pour prendre en charge des consommateurs de drogues illégales en traitement de substitution. Par conséquent, les autres médecins renvoient facilement les usagers de drogues illégales vers ceux mandatés (27 au total), qui aussi travaillent en étroite collaboration avec la MASS à bas seuil d'exigence qui, rapellons le, est le seul centre ambulatoire au Limbourg où les traitements de substitution sont appliqués (avec des antennes dans toute la province)

Il est surprenant qu'à partir de notre enquête, nous ayons trouvé 13 médecins qui pratiquent des traitements de substitution sans être en contact avec la MASS. Dans la deuxième phase du projet, ces 13 médecins seront contactés d'abord individuellement ensuite, nous espérons leur participation à un groupe de discussion afin d'approfondir les débats. Ainsi, nous récolterons davantage d'informations quantitatives et qualitatives. Une intervision (1 avril 2003 à 21 heures) a eu lieu avec les médecins mandatés de la MASS de Genk (Cf. *Infra* sur les comptes-rendus et résultats de cette réunion)

4.4. Focus groups

Dans chacune des entités géographiques pilotes, des groupes de discussion ont eu lieu. Ces groupes étaient composés de médecins pratiquant les traitements de substitution en pratique privée.

L'objectif de tels groupes est de déterminer les modalités de prise en charge en cabinet privé, les spécificités par rapport aux prises en charge institutionnelles, la problématique du soutien psychosocial, la place du praticien dans ce dispositif.

Ces groupes de discussion ont été organisés sur base de la méthodologie des Focus Groups. A l'inverse de la méthodologie d'*interview institutionnelle* –Cf. *Infra*–, les Focus Groups recherchent l'émergence, par effet de groupe, de toutes les opinions. Selon Gisèle

Simard²²⁸, cette méthode a été utilisée fructueusement dans trois contextes : en marketing social (pour connaître les réactions des consommateurs ou des téléspectateurs à un produit ou une émission de télévision), en démographie sociale (pour cerner les attitudes et résistances face à des questions telles que la contraception ou, plus récemment, dans les campagnes de prévention du SIDA), et en anthropologie appliquée (dans la mise en place et l'évaluation de programmes de coopération au développement). La méthode permet surtout d'effectuer des analyses de besoins, de planifier des projets et de conscientiser les acteurs qui dès lors prennent part à l'organisation de l'action. Une telle approche qualitative peut s'inscrire dans une attitude dite "phénoménologique", qui considère que les cas individuels sont significatifs en eux-mêmes ou dans une attitude "pré-quantificatrice", qui consiste à recueillir du matériel nécessaire à l'établissement de méthodologies quantitatives futures²²⁹. Ici, il s'agit bien évidemment de la seconde attitude.

Concrètement, il s'agit de réunir un groupe de six à douze personnes, répondant à des critères homogènes, et à susciter une discussion ouverte (généralement d'une durée de deux heures environ) à partir d'une grille d'entrevue définissant les thèmes de l'étude, puis à en faire une analyse-synthèse permettant de relever les messages-clés émis par les participants, de même que les points de convergence et de divergence entre les avis émis. Il est souhaitable que l'animateur dirige le moins possible la discussion, pour que les discutants puissent se servir des arguments des autres pour renforcer leur position. L'analyse peut être faite en fin de discussion, ou plus tard, le feedback étant l'occasion d'une nouvelle discussion.

Dans le **Limbourg** il était prévu d'organiser le 2 septembre 2003 un deuxième groupe de discussion où des questions ouvertes aurait été à l'ordre du jour, proposés d'une part par l'équipe de la KULeuven et d'autre part par les généralistes eux-mêmes. Cette réunion n'a cependant pas encore pu avoir lieu. En annexe vous trouverez ce questionnaire ouvert.

4.5. Intervision institutionnelle

La méthode d'*intervision institutionnelle* a été utilisée comme méthode qualitative pour l'accompagnement des institutions dans le cadre de cette recherche. Bien qu'elle consiste également, à l'instar des *Focus Groups*, en des groupes de discussion avec des intervenants, cette démarche a un objectif presque contraire à ces derniers. En effet, si l'objectif premier des FG est l'émergence de toutes les opinions possibles vis-à-vis d'une thématique, l'objectif des *intervisions institutionnelles* est de dégager du consensus entre individus participant d'un même ensemble. Il s'agit donc bien de faire émerger une parole institutionnelle, différente de la somme des opinions des individus qui la composent.

Dans la méthode des FG, un animateur dirige les discussions. A l'inverse, dans la méthode de l'intervision institutionnelle, chercheurs et praticiens évoluent dans un rapport d'égalité, tant dans la production des connaissances que dans la modification des pratiques. Ce rapport d'égalité implique l'absence de prépondérance de l'apport des uns vis-à-vis des autres, mais ne signifie pas pour autant la confusion des rôles. Les praticiens s'expriment à propos de leurs pratiques, de leurs questions, de leurs idées, puisqu'ils en ont l'expertise. Les chercheurs ont alors pour tâche de mettre en confrontation les points de vue différents, soit entre les participants, membres d'une même équipe, soit entre les points de vue exprimés par ces derniers et des propositions couramment acceptées dans d'autres lieux

²²⁸ G. Simard ; *La méthode du "Focus Group"*, Mondia, Coll. "Animer, Planifier et Evaluer l'action", Laval (Québec), 1989

²²⁹ Ibid., p. 7.

d'intervention, dans les milieux et/ou la littérature scientifiques, voire entre ces points de vue et d'autres résultats de la recherche. Ce faisant, le chercheur ne répond pas aux questions, mais investit ses compétences dans la discussion.

La confrontation de points de vue différents pousse bien évidemment chacun à la réflexion –praticiens et chercheurs–, ce qui enrichit le débat. Une telle démarche, encadrée par des *feedback* synthétiques et réguliers des chercheurs, augmente la cohésion des propositions discutées et permet ainsi d'agrèger un ensemble de propositions cohérentes en tant que *corpus discursif* ayant valeur consensuelle — autrement dit, une terminologie commune, même si à ce moment, le contenu de cette terminologie ne fait pas forcément l'objet d'un accord explicite. Ce corpus discursif peut alors être confronté à la réalité. De sorte que des propositions, des idées, des modèles peuvent alors émerger comme des ensembles cohérents et orienter ainsi des *choix*, désormais consciemment posés et partagés au sein des équipes des institutions. Le *corpus discursif* devient alors *corpus notionnel* — si ce travail de mise en cohésion se poursuit à plus long terme, le corpus notionnel pourrait devenir un *corpus conceptuel*, autrement dit une *théorie* –sur le versant de la recherche– ou un programme d'action, par exemple un programme thérapeutique — sur le versant des pratiques. Dès lors, c'est la lisibilité de l'information qui est l'objet principal de cette démarche.

5. Résultats

5.1. Evaluation Quantitative (ASI, Quavisub)

5.1.1 Addiction Severity Index

5.1.1.1 *Recueil des données : questionnaires proposés et remplis*

Tableau 4 : Nombre de questionnaires distribués, remplis et complets

ASI	Objectif	Distribués ^a	Remplis ^b	Complets ^c	% Complets/ distribués
MASS-Charleroi	30	9	9	9	100%
MASS- Bruxelles	30	0	0	0	0
Maison Médicale- Charleroi	30	6	6	4	66%
MSOC-Limburg	30	12	5	5	41.5%
Transit Brussel	30	20	0	0	0

Motifs invoqués

5.1.1.1.1. *Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale (Francophones)*

a) Non distribués

Tant dans les MASS que dans les Maisons Médicales, il a été estimé que la personne la plus à même de faire passer un ASI est le médecin, or les médecins se plaignent surtout de la longueur de temps de passation du questionnaire au vu du temps imparti pour une consultation médicale.

Par ailleurs, les MASS estiment que les informations recueillies par l'ASI n'apportent pas de plus-value à leur pratique. En ce qui concerne la MASS de Bruxelles, elle remplit déjà le questionnaire *Addibru* (Questionnaire épidémiologique des institutions de la Région de Bruxelles-Capitale) et perçoit l'ASI comme partiellement redondant ce qui illustre la représentation des intervenants, considérant l'ASI comme un questionnaire épidémiologico-administratif plutôt que comme un questionnaire clinique.

Certaines questions sont estimées comme peu respectueuses du patient en investiguant mal à propos leur vie privée (comportement sexuel, ressources financières détaillées, aspects juridiques anciens non en relation avec la problématique actuelle).

b) Incomplets-Non valides

Dans l'ensemble, les questionnaires remplis étaient valides. Ils ont été contrôlés par un membre de notre équipe ayant reçu la formation certifiée à l'ASI. Les questions les plus souvent omises étaient celles concernant les ressources financières, les dépenses et les dettes. Un questionnaire ne comportait aucune réponse concernant le volet légal, un autre concernant l'histoire de la famille.

5.1.1.1.2. Province de Limbourg et Bruxelles-Capitale (néerlandophones)

Comme nous l'avons déjà mis en évidence depuis le début de cette recherche mais certainement tout au long de celle-ci, force est de constater que les difficultés de prélèvement de données à l'aide de 2 questionnaires de ce type (et de plus à deux reprises, i.e. à distance de 6 mois), auprès d'une population « ambulatoire » donc plutôt difficile à évaluer, était prévisibles. En dehors du fait que les questionnaires étaient longs et donc que la durée de passation le fut aussi, d'autres facteurs ont joué également un rôle dans la difficulté à récolter les données : la chercheuse devait réaliser elle-même les interviews (même si elle y avait été formée, ceci a été rendu impossible par le fait du bref délai dont on disposait). De plus, peu de clients étaient prêts à endurer de tels entretiens interminables, certainement s'ils n'obtenaient rien en retour. Certains membres du personnel ont aussi fait la remarque que les deux questionnaires ne contenaient que peu de questions spécifiques au contexte des traitements de substitution (Ceci avait aussi été relevé au sujet du TUF).

5.1.1.2. Résultats descriptifs et statistiques

5.1.1.2.1. Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale

L'échantillon est constitué de 66.7% (N=10) d'hommes et de 33.3% (N=5) femmes. L'âge moyen est de 33 ans +/- 3,94 ans.

Chaque volet de l'ASI contient un item portant sur le nombre de jours, au cours des 30 derniers jours, où le répondant a éprouvé des difficultés dans le domaine investigué. On remarque que c'est essentiellement la situation par rapport à l'emploi qui a posé le plus souvent des problèmes.

Chaque volet de l'ASI contient également un item portant sur le niveau de préoccupation du répondant par rapport au domaine investigué (de 0, pas de préoccupation, à 4, extrêmement préoccupé). La plupart des patients disent être peu ou pas préoccupés par les aspects légaux, de consommation d'alcool et de situation relationnelle. Par contre, ils sont le plus préoccupés par la consommation des drogues, l'état médical et la situation d'emploi.

Enfin, Chaque volet de l'ASI contient un item portant sur l'évaluation, par le répondant, de son besoin en aide ou en traitement par rapport au domaine investigué (de 0, pas de besoin, à 4, besoin extrême). Les patients expriment les besoins les plus importants dans les domaines pour lesquels ils sont préoccupés.

Les indices de sévérité, déterminés par l'intervenant, correspondent à l'estimation faite par le patient pour les domaines de la consommation d'alcool, de la consommation de drogues, de la situation légale et de la situation d'emploi. Par contre, l'interviewer estime que le patient a plus besoin d'aide dans les domaines de la situation relationnelle et de l'état psychiatrique que le point de vue exprimé par le patient.

Tableau 5: Préoccupation des patients dans les divers domaines

N=15	médical	emploi	alcool	drogues	légal	familial	social	Psychiatrique
pas du tout	7	6	14	5	11	8	6	3
légèrement	4	2	1	2	1	3	4	0
modérément	1	3	0	4	1	2	2	2
considérablement	3	4	0	3	1	2	3	1
extrême	0	0	0	1	0	0	0	0

Tableau 6 : Besoin en traitement des patients dans les divers domaines

N=15	médical	emploi	alcool	drogues	légal	familial	social	Psychiatrique
pas du tout	6	6	14	3	11	11	7	6
légèrement	5	1	0	1	1	0	1	2
modérément	0	2	2	2	1	3	5	5
considérablement	2	6	0	5	1	1	2	1
extrême	2	0	0	4	1	0	0	1

Tableau 7: Indices de sévérité

N=15	médical	emploi	alcool	drogues	légal	familial /social	Psychiatrique
0	4	5	13	0	0	4	3
1	4	0	0	2	1	2	2
2	1	1	1	1	2	1	7
3	2	1	0	1	1	0	3
4	1	1	0	5	0	2	0
5	0	2	1	1	0	2	0
6	1	2	0	2	0	3	0
7	1	3	0	1	0	1	0
8	0	0	0	2	0	0	0
9	1	0	0	0	1	0	0

Tableau 8: Indices de sévérité et scores composites moyens

N=15	Indice de Gravité moyen	sd	Scores composites moyens	sd
Médical	2.5	2.8	0.2	0.3
Emploi	3.4	2.9	0.7	0.3
Alcool	0.5	1.3	0.1	0.1
Drogues	4.5	2.2	0.3	0.1
Légal	1.1	2.4	0.1	0.2
Social	3.1	2.6	0.2	0.2
Psychiatrique	3.1	2.1	0.2	0.1

Seuls les indices de sévérité de la consommation d'alcool, de la consommation de drogues et de la situation légale sont légèrement inférieurs aux valeurs présentées dans les études susmentionnées. Cependant, la dispersion (sd) aux indices drogues et situation légale est assez grande.

5.1.1.2.2. Province de Limbourg et Bruxelles-Capitale (néerlandophones)

Vu le petit nombre de formulaires complétés, nous ne trouvons pas opportun de formuler ici des résultats, même provisoires.

5.1.1.3. Validité d'apparence

Les outils d'évaluation doivent répondre aux critères émis dans les objectifs de cette recherche. A savoir :

« On entend par traitement de substitution tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, **visant**, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient. » (Loi du 22 Août 2002) Par ailleurs, on s'attend à observer dans le décours de ce traitement : « une réduction de la consommation de drogues et de la pratique d'injection ; une amélioration de la "compliance" thérapeutique ; ainsi qu'une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et une réduction des activités délinquantes ». Par là même, on s'attend à constater une réduction des risques de transmission des virus du SIDA et des hépatites ainsi qu'une diminution des overdoses, des complications et de la mortalité.

En ce sens, l'ASI semble répondre parfaitement, à ces conditions, excepté celles de qualité de vie. Aucune des questions n'est hors de propos, et malgré sa complexité, l'ASI aborde des domaines essentiels à étudier. Néanmoins, une difficulté sémantique apparaît, puisque l'instrument s'intitule « Addiction Severity Index », et qu'il ne mesure aucunement la sévérité de la toxicomanie, mais les besoins perçus en traitement / assistance. Une deuxième difficulté est liée, dès lors, à l'écart existant entre la description de cette sévérité dans le questionnaire et celle du manuel : sur le questionnaire, il est en effet noté « Comment évaluez-vous son besoin en traitement X ? », alors que dans le manuel, il est noté « Dans cet entretien la sévérité sera définie comme le besoin en traitement s'il n'y a pas de traitement actuellement, ou comme le besoin en traitement supplémentaire ou différent si le patient est déjà traité ». La nuance est de taille, même si les utilisateurs de l'ASI doivent être formés, et donc ont été sensibilisés au sens effectif des indices de gravité. Et si l'utilisateur suit exactement les instructions du manuel, l'indice ne mesure même plus le besoin en traitement, mais un aspect de l'alliance thérapeutique entre l'intervenant et le patient, à savoir la concordance de leurs points de vue respectifs sur la situation du patient. Un patient ayant besoin (subjectivement) d'un suivi quotidien et le recevant, sera coté 0 ; alors qu'un patient nécessitant un suivi mensuel et ne venant pas à tous ses rendez-vous sera coté 2 ou 3 ! De même un patient ayant besoin (subjectivement) d'un suivi mensuel et recevant un suivi quotidien recevra la cote 0 ! Dès lors, l'ASI est incapable d'estimer une offre supérieure au besoin, et ne permet pas de comparaison de sévérité entre deux patients différents à des temps différents de traitement.

Les items proposés dans l'ASI se concentrent essentiellement sur les éléments déficitaires. Si nous prenons pour exemple le volet dédié à l'état médical, les 8 questions posées portent sur 1) le nombre d'hospitalisations, 2) le temps écoulé depuis la dernière hospitalisation, 3) l'existence d'un problème chronique, 4) la prise de médicaments, 5) l'incapacité physique, 6) le nombre de jours où le sujet a éprouvé des problèmes médicaux, 7) le niveau de préoccupation du patient vis-à-vis de ces problèmes, 8) le niveau de besoin subjectif d'un traitement vis-à-vis de ces problèmes. Aucune question ne porte sur les moments où le patient s'est senti en forme ou en bonne santé, ni sur le support qu'il a reçu de son entourage ou des soignants. Or, une analyse des besoins (qu'ils soient subjectifs ou objectifs) ne peut éluder, à côté des aspects déficitaires, les éléments de renforcement (le seul élément éventuellement positif étant ici l'avis du patient, qui apparaît juste après cette anamnèse sur 7 éléments négatifs). Il arrive d'ailleurs, lorsque l'on examine un questionnaire, que l'on constate un grand décalage entre

les réponses aux 7 items susmentionnés et l'avis du patient (par ex. un nombre d'hospitalisations élevé, la présence d'un problème chronique avec prise de médicaments, une incapacité physique, et un avis du patient peu préoccupé par ses problèmes médicaux, ou à l'inverse, un patient très préoccupé par des problèmes inexistantes...) Par ailleurs, si la question de ce qui ne va pas est importante pour un soignant, ce qui lui importe davantage est ce qui pourrait aller mieux, en se basant sur les ressources et les capacités du patient.

La plupart des questions de l'ASI portent sur des éléments objectifs, qui demandent à chaque fois réflexion (ex ; combien de fois dans de votre vie avez-vous été hospitalisé pour problème médicaux ? Il faut se remémorer les hospitalisations une à une, des questions surgissent : un accouchement doit-il être considéré comme une hospitalisation pour problèmes médicaux, d'où nécessité de consulter le manuel — qui exclut l'accouchement lorsqu'il s'est déroulé normalement). Ce genre de questions se heurte : 1) au facteur mémoire (plus un événement relativement anodin est lointain, plus il risque d'être oublié ; plus un événement est grave, plus il risque d'être refoulé, etc.), 2) au facteur fréquence (plus un événement est rare et marquant, mieux on s'en souvient, plus un événement est routinier, et plus il passe inaperçu, etc.), 3) au facteur importance, 4) au facteur connaissance de la codification par l'interviewer. L'ASI demande donc à chaque question du temps à l'interviewé et à l'interviewer. Le temps moyen de passation d'un ASI a été dans cette étude de 53 minutes. Nous discuterons ultérieurement des dispositifs nécessaires à l'application d'un tel questionnaire.

Certaines questions semblent trop intrusives, suivant l'avis des interviewers, en particulier celles portant spécifiquement sur des montants de revenus et de dépenses ; la succession des questions n'est pas toujours opportune, l'exploration systématique du passé légal, même hors rapport avec les problèmes de toxicomanie, est également mal reçue. Par ailleurs l'encodage nécessite régulièrement le recours au manuel et rend indispensable une formation préalable.

Par ailleurs, sur le plan métrique, l'ASI utilise des échelles d'empans différents : 5 niveaux pour les scores de préoccupation et d'importance, 10 pour la gravité, 30 pour les fréquences mensuelles, de 0 à 1 pour les scores composites, etc... Cette variabilité des empans rend le travail statistique plus complexe.

Enfin de nombreuses questions sont similaires avec le Quavisub et apparaissent dès lors redondantes. Ces redondances seront abordées dans le chapitre discussion.

5.1.1.4. Validité de contenu²³⁰

L'ASI est composé de 7 dimensions (état médical, emploi-ressources, alcool, drogues, situation légale, relations familiales/sociales et état psychologique). Chaque volet de l'ASI contient un item portant sur le niveau de préoccupation du répondant par rapport au domaine investigué (de 0, pas de préoccupation, à 4, extrêmement préoccupé), ainsi qu'un item portant sur l'évaluation, par le répondant, de son besoin en aide ou en traitement par rapport au domaine investigué (de 0, pas de besoin, à 4, besoin extrême). L'ASI recueille également une série d'indicateurs objectifs, agrégés dans un score composite. *In fine*, l'interviewer doit déterminer un score de gravité qui se base, d'une part, sur les préoccupations et les besoins subjectifs de traitement / assistance du point de vue du

²³⁰ Les validités de contenu et de construits de l'ASI ont été calculées uniquement sur l'échantillon francophone.

patient et, d'autre part, sur l'avis du thérapeute sur le besoin en traitement du répondant. Théoriquement, ces différentes mesures devraient être étroitement corrélées entre-elles. *Nous avons voulu tester cette hypothèse en utilisant, vu la taille de l'échantillon (N=15), le coefficient de Spearman.*

Dimension état médical

Tableau 9 : Corrélations de Spearman obtenues à la dimension "état médical"

Médical (N=15)		Préoccupation	Besoin subjectif	Gravité	Score composite
Préoccupation	Spearman <i>sig</i>	1.000 .			
Besoin subjectif	Spearman <i>sig</i>	.839 .000	1.000 .		
Gravité	Spearman <i>sig</i>	.808 .000	.916 .000	1.000 .	
Score composite	Spearman <i>sig</i>	.913 .000	.979 .000	.899 .000	1.000 .

En ce qui concerne l'état médical, le point de vue du patient, celui du médecin et les indices objectifs sont extrêmement bien corrélés entre-eux.

Dimension relations emploi-ressource

L'avis du patient et du thérapeute sont concordants en ce qui concerne l'emploi, mais indépendants de la réalité objective. Par ailleurs, il y a une corrélation importante entre l'indice de gravité de l'état psychologique et les difficultés subjectives d'emploi tant du point de vue du patient que du point de vue du thérapeute

Tableau 10 : Corrélations de Spearman obtenues à la dimension "emploi-ressources"

Emploi (N=15)		Préoccupation	Besoin subjectif	Gravité	Score composite
Préoccupation	Spearman <i>sig</i>	1.000 .			
Besoin subjectif	Spearman <i>sig</i>	.960 .000	1.000 .		
Gravité	Spearman <i>sig</i>	.971 .000	.949 .000	1.000 .	
Score composite	Spearman <i>sig</i>	.386 .155	.391 .149	.355 .194	1.000 .
Gravité psychologique	Spearman <i>sig</i>	.649 .009	.529 .043	.662 .007	.094 .738

Dimension alcool

Pour la dimension consommation d'alcool, on constate une corrélation entre l'indice de gravité et les préoccupations ainsi que le besoin subjectif d'un traitement pour le problème du point de vue du patient, mais pas de corrélation entre les préoccupations et les besoins subjectifs.

Tableau 11 : Corrélations de Spearman obtenues à la dimension "alcool"

Alcool (N=15)		Préoccupation	Besoin subjectif	Gravité	Score composite
Préoccupation	Spearman <i>sig</i>	1.000 .			
Besoin subjectif	Spearman <i>sig</i>	-.071 .800	1.000 .		
Gravité	Spearman <i>sig</i>	.732 .002	.627 .012	1.000 .	
Score composite	Spearman <i>sig</i>	.424 .115	.424 .115	.621 .013	1.000 .
Préoccupation situation légale	Spearman <i>sig</i>	.431 .124	.527 .053	.697 .006	.523 .055

L'indice de gravité est également bien corrélé avec le score composite, mais ce dernier est indépendant de l'avis du patient. Par ailleurs, un lien existe entre les préoccupations envers la situation légale et l'indice de gravité du volet consommation d'alcool.

Dimension drogues

A nouveau, le score de gravité est corrélé avec les préoccupations et le besoin subjectif d'une assistance pour les relations familiales, du point de vue du patient, alors que ces deux dernières variables sont indépendantes l'une de l'autre. Le score composite, lui, n'est corrélé qu'avec les préoccupations relatives à la consommation de drogues.

Par ailleurs un lien existe entre l'importance accordée aux relations familiales et l'indice de gravité de la consommation de drogues.

Tableau 12 : Corrélations de Spearman obtenues à la dimension "drogues"

Drogues (N=15)		Préoccupation	Besoin subjectif	Gravité	Score composite
Préoccupation	Spearman <i>sig</i>	1.000 .			
Besoin subjectif	Spearman <i>sig</i>	.477 .072	1.000 .		
Gravité	Spearman <i>sig</i>	.760 .001	.763 .001	1.000 .	
Score composite	Spearman <i>sig</i>	.570 .027	.365 .181	.472 .075	1.000 .
Besoin subjectif aide pour relations familiales	Spearman <i>sig</i>	.583 .022	.486 .066	.720 .002	.267 .335

Dimension situation légale

En ce qui concerne la dimension légale, on constate une concordance parfaite entre l'avis du patient, l'avis du thérapeute et le score composite.

Les aspects légaux sont également liés à l'indice de gravité de l'alcoolisme.

Tableau 13 : Corrélations de Spearman obtenues à la dimension “situation légale”

Situation légale (N=15)		Préoccupation	Besoin subjectif	Gravité	Score composite
Préoccupation	Spearman <i>sig</i>	1.000 .			
Besoin subjectif	Spearman <i>sig</i>	.634 .015	1.000 .		
Gravité	Spearman <i>sig</i>	.807 .000	.742 .002	1.000 .	
Score composite	Spearman	.790	.729	.880	1.000
	<i>sig</i>	.001	.003	.000	.
Gravité Alcool	Spearman <i>sig</i>	.697 .006	.181 .537	.572 .026	.583 .022

Dimension relations sociales et familiales

Sur le plan relationnel, l’ASI explore les dimensions familiale et sociale par des items distincts. De plus, il est demandé au patient d’évaluer spécifiquement ses besoins et préoccupations vis-à-vis de ces dimensions. Or, lorsqu’il s’agit de calculer l’indice de gravité, l’ASI agrège les deux dimensions. Et, en ce qui concerne le score composite, il est construit essentiellement sur base d’items liés aux relations familiales.

Tableau 14 : Corrélations de Spearman obtenues à la dimension “relations familiales”

Relations familiales (N=15)		Préoccupation	Besoin subjectif	Gravité	Score composite
Préoccupation	Spearman <i>sig</i>	1.000 .			
Besoin subjectif	Spearman <i>sig</i>	.312 .258	1.000 .		
Gravité (famille et social)	Spearman <i>sig</i>	.699 .004	.112 .690	1.000 .	
Score composite (famille et social)	Spearman	.734	.408	.510	1.000
	<i>sig</i>	.002	.131	.052	.
Gravité Drogues	Spearman <i>sig</i>	-.137 .625	.720 .002	-.164 .559	-.104 .712

Le score de gravité et le score composite sont corrélés avec les préoccupations liées aux relations familiales, mais sont indépendants du besoin subjectif d'une aide vis-à-vis de celles-ci. De même, il y a indépendance statistique entre la préoccupation et le besoin subjectif d'une aide en la matière.

On note par contre un lien entre le besoin subjectif d'une aide vis-à-vis des relations familiales et l'indice de gravité de la consommation de drogues.

Tableau 15 : Corrélations de Spearman obtenues à la dimension “relations sociales”

Social (N=15)		Préoccupation	Besoin subjectif	Gravité	Score composite
Préoccupation	Spearman <i>sig</i>	1.000 .			
Besoin subjectif	Spearman <i>sig</i>	.615 .015	1.000 .		
Gravité (famille et social)	Spearman <i>sig</i>	.745 .001	.625 .013	1.000 .	
Score composite (famille et social)	Spearman <i>sig</i>	.459 .085	.100 .723	.510 .052	1.000 .

Le score de gravité est bien corrélé avec les préoccupations et le besoin subjectif d'une aide en matière de relations sociales, mais ces deux dernières variables sont indépendantes l'une de l'autre. Le score composite est, par ailleurs, indépendant du point de vue du patient et du thérapeute, mais ce score composite est essentiellement composé d'items portant sur les relations familiales.

Dimension de l'état psychiatrique

En ce qui concerne la dimension psychiatrique, les corrélations sont extrêmement fortes, d'une part entre l'indice de gravité et l'avis du patient et, d'autre part entre le score composite et tant l'indice de gravité que l'avis du patient. Par contre l'impression subjective de besoin d'aide psychiatrique et l'importance accordée à la problématique sont indépendantes.

Tableau 16 : Corrélation de Spearman obtenues à la dimension “état psychiatrique”

Psychiatrie (N=15)		Préoccupation	Besoin subjectif	Gravité	Score composite
Préoccupation	Spearman <i>sig</i>	1.000 .			
Besoin subjectif	Spearman <i>sig</i>	.356 .192	1.000 .		
Gravité	Spearman <i>sig</i>	.638 .011	.675 .006	1.000 .	
Score composite	Spearman <i>sig</i>	.661 .007	.674 .006	.812 .000	1.000 .
Gravité emploi ressources	Spearman <i>sig</i>	.168 .549	.317 .250	.649 .009	.306 .267

On note un lien étroit entre l'indice de gravité emploi et l'indice de gravité psychiatrique.

En bref, l'ASI montre une très grande cohérence interne pour les dimensions état médical, situation légale et état psychiatrique. La dimension la moins bien représentée est la dimension des relations sociales. Enfin, en ce qui concerne la dimension consommation de drogues, l'indice de gravité est bien corrélé avec l'avis du patient, mais est indépendant du score composite sensé refléter la situation objective.

5.1.1.5. Validité de construit²³¹ :

L'analyse de la littérature internationale a mis en évidence que les scores composites atteignaient un α de Cronbach convenable pour la plupart des scores sauf pour la dimension drogues. Pour rappel, suivant Gulliken (1950) les α de Cronbach doivent être

²³¹ Les validités de contenu et de construits de l'ASI ont été calculées uniquement sur l'échantillon francophone. .

supérieurs à 0.42 quand l'échelle inclut 3 items, 0.50 pour 4 items, 0.55 pour 5 items et 0.70 pour 10 et plus. En général, tous les scores composites se trouvent au-dessus des seuils minimaux. Malgré la taille de l'échantillon (N=15), les α de Cronbach ont été recalculés. Seuls, les scores "médical" et "emploi" dépassent nettement le seuil, et le score "drogues" est nettement insuffisant.

Tableau 17 : Les alphas de Cronbach obtenus aux différentes dimensions de l'ASI

Scores composites ASI (N=15)	Traitements substitution	Nombre d'items
Médical	0.8340	3
Emploi	0.7680	4
Alcool	0.5665	6
Drogue	0.5576	13
Légal	0.4927	5
Psychologique	0.5427	4

5.1.1.6. Sensibilité spécificité :

En ce qui concerne le test-retest, il était prévu que cette étude réalise durant le durant et troisième trimestre 2003 un retest sur les patients ayant déjà fait l'objet d'une évaluation. C'était sans compter l'impondérable des réalités de terrain (participation bénévole des partenaires, vacances des évaluateurs, disparition des patients de la file active, etc...). Néanmoins l'analyse de la littérature nous apprend que dans l'ASI :

1. L'estimation de la fiabilité au test-retest après trois jours est classée dans l'intervalle suivant : $r = 0.84$ à $r = 0.95$;
2. L'instrument a une sensibilité suffisante pour mesurer les changements durant le traitement (cf supra).

Il est plus que probable que nous n'observerons pas dans cette étude de différence significative, par rapport aux études existantes.

5.1.2. Quavisub

5.1.2.1 Recueil des données

Tableau 18 : Collecte des Quavisub dans les différentes institutions

Quavisub	Objectif	Distribués ^a	Remplis ^b	Complets	% Complets/ distribués
MASS-Charleroi	30	31	30	29	93,5%
MASS- Bruxelles	30	4	4	4	100%
Maison Médicale-Charleroi	30	3	3	3	100%
MSOC-Limburg	30	12	4	4	33.3%
Transit Brussel	30	20	0	0	0%

Motifs invoqués

5.1.2.1.1. Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale (francophones)

a) Non distribués

La MASS de Charleroi ayant marqué un intérêt réel pour le Quavisub il a été possible d'atteindre l'objectif fixé. Dans les Maisons Médicales, les questionnaires ont été distribués lors du passage en consultation, avec comme consigne de le remplir chez soi et de le ramener. Par ailleurs, l'objectif de 30 questionnaires à remplir représentait pour ces derniers la totalité des toxicomanes suivis.

Mass-Bruxelles : les Quavisub ont été passés en interview avec quelques patients, le temps manquant, selon les intervenants de cette institution, pour faire passer le nombre de questionnaires initialement prévu. Par ailleurs, étant donné les spécificités de la MASS de Bruxelles (bas seuil), les intervenants ont considéré comme irréaliste de laisser les patients remplir ce questionnaire en auto-passation.

b) ncomplets-Non valides

A la MASS de Charleroi, un questionnaire a été considéré comme non-valide étant donné les réponses systématiquement centrales. Les items le plus régulièrement oubliés sont le poids et la taille. Par ailleurs, 66% des questionnaires retournés sont la version $\beta 4$ et non la $\beta 5$. Cette dernière version contenait, à la demande des intervenants, une échelle expérimentale de satisfaction d'utilisation de produits.

5.1.2.1.2. Province de Limbourg et Bruxelles Capitale (néerlandophones)

Les mêmes remarques qui ont été faites dans la discussion de l'EuropASI sont applicables ici.

5.1.2.2. Résultats descriptifs et statistiques

5.1.2.2.1 Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale

L'échantillon est constitué de 75.7% (N=28) d'hommes et de 24.3% (N=9) femmes. L'âge moyen est de 29.49 ans +/- 5,429 ans.

Le logiciel propose automatiquement pour l'interviewer un dépouillement de résultats en comparant la position du sujet par rapport aux écarts-types d'une population de référence issue de la base de données constituée de 1500 personnes en bonne santé et 1500 patients psychiatriques ou présentant des problèmes d'assuétude (9 choix possibles). Dans les résultats qui suivront, nous avons choisi une population saine, en bonne santé, de moins de 35 ans.

Attention : il y a lieu de ne pas confondre cette lecture avec un test de Student. L'écart-type détermine la dispersion d'une distribution dite gaussienne. Lorsqu'une observation (un individu) se situe à plus ou moins de deux écarts-types, on peut estimer qu'elle se situe à des extrêmes de cette distribution, ce qui ne concerne que 1% des individus. Si elle se situe à plus ou moins d'un écart-type, elle ne concerne que 16,5% des observations de chaque côté. Un test de Student évalue, quant à lui, des moyennes et non plus des individus. Il compare ces moyennes en tenant compte de la dispersion des échantillons.

Dans ce descriptif, nous allons considérer la moyenne des résultats obtenus comme s'il s'agissait d'un individu type. Ultérieurement (voir validité de contenu) nous comparerons les moyennes obtenues avec leur dispersion par rapport à un échantillon apparié en utilisant le test de Student.

Qualité de vie Globale :

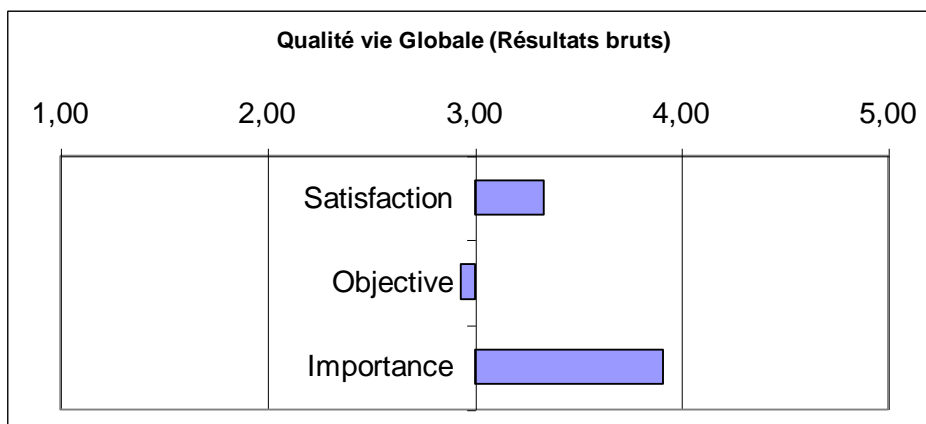
A chaque graphique trois dimensions sont représentées :

1. la satisfaction subjective
2. la réalité objective
3. l'importance accordée.

Après une approche globale, les résultats seront scindés en 4 domaines de vie :

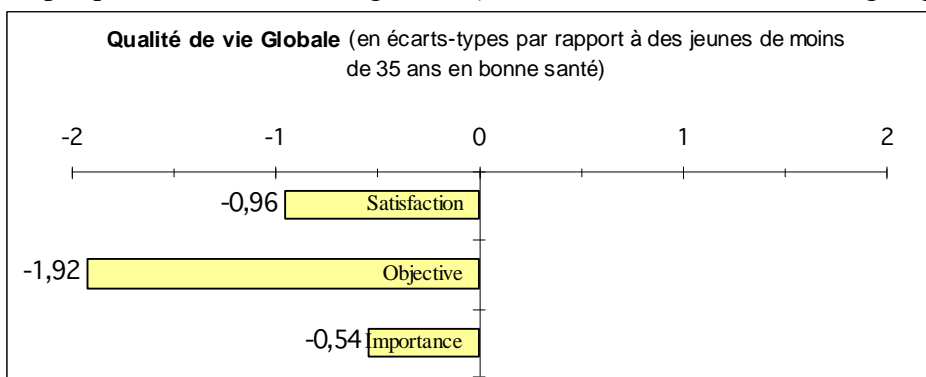
1. la vie matérielle
2. la vie relationnelle au sens large (conjoint, famille, amis)
3. la vie sociale (loisirs, travail)
4. l'image de soi et la santé.

Graphique 1 : Qualité de vie globale (résultats bruts)



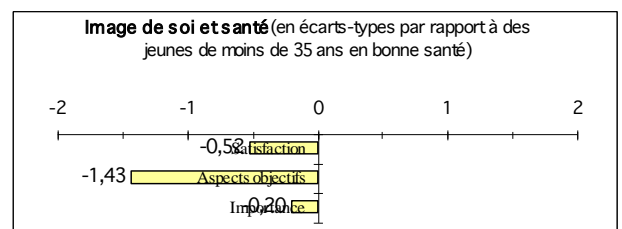
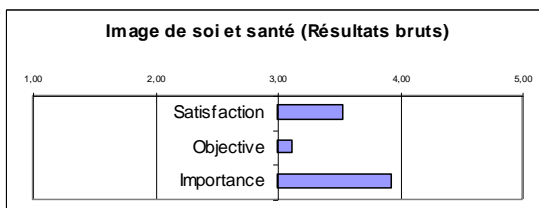
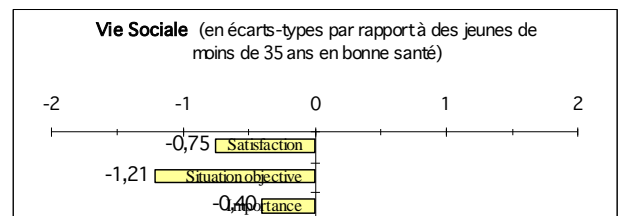
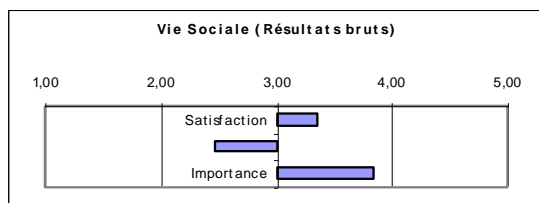
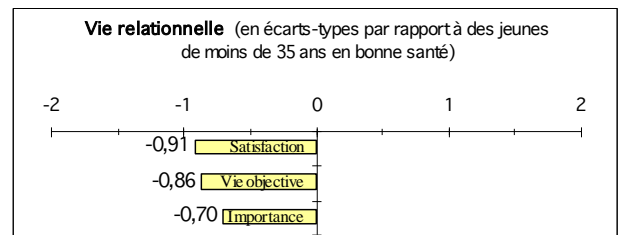
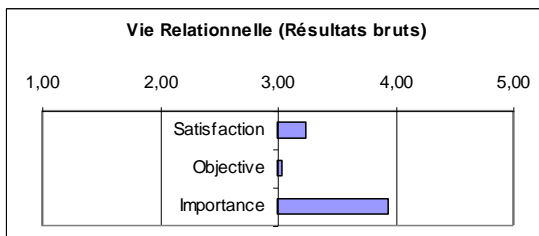
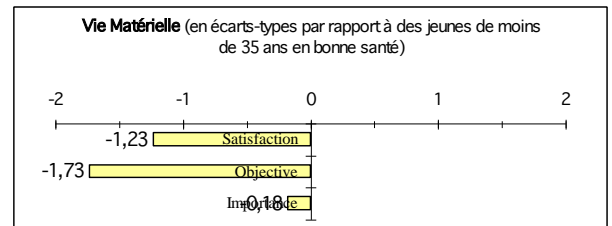
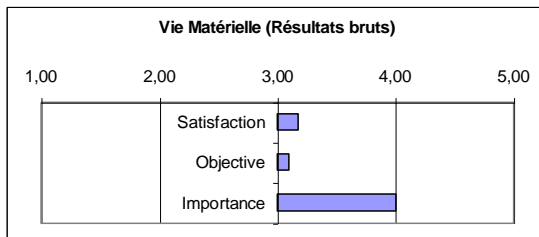
Dans l'absolu (scores bruts) les toxicomanes se sentent à peine satisfaits de leur vie actuelle, un certain nombre d'éléments objectifs montrent des problèmes, alors qu'ils disent accorder une certaine importance aux domaines de vie.

Graphique 2 : Qualité de vie globale (écart entre l'échantillon et un groupe contrôle)



Comparés à des jeunes de moins de 35 ans en bonne santé, ils se montrent moins satisfaits de leur vie ; objectivement, ils ont nettement plus de problèmes, et accordent un peu moins d'importance aux divers domaines.

Graphiques de 3 à 11: Domaines de vie: résultats bruts et comparés en écarts-types



Quel que soit le domaine et quel que soit l'indicateur, notre patient-type sous traitement de substitution se situe en dessous des scores réalisés par des jeunes de moins de 35 ans. En termes de **satisfaction**, cet écart est le plus manifeste en ce qui concerne la vie matérielle. En termes **d'indicateurs objectifs**, il s'agit de la vie matérielle et de la vie sociale.

Outre ces aspects descriptifs, le Quavisub dans sa version longue explore les stratégies de qualité de vie. Quatre grandes stratégies ont été mises en évidence :

1. Une stratégie relationnelle dite « d'interdépendance ». Pour ces personnes, la vie est de qualité lorsqu'ils développent avec leur entourage des relations riches de sens, mais pour autant que l'effort fourni pour aller vers les autres soit compensé par ce qu'ils donnent en retour.

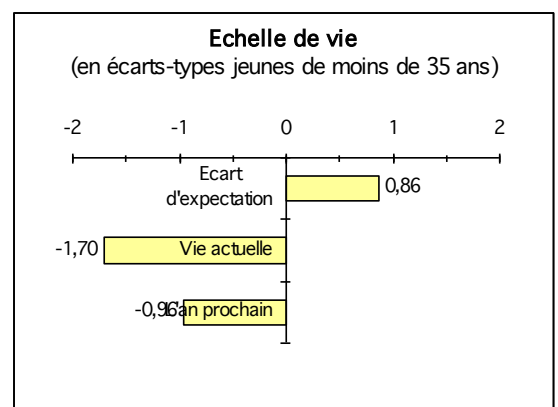
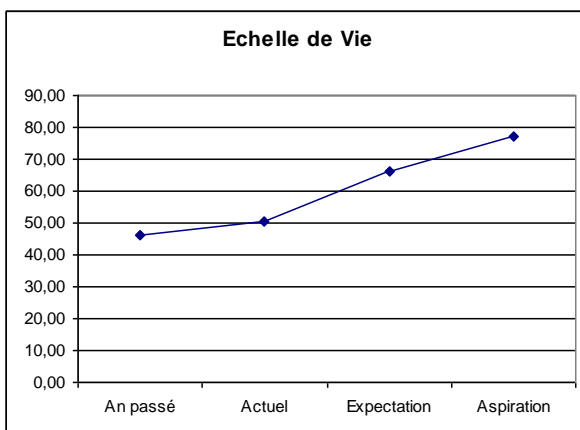
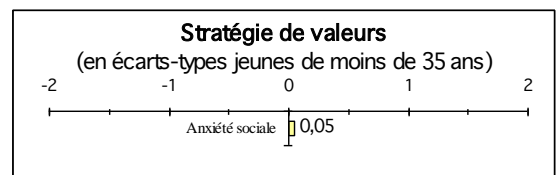
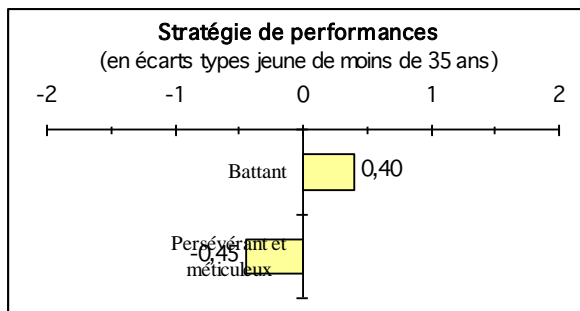
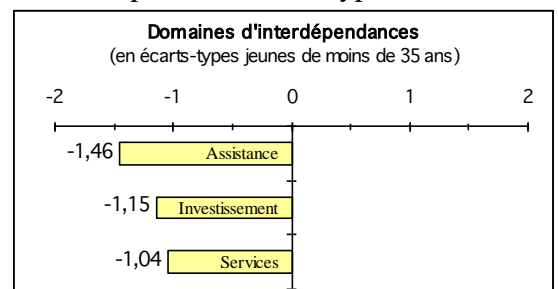
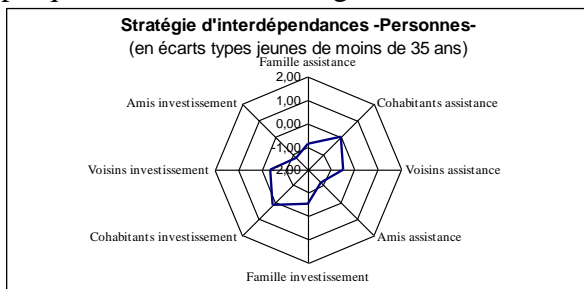
2. Une stratégie de performances. Pour ces individus, la vie semble pleine lorsqu'ils peuvent se dépasser eux-mêmes en se posant des défis. Cela nécessite, bien-sûr, d'être battant mais aussi d'être suffisamment persévérant et méticuleux.

3. Une stratégie de valeurs personnelles. Ces derniers se sentent bien dans leur peau lorsqu'ils peuvent défendre des valeurs importantes à leurs yeux. Défendre des valeurs entraîne cependant la confrontation avec le fait que tout le monde ne partage pas

nécessairement ces valeurs et qu'il ne faut pas être trop déstabilisé par le regard négatif d'autrui.

4. Une stratégie de trajectoire de vie. Ces personnes ont l'impression que leur vie est de qualité lorsque, se penchant sur leur passé, elles considèrent que leur vie actuelle est plus enviable et, lorsqu'elles regardent vers le futur que demain sera encore plus beau, pour autant que leurs espoirs à court terme (expectation) et à long terme (aspiration) ne soient pas utopiques.

Graphiques de 12 à 17: Stratégies et échelle de vie résultats comparés en écarts-types



Ainsi, en ce qui concerne la stratégie d'interdépendance, les toxicomanes sous traitements de substitution ont beaucoup moins d'échanges, tant en termes de domaines pour lesquels on compte sur eux ou pour lesquels ils peuvent compter sur des gens, qu'en termes de personnes différentes, en particulier les amis, les voisins, la famille. Par contre, ils ne se montrent ni plus ni moins battants ou persévérants que la plupart des jeunes, et leur anxiété sociale n'est ni plus ni moins marquée que les autres.

Enfin le Quavisub explore également les attitudes face à des produits pouvant provoquer des assuétudes (médicaments, drogues, substances courantes comme le tabac et l'alcool)

ainsi que les conduites à risque. Trois types de mesures s’y rencontrent dans la version $\beta 5$:

1. La fréquence d’utilisation ;
2. La satisfaction procurée par l’usage de cette substance ou de ce comportement ;
3. La durée de l’utilisation du produit ou la durée de cessation d'utilisation du produit.

Tableau 19 : Fréquence d’utilisation de produits ou de pratique de comportements addictifs

(N=37)	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Exceptionnel	Jamais
Substances courantes modifiant l’état de conscience					
Tabac	36	0	0	0	1
Café-Thé	10	15	4	6	2
Chocolat	9	15	4	6	3
Alcool	10	10	5	4	8
Drogues					
Cannabis	10	11	4	2	10
Héroïne	3	6	6	3	19
Cocaïne	2	1	2	5	27
Amphétamines	0	0	1	6	30
LSD	0	0	0	4	33
XTC	0	0	1	3	33
Médicaments					
Antidouleurs	4	4	6	12	11
Antidépresseurs	10	1	2	2	22
Somnifères	7	6	1	4	19
Anxiolytiques	6	2	1	1	27
Comportements addictifs					
Fringales d’achat	1	2	7	13	13
Lèche vitrine	0	5	8	12	12
Lotto	0	8	2	7	20
Jeux vidéo	6	0	6	5	20
Surfer sur internet	2	1	5	1	28
Chatter sur internet	0	1	2	4	30
Jouer aux cartes	0	1	1	5	30
Jouer pour de l’argent	0	1	0	2	34

Presque la totalité des toxicomanes interviewés fument du tabac, ce qui est infiniment plus que les proportions pour une population de même âge et de même niveau d’éducation fournies par l’Institut Scientifique de Santé Publique-Louis Pasteur (ISSP-LP)^{232 233} qui avance une prévalence de 36.8% en 2001. Il en est de même pour l’alcool où l’ISSP, pour la même tranche de population, annonce 3.3% de buveurs quotidiens.

En ce qui concerne les drogues, la consommation de cannabis est également plus fréquente : suivant l’ISSP la consommation de cannabis au cours du dernier mois toujours pour la même population générale, est de 3.7%, alors que dans cette étude elle est de 73%. La consommation d’XTC est de 1% dans la population générale contre 10.8% ici.

²³² Institut Scientifique de Santé Publique - Louis Pasteur (2002) « Enquête de santé par interview – Belgique 2001 » IPH/EPI Reports n° 2002-25

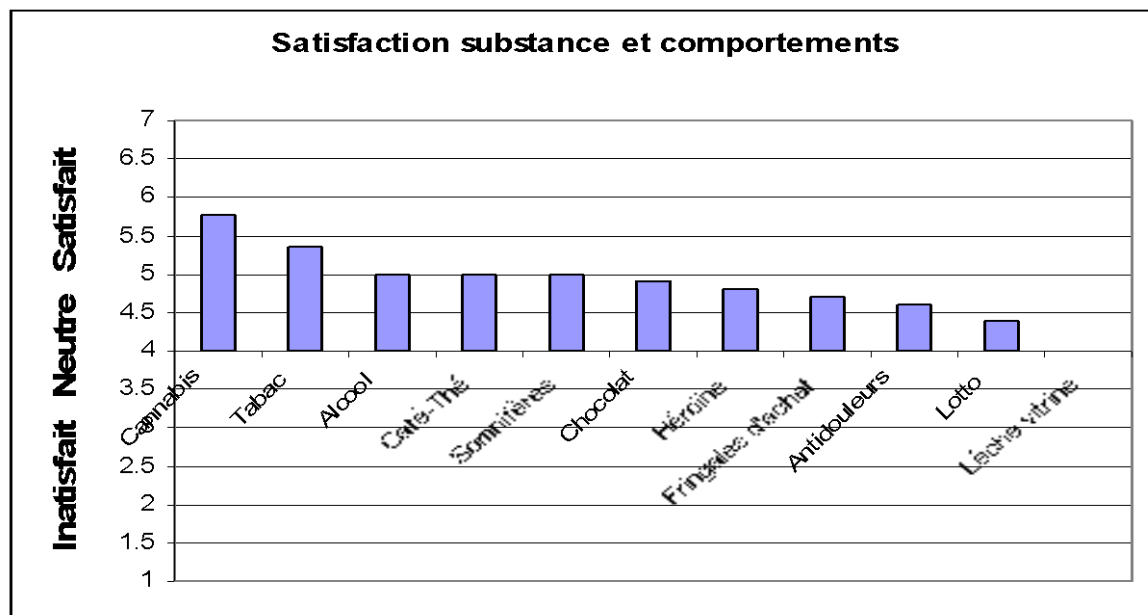
²³³ <http://www.iph.fgov.be> 18/08/2002

Du côté des médicaments la consommation d'anti-douleurs est pour les 15 derniers jours dans la population générale de 18.7%, et dans cette enquête de 21.6% -au moins hebdomadairement- et de 37.2% -mensuellement-. 2.4% des jeunes de moins de 35 ans ont usé de somnifères dans la population générale au cours des 15 derniers jours, contre 35.1% au moins hebdomadairement ici. Enfin, la consommation d'anxiolytiques est également beaucoup plus importante puisque, dans la population générale, l'ISSP estime la prévalence sur 15 jours à 2.4% et qu'elle est hebdomadairement ou plus de 21.6% chez les toxicomanes dans notre échantillon.

Dans tous les domaines, où des chiffres comparables existent, les toxicomanes de notre échantillon présentent donc un profil de consommation de produits modifiants l'état de conscience plus élevé.

Quant aux comportements addictifs, nous ne disposons pas de chiffres comparatifs. A la lecture des résultats descriptifs, il y a peu (moins de 10%) de personnes engagées dans des activités typiques de joueurs pathologiques (jouer pour de l'argent, machines à sous, Casino, etc...). Internet est relativement peu présent dans leur vie, par contre à peu près la moitié s'adonne hebdomadairement aux jeux vidéo. Enfin, **on soulignera la fréquence des fringales d'achat**, qui, dans la littérature scientifique, est mentionnée comme **indicateur de vulnérabilité** à la rechute chez les toxicomanes, ainsi que son précurseur le lèche vitrine.

Graphique 18 : Satisfaction liée à l'utilisation de produits ou à des comportements addictifs (si N>=4)



Seule une dizaine de patients de l'échantillon a utilisé la version $\beta 5$ du questionnaire reprenant l'échelle de satisfaction d'usage de produits et de comportements addictifs. Sur ce petit échantillon se dégage nettement la satisfaction importante procurée par l'usage du cannabis et l'ambivalence quant au plaisir procuré par le lèche vitrine et le lotto. Aucun des comportements ou des produits ne semble entraîner de l'insatisfaction. On notera la satisfaction que continue à procurer l'usage d'héroïne.

Tableau 20 : Durée d'utilisation ou de cessation d'utilisation du produit

(N=37)	Si utilisation			Si cessation		
	Depuis plus d'un an	Depuis plus de 3 mois et moins d'un an	Depuis moins de 3 mois	Depuis moins de 3 mois	Depuis plus de 3 mois et moins d'un an	Depuis plus d'un an
Substances courantes modifiant l'état de conscience						
Tabac	33	1	1	0	0	0
Alcool	26	0	1	1	1	4
Drogues						
Cannabis	23	1	1	0	1	7
Héroïne	15	3	0	1	2	14
Cocaïne	8	1	1	0	2	12
Amphétamines	4	0	3	0	1	8
LSD	4	1	0	0	2	8
XTC	3	1	0	0	1	10
Médicaments						
Antidouleurs	15	6	1	2	0	2
Antidépresseurs	9	4	0	0	1	4
Somnifères	12	3	1	0	2	3
Anxiolytiques	10	0	0	0	1	3

La plupart des usagers sont des consommateurs de longue date et ceci pour la plupart des produits. L'abstinence est surtout marquée pour le secteur drogues et dans ce cas (le toxicomane en traitement de substitution) semble présente généralement depuis plus d'un an.

5.1.2.2.2. Province de Limbourg et Bruxelles-Capitale (néerlandophones)

Actuellement, nous sommes en possession d'un nombre insuffisant de questionnaires pour faire un commentaire spécifique.

5.1.2.3. Validité d'apparence

Les outils d'évaluation doivent répondre aux critères émis dans les objectifs de cette recherche. A savoir :

« On entend par traitement de substitution tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, **visant**, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient. » (Loi du 22 Août 2002) Par ailleurs, on s'attend à observer dans le décours de ce traitement : « une réduction de la consommation de drogues et de la pratique d'injection ; une amélioration de la "compliance" thérapeutique ; ainsi qu'une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et une réduction des activités délinquantes ». Par là même, on s'attend à constater une réduction des risques de transmission des virus du SIDA et des hépatites ainsi qu'une diminution des overdoses, des complications et de la mortalité.

Le Quavisub est un outil ayant pour objet d'évaluer la Qualité de Vie. Par construit, il se veut non spécifique d'une problématique donnée. Par rapport aux objectifs fixés par la loi et proposés par la Conférence de Consensus, il mesure bien la qualité de vie et divers domaines de vie (vie matérielle, vie relationnelle, vie sociale et professionnelle, image de soi et santé,...), mais ne comporte aucun volet sur la délinquance, ni sur la pratique de

l'injection (bien qu'une série d'items concernent les substances et les conduites addictives).

Il s'agit d'un outil d'auto passation, aucune formation n'est nécessaire pour le remplir et le type de réponse est intuitif (cases à cocher ou différentiels d'Osgood dans la plupart des items). Une seule échelle pose parfois problème : La Life Scale de Cantril. Cette échelle propose un différentiel allant de 1 à 100 (le pire et le meilleur) où le sujet doit mettre une croix qui correspond à sa situation. Dans un certain nombre de cas, les répondants inscrivent un maxima et un minima, dans d'autre cas, ils se montrent parfois incohérents dans leurs réponses (s'ils estiment leur vie actuelle à un score de 75/100, le meilleur moment de leur existence ne pourrait pas être inférieur à ce score par exemple).

Il existe également une version informatisée du Quavisub (actuellement en français). Ce programme permet, soit au patient de répondre directement sur ordinateur, soit à l'encodeur de gagner un temps précieux (temps d'encodage de la version longue augmentée des échelles expérimentales : 10 minutes). Ce logiciel calcule immédiatement les scores composites. En outre, il permet d'imprimer directement deux rapports : l'un sous forme de texte pour l'interviewé et l'autre sous forme de graphiques pour l'interviewer. La bonne compréhension de ce dernier rapport demande cependant une petite formation afin de se familiariser à sa lecture, qui présente les résultats du sujet en position par rapport aux écarts-types de différentes populations (9 choix de références possibles).

Dans l'ensemble, le Quavisub donne la priorité à des réponses subjectives et qualitatives. Par exemple, pour les ressources financières, il ne demande pas une somme précise mais investigate dans un différentiel où se situe l'interviewé entre la dèche totale et aucun problème. Lorsque les questions sont plus objectives comme la fréquence des consommations, il propose des classes approximatives (journalier, hebdomadaire, mensuel) plutôt que des chiffres exacts. Il est également plus orienté vers la clinique (versions moyenne et longue) dans la mesure où il rencontre les préoccupations des intervenants et met en lumière les stratégies de qualité de vie utilisées par les interviewés.

Par rapport à l'ASI, ce questionnaire met l'accent sur ce qui va bien (et pas uniquement sur les côtés déficitaires, bien qu'ils soient répertoriés) et sur ce qui est susceptible d'amélioration. Le temps de passation varie suivant la version du questionnaire utilisé :

- Version courte : 1,5 page de questions, 0,5 page de réponses ouvertes
- Version moyenne : 2,5 pages de questions, 1,5 page de réponses ouvertes et commentaires
- Version longue : 4 pages de questions, 2 pages de réponses ouvertes et de commentaires
- Version longue augmentée des échelles d'addictions (utilisée ici) 5 pages de questions, 2 pages de réponses ouvertes et de commentaires.

Le temps de passation de la version longue est de 20 minutes en auto passation et de 45 minutes en interviews. Nous discuterons ultérieurement des dispositifs nécessaires à l'application d'un tel questionnaire.

En ce qui concerne plus spécifiquement les toxicomanies, l'originalité de ce questionnaire est de proposer une échelle de satisfaction suivant l'usage de divers produits et comportements addictifs (alcool, tabac, drogues, médicaments, jeu pathologique,...).

Enfin de nombreuses questions sont similaires à celles de l'ASI et apparaissent dès lors redondantes. Ces redondances seront abordées dans le chapitre discussion.

5.1.2.4. Validité de contenu²³⁴

Tableau 21 : Résultats des tests t de Student aux items relatifs aux domaines de vie

QUALITE DE VIE (N=37)	Groupe	Moyenne	sd	test t	Df	Sig.
Qualité de Vie Globale	Substitution	3.34	0.84	-2.52	66.16	0.01
	Contrôle	3.77	0.62			
<i>Satisfaction vie matérielle</i>	Substitution	3.18	1.02	-2.29	64.59	0.03
	Contrôle	3.65	0.72			
<i>Satisfaction vie relationnelle</i>	Substitution	3.24	1.02	-3.09	71.00	0.00
	Contrôle	3.92	0.82			
<i>Satisfaction vie sociale</i>	Substitution	3.36	0.97	-1.33	71.00	0.19
	Contrôle	3.63	0.82			
<i>Satisfaction santé</i>	Substitution	3.53	0.80	-1.73	71.00	0.09
	Contrôle	3.83	0.66			
Importance domaine de vie	Substitution	3.91	0.62	-3.04	64.39	0.00
	Contrôle	4.30	0.43			
<i>Importance vie matérielle</i>	Substitution	4.00	0.67	-1.80	69.00	0.08
	Contrôle	4.28	0.62			
<i>Importance vie relationnelle</i>	Substitution	3.93	0.82	-2.71	69.00	0.01
	Contrôle	4.40	0.59			
<i>Importance vie sociale</i>	Substitution	3.84	0.76	-2.32	69.00	0.02
	Contrôle	4.26	0.74			
<i>Importance santé</i>	Substitution	3.93	0.71	-2.12	63.65	0.04
	Contrôle	4.24	0.48			
Situation objective Globale	Substitution	2.93	0.68	-6.93	60.86	0.00
	Contrôle	3.88	0.42			
<i>Vie matérielle objective</i>	Substitution	3.10	1.17	-5.83	58.21	0.00
	Contrôle	4.42	0.65			
<i>Vie relationnelle objective</i>	Substitution	3.05	1.01	-2.95	63.55	0.00
	Contrôle	3.66	0.69			
<i>Vie sociale objective</i>	Substitution	2.48	0.86	-4.73	71.00	0.00
	Contrôle	3.39	0.78			
<i>Santé objective</i>	Substitution	3.11	1.09	-3.38	59.17	0.00
	Contrôle	3.82	0.64			
Echelle de vie						
<i>Vie actuelle</i>	Substitution	50.54	22.54	-2.55	62.00	0.01
	Contrôle	64.26	19.35			
<i>Meilleur dans le passé</i>	Substitution	66.76	22.46	-2.96	60.43	0.00
	Contrôle	80.19	13.76			
<i>Les autres</i>	Substitution	55.73	16.78	-3.47	62.00	0.00
	Contrôle	69.44	13.82			
<i>L'an passé</i>	Substitution	46.22	19.45	-1.63	44.90	0.11
	Contrôle	56.11	26.90			
<i>L'an prochain</i>	Substitution	66.22	20.26	-1.79	62.00	0.08
	Contrôle	74.81	17.01			
<i>Meilleur futur</i>	Substitution	77.03	18.35	-1.36	62.00	0.18
	Contrôle	82.96	15.52			

²³⁴ Les validités de contenu et de construits de ont été calculées uniquement sur l'échantillon francophone.

Comme décrit dans le chapitre méthodologique, il a été constitué un échantillon apparié à partir de la banque générale de données des auteurs de même catégorie d'âge, de sexe et de niveau d'éducation. Tant l'échelle de satisfaction, que celle d'importance ou de domaines objectifs mettent en évidence une différence très significative entre les deux groupes. Seule la sous-échelle de satisfaction envers la vie sociale ne montre pas de différence. En ce qui concerne la Life Scale également les scores sont généralement significatifs sauf en ce qui concerne la manière dont ils voient leur situation l'an passé et le meilleur imaginable. On peut estimer dès lors que la version *moyenne* du Quavisub discrimine bien les deux types de population.

Tableau 22 : Résultats des tests t de Student aux items de stratégies de vie

STRATEGIES (N=37)	Groupe	Moyenne	sd	test t	df	Sig.
Stratégie d'interdépendance	Substitution	3.15	1.34	-3.79	64.72	0.00
	Contrôle	4.21	1.00			
<i>Aide domaines</i>	Substitution	3.84	1.11	-3.14	64.74	0.00
	Contrôle	4.56	0.82			
<i>Investissement domaines</i>	Substitution	3.86	1.06	-2.75	67.74	0.01
	Contrôle	4.49	0.88			
<i>Aide services</i>	Substitution	2.32	1.42	-4.51	69.00	0.00
	Contrôle	3.76	1.26			
<i>Aide personnes</i>	Substitution	2.38	1.13	-2.39	68.00	0.02
	Contrôle	3.00	1.05			
<i>Investissement personnes</i>	Substitution	2.92	1.24	-1.48	68.00	0.14
	Contrôle	3.33	1.08			
Stratégie de performance	Substitution	3.02	0.60	-0.37	46.82	0.71
	Contrôle	3.09	0.84			
<i>Persévérant</i>	Substitution	2.79	0.61	-1.32	39.62	0.20
	Contrôle	3.10	1.09			
<i>Battant</i>	Substitution	3.24	0.91	0.77	63.00	0.45
	Contrôle	3.07	0.87			
Anxiété sociale	Substitution	3.31	0.97	0.86	46.34	0.39
	Contrôle	3.06	1.29			
Autonomie vie journalière	Substitution	3.58	1.19	-2.09	70.00	0.04
	Contrôle	4.10	0.91			

En ce qui concerne les stratégies, seules celles d'interdépendance et d'autonomie dans la vie journalière différencient bien les deux groupes, par contre il n'y a pas de différence significative pour l'identification aux stratégies de performance et l'impact négatif de la pression sociale.

Tableau 23 : Résultats des tests t de Student aux items relatifs à l'usage d'alcool

ALCOOL (N=37)	Groupe	Moyenne	sd	test t	df	Sig.
<i>Alcool social</i>	Substitution	3.05	1.19	1.82	62.00	0.07
	Contrôle	2.47	1.33			
<i>Alcool Drogue</i>	Substitution	2.06	0.87	6.28	41.73	0.00
	Contrôle	1.13	0.24			

Quant aux habitudes de consommations de boissons alcoolisées, les patients de l'échantillon les utilisent davantage tant en situation sociale que comme substance pouvant provoquer un état modifié de conscience.

Par ailleurs une analyse logistique entre les deux groupes, (Wald Method) met en évidence que 93.7% des cas sont correctement classés si l'on sélectionne les variables composites suivantes :

1. Importance de l'image de soi et la santé
2. Vie matérielle objective
3. Vie sociale objective
4. Estime de soi dans l'échelle de vie
5. Consommation de l'alcool pour son effet modifiant l'état de conscience.

De plus une analyse par clusters hiérarchiques, met en évidence que l'on peut aisément, à l'intérieur de cet échantillon de patients toxicomanes, discriminer 3 groupes différents (6, 12 et 18 cas).

5.1.2.5. Validité de construit²³⁵ :

La consistance interne du Quavisub a déjà été calculée et est reprise dans le chapitre littérature internationale. Seules les échelles expérimentales devraient être validées. Néanmoins, dans un souci de comparaison, tous les α de Cronbach ont été recalculés.

Tableau 24 : Les alphas de Cronbach obtenus aux différentes échelles

Echelle (N=37)	Traitements substitution	Population générale	Nombre d'items
Satisfaction SLDS	0.9485	0.8965	20
Importance ILDS	0.8827	0.8145	20
Interdépendances	0.8358	0.8557	8
Performance	0.4172	0.7932	7
Anxiété sociale	0.7543	0.7862	4
Boissons alcoolisées	0.8572	0.8321	9
Bien-être	0.8551	-	15
Fréquence substances addictives et conduites à risque	0.7182	-	27
Satisfaction substances addictives et conduites à risque	Nombre d'individus insuffisant	-	27

Toutes les échelles du Quavisub, sauf l'échelle de performance, sont au-dessus des seuils minimaux pour les traitements de substitution, à savoir : supérieures à 0.42 quand l'échelle inclut 3 items, 0.50 pour 4 items, 0.55 pour 5 items et 0.70 pour 10 et plus. On notera que la plupart des α sont meilleurs dans l'étude traitements de substitution que dans l'étude de référence, ce qui tend à indiquer que ces échelles seraient particulièrement adéquates pour ce genre d'étude.

5.1.2.6. Sensibilité spécificité :

En ce qui concerne le test-retest, il était prévu que cette étude réalise durant l'été 2003 un retest sur les patients ayant déjà fait l'objet d'une évaluation. C'était sans compter l'impondérable des réalités de terrain (participation bénévole des partenaires, vacances des évaluateurs, disparition des patients de la file active, etc...).

²³⁵ Les validités de contenu et de construits ont été calculées uniquement sur l'échantillon francophone.

Néanmoins, dans une étude précédente réalisée sur des toxicomanes en traitement de réadaptation, il est apparu:

- que le Quavisub se montre très stable à 4 jours d'intervalle,
- que la sensibilité d'évolution de la Qualité de vie n'est perceptible que dans un délai de 4 à 6 mois,
- qu'en début de traitement il n'est pas exceptionnel de constater une dégradation de la Qualité de vie²³⁶. Cette dégradation est essentiellement due à l'augmentation des attentes et aspirations²³⁷ du patient et de l'augmentation d'écart existant entre les ambitions du sujet et la manière dont il perçoit sa vie actuelle²³⁸. Lorsqu'un toxicomane entre en traitement, il n'est pas exceptionnel que sa seule ambition soit d'être libéré du facteur contraignant qu'est l'approvisionnement en substances. Une fois cette contrainte levée, surgissent toutes les autres aspirations de vie et forcément le patient perçoit avec plus d'acuité l'écart considérable qui existe entre ses conditions de vie actuelle et ce à quoi il aspire. Même pis, cet écart est souvent particulièrement manifeste dans les domaines visés par les objectifs de la prise en charge. On constate, en général, une amélioration subjective de la Qualité de Vie après un à deux ans de traitement.

5.1.3. TUF

5.1.3.1. Recueil des données

5.1.3.1.1. Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale

Le TUF a été distribué à chaque institution avec pour mission de le compléter le plus précisément possible.

5.1.3.1.2. Province du Limbourg et Bruxelles Capitale

Le TUF a été complété par la LASS du Limbourg et Transit. De Sleutel sera étudiée dans la seconde phase de cette recherche.

²³⁶ HACHEY R & MERCIER C. (1992) L'impact des services de réadaptation sur la Qualité de Vie, in *Santé Mentale au Québec*, XVIII(2), pp 197-200

²³⁷ Robaye F. (1957). Niveaux d'aspiration et d'attente. ed: Robaye F. Paris: Presses Universitaires de France (PUF).

²³⁸ Michalos AC. (1985) Multiple Discrepancies Theory. *Social Indicators Research*;16:347-413.

5.1.3.2. Résultats descriptifs

5.1.3.2.1. Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale

<u>TUF</u>	DIAPASON	MASS de BRUXELLES	Collectifs de Santé Charleroi-Nord – Gilly-Haies
Identification			
Nom et adresse du service	Diapason, MASS de Charleroi 2, Bd. F. Dewandre 6000 Charleroi	MASS de Bruxelles	Collectif de Santé de Charleroi-Nord (CN) 11, Pl. du Nord – M. Levie 6000 Charleroi Collectif de Santé de Gilly-Haies 159, Rue du Calvaire 6060 Gilly
Nom et statut du répondant	Dr J.M. Segers, directeur	Dr. S. Zombek, directeur médical	Dr. B. Denis, directeur (CN)
Secteur du service	privé subventionné	privé subventionné	privé
Date du début activités	1994 (1997 MASS)	1999	1980
Caractéristiques du programme			
Type de centre	Centre à Bas-Seuil	Centre à Bas-Seuil	Centre de Santé local
Type de programme	Substitution long-terme / Maintenance	Substitution long-terme / Maintenance	Substitution long-terme / Maintenance
Horaires habituels	Lu-Ve 09h00-19h00 Sa 10h00-13h00	10 h à 19 h (1 x 22h30 et 3 h le samedi matin)	Lu-Ve : 09h-20h
Capacité du service (nbre de patients)	150 à 166 /sem.	118 et bientôt 140 pat. différents par semaine	20
Nombre de patients en 2002 (total)	691	504	22
Nombre de nouveaux patients en 2002	148	201	5
B8	Toxicomanes marginalisés	Toxicomanes marginalisés	Non
Âges	Min : 18 ans Max : pas de limite	Min : 18 ans Max : pas de limite	Pas de limites
Critères d'exclusion	Drogues illicites uniquement	Drogues illicites uniquement	Pas d'exclusions
Priorités	Pas de priorités	Pas de priorités	Pas de priorités
Liste d'attente ?	Pas de liste d'attente	Pas de liste d'attente	Pas de liste d'attente
Planning de traitement			
Donnez-vous au patient des explications écrites sur les services offerts / les objectifs du traitement ?	oui	oui	non
Y a-t-il un planning de traitement élaboré à l'avance pour chaque patient individuellement ?	oui	non	Non : Pas formel ni à l'avance
Si oui, qui le développe généralement ?	Ensemble du staff	-	-
Le patient participe-t-il à cette élaboration ?	oui	oui	-
Quel type de planning est généralement élaboré ?	plan informel	Plan informel	Plan informel

Donnez un niveau d'importance aux pratiques suivantes dans les traitements (0= pas important, 3= très important)	Traitement médical: 2 Psychothérapie. : 1 Guidance : 3 Thérapie. de groupe : 1 Thérapie. famille : 1 Prévention rechutes : 2	Traitement médical: 2 Psychothérapie. : 1 Guidance : 3 Thérapie. de groupe : 1 Thérapie. famille : 2 Prévention rechutes : 2	Traitement médical: 3 Psychothérapie. : 1 Guidance : 3 Thérapie. de groupe : 0 Thérapie. famille : 2 Prévention rechutes : 3
Quel pourcentage de votre patientèle reçoit un produit de substitution prescrit dans votre institution ?	95%	90%	95%
Quelle importance accordez-vous à un objectif d'abstinence ? (donner un chiffre de 0 à 3)	1	1	1
Donnez un niveau d'importance aux buts suivants dans les traitements (donner un chiffre de 0 à 3)	1. Santé physique. : 2 2. compétences. de vie : 3 3. scolarité. : 1 4 réinsertion professionnelle. : 2 5 vie sociale : 3 6 relations familiales. : 1 7 image de soi : 3 8°environnement. : 2 9°abstinence. : 1 10°reduction. risques : 2	1. Santé physique. : 3 2. compétences. de vie : 1 3. scolarité. : 0 4 réinsertion professionnelle. : 1 5 vie sociale : 2 6 relations familiales. : 2 7 image de soi : 1 8°environnement. : 2 9°abstinence. : 1 10°reduction. risques : 2	1. Santé physique. : 3 2. compétences. de vie : 2 3. scolarité. : 1 4 réinsertion professionnelle. : 3 5 vie sociale : 2 6 relations familiales. : 2 7 image de soi : 3 8°environnement. : 1 9°abstinence. : 1 10°reduction. risques : 3
Classer en ordre d'importance les 5 premiers objectifs parmi ceux cités ci-dessus	2 – 7 – 5 – 1 – 10		1-4-2-5-3
Equipe			
Combien d'Equivalents Temps-Plein (ETP) destinés directement au patient travaillent dans l'institution ?	Medical. : 3,5 Psychologique : 1 Social : 10	Medical. : 3.4 Psychologique : 1 Social : 2 Autre (éducateur) : 3.5	Medical. : 4 Psychologique : 0.25 Social : 0 Autre (accueil) : 1
Les travailleurs de l'institution reçoivent-ils une formation spécifique ?	oui	oui	oui

5.1.3.2.2. Province du Limbourg et Bruxelles Capitale (néerlandophones)

Aangezien de TUF-vragenlijst onvoldoende specifieke vragen betreffende substitutiebehandelingen bevat, heeft de KULeuven-onderzoeksequipe ervoor gekozen om een bijkomende vragenlijst op te stellen met specifieke vragen omtrent substitutiebehandelingen zoals ze in het onderzoekscontract geformuleerd werden m.b.t. de doelstellingen van de dataverzameling (doelstellingen, inclusie- en exclusiecriteria, middelen en dosissen, modaliteiten, enz.). Deze vragenlijst is quasi dezelfde als de gesloten vragenlijst die we ontworpen hebben voor de huisartsen. Daarom zal in annex enkel de (gesloten + open) vragenlijst voor huisartsen bijgesloten worden.

Hierna volgen enkele belangrijke bevindingen van de betrokken bijkomende vragenlijst, per instelling (MSOC Limburg en Transit Brussel)²³⁹.

Doelstellingen van substitutiebehandelingen

Zowel voor het MSOC Limburg als voor Transit is de belangrijkste doelstelling voor het toepassen van substitutiebehandelingen het '**verbeteren van de levensomstandigheden en het maatschappelijk functioneren van de cliënt**'. Ook de mate van belangrijkheid die men hecht aan de overige in de vragenlijst beschreven doelstellingen, komen sterk overeen.

Hierop is er één grote uitzondering: Het MSOC Limburg geeft aan dat men *geen* belang hecht aan '**abstinentie van illegale drugs**', terwijl dit voor Transit een doelstelling van *groot* belang is. Bovendien vermeldt de medewerkster van Transit nog een andere doelstelling die niet in de lijst opgenomen is, nl. '*motivatieverhoging en -ondersteuning*'.

Inclusiecriteria

Wat betreft de voorwaarden om toegelaten te worden tot een substitutieprogramma, **verschilt** het beleid van beide centra aanzienlijk.

De criteria die gelden in het **MSOC Limburg** zijn:

- minimumleeftijd 18 jaar (altijd)
- 'enkele' mislukte detoxificatiepogingen (altijd)
- minimum 2 jaar afhankelijkheid van opiaten (meestal)
- andere: minstens 1 jaar gekend in de drughulpverlening (altijd)

Bij **Transit** daarentegen geldt er slechts 1 criterium, nl.:

- minimumleeftijd 18 jaar (altijd)

Enkel bij Transit worden deze inclusiecriteria minder strikt toegepast voor zwangere vrouwen; terwijl zowel het MSOC Limburg als Transit deze criteria op dezelfde wijze toepassen voor 'gewone' cliënten' als voor HIV-/Hepatitis-positieve cliënten of voor andere subgroepen.

Exclusiecriteria

De enige handelingen waardoor cliënten meestal tot altijd geschorst worden van het programma, zowel in het MSOC Limburg als in Transit, zijn:

- geweld/agressie on site
- dealen on site
- gebruik on site (zowel van legale als illegale drugs)

Het **bijgebruik van drugs** (legale of illegale) off site of het niet meewerken aan het programma zijn bijgevolg bijna **nooit voldoende criteria** om de behandeling te staken.

Bij **Transit** worden er **geen** urinecontroles uitgevoerd; terwijl dit door het **MSOC wel** gedaan wordt, namelijk op niet-regelmatige basis indien er een indicatie is van excessief en sterk gedragsbeïnvloedend bijgebruik.

Substitutiemiddelen

De medewerkster van **Transit** heeft geen voldoende beeld van hoeveel percent van de cliënten welk substitutiemiddel krijgt toegediend, aangezien de vervangmedicatie **niet on site** wordt **voorgeschreven**, maar steeds door de huisarts van de cliënt. Met deze

²³⁹ Gezien het korte tijdsbestek van het onderzoek, hebben we deze dataverzameling niet kunnen voltooien voor het dagcentrum De Sleutel in Brussel. Dit zal dus een taak zijn voor de 2^e fase van het onderzoek.

huisarts(en) onderhoudt het centrum regelmatige contacten. Toch wordt geschat dat 70% van de cliënten *methadon* krijgen toegediend.

In het MSOC Limburg loopt dit percentage nog op tot 90% *methadon*cliënten. Daarnaast krijgt ongeveer 8% Codicontin en 2% Temgesic.

Door beide centra wordt er **geen maximumdosering** vooropgesteld.

*Modaliteiten*²⁴⁰

In het MSOC worden de **onderhoudsbehandeling** (50% van de cliënten) en de **substitutiebehandeling *stricto sensu*** (40%) ongeveer evenveel toegepast. Degressieve ontwenning komt er nauwelijks tot niet voor.

Belangrijk is wel de opmerking dat deze indeling eerder theoretisch van aard is, aangezien men bij het begin van de behandeling geen modaliteit vastlegt, maar deze afhangt van en aanpast wordt aan de (eventueel) veranderde **situatie van de cliënt**.

Voorschriften

In het MSOC wordt de medicatie voorgeschreven door een **arts on site**, terwijl de cliënten van **Transit** hun voorschriften krijgen van hun **huisarts** of van een gespecialiseerd ambulanc centrum (meestal het MSOC Brussel).

Aflevering

Zowel wat het MSOC Limburg en **Transit** betreft, wordt de substitutiemedicatie afgeleverd door een verpleegkundige in het centrum of door een apotheker off site.

Aantal substitutiecliënten ten opzichte van de totale cliëntenpopulatie

In het MSOC Limburg kan het aandeel substitutiecliënten variëren van **50% tot 90%** van de totale populatie, in behandeling in het centrum.

Bij **Transit** ligt dat aandeel rond de **70%**.

²⁴⁰ Deze vraag werd enkel door het MSOC Limburg ingevuld.

5.1.4. Inventaire et résultats de l'enquête par questionnaire

Comme nous l'avons déjà souligné, cet inventaire a notamment pour objectif de faire un sondage d'opinion particulièrement auprès de médecins pratiquant ou ayant pratiqué les traitements de substitution, et non de réaliser une enquête épidémiologique sur un échantillon représentatif de l'ensemble des médecins (la pertinence de l'avis de médecins n'ayant jamais vu un toxicomane dans leur pratique étant hors de l'objet de notre étude).

5.1.4.1. Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale

Le questionnaire a été envoyé à 2.641 médecins de la province du Hainaut et à 4.233 médecins de la Région de Bruxelles-Capitale (Fr.). Comme le tableau 25 le montre, nous avons reçu en retour de courrier, 253 questionnaires de la province du Hainaut (soit un taux de réponse de 9.6%) et 430 de Bruxelles-Capitale (soit un taux de réponse de 10.2%).

Nous avons classé les réponses en quatre catégories (cf. Tableau 25) :

- 1° les médecins travaillant en cabinet privé et pratiquant les traitements de substitution ;
- 2° les médecins ne travaillant pas en cabinet privé mais pratiquant les traitements de substitution ;
- 3° les médecins qui ont eu une expérience avec des patients toxicomanes ;
- 4° les médecins qui n'ont jamais eu cette expérience.

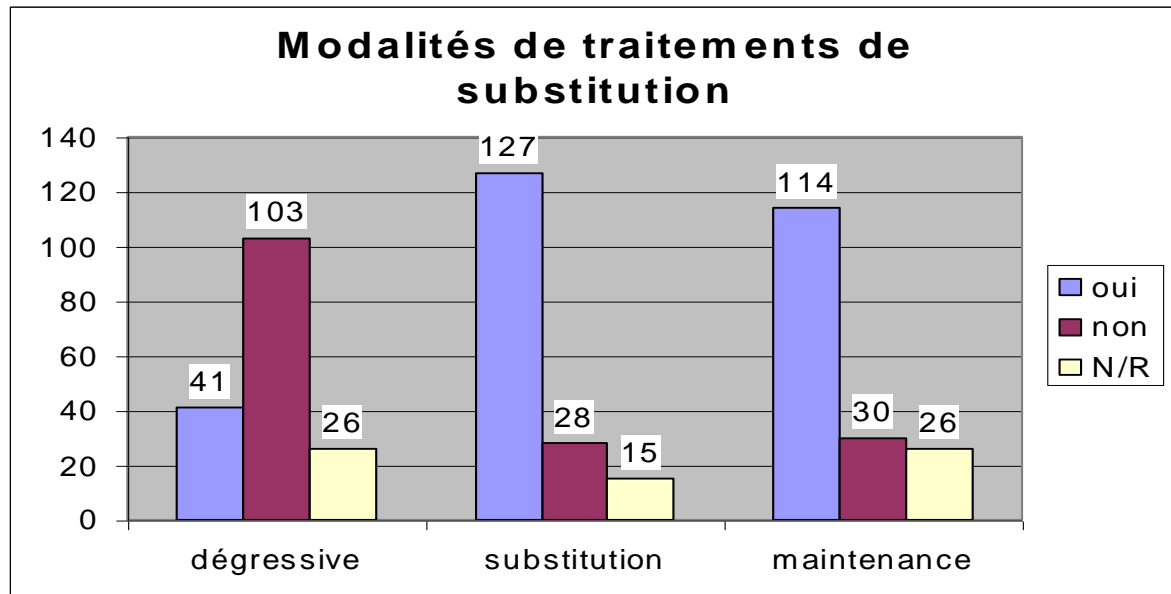
Parmi l'ensemble des données récoltées (N=683), 45.38% des médecins ont une expérience en matière de prise en charge de patients toxicomanes. 54.61% n'ont ni de pratique privée ni de patient toxicomane. 19.9% ont une pratique privée et une patientèle présentant des problèmes de toxicomanies et 5.1% n'ont pas de pratique privée mais ont des patients toxicomanes.

Tableau 25 : Retour des questionnaires par province, par pratique et par spécialité

<i>Spécialité</i>	<i>Traitement de substitution et pratique privée</i>	<i>Traitement de substitution et pas de pratique privée</i>	<i>Traitement de substitution par le passé</i>	<i>Pas de traitement de substitution</i>	<i>total</i>
<i>Médecins généralistes</i>	55	2	52	106	215
<i>Médecins internistes</i>	0	0	1	9	10
<i>Gynécologues</i>	0	0	1	3	4
<i>Neuro/psychiatres</i>	3	2	1	8	14
<i>Autres/inconnus</i>	6	0	0	4	10
Total Province Hainaut	64	4	55	130	253
	25.3%	1.6%	21.7%	51.4%	100%
		26.9%	73.1		
		48.6%	51.4%		
<i>Médecins généralistes</i>	63	12	44	133	252
<i>Médecins internistes</i>	1	2	2	51	56
<i>Gynécologues</i>	0	0	3	22	25
<i>Neuro/psychiatres</i>	5	13	32	25	75
<i>Autres/inconnus</i>	2	4	4	12	22
Total Région bruxelloise	71	31	85	243	430
	16.5%	7.2%	19.8%	56.5%	100%
		23.8%	76.2%		
		43.5%	56.5%		
Total Hainaut et Bruxelles	135	35	140	373	683
	19.9%	5.1%	20.5%	54.6	100%
		24.9%	75.1%		
		45.4%	54.6%		

1. Attitudes des médecins travaillant en cabinet privé et pratiquant les traitements de substitution.

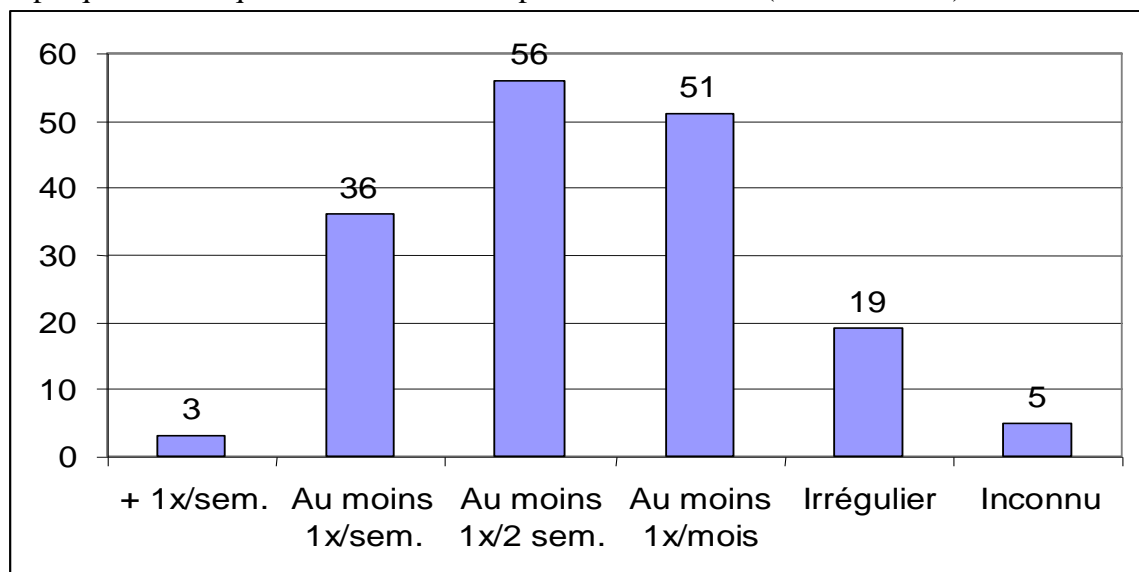
Graphique 19 : Modalités d'utilisation des traitements de substitution (170 médecins)



Légende : N/R = non réponses

Le graphique 1 montre la fréquence à laquelle les médecins pratiquant actuellement des traitements de substitution voient leurs patients. Les données les plus courantes sont comprises entre au moins une fois par semaine à une fois par mois. Soulignons que les catégories ne sont pas mutuellement exclusives et que de nombreux médecins ont précisé que la fréquence des rencontres dépend entre autres, où le patient se situe dans la prise en charge.

Graphique 20 : Fréquence des rencontres patients/ médecins (170 médecins)



Graphique 21: Nombre de patients par médecin pratiquant en cabinet privé

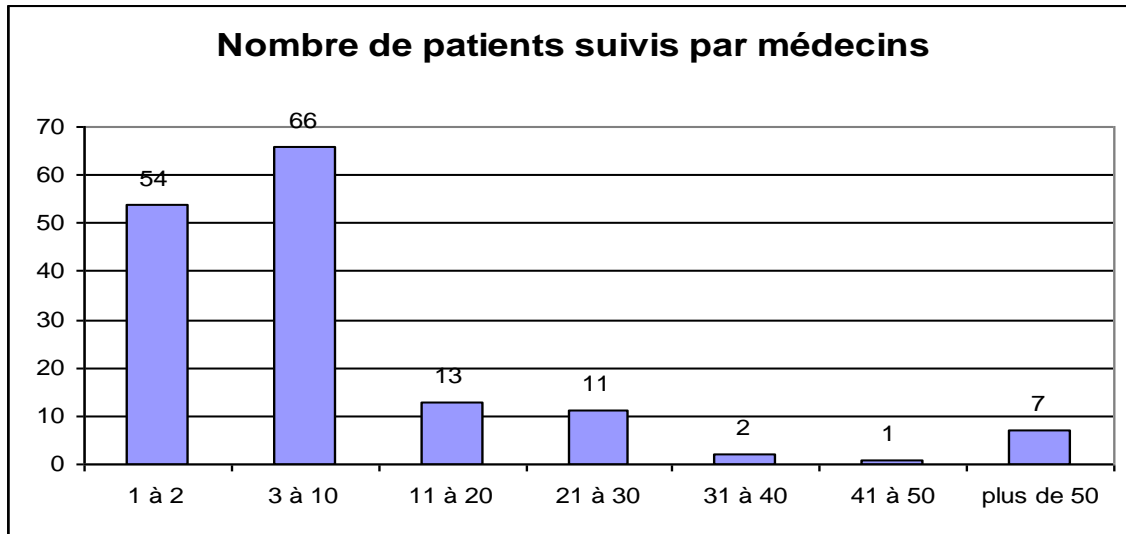


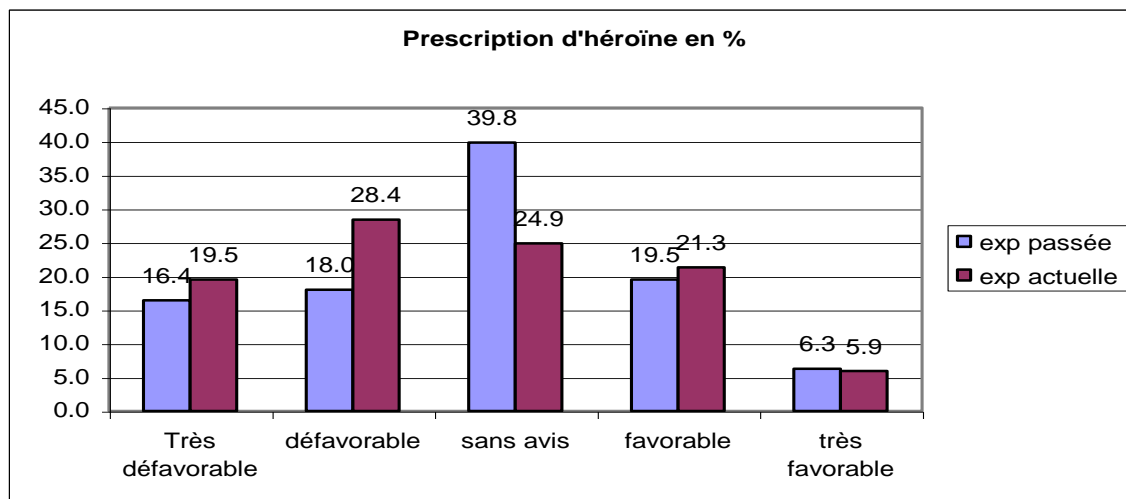
Tableau 26 : Nombre moyen de patients par médecin pratiquant en cabinet privé

	Nombre moyen	SD	Mode	minimum	maximum
Patients	11.9	+/- 27.68	2	1	250

Les médecins en cabinet privé ont généralement peu de patients en traitement, 54 en ont 1 ou 2 patients, 66 de 3 à 10. Quelques rares médecins affirment avoir une file active très étendue (jusque 250 patients !), les recoupements mettent en évidence que ce sont par ailleurs des médecins ayant au moins une part de leur pratique en institution spécialisées.

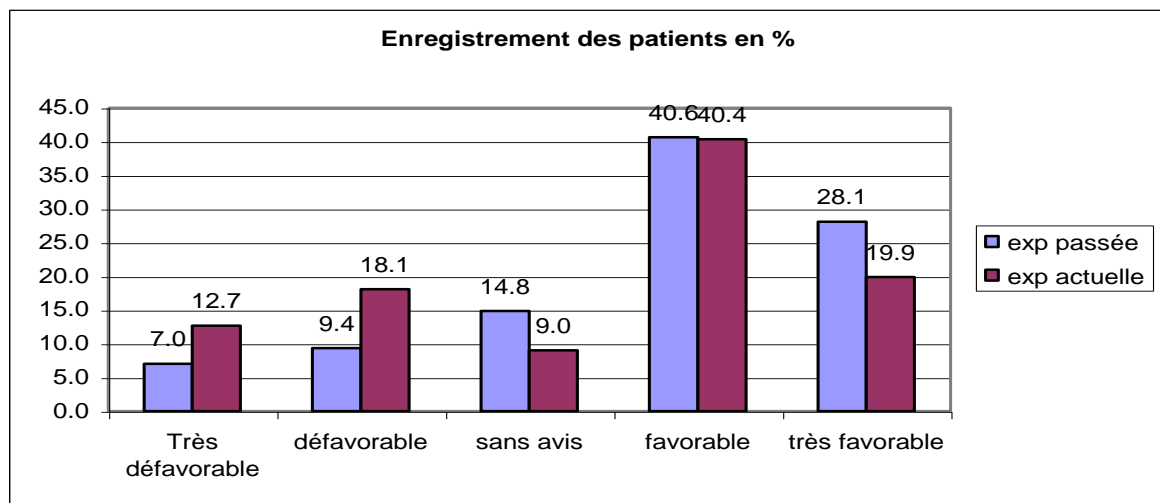
2. Attitudes des médecins travaillant pratiquant ou ayant pratiqué les traitements de substitution.

Graphique 22 : Attitude des médecins pratiquant ou ayant pratiqué des traitements de substitution par rapport à la prescription d'héroïne (297 médecins ayant répondu sur 310 qui pratiquent ou ont pratiqué les traitements de substitution)



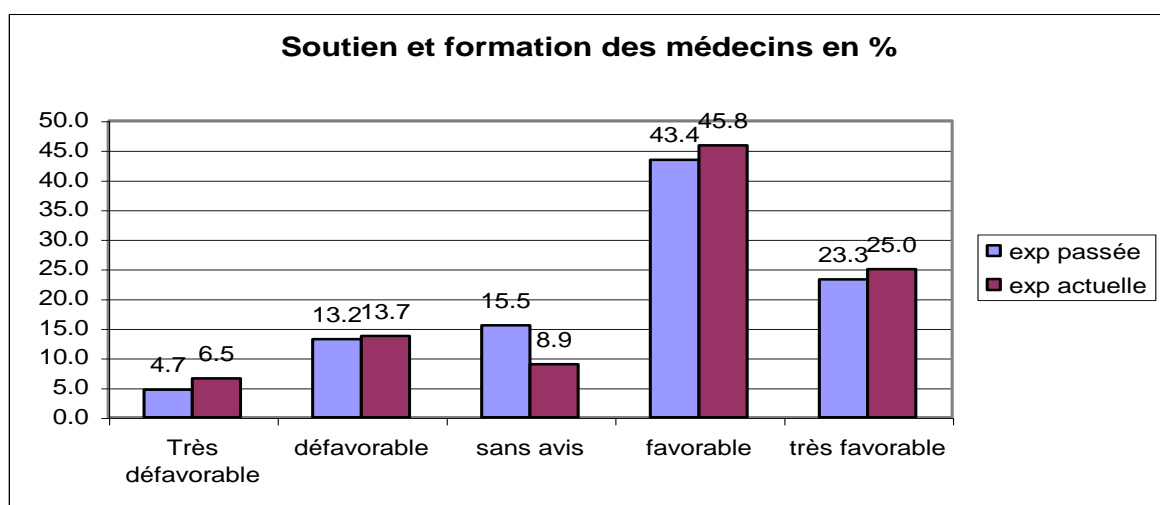
Le graphique 22 montre les différentes attitudes des médecins –ayant une pratique (actuelle et passée) des traitements de substitution – par rapport à l'éventualité de pouvoir prescrire de l'héroïne. Entre les deux groupes de médecins, aucune différence significative n'est observée ($\chi^2 = 9.05$ dl=4 p=.60). Lorsqu'ils ont un avis sur la question, ils sont plutôt défavorables à l'idée d'une telle prescription.

Graphique 23 : Attitude des médecins pratiquant ou ayant pratiqué des traitements de substitution par rapport à un enregistrement uniformisé et centralisé des patients en traitement de substitution (294 médecins ayant répondu sur 310 qui pratiquent ou ont pratiqué les traitements de substitution)



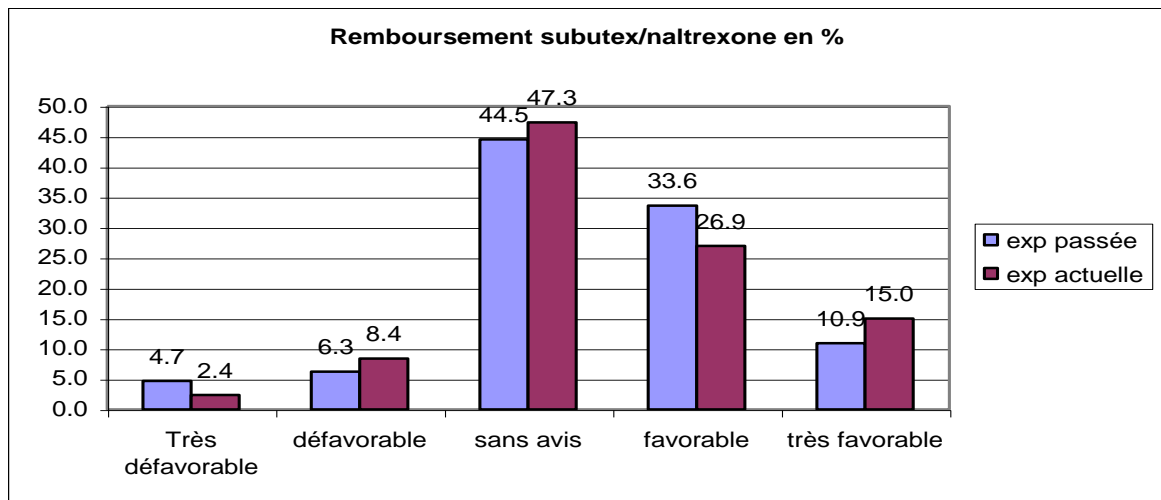
Entre les deux groupes de médecins, il n'y a aucune différence significative ($\chi^2 = 10.26$ dl= 4 p=.036). Ils sont plutôt favorables à l'idée d'un enregistrement.

Graphique 24 : Attitude des médecins pratiquant ou ayant pratiqué des traitements de substitution par rapport à l'obligation de soutien et de formation pour les médecins (297 *médecins* ayant répondu sur 310 qui pratiquent ou ont pratiqué les traitements de substitution)



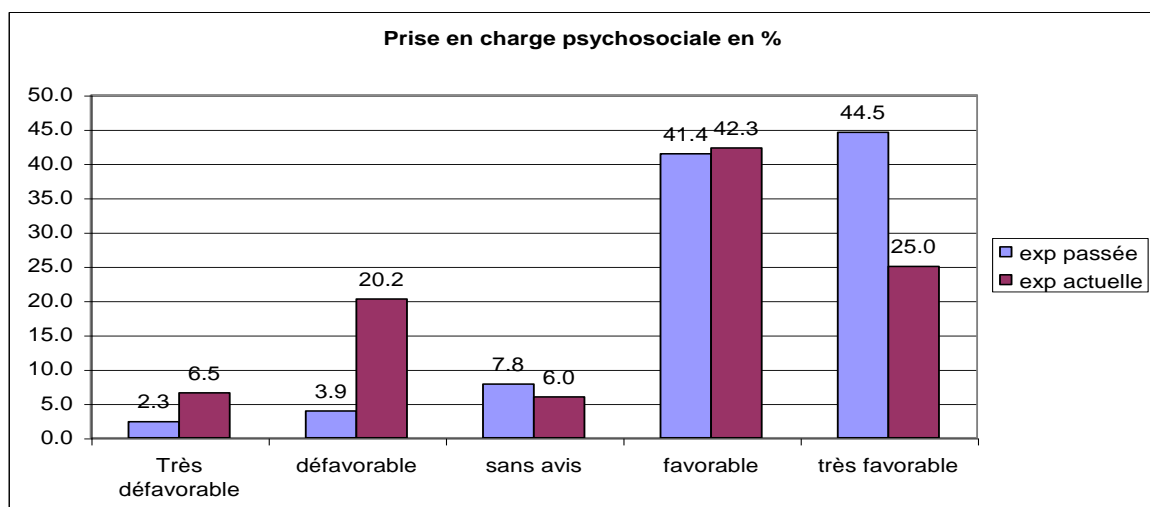
Le graphique ci-dessus met nettement en évidence que les deux groupes de médecins sont favorables à une obligation de soutien et de formation. Il n'y a donc aucune différence significative entre les deux groupes ($\text{Chi}^2 = 3.33$ dl=4 p=.503).

Graphique 25 : Attitude des médecins pratiquant ou ayant pratiqué des traitements de substitution par rapport au remboursement du subutex ou de la naltrexone par les mutuelles (295 médecins ayant répondu sur 310 qui pratiquent ou ont pratiqué les traitements de substitution)



La question du remboursement du Subutex ou de la Naltrexone ne permet pas de différencier ($\text{Chi}^2 = 3.65$ dl=4 p=.45) les deux groupes de médecins. Lorsqu'ils ont un avis sur la question, ils sont davantage favorables à un tel remboursement.

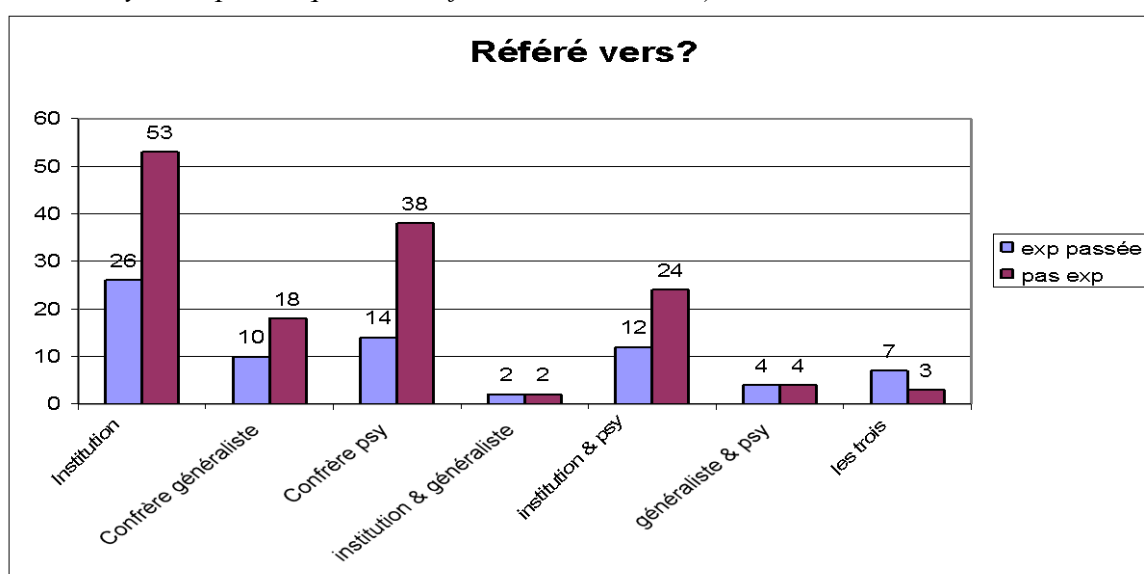
Graphique 26 : Attitude par rapport à l'obligation d'une prise en charge psychosociale pour le patient en traitement de substitution (296 médecins ayant répondu sur 310 qui pratiquent ou ont pratiqué les traitements de substitution)



L'obligation d'une prise en charge psychosociale du patient est la seule attitude pour laquelle on observe une différence significative ($\text{Chi}^2 = 26.09$ dl=4 p=.000, conditions de Cochran respectées et grand écart entre attendu et observé) entre les deux groupes. Ainsi, le groupe de médecins qui a eu une patientèle de toxicomanes pour traitements de substitution est significativement plus favorable à une obligation d'une prise en charge psychosociale des patients.

3. Attitudes des médecins ne pratiquant pas ou plus les traitements de substitution.

Graphique 27 : Renvoi des demandes de traitements de substitution vers d'autres institutions chez les médecins ne pratiquant pas ou plus de traitements de substitution (217 médecins ayant répondu qu'ils transfèrent les demandes)



36,5% des médecins ne pratiquant pas ou plus de traitements de substitution disent les référer vers une institution et 24,8% vers un confrère psychiatre. Une différence significative est observée entre la manière de référer les demandes des médecins bruxellois de celle des hennuyers. Ainsi, les médecins bruxellois renvoient davantage les patients vers une institution alors que leurs confrères hennuyers réfèrent vers le généraliste ($\text{Chi}^2 = 14.04$ dl = 3²⁴¹ p=.003).

Lorsqu'on compare les attitudes des médecins ayant eu une expérience avec des patients toxicomanes avec ceux qui n'ont jamais eu cette expérience, on n'observe aucune différence significative ($\text{Chi}^2 = 8.29$ dl=6 p=.217) dans leur façon de transférer les demandes.

²⁴¹ Pour respecter les conditions de Cochran (moins de 20% d'observés inférieur à 5) nous avons regroupé en une catégorie distincte, les combinaisons possibles entre institution, confrère généraliste et confrère psychiatre.

5.1.4.2. Province du Limbourg et Bruxelles Capitale (Médecins néerlandophones)

5.1.4.2.1 Respons - artsen die substitutiebehandelingen (niet) toepassen

- Provincie Limburg

In totaal hebben er **406** van de **1235 aangeschreven** artsen geantwoord (= response ratio van **33%**), waarvan **45** geneesheren substitutiebehandelingen toepassen (**11%**).

Dit eerder lage percentage wordt toegeschreven aan de specifieke situatie in de provincie Limburg waar een systeem van "gemandateerde huisartsen" gangbaar is (zie vorig tussentijds verslag). De 27 gemandateerde huisartsen werden allemaal nog eens afzonderlijk gecontacteerd en aangespoord om hun enquête terug te sturen. Slechts 3 van hen hebben tot op heden nog niet geantwoord. Bovendien heeft er ook een panelgesprek plaatsgevonden met deze gemandateerde artsen op 01/04/2003 (zie verder voor de bespreking van de resultaten).

- Brussel-Hoofdstad (nederlandstalige artsen)

In totaal hebben er **59** van de **278 aangeschreven** artsen geantwoord (= response ratio van **21%**), waarvan **12** geneesheren substitutiebehandelingen toepassen (**20,3%**).

Tabel 27. Respons enquêtes per provincie, per praktijk en per specialisme

Specialisme	Substitutie- behandeling en privé- praktijk	Substitutie- behandeling en geen privé- praktijk	Substitutie- behandeling in het verleden	Geen substitutie- behandeling	Totaal
Huisartsen	38	1	48	225	312
Internisten	-	-	-	37	37
Gynaecologen	3	1	1	14	19
Neuro/psychiaters	1	1	6	19	27
Andere/onbekend	-	-	-	11	11
Totaal provincie Limburg	42	3	55	306	406
	10,3%	0,7%	13,6%	75,4%	100%
		11%	89%		100%
		24,6%	75,4%		100%
Huisartsen	9	-	4	24	37
Internisten	-	-	1	4	5
Gynaecologen	-	-	-	3	3
Neuro/psychiaters	-	1	1	7	9
Andere/onbekend	2	-	-	3	5
Totaal Brussel-Hoofdstad (nederlandstalig)	11	1	6	41	59
	18,6%	1,7%	10,2%	69,5%	100%
		20,3%	79,7%		100%
		30,5%	69,5%		100%
Totaal Limburg en Brussel-Hoofdstad	53	4	61	347	465
	11,4%	0,9%	13,1%	74,6%	100%
		12,3%	87,7%		100%
		25,4%	74,6%		100%

Wat de provincie **Limburg** betreft, hebben we reeds vermeld dat het vrij laag percentage van de huisartsen dat substitutiebehandelingen toepast (11%), zeer waarschijnlijk toe te schrijven is aan het systeem van de “gemandateerde huisartsen” (GHA). Als we echter de artsen erbij tellen die vroeger²⁴² wel substitutiebehandelingen toepasten, maar nu niet meer, krijgen we meer dan een verdubbeling van hun aantal. Ons vermoeden is dat door het invoeren van het systeem van de GHA, de substitutiebehandelingen en –cliënten bij hen geconcentreerd worden en veel minder bij andere huisartsen, aangezien zijn doorverwijzen naar de GHA.

²⁴² Wat is “vroeger”? Waarschijnlijk van vóórdat het systeem van de gemandateerde artsen in voege was...

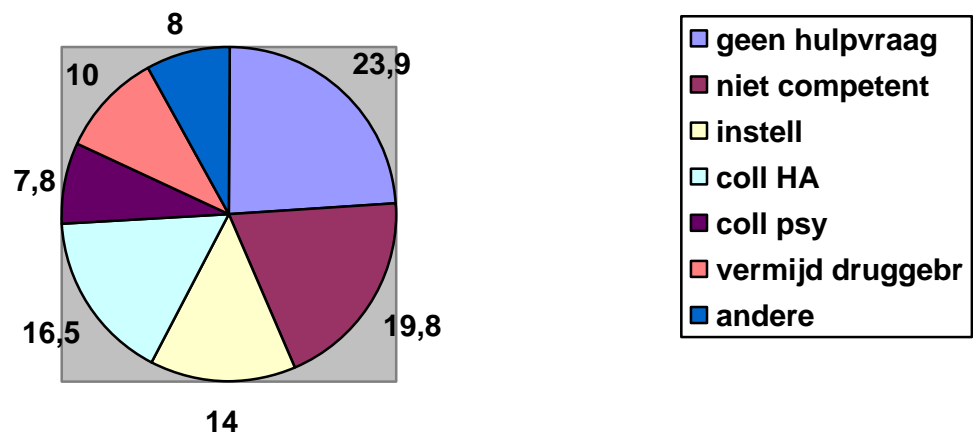
Als onze hypothese klopt, dan zouden we in Brussel – waar zulk systeem niet bestaat – sowieso een groter aantal artsen moeten vinden die substitutiebehandelingen toepassen. In tabel 5 zien we dat die stelling verhoudingsgewijs opgaat, zeker als men opmerkt dat er een minder groot verschil is met Limburg als we de artsen erbij tellen die vroeger substitutiebehandelingen toepasten maar nu niet meer.

5.1.4.2.2 Artsen die substitutiebehandelingen NIET toepassen - redenen

- Provincie Limburg

Zeer interessant is ook om te kijken naar de **redenen** waarom toch nog de meerderheid van de responderende artsen **geen** substitutiebehandelingen toepassen (zie vraag 2.1 van het enquêteformulier).

Figuur 1: Limburg: redenen voor niet-toepassen van SB



Wanneer men in **Limburg** een hulpvraag krijgt van een druggebruiker naar vervangmedicatie lijkt men het vaakst door te verwijzen naar een instelling, een collega huisarts en/of een collega psychiater (samen goed voor 38,3%). Het feit dat bij de doorverwijzingen het meest naar een collega huisarts wordt doorverwezen, hoeft niet te verbazen; het zal hier meestal om een "gemandateerde huisarts" gaan (cfr. infra). In bijna 24% van de gevallen krijgt men niet eens die hulpvraag. Voorst geeft men toch ook in bijna 20% van de gevallen aan dat men zich niet (voldoende) competent acht om substitutiebehandelingen toe te passen. Dit is waarschijnlijk het gevolg van een tekort aan specifieke opleidingen en meer nog een tekort aan aandacht voor de drugproblematiek reeds tijdens de studies geneeskunde. Opmerkelijk is ook dat het vermijden van contact met druggebruikers een niet verwaarloosbare score haalt van 10%.

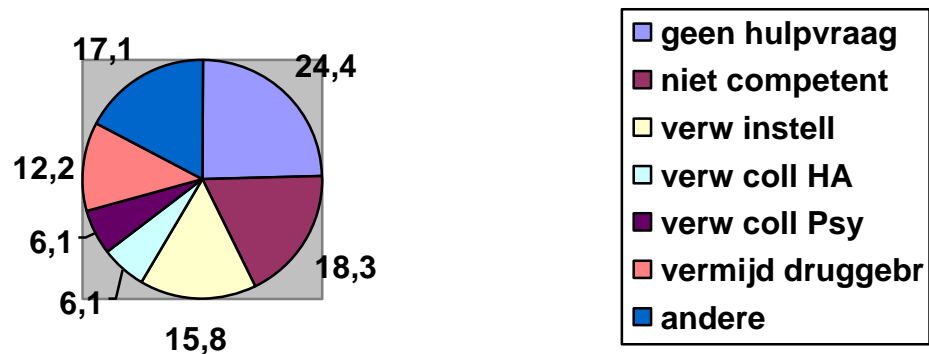
Bij "andere" vermeldt men in de helft van de gevallen dat de plaatselijke huisartsenkring gemandateerde huisartsen heeft aangesteld voor deze problematiek. Daarnaast vermeldt men nog vrij vaak als "excuus" dat men geen huisarts is, maar specialist in één of andere geneeskundige discipline²⁴³. Tenslotte lezen we nog dat men bang is voor druggebruikers die de praktijk 'storen'; dat men geen vertrouwen heeft in ambulante hulpverlening en dat men niet gelooft in of - sterker nog - tegenstander is van substitutiebehandelingen.

²⁴³ Blijkbaar is in België nog niet het algemene besef doorgedrongen dat niet alleen huisartsen, maar ook andere specialisten een rol kunnen spelen in de opvang en behandeling van druggebruikers, zelfs wat betreft substitutiebehandelingen.

- Brussel-Hoofdstad

Wat **Brussel** betreft, zien we vrij gelijkaardige antwoorden op de vraag waarom men **geen** substitutiebehandelingen toepast, zij het dat men minder doorverwijst en meer gebruik maakt van de antwoordcategorie "andere".

Figuur 2: Brussel: redenen voor niet toepassen van SB



Een vergelijking met Limburg leert ons dat het doorverwijzen naar een instelling, een collega huisarts of collega psychiater een grote rol speelt voor de Brusselse huisartsen die een hulpvraag krijgen voor substitutiebehandeling, maar dit aandeel is kleiner in Brussel (28%) dan in Limburg (38,3%). Vooral een doorverwijzing naar een collega huisarts komt in Brussel veel minder vaak voor, waarschijnlijk omdat men daar geen systeem heeft zoals in Limburg van artsen die zich specifiek met illegale druggebruikers en substitutiebehandelingen bezighouden. Blijkbaar past een groot deel van de Brusselse artsen deze hulpverleningsvorm niet toe, gewoon omdat zij geen hulpvraag krijgen in die zin (een kleine 25%). Dit is toch wel merkwaardig in een grootstad zoals Brussel, waarvan men kan vermoeden dat ze heel wat problematische en gemarginaliseerde druggebruikers aantrekt, vergelijkbaar met een stad als Antwerpen. Wij vermoeden echter dat deze mensen eerder opgevangen worden, hetzij in crisiscentra, daklozenopvang en laagdrempelige ambulante drugcentra, hetzij meer door franstalige huisartsen. Uit gesprekken en uit de schriftelijke enquêtes blijkt immers meermaals dat de nederlandstalige Orde der Geneesheren in Brussel zeer streng optreedt tegen artsen die vervangmedicatie voorschrijven; terwijl de franstalige Orde veel permissiever staat tegenover het voorschrijven van substitutiemiddelen.

Wat betreft het zich niet competent genoeg achten voor deze problematiek, is het percentage vergelijkbaar met dat van de Limburgse enquêtes. Deze reden komt op de derde plaats, wat niet wil zeggen dat ze niet meer zwaar kan doorwegen (18,3%).

Aan de hand van deze enquête zou men kunnen besluiten dat de Brusselse artsen iets wantrouwiger staan ten opzichte van druggebruikers dan de Limburgse artsen, maar we moeten dit zeer sterk nuanceren, enerzijds aangezien het om een kleinere groep van artsen gaat (47 Brusselse artsen; tegenover 361 Limburgse artsen) en anderzijds omdat de percentages niet sterk verschillen van elkaar (12,2% m.b.t. de Brusselse artsen; tegenover 10% m.b.t. de Limburgse artsen).

Een veel groter verschil vinden we in de antwoordcategorie "andere" (17,1%). Hier worden verschillende redenen aangehaald, die men zou kunnen indelen in drie groepen:

- 1) een bepaalde specialisatie (bv. neuroloog, gynaecoloog, bedrijfsarts, geneesheer-inspecteur) is blijkbaar niet verenigbaar met de behandeling van druggebruikers²⁴⁴;
- 2) de nederlandstalige Orde treedt streng op tegen huisartsen die substitutiebehandelingen toepassen;
- 3) men wil geen druggebruikers over de vloer krijgen ("veel last en moeite voor +/- geen rendement") ("ze jagen andere patiënten in de wachtzaal schrik aan").

5.1.4.2.3 Artsen die substitutiebehandelingen toepassen: aantal patiënten, produkten en frequentie van patiënt-contacten

- Provincie Limburg

Aangezien het hier om kleine aantallen gaat, nl. enkel de artsen die substitutiebehandelingen toepassen, geven we geen tabellen, maar bespreken we de resultaten bij wijze van algemene tendensen.

Tabel 27 (cfr. supra) toont aan dat **45 Limburgse artsen** positief geantwoord hebben op de vraag of hij/zij substitutiebehandelingen toepast.

Het **aantal patiënten** per arts is zeer uiteenlopend. Als we een optelsom zouden maken en het gemiddeld aantal patiënten per arts zouden berekenen, gaan nuanceringen en tendensen verloren, die we wel zien als we de aantallen naast elkaar leggen. Zo zijn er twee tendensen te onderscheiden. Enerzijds hebben de gemandateerde huisartsen (GHA) eerder hoge patiëntenaantallen. Dit kan gaan van 20 tot zelfs 50 patiënten. Sommige artsen geven aan dat het er zoveel zijn dat men geen zicht heeft op het exacte aantal. Anderzijds hebben de "gewone" artsen over het algemeen eerder weinig substitutiepatiënten; de meeste hebben er slechts enkele (1 à 4) in behandeling. Op deze twee tendensen zijn er echter stevast enkele uitzonderingen. Zo geeft een GHA slechts 1 mannelijke patiënt op; terwijl één niet-gemandateerde arts 53 mannelijke en 12 vrouwelijke patiënten heeft. Een algemene tendens is dan weer dat zowel de GHA als de andere artsen meer mannelijke dan vrouwelijke patiënten in behandeling heeft. De verhoudingen komen overeen met de man-vrouw-ratio die meestal in de cijfers van hulpverleningscentra terug te vinden is, nl. 1/4 (1 vrouw tegenover 4 mannen).

Wat de **produkten** betreft, is er nauwelijks een verschil tussen de GHA en de overige artsen: de meerderheid schrijft vooral methadon voor en op de tweede plaats - maar in veel mindere mate - Temgesic. Opvallend is wel dat de GHA ongeveer evenveel Codicontin als Temgesic blijken voor te schrijven, terwijl er slechts 1 niet-gemandateerde arts is die "Codicontin" vermeldt in de open restcategorie.

Vervolgens wordt op het enquêteformulier gevraagd naar de **frequentie** van contact met de substitutiepatiënten. Hier is er weer een duidelijk verschil tussen beide categorieën van artsen, in die zin dat de "gewone" geneesheren hun patiënten gemiddeld vaker zien dan de GHA. Dit is evenwel te verklaren door het feit dat de GHA afwisselend zitdagen hebben in het MSOC. De patiënten komen dus wel vaak in contact met het personeel en de artsen van het MSOC, maar worden bv. de ene week door één bepaalde arts en de andere week door een andere GHA gezien.

²⁴⁴ Hier geldt hetzelfde woordje uitleg als in de vorige voetnoot.

- Brussel-Hoofdstad

Het aantal Brusselse artsen dat substitutiebehandelingen toepast, is zo mogelijk nog kleiner dan in Limburg (cfr. tabel 27: N=12). Op basis van 12 respondenten kan men bezwaarlijk algemene uitspraken doen.

Het **aantal patiënten** per arts is klein (1 à 3 patiënten), maar toch geven 3 van de 12 artsen grotere aantallen op, respectievelijk 17, 20 en 30 patiënten. Een vergelijkbare tendens met de Limburgse artsen is dat bijna alle Brusselse artsen minder vrouwen dan mannen in behandeling hebben.

Methadon is in Brussel nog meer hét **substitutiemiddel** bij uitstek dan in Limburg: slechts 3 van de 12 artsen duiden ook Temgesic aan. Het aantal Brusselse respondenten is echter te klein om te kunnen uitmaken of dit verschil met de Limburgse artsen te extrapoleren valt naar andere artsen die substitutiebehandelingen toepassen, maar die niet geantwoord hebben op onze enquête.

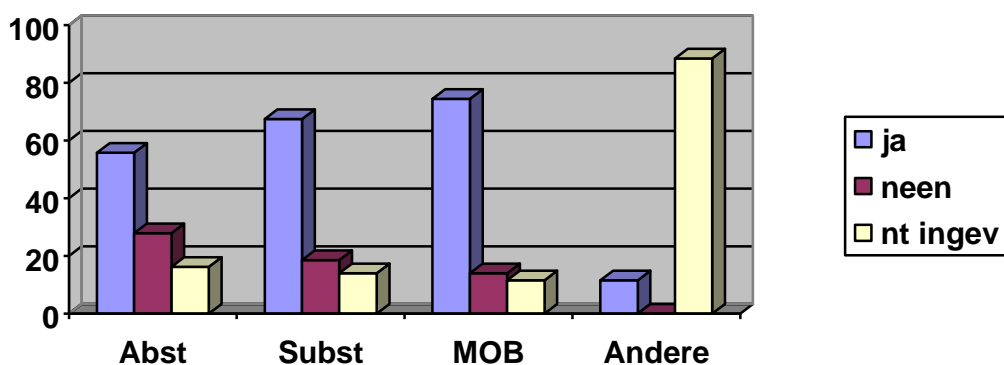
De Brusselse artsen zien hun patiënten 1x/week of 1x/14 dagen, wat vrij frequent is, maar toch minder frequent dan de Limburgse artsen.

5.1.4.2.4 Modaliteiten

- Provincie Limburg

Over het algemeen lijken de GHA gemakkelijker op langere termijn substitutiemiddelen voor te schrijven dan de "gewone" artsen, die eerder op kortere termijn substitutiebehandelingen toepassen. Dit verschil is echter niet zo groot. Als we de percentages berekenen, blijkt dat de **drie** vooropgestelde **modaliteiten** door alle artsen **meer wel dan niet** worden toegepast, hoewel in gemiddeld 14% van de gevallen deze vraag niet beantwoord werd (categorie "niet ingevuld"). Van de drie modaliteiten, wordt de **onderhoudsbehandeling** (MOB) het meest toegepast (74.4%), gevolgd door de substitutiebehandeling *sensu stricto* (67.4%). Hoewel depressieve ontwenning het minst voorkomt, is deze modaliteit toch nog op meer dan de helft van de patiënten van toepassing (55.8%).

Figuur 3: Limburg - modaliteiten



Slechts 5 van de 45 artsen vermelden een andere modaliteit, waaronder 4 gemandateerde huisartsen. Deze andere modaliteiten worden als volgt omschreven:

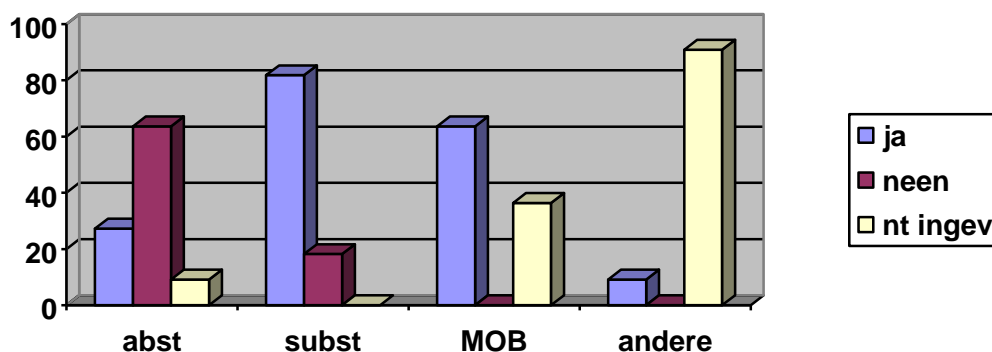
- volgens noodzaak;
- ondersteuning acute afkick (*Temgesic, Codicontin*);
- de vraag van de cliënt is vaak bepalend;
- opvolgingsgesprekken, gedragstherapeutische benadering;
- snelle afbouw (als sanctie).

Tenslotte kan men zich afvragen (zoals een GHA tijdens het panelgesprek dd. 1/04/2003 terecht opmerkte) welke modaliteit men toepast als de behandeling langer dan 3 maanden maar minder dan 2 jaar duurt. Inderdaad is dit zogenaamd geen degressieve ontwenning ("minder dan 3 maanden"), maar ook geen substitutiebehandeling *sensu stricto* ("2 tot 5 jaar")...

- Brussel-Hoofdstad

Wat de Brusselse artsen betreft, gaat het hier slechts om 12 artsen die substitutiebehandelingen toepassen. We dienen dus voorzichtig te zijn met het interpreteren van de resultaten.

Figuur 4: Brussel: modaliteiten



Uit de percentages blijkt de Brusselse artsen veel meer **substitutiebehandelingen *sensu stricto*** (81.8%) en **onderhoudsbehandelingen** (63.6%) toe te passen dan degressieve ontwenning. Bij deze laatste geven de artsen zelfs aan in meer dan 60% van de gevallen deze modaliteit *niet* toe te passen. Bij de modaliteit van de onderhoudsbehandeling hebben echter meer dan 1/3 van de artsen niks ingevuld. Indien men mag veronderstellen dat het niet invullen eveneens kan betekenen dat deze modaliteit ook wordt toegepast, dan wordt het zelfs de meest toegepaste modaliteit. Hierover hebben we echter geen uitsluitsel, dus blijft het bij een vermoeden.

Eén arts geeft aan ook andere modaliteiten toe te passen, met de precisering "*afhankelijk van de patiënt en diens toestand*". Dit is trouwens een **opmerking** die we meermaals hebben vernomen tijdens gesprekken met artsen en hulpverleners, betrokken bij het onderzoek: de vooropgestelde modaliteiten komen *niet helemaal overeen met de dagelijkse praktijk*. Meestal weet men bij het begin van de behandeling nog niet welke modaliteit men zal toepassen; dit blijkt pas *tijdens* de behandeling. Bovendien kan de duur

van de behandeling aangepast worden naargelang de situatie van de patiënt/cliënt verandert.

5.1.4.2.5 Contact met specialiseerde drughulpverlening

- *Provincie Limburg*

Wat het contact met de drughulpverlening in Limburg betreft, kunnen we kort zijn, aangezien

- 1) het **MSOC** het enige ambulante drugcentrum is dat de hele provincie Limburg bestreikt,
- 2) de GHA altijd in contact met het MSOC Limburg staan i.k.v. hun nauwe samenwerking ermee,
- 3) er geen netwerk van huisartsen bestaat, vergelijkbaar met "R.A.T." of "projet Lama".

We zullen hier dus enkel de geneesheren behouden die niet-gemandateerd zijn, waarbij slechts twee mogelijkheden zich kunnen voordoen: ofwel staan/stonden ze in contact met het MSOC (en eventueel nog met Katarsis, een residentieel ontwenningencentrum); ofwel werken ze "geïsoleerd", dus zonder contact te hebben (gehad) met de gespecialiseerde drughulpverlening.

Het betreft hier **21** artsen, waarvan er

- **9** in contact staan met het MSOC/CAD, *Katarsis, Psychiatrische Ziekenhuizen of Centra (PZ/PC), straathoekwerk (SHW)*
- **3 in het verleden in contact stonden met MSOC/CAD, De Sleutel, PC Ziekeren, maar momenteel niet meer + 9 noch in het verleden, noch momenteel contact hebben met de specialiseerde hulpverlening.**

Hieruit volgt dat **12** van de 21 niet-gemandateerde artsen momenteel geen contact heeft met de drughulpverlening en dus "geïsoleerd" werkt, wat toch een groot aantal is (57%). Spijtig genoeg hebben we wegens tijdsgebrek deze 12 artsen nog niet diepgaand kunnen interviewen. Dit is een prioritaire taak voor de 2^o fase van huidig project.

- *Brussel-Hoofdstad*

Ten eerste is het voor de Brusselse artsen **niet duidelijk** wat precies het **verschil** is tussen "**instellingen**" en "**netwerken van huisartsen**". Dit is te merken aan het feit dat men bij beide categorieën dezelfde instellingen of diensten vermeldt. Bijvoorbeeld LAMA (4 vermeldingen), Brusselse Huisartsenkring (BHA) (4 vermeldingen) en R.A.T. (2 vermeldingen) vinden we zowel bij instellingen als bij netwerken terug.

Ten tweede is er in Brussel geen strikte scheiding tussen de nederlandstalige artsen en de franstalige²⁴⁵. De **nederlandstalige** huisartsen **werken zelfs meer samen met franstalige** artsen en/of instellingen, aangezien er in Brussel ook nauwelijks strikt nederlandstalige drugcentra, laat staan netwerken van huisartsen bestaan.

Aangezien het hier slechts om 12 artsen gaat, geven we enkele algemene tendensen:

- de **helft** (6 op 12 of 50%) werkt **nooit** samen met gespecialiseerde instellingen of netwerken, ook niet in het verleden;
- van de overige helft zijn **er iets meer artsen** die **momenteel** (en eventueel ook in het verleden) samenwerken, dan artsen die enkel in het verleden maar momenteel niet meer in contact staan met de drughulpverlening. Dit verschil is echter minimaal.

²⁴⁵ Dit hadden we reeds vernomen tijdens een gesprek met de nederlandstalige Brusselse huisarts dr. Peter Van Breusegem dd. 21/10/2002. De resultaten van onze huisartsenenquête bevestigen dus deze vaststelling.

- indien er wordt **samengewerkt**, is dit vaker met **instellingen** (6x vroeger, 6x momenteel) dan met netwerken (2x vroeger, 3x momenteel);

De instellingen en netwerken die men opgeeft, zijn de volgende:

- Lama: 4 vermeldingen
- BHA: 4 vermeldingen
- R.A.T.: 2 vermeldingen
- De Spiegel: 2 vermeldingen
- Enaden, INB, CASC, PZ St.-Michiel & St.-Luc, Brugmann: telkens 1 vermelding

5.1.4.2.5 Opiniepeiling

- Provincie Limburg

Wat de opiniepeiling betreft, is het interessant een onderscheid te maken tussen de artsen die substitutiebehandelingen toepassen en de artsen die dit niet doen. Van het totale aantal respondenten (N = 406), zijn er **45** die **substitutiebehandelingen** toepassen en **361** die **substitutiebehandelingen niet (meer)** toepassen

Tabel 28: *Opinies van artsen die substitutiebehandelingen toepassen (N = 44)*²⁴⁶

Uw houding t.a.v.:	Zeer gunstig	Gunstig	Geen mening	Niet gunstig	Absoluut niet gunstig	Geen antwoord	Totaal
Heroïne op medisch voorschrift	2	10	11	7	11	3	44
	12		11	18			
Uniforme en centrale registratie	19	19	3	1	-	2	44
	38		3	1			
Verplichte ondersteuning / vorming artsen	21	19	2	2	-	-	44
	40		2	2			
Verplichte psychosociale bgl patiënten	23	16	-	5	-	-	44
	39		-	5			
Terugbetaling subutex en naltrexone	6	13	18	3	1	3	44
	19		18	4			

Bijna iedereen heeft het schema ingevuld (44 van de 45 respondenten); enkel bepaalde topics worden door sommige respondenten niet beantwoord.

Over ‘*heroïne op medisch voorschrift*’ zijn de meningen verdeeld, met een lichte doorslag naar ‘niet gunstig’ tot ‘absoluut niet gunstig’. Het feit dat de categorie ‘geen mening’ ook vrij vaak wordt aangekruist, mogen we misschien besluiten dat velen hun mening niet durven geven...?

²⁴⁶ N = 44, dus 1 respondent/2,3% heeft vraag 5 niet beantwoord.

De topics ‘verplichte vorming voor artsen’, ‘verplichte psychosociale begeleiding voor patiënten’ en ‘uniforme registratie’ worden bijna unaniem (en in die volgorde) van ‘gunstig’ tot ‘zeer gunstig’ geëvalueerd.

De topic ‘terugbetaling subutex en naltrexone’ wordt voornamelijk als gunstig geëvalueerd, maar bijna evenveel respondenten geven aan hierover geen mening te hebben. Hier kan dit verklaard worden door het feit dat men deze middelen nauwelijks kent (dit schrijven sommige respondenten er expliciet bij). Inderdaad is buprenorfine bv. in Vlaanderen beter als Temgesic gekend.

Tabel 29: *Opinies van artsen die substitutiebehandelingen NIET toepassen (N = 226)*²⁴⁷

Uw houding t.a.v.:	Zeer gunstig	Gunstig	Geen mening	Niet gunstig	Absoluut niet gunstig	Geen antwoord	Totaal
Heroïne op medisch voorschrift	6	31	61	64	60	4	226
	37		61	124			
Uniforme en centrale registratie	95	109	15	3	4	-	226
	204		15	7			
Verplichte ondersteuning / vorming artsen	44	112	40	18	10	2	226
	156		40	28			
Verplichte psychosociale bgl patiënten	105	104	14	2	1	-	226
	209		14	3			
Terugbetaling subutex en naltrexone	11	58	114	25	18	-	226
	69		114	43			

Opmerking 1: op het eerste zicht lijken de artsen die substitutiebehandelingen toepassen, gunstiger te staan tegenover al deze topics, vnl. dan t.a.v. de controversiële topic ‘heroïne op medisch voorschrift’

Opmerking 2: het hoge aantal artsen dat ‘geen mening’ aankruist bij de topic ‘terugbetaling van subutex en naltrexon door de mutualiteiten’, lijkt erop te wijzen dat het hier een uiting is van een gebrek aan kennis over deze middelen, zelfs bij de artsen die substitutiebehandelingen toepassen; in dit geval zou ‘geen mening’ dus beter gelezen worden als ‘mij onbekend’ (sommige artsen schrijven dat ook expliciet op het antwoordformulier erbij)

Enkel 226 respondenten hebben deze tabel ingevuld, dus 37% heeft niet geantwoord; verderop zijn de percentages dus berekend op zij die wel geantwoord hebben, nl. N = 226 (of 63% van de totale responspopulatie, wat nog geen 2/3 is van dit totaal).

²⁴⁷ N = 226, dus 135 respondenten/37% hebben vraag 5 niet beantwoord

Het is duidelijk hoe ‘heroïne op medisch voorschrift’ vnl. negatief wordt beoordeeld, naast een groot aantal artsen dat ‘geen mening’ heeft (of zich niet wil/durft uitspreken). Worden wel zeer positief beoordeeld (in die volgorde): ten eerste ‘psychosociale begeleiding’, ten tweede ‘uniforme registratie’ en ten slotte ‘opleiding van artsen’. Over ‘terugbetaling sub/naltrex’ zijn de meningen verdeeld, met een licht overwicht van gunstige beoordeling, maar de meerderheid geeft ‘geen mening’, ook weer waarschijnlijk doordat die middelen niet zo bekend zijn.

- Brussel-Hoofdstad

Ook hier maken we een onderscheid tussen de artsen die substitutiebehandelingen toepassen en die dit niet doen. Van het totale aantal respondenten (N = 59), zijn er **12 die substitutiebehandelingen toepassen** en **47 die substitutiebehandelingen niet (meer) toepassen**

Tabel 30: Opinions van artsen die substitutiebehandelingen toepassen (N = 11)²⁴⁸

Uw houding t.a.v.:	Zeer gunstig	Gunstig	Geen mening	Niet gunstig	Absoluut niet gunstig	Geen antwoord	Totaal
Heroïne op medisch voorschrift	-	4	4	2	1	-	11
	4		4		3		
Uniforme en centrale registratie	4	4	1	1	1	-	11
	8		1		2		
Verplichte ondersteuning / vorming artsen	5	1	2	2	-	1	11
	6		2		2		
Verplichte psychosociale bgl patiënten	2	5	-	2	2	-	11
	7		-		4		
Terugbetaling subutex en naltrexone	1	4	5	1	-	-	11
	5		5		1		

Opmerking: Aangezien het hier slechts gaat om een zeer kleine groep van 11 respondenten, kunnen we geen algemene uitspraken doen.

²⁴⁸ N = 11, dus 1 respondent/1,7% heeft vraag 5 niet beantwoord

Tabel 31: Opinions van artsen die substitutiebehandelingen NIET toepassen (N = 24)²⁴⁹

Uw houding t.a.v.:	Zeer gunstig	Gunstig	Geen mening	Niet gunstig	Absoluut niet gunstig	Geen antwoord	Totaal
Heroïne op medisch voorschrift	3	3	4	9	4	1	24
	6		4	13			
Uniforme en centrale registratie	8	10	3	2	-	1	24
	18		3	2			
Verplichte ondersteuning / vorming artsen	1	16	3	2	-	2	24
	17		3	2			
Verplichte psychosociale bgl patiënten	10	13	1	-	-	-	24
	23		1	-			
Terugbetaling subutex en naltrexone	1	12	7	4	-	-	24
	13		7	4			

Bijna de helft van de respondenten heeft de tabel niet ingevuld: N = slechts 24 (49% heeft niet geantwoord!); verderop zijn de percentages dus berekend op N = 24 (of 51% van alle respondenten die geen substitutiebehandelingen toepassen).

Wat betreft ‘heroïne op medisch voorschrift’: enkel voor de artsen in Brussel die wel substitutiebehandelingen toepassen, helt de weegschaal iets over naar ‘gunstig’, maar zoals gezegd is het moeilijk om uitspraken te doen over zo’n klein aantal personen; toch is het een uitzonderlijke situatie, aangezien alle andere respondenten deze topic eerder als negatief beoordelen.

Voor de Brusselse artsen die geen substitutiebehandelingen toepassen is de situatie gelijklopend met de artsen in Limburg: meer naar ‘ongunstig’, al zijn er in Brussel meer uitgesproken meningen want minder ‘geen mening’.

De andere topics worden vnl. positief geëvalueerd en wel in dezelfde volgorde als in Limburg: 1) psychosociale begeleiding, 2) uniforme registratie en 3) opleiding van artsen. Zelfs de laatste topic (‘terugbetaling sub/naltrex’) wordt overwegend positief gekwoteerd; er zijn nog wel een aanzienlijk aantal respondenten die ‘geen mening’ hebben, maar toch veel minder dan de Limburgse respondenten.

²⁴⁹ N = 24, dus 23 respondenten/49% (!) heeft vraag 5 niet beantwoord

Tabel 32- *SAMENVATTING Brussel + Limburg (N = 305)*²⁵⁰

Uw houding t.a.v.:	Zeer gunstig	Gunstig	Geen mening	Niet gunstig	Absoluut niet gunstig	Geen antwoord	Totaal
Heroïne op medisch voorschrift	3,6% (11)	15,7% (48)	26,2% (80)	26,9% (82)	24,9% (76)	2,6% (8)	100% (305)
	19,3% (59)		26,2% (80)	51,8% (158)	2,6% (8)		
Uniforme en centrale registratie	41,3% (126)	46,5% (142)	7,2% (22)	2,3% (7)	1,6% (5)	1% (3)	100% (305)
	87,9% (268)		7,2% (22)	3,9% (12)	1% (3)		
Verplichte ondersteuning / vorming artsen	23,3% (71)	48,5% (148)	15,4% (47)	7,8% (24)	3,3% (10)	1,6% (5)	100% (305)
	71,8% (219)		15,4% (47)	11,1% (34)	1,6% (5)		
Verplichte psychosociale bg patiënten	45,9% (140)	45,2% (138)	4,9% (15)	2,9% (9)	1% (3)	-	100% (305)
	91,1% (278)		4,9% (15)	3,9% (12)	-		
Terugbetaling subutex en naltrexone	6,2% (19)	28,5% (87)	47,2% (144)	10,8% (33)	6,2% (19)	1% (3)	100% (305)
	34,7% (106)		47,2% (144)	17% (52)	1% (3)		

5.2. Evaluation Qualitative Focus groups et groupes de discussion

5.2.1. *Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale*

5.2.1.1. *Focus Groups avec les médecins pratiquant les traitements de substitution en cabinet privé*

4 Focus Groups (FG) se sont tenus dans le cadre de cette recherche : 2 à Bruxelles, 2 à Charleroi. Conformément aux critères de cette méthodologie (Cf. Supra), les réunions ont été organisées autour d'une thématique ouverte en vue de susciter les discussions et de recueillir l'éventail des opinions exprimées. La finalité de ces FG était, pour les chercheurs, d'investiguer les conditions de faisabilité d'une évaluation clinique suivie des patients traités par traitements de substitution dans le cadre particulier du cabinet médical privé. Pour ce faire, il était nécessaire d'amener les participants à expliciter, de la manière la plus détaillée possible, leurs manières de travailler, le sens de leurs démarches, etc. Cependant, dans ce type d'approche, il est nécessaire de s'appuyer sur la volonté de collaboration des participants : il est donc indispensable que la participation aux FG amène également un bénéfice aux participants. Nous avons donc choisi une thématique générale au sein de laquelle les différences de pratiques entre médecins pouvaient s'exprimer.

²⁵⁰ N = 305, dus 66% van totale respondentenpopulatie, nl. 462

Cette thématique d'approche concernait une présentation de la situation légale des traitements de substitution, telle qu'établie depuis l'entrée en vigueur de la loi du 22 août 2002. Pour rappel, cette loi laisse le soin aux Ministres compétents de régler, par voie d'Arrêtés Royaux, un certain nombre de modalités techniques de ces traitements, qui concernent, au premier chef, les médecins en cabinet privé. Ces modalités concernent :

- la liste des produits éligibles dans le cadre d'un traitement de substitution (méthadone, buprénorphine...);
- les conditions de délivrance et d'administration du médicament ;
- l'enregistrement du traitement dans le respect de la loi sur la protection de la vie privée ;
- le nombre de patients pouvant être pris en charge par médecin ;
- l'accompagnement du traitement et la formation continue du médecin ;
- la relation que le médecin entretient avec un centre spécialisé ou un réseau de soins²⁵¹.

Après une brève présentation de ce cadre légal, nous avons présenté les résultats de notre sondage d'opinion (Cf. Supra), notamment en ce qui concerne la question de l'accompagnement du traitement et la formation continue du médecin. En effet, cette question implique de mieux comprendre le fonctionnement spécifique de ces traitements en cabinet privé, et oblige d'envisager des procédures d'évaluation clinique, en vue de mettre au point un accompagnement efficace du traitement.

Globalement, la situation des médecins pratiquant les traitements de substitution en cabinet privé est complexe du point de vue de leur évaluation. En effet, premièrement, un nombre de médecins relativement important suivent un petit nombre de patients : il y a donc une grande dispersion des sujets. Deuxièmement, le cadre restrictif de la consultation médicale, et surtout sa durée (10 à 30 minutes) rendent impossible l'utilisation d'outils trop spécialisés. Troisièmement, le recours au médecin libéral est souvent justifié par le caractère intime de cette relation thérapeutique : on fait alors appel au médecin de famille, celui qui a suivi ses patients tout au long de leurs divers problèmes de santé, qui jouit de la confiance de plusieurs membres d'une même famille, qui connaît éventuellement le contexte de vie de ses patients, et qui peut garantir une certaine confidentialité.

De manière plus spécifique, une grande diversité de profils de médecins et de pratiques surgit à l'occasion de ces FG. Nous pouvons en reprendre ici quelques-unes, même si indéniablement, il est nécessaire d'approfondir cette démarche.

Profil n°1 : le suivi "administratif" de patients

Le médecin "A" possède son cabinet à proximité d'un quartier de logements sociaux, où la population est essentiellement constituée de personnes vivant de revenus alternatifs à ceux du travail (chômage, allocations sociales...). En ce qui concerne ses patients toxicomanes, il reçoit principalement des personnes envoyées par les assistants sociaux du CPAS dans le cadre de leur suivi social. Il semble considérer son travail dans ce cadre comme une démarche administrative plutôt que thérapeutique. Dès lors, il n'exprime pas d'objectif thérapeutique vis-à-vis de ses patients, mais perçoit son rôle dans une optique plus "palliative" : il conçoit les problèmes de ses patients comme une souffrance, et estime de son devoir de soulager cette souffrance, sans pour autant viser quoi que ce soit en termes

²⁵¹ Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, 22 août 2002, art. 2§4.

de changement ou de guérison. Il attend donc de ses patients un respect des lieux (salle d'attente), des rendez-vous, des autres patients...

Profil n°2 : le suivi "familial"

Le médecin "F" possède son cabinet dans un quartier relativement bourgeois, où les problèmes de toxicomanie ne sont pas monnaie courante. Il règne encore un "esprit villageois" dans le quartier, où les gens se connaissent. Le revers de la médaille est que les gens du quartier s'observent beaucoup, et que l'on y est très attentif au "qu'en dira-t-on ?". Il a très peu de patients toxicomanes, des fils et des filles de familles qu'il connaît bien, qu'il suit depuis longtemps — son père était également médecin de famille dans le même quartier, le suivi s'étend donc sur plusieurs générations. Les relations thérapeutiques sont donc fondées sur le respect de l'intimité et de la confidentialité du cabinet médical. On attend de lui qu'il comprenne, presque "en bon père de famille", et qu'il garde sous le secret médical ce qu'il apprend dans le cadre de son cabinet. Pour ses patients toxicomanes, il souhaiterait qu'ils "s'en sortent" (visée d'abstinence), mais il sait que ce n'est pas facile. La méthadone est alors utilisée comme un moyen de stabilisation, voire de sauvegarde des apparences dans un contexte de contrôle social important. On peut donc considérer que cette approche s'inscrit dans une visée de maintenance, même s'il y a un souhait d'abstinence. Ces patients voient leur médecin plutôt sur rendez-vous, voire à leur domicile, pour éviter les regards d'autres patients dans la salle d'attente.

Profil n°3 : le suivi "militant"

Le médecin "M" a longtemps travaillé dans une Maison Médicale, dans un quartier très défavorisé, où l'on pratique le tiers payant. Il trouve totalement inacceptable qu'au XXI^e siècle, des personnes aient encore des difficultés financières pour accéder aux soins. Aujourd'hui, il travaille dans un cabinet privé, mais sa porte est toujours ouverte aux gens qui souffrent. Pour lui, la méthadone est là pour diminuer une souffrance, et c'est tout ce qui lui importe. Lorsqu'on lui demande, de manière un peu provocante, s'il n'a pas l'impression d'être un dealer, il répond : "je ne demande pas aux fumeurs d'arrêter de fumer avant de leur prescrire un sirop pour la toux". Près de chez lui, il y a un centre spécialisé pour toxicomanes. Il considère toutefois qu'ils ne font pas le même travail: "là-bas, c'est pour les toxicomanes qui se sentent faire partie d'un clan : ils ont l'impression que le monde entier leur en veut, et que les non-tox ne peuvent pas les comprendre. Alors là-bas, ils sont entre eux et ils se soutiennent mutuellement. Moi, je vois des gens qui ne veulent plus rien savoir des tox. Ils viennent à ma consultation, avec les petites vieilles et les grippés, ils attendent leur tour... Rien ne permet de savoir de quoi ils souffrent". En même temps, il nous raconte des histoires de rencontres entre des personnes toxicomanes et des "petites vieilles", qui découvrent en salle d'attente que leur voisin de chaise est toxicomane, et où le niveau de compréhension et de tolérance est étonnant.

Profil n°4 : le suivi "de contrôle"

Le médecin "C" est très préoccupé par le fléau de la toxicomanie. Selon lui, c'est la maladie d'une jeunesse sans avenir à qui on n'a pas su donner le goût de vivre, le goût du travail bien fait, le plaisir de l'effort... Il n'a pas beaucoup de toxicomanes, car il se dit exigeant et qu'"il n'y en a pas beaucoup qui tiennent le coup avec moi". Lorsqu'il reçoit un patient, il estime de son devoir de l'avertir dès le début que ce ne sera pas facile. Il suit un protocole relativement strict avec visée d'abstinence, qui s'étale sur plusieurs années. Le

patient doit lui signer un papier où il s'engage à respecter les règles. Il lui arrive de faire des contrôles urinaires au hasard...

Il s'agit de quelques profils parmi d'autres. Ils illustrent que les médecins travaillant en cabinet privé, bien que situés dans un même cadre et utilisant un même traitement, ont des objectifs différents, et qui donc également demandent des méthodes d'évaluation différenciées.

5.2.1.2. Groupes de discussion d'"intervision institutionnelle" avec les membres des institutions

Le travail d'"intervision institutionnelle" a surtout été orienté sur la bonne conduite des tests avec les questionnaires susmentionnés. C'est au cours de ces groupes de discussion que les intervenants des différentes équipes ont pu exprimer leurs points de vue vis-à-vis de la pertinence des outils utilisés, qu'ils ont été formés à l'utilisation des outils, qu'ils ont pu émettre des idées pour l'amélioration du processus de recherche (ex., proposition d'échelles expérimentales (Cf. Quavisub), propositions d'autres outils (ex. "Mini questionnaire des Maisons Médicales"), qu'ils ont donné leurs avis sur la validité des outils et leur utilisation. Toutes ces informations sont répercutées dans ce rapport au niveau de l'utilisation et de la validation des résultats.

Il est important de noter qu'en ce qui concerne les Maisons Médicales (Charleroi), qui ne sont pas des institutions uniquement dédiées aux problématiques d'assuétudes, les réunions d'intervision institutionnelle (qui se sont tenues toutes les 3 semaines) ont constitué la seule occasion de réunion de staff pour ces équipes, autour des questions liées aux toxicomanies.

La démarche d'intervision institutionnelle est conçue pour des périodes dites "à moyen terme" (2 à 3 ans). C'est à ce moment qu'elle donne ses meilleurs résultats, notamment dans le travail de l'adéquation entre les objectifs d'une équipe et les dispositifs mis en œuvre pour les atteindre. A ce stade, tout au plus avons-nous cerné la relative adéquation du questionnaire "quavisub" avec les préoccupations des intervenants, et en revanche, la relative inadéquation des préoccupations de l'ASI avec le travail clinique des intervenants.

5.2.2. Province de Limbourg et Bruxelles-Capitale

5.2.2.1. Resultaten van panelgesprek gemandateerde huisartsen Limburg dd. 1 april 2003.

Teneinde kwantitatieve informatie te verzamelen over de toepassing van substitutiebehandelingen door huisartsen in Limburg vond er een panelgesprek plaats met 16 gemandateerde huisartsen. Er werd hen de gesloten vragenlijst voorgelegd waarvan hierboven sprake, om een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen zoals ze in het onderzoekscontract werden geformuleerd, nl. informatie over identificatie, organisatorische kenmerken, therapeutische modaliteiten, inclusie- en exclusiecriteria voor patiënten, enz. Hierna volgt de analyse van de resultaten van de vragenlijst. Het invullen van de vragenlijst nam ongeveer 20 minuten in beslag.

Identificatie van de respondenten

De 16 respondenten zijn gemiddeld reeds 18 jaar huisarts (bereik: 1j. 8mdn – 30j.). Zij hebben gemiddeld ongeveer 9 jaar het statuut van gemandateerde huisarts (bereik: 5mdn – 19j. 7mdn). Het systeem van gemandateerde huisartsen was dus al in voege voordat het MSOC werd opgericht (1997).

Tabel 34: Doelstellingen van substitutiebehandelingen

Tabel B1: Resultaten “Doelstellingen van substitutiebehandeling”					
Doelstellingen	Belang				Rangschikking
	geen	enig	gemidd.	groot / Tot.	
(1) abstinentie van illegale drugs	0	4	7	5 / 16	Als 1 : 4/16
(2) het in behandeling/in het programma houden van patiënten	1	5	3	7 / 16	Als 1 : 1/16 Als 2 : 1/16 Als 3 : 3/16
(3) verbeteren van de levensomstandigheden en het maatschappelijk functioneren	0	0	3	13 / 16	Als 1 : 8/16 Als 2 : 3/16 Als 3 : 1/16
(4) doorverwijzen naar een drugvrij programma	3	7	3	3 / 16	Als 3 : 1/16
(5) contact houden met de verslaafde populatie	0	6	7	3 / 16	Als 2 : 1/16 Als 3 : 1/16
(6) beperken van de maatschappelijke overlast zoals criminaliteit	1	3	4	8 / 16	Als 1 : 1/16 Als 2 : 3/16 Als 3 : 3/16
(7) beperken van de gezondheidsrisico's voor de patiënten	0	0	6	10 / 16	Als 1 : 1/16 Als 2 : 3/16 Als 3 : 3/16
(8) voorkomen van verslechtering van sociale situatie van patiënten	0	0	6	10 / 16	Als 1 : 1/16 Als 2 : 4/16 Als 3 : 4/16
(9) andere (specifieer) resocialiseren, bv. werk	0	0	0	1 / 1	
(10) andere (specifieer) interesse voor de problematiek	0	0	1	0 / 1	
(10) andere (specifieer) residentieel: detoxificatie-fase	0	0	0	1 / 1	Als 2 : 1/15

Hoewel er tijdens de vergadering van 01/04/2003 werd aangegeven dat vele vragen van deze vragenlijst door alle artsen op dezelfde manier zouden ingevuld worden, aangezien men de richtlijnen van het MSOC volgt, blijkt bij de analyse al zeer snel dat de antwoorden niet zo gelijklopend zijn als verwacht. Wat de doelstellingen betreft, is dat nog aan te nemen, omdat elke actor de nadruk legt op bepaalde doelstellingen en dit is tenslotte een persoonlijke inschatting. Maar verderop zullen we zien dat ook meer strikte vragen (zoals over inclusie- en exclusiecriteria) de antwoorden zeer ver uit elkaar kunnen liggen.

Bovendien zal ik hierna aantonen dat al bij de eerste vraag (betreffende de doelstellingen) een zekere ambiguïteit kan opgemerkt worden.

Tabel 35: Groot belang

Groot belang			
1.	(3) verbeteren leefomstandigheden en sociaal functioneren	13/16	81,2%
2.	(7) beperken van gezondheidsrisico's	10/16	62,5%
	(8) voorkomen verslechtering sociale situatie	10/16	62,5%
3.	(6) beperken van maatschappelijke overlast zoals criminaliteit	8/16	50%
4.	(2) in behandeling of in programma houden van patiënten	7/16	43,7%
5.	(1) abstinentie van illegale drugs	5/16	31,2%
6.	(4) doorverwijzen naar drugvrij programma	3/16	18,7%
	(5) contact houden met verslaafde populatie	3/16	18,7%
7.	(9) andere: resocialiseren, bv. werk	1/16	6,2%
	(11) andere: residentieel: detoxificatiefase	1/16	6,2%

Tabel 36: Gemiddeld belang

Gemiddeld belang			
1.	(1) abstinentie van illegale drugs	7/16	43,7%
	(5) contact houden met verslaafde populatie	7/16	43,7%
2.	(7) beperken van gezondheidsrisico's	6/16	37,5%
	(8) voorkomen verslechtering sociale situatie	6/16	37,5%
3.	(6) beperken van maatschappelijke overlast zoals criminaliteit	4/16	25%
4.	(2) in behandeling of in programma houden van patiënten	3/16	18,7%
	(3) verbeteren leefomstandigheden en sociaal functioneren	3/16	18,7%
	(4) doorverwijzen naar drugvrij programma	3/16	18,7%
5.	(10) andere: interesse voor de problematiek	1/16	6,2%

Tabel 37: Enig belang

Enig belang			
1.	(4) doorverwijzen naar drugvrij programma	7/16	43,7%
2.	(5) contact houden met verslaafde populatie	6/16	37,5%
3.	(2) in behandeling of in programma houden van patiënten	5/16	31,2%
4.	(1) abstinentie van illegale drugs	4/16	25%
5.	(6) beperken van maatschappelijke overlast zoals criminaliteit	3/16	18,7%

Tabel 38: Geen belang

Geen belang			
1.	(4) doorverwijzen naar drugvrij programma	3/16	18,7%
2.	(2) in behandeling of in programma houden van patiënten	1/16	6,2%
	(6) beperken van maatschappelijke overlast zoals criminaliteit	1/16	6,2%

Eerst en vooral valt het op dat over het algemeen alle doelstellingen op één of andere manier door de meerderheid toch belangrijk worden gevonden. Er zijn slechts weinig respondenten die bepaalde doelstellingen van weinig of geen belang vinden. Alle respondenten vinden minstens één doelstelling van groot belang. 1 respondent vindt zelfs alle doelstellingen van groot belang. De categorieën “groot belang” en “gemiddeld belang” worden dan ook het meest aangeturfd in deze tabel. Daartegenover staat dat de categorieën “enig belang” en “geen belang” zeker niet door alle respondenten worden gebruikt.

In de categorie “groot belang” zien we dat de 3^o doelstelling, nl. het verbeteren van de levensomstandigheden en het maatschappelijk functioneren, het hoogst scoort. Ook het voorkomen van een verslechtering van de sociale situatie, het beperken van de gezondheidsrisico's en het beperken van de maatschappelijke overlast zoals criminaliteit, wordt in die volgorde eveneens van groot belang geacht.

Tegelijkertijd bemerken we ook tegengestelde opvattingen over de belangrijkheid van bepaalde doelstellingen. Zo bv. het beperken van de maatschappelijke overlast zoals criminaliteit: deze doelstelling wordt enerzijds belangrijk gevonden door veel respondenten (3^o plaats in de categorie “groot belang”), maar wordt anderzijds door andere – weliswaar een minderheid van de – respondenten van weinig (5^o plaats in de categorie “enig belang”) of geen belang gevonden (2^o plaats in de categorie “geen belang”)

Algemeen kunnen we stellen dat uit deze resultaten toch een *ambiguë* houding blijkt ten aanzien van doelstellingen die gaan in de richting van *harm reduction en doelstellingen met de patiënt als uitgangspunt* enerzijds tegenover het *abstinentie-denken en doelstellingen naar derden toe* anderzijds. Bijvoorbeeld: aan de ene kant scoren de doelstellingen (3) verbeteren leefomstandigheden en sociaal functioneren, (8) voorkomen verslechtering sociale situatie en (7) beperken van gezondheidsrisico’s goed tot zeer goed (te typeren als *harm reduction*). Maar aan de andere kant scoren toch ook (6) beperken van maatschappelijke overlast zoals criminaliteit en (1) abstinentie van illegale drugs nog hoog (abstinentie-denken en beperken van schade naar derden toe).

Deze ambiguïteit of verschillen in meningen worden nog duidelijker als we kijken naar de rangschikking in orde van belangrijkheid. Daar zien we reeds dat de belangrijkste doelstelling voor 8 respondenten zich in de sfeer van *harm reduction* bevindt; terwijl als tweede in het rijtje van de belangrijkste doelstelling “abstinentie” vermeld wordt (door 4 respondenten).

Tabel 39: Rangschikking als 1 (= belangrijkste doelstelling)

Rangschikking als 1 (= belangrijkste doelstelling)			
1.	(3) verbeteren leefomstandigheden en sociaal functioneren		8/16
2.	(1) abstinentie van illegale drugs		4/16
3.	(2) in behandeling of in programma houden van patiënten		1/16
	(6) beperken van maatschappelijke overlast zoals criminaliteit		1/16
	(7) beperken van gezondheidsrisico’s		1/16
	(8) voorkomen verslechtering sociale situatie		

Tabel 40: Rangschikking als 2

Rangschikking als 2			
1.	(8) voorkomen verslechtering sociale situatie		4/16
2.	(3) verbeteren leefomstandigheden en sociaal functioneren		3/16
	(6) beperken van maatschappelijke overlast zoals criminaliteit		3/16
	(7) beperken van gezondheidsrisico’s		3/16
3.	(2) in behandeling of in programma houden van patiënten		1/16
	(5) contact houden met verslaafde populatie		1/16
	(11) andere: resindetieel: detoxificatiefase		1/16

Tabel 41: Rangschikking als 3

Rangschikking als 3			
1.	(8) voorkomen verslechtering sociale situatie		4/16
2.	(2) in behandeling of in programma houden van patiënten		3/16
	(6) beperken van maatschappelijke overlast zoals criminaliteit		3/16
	(7) beperken van gezondheidsrisico’s		3/16
3.	(3) verbeteren leefomstandigheden en sociaal functioneren		1/16
	(4) doorverwijzen naar drugvrij programma		1/16
	(5) contact houden met verslaafde populatie		1/16

Vanuit de literatuur hadden we verwacht dat de antwoorden op deze vraag minder ambigu zouden zijn, aangezien op het vlak van substitutiebehandelingen de laatste jaren een evolutie merkbaar is geworden in de richting van een harm reduction-visie. Vooral in Nederland is dit het geval²⁵², maar blijkbaar heeft deze tendens zich in België nog niet volledig doorgezet.

Samengevat kunnen we dus niet spreken van een eensgezindheid over de doelstellingen van substitutiebehandelingen, met uitzondering van de doelstelling “het verbeteren van de levensomstandigheden en het maatschappelijk functioneren van de patiënt”, dat door de overgrote meerderheid van de respondenten zeer belangrijk gevonden wordt. Deze doelstelling wordt door 13 van de 16 respondenten van groot belang geacht en wordt door 8 van de 16 respondenten in de rangschikking op de eerste plaats gezet.

Tabel 42: Doorverwijzers

Tabel C1. Resultaten “Doorverwijzers van substitutiepatiënten”						
Doorverwijzers	Aantal patiënten					Tot.
	geen	zeer weinig	sommige	veel	zeer veel	
op eigen initiatief	0	3	5	4	4	16
op initiatief van familie / vrienden	0	2	7	6	1	16
een MSOC	0	7	3	4	1	15
een ander drugcentrum	2	8	4	1	0	15
andere huisarts	0	5	5	6	0	16
ziekenhuis (AZ/PZ)	5	3	4	4	0	16
CGGZ	6	3	5	2	0	16
Justitie	2	5	3	6	0	16
andere (specifieer)	0	0	0	0	0	
andere (specifieer)	0	0	0	0	0	

Ook hier krijgen we weer een *aantal ambiguë antwoorden*:

- op eigen initiatief: volgens 8/16 respondenten zijn er dat zeer weinig (3) of sommige (5); anderzijds geven ook 8/16 respondenten aan dat veel (4) tot zeer veel (4) patiënten op eigen initiatief komen.
- andere huisarts: volgens 5/16 respondenten worden zeer weinig patiënten door een andere huisarts doorverwezen; volgens 5/16 respondenten sommige; bijna evenveel respondenten (6/16) geven aan veel patiënten van een andere huisarts doorverwezen te krijgen.
- ziekenhuis: ook hier lopen de antwoorden sterk uiteen van “geen” en “zeer weinig” (8/16 respondenten in totaal) tot “sommige” en “veel” (eveneens 8/16 respondenten), al kunnen we een klein overwicht merken naar eerder weinig patiënten die door een ziekenhuis worden verwezen (als we "sommige" beschouwen als "eerder weinig").
- CGGZ: idem als bij de ziekenhuizen: ook hier lopen de antwoorden sterk uiteen van “geen” en “zeer weinig” (9/16 respondenten in totaal) tot “sommige” en “veel” (7/16 respondenten), al kunnen we een overwicht merken naar eerder weinig patiënten die door een CGGZ worden verwezen (als we "sommige" beschouwen als "eerder weinig").

²⁵² Cfr. onderzoek Bureau Driessen; cfr. Factsheet Trimbos, p.3: “de doelstelling is het tegengaan van de verslechtering van de gezondheidssituatie ... en het voorkomen of terugdringen van de schade gelinkt aan het druggebruik”.

- justitie: ook hier weer dezelfde uiteenlopende categorieën (geen + zeer weinig: 7/16 resp.) (sommige + veel: 9/16 resp.), met dat verschil dat er een klein overwicht is naar eerder meerdere patiënten die vanuit justitie worden aangebracht.
- Wat de overige doorverwijzers betreft, hebben de respondenten eerder dezelfde, overeenkomstige ervaringen:
- op initiatief van familie/vrienden: de antwoorden situeren zich voornamelijk tussen “sommige patiënten” (7/16 resp.) en “veel patiënten” (6/16 resp.), categorieën die naast elkaar op de lijn staan.
- een MSOC: 10 van de 16 respondenten geven aan dat eerder weinig patiënten vanuit een MSOC worden doorverwezen, aangezien de categorieën “zeer weinig” (7) en “sommige” (3) het meest voorkomen, terwijl slechts 5/16 respondenten aangeeft dat veel of zeer veel patiënten door een MSOC worden doorverwezen.
- een ander drugcentrum: vanuit een ander drugcentrum worden zelfs nog duidelijker eerder weinig patiënten doorverwezen (2/16 antwoorden “geen”, 8/16 antwoorden “zeer weinig” en 4/16 “sommige”: samen goed voor 14 van de 16 respondenten).

Naast degenen die uitdrukkelijk opgesomd zijn in de tabel, wordt geen enkele andere doorverwijzer vernoemd.

Tabel 43: Inclusie- en exclusiecriteria voor substitutiebehandelingen

Tabel D1: Inclusiecriteria				
Inclusiecriteria	Nooit	Mogelijks	Waarsch.	Altijd
(1) minimum leeftijd, nl. jaar	0	1	2	3
(2) minimum aantal mislukte detoxificatie-pogingen, nl. keer	0	1	2	3
(3) minimum duur opiatenafhankelijkheid, nl. jaar / mdn	0	1	2	3
(4) andere (specifieer)	0	1	2	3

In principe zijn de inclusiecriteria, die gehanteerd worden bij de beslissing of een druggebruiker al dan niet in aanmerking komt voor een substitutiebehandeling, vastgelegd in de Consensusconferentie én bovendien ook nog eens geformuleerd vanuit het MSOC. We zouden er dan ook kunnen vanuit gaan dat deze criteria voor alle actoren en dus zeker voor alle geneesheren die substitutiebehandelingen toepassen, dezelfde zijn en ook op dezelfde manier gehanteerd en in de praktijk toegepast worden.

Tijdens het verwerken van de vragenlijsten deden de onderzoekers echter de opmerkelijke vaststelling dat de antwoorden op deze vraag helemaal niet steeds dezelfde zijn. Meer nog, er worden door de respondenten zelfs *zeer verschillende* antwoorden gegeven, vooral wat betreft de criteria (2) en (3) (zie tabel D1. hierboven). Dit wordt duidelijk als we de resultaten bekijken in de volgende overzichtstabellen:

Tabel 44: Inclusie criterium minimum leeftijd

(1) Inclusie criterium minimum leeftijd		
Minimum leeftijd + toepassingsfrequentie	Aantal respondenten	% resp.
18 jaar + altijd	7	43,7%
18 jaar + waarschijnlijk	5	31,2%
18 jaar + mogelijks	1	6,2%
16 jaar + altijd	1	6,2%
Geen minimum leeftijd	1	6,2%
Mogelijks minimum leeftijd	1	6,2%
Totaal	16	100%

Tabel 45: Inclusiecriteria aantal mislukte detoxificatiepogingen

(2) Inclusiecriteria aantal mislukte detoxificatiepogingen		
Aantal mislukte pogingen + toepassingsfrequentie	Aantal respondenten	% resp.
1 keer + waarschijnlijk	5	31,2%
Dit criterium wordt nooit toegepast	3	18,7%
3 keer + waarschijnlijk	2	12,5%
Meerdere/onbepaald aantal + waarschijnlijk	2	12,5%
2 keer + altijd	1	6,2%
1 keer + altijd	1	6,2%
1 keer + mogelijks	1	6,2%
Mogelijks mislukte detox-pogingen	1	6,2%
Totaal	16	100%

Tabel 46: Inclusiecriteria minimum duur opiatenafhankelijkheid

(3) Inclusiecriteria minimum duur opiatenafhankelijkheid		
Minimum duur afhankelijkheid + toepassingsfrequentie	Aantal respondenten	% resp.
1 jaar + altijd	7	43,7%
1 jaar + waarschijnlijk	3	18,7%
1 jaar + mogelijks	1	6,2%
2 jaar + altijd	1	6,2%
2 jaar + waarschijnlijk	1	6,2%
6 maanden + mogelijks	1	6,2%
Geen minimum duur + altijd	1	6,2%
Waarschijnlijk minimum duur	1	6,2%
Totaal	16	100%

Tabel 47: Andere inclusiecriteria

(4) Andere inclusiecriteria		
Inclusiecriteria (+ toepassingsfrequentie)	Aantal respondenten	% resp.
Gekend bij de hulpverlening	3	18,7%
Urinetest positief	1	6,2%
Urinetest positief + altijd	1	6,2%
Steunrelaties, gerechtelijke/financiële problemen	1	6,2%
Motivatie cliënt + altijd	1	6,2%
-	9	56,2%
Totaal	16	100%

Tabel 48: Worden deze criteria minder strikt toegepast voor zwangere vrouwen?

Antwoord	Aantal respondenten	Percentage respondenten
Ja	8	50%
Neen	7	43,7%
“niet van toepassing”	1	6,2%
Totaal	16	100%

Bemerk de *grote verdeeldheid* wat deze vraag betreft: de ene helft van de respondenten is ervan overtuigd dat bovengenoemde criteria minder strikt (moeten) worden toegepast voor zwangere vrouwen en geeft dus een positief antwoord; de andere helft (min 1 weliswaar) daarentegen geeft een negatief antwoord op deze vraag.

Tabel 49: Worden deze criteria minder strikt toegepast voor HIV-/Hep-positieve patiënten?

Antwoord	Aantal respondenten	Percentage respondenten
Ja	2	12,5%
Neen	12	75%
“niet van toepassing”	1	6,2%
Geen antwoord	1	6,2%
Totaal	16	100%

De inclusiecriteria worden door de meerderheid van de respondenten duidelijk niet minder strikt, dus op dezelfde wijze als voor de andere patiënten, toegepast (12/16 respondenten).

Tabel 50: Worden deze criteria minder strikt toegepast voor andere subgroepen?

Resultaten subgroepen waarvoor criteria minder strikt worden toegepast		
Antwoord	Aantal respondenten	Percentage respondenten
Ja	0	0%
Neen	15	93,7%
“niet van toepassing”	1	6,2%
Totaal	16	100%

Blijkbaar bestaat er geen enkele andere subgroep van gebruikers voor wie de inclusiecriteria minder strikt wordt toegepast of er is toch geen respondent die een andere subgroep vermeldt.

Tabel 51: In welke mate hanteert u de volgende criteria om te bepalen of een patiënt geen toegang meer krijgt tot de substitutiebehandeling (schorsing)? (meerdere antw. mogelijk)

Tabel 51: Resultaten “Exclusiecriteria”					
Exclusiecriteria	Nooit	Mogelijks	Waarsch.	Altijd	Tot. resp. ²⁵³
(1) bijgebruik van legale + illegale drugs	6	8	1	0	15
(2) bijgebruik van illegale drugs	5	8	2	0	15
(3) bijgebruik van heroïne	11	4	0	0	15
(4) geweld/agressie on site	0	1	6	8	15
(5) dealen on site	0	1	4	10	15
(6) geen of weinig medewerking aan het programma	5	6	3	1	15
(7) andere (specifieer): niet nakomen van specifieke afspraken	0	1	0	0	1

Tabel 52: Voert u urinecontroles uit?

Resultaten urinecontroles		
Antwoord	Aantal respondenten	Percentage respondenten
Ja	15	93,7%
Neen	1	6,2%
Totaal	16	100%

Alle respondenten voeren urinecontroles uit, uitgezonderd 1 geneesheer. Dit gebeurt zowel op regelmatige basis (8/15) als op onregelmatige basis (7/15).

D6a. Indien ja (15/16): gebeurt dit op regelmatige basis?

- op regelmatige basis (8/15), nl...(zie hieronder).....

²⁵³ Deze vraag werd door 1 van de 16 respondenten niet ingevuld, wegens “niet van toepassing”. Het is dan ook normaal dat het totaal aantal respondenten in de tabel steeds 15 zal zijn.

- niet op regelmatige basis (7/15)

Indien het op *regelmatige* basis gebeurt, dan is dat vooral bij *instap of herinstap* in het programma (5/8). We geven hier de verschillende mogelijkheden die de 8 geneesheren hebben vermeld, die op regelmatige basis urinecontroles uitvoeren:

Tabel 53: Urinecontroles op regelmatige basis

Urinecontroles op regelmatige basis	Aantal respondenten
Om de 4 à 6 maand	1
Bij instap of herinstap in het programma	5
Geen vast schema	1
Bij opgelegde sancties	1
Totaal	8

Indien het op *regelmatige* basis gebeurt, is zulke controle *meestal bij alle patiënten mogelijk* (9/15). Vijf geneesheren geven aan dat ze zulke controles enkel bij bepaalde patiënten uitvoeren.

D6b. Indien ja (15/16): gebeurt dit in principe bij alle patiënten?

- bij alle patiënten mogelijk (9/15)

- enkel bij bepaalde patiënten (5/15), nl...(zie hieronder).....

- geen antwoord (1/15)

Indien het *enkel bij bepaalde patiënten* mogelijk is (5 resp.), worden de volgende gelegenheden vermeld:

Tabel 54 : Urinecontroles enkel bij bepaalde patiënten

Urinecontroles enkel bij bepaalde patiënten	Aantal respondenten
Als controle op afgesproken voorwaarden tot verderzetting van methadonprogramma	1
Bij instap	1
Follow-up van bijgebruik	1
Bij verdenking (van bijgebruik)	1
Op vraag van patiënt zelf (ter voorlegging aan justitie of familie)	1
Totaal	5

Tabel 55: Substitutiemiddelen en dosissen

Tabel E1: Resultaten "Substitutiemiddelen"	
Substitutiemiddelen	Gemiddeld percentage van patiënten (bereik laagste % - hoogste %)
(1) <u>Methadon</u> / (Mephenon)	89,7 % (bereik 50% - 100%)
(2) Buprenorfine / Temgesic / Subutex	3,8 % (bereik 0 – 50%)
(3) Naltrexon / antagonisten	0,3 % (bereik 0 – 5%)
(4) Codicontin	3,9 % (bereik 0 –10%)
(5) andere (specifieer): Depronal	3,1 % (bereik 0 – 50%)
Totaal	100 %

Er weze eerst opgemerkt dat hier gevraagd wordt om een *schatting* te geven van het percentage van de patiënten dat een bepaald middel voorgeschreven krijgt. Menig respondent wees ons op het feit dat deze schatting een vrij moeilijke denkoefening is. De lezer moet er zich dus van bewust zijn dat het hier geen exacte cijfers betreft en dat – hoewel niet noodzakelijk – er sprake *kan* zijn van *onder- of overrapportage*. Het is echter

niet mogelijk om een uitspraak te doen over de mate waarin deze percentages stroken met de werkelijke situatie.

De overgrote meerderheid van de patiënten (89,7%) krijgt *methadon* voorgeschreven. Dit is voor de Limburgse gemandateerde artsen hét substitutiemiddel bij uitstek. Andere vervangmedicatie wordt slechts mondjesmaat voorgeschreven. Een gedeelte tweede plaats is voor Codicontin (3,9%) en buprenorfine (3,8%), maar deze worden duidelijk in een zeer klein aantal gevallen voorgeschreven. Depronal, dat een percentage behaalt van 3,1%, blijkt bij nadere analyse slechts door 1 enkele arts voorgeschreven te worden (dan wel voor 50% van zijn/haar patiënten). Tenslotte is naltrexon (0,3%) verwaarloosbaar. Ook hier gaat het slechts om 1 enkele arts, die het middel dan nog maar voor 5% van zijn/haar patiënten voorschrijft.

Als we kijken naar het aantal artsen dat bepaalde middelen voorschrijft, wordt het overwicht van methadon als hét substitutiemiddel nog versterkt: methadon wordt door alle 16 respondenten voorgeschreven. Codicontin wordt door 11 van de 16 artsen vermeld; buprenorfine slechts door 5 van de 16 artsen; naltrexon en Depronal elk slechts door 1 arts.

Tabel 56: Wordt er door u een maximum dosering gehanteerd?

E2. Resultaten maximum dosering		
Antwoord	Aantal respondenten	Percentage respondenten
Ja	7	43,7%
Neen	8	50%
Ja + neen	1	6,2%
Totaal	16	100%

Ook hier zijn de *meningen verdeeld*: de helft van de respondenten (8/16) geeft aan geen maximumdosering te hanteren; de andere helft (7/16) vermeldt wel een maximumdosering. Eén arts verduidelijkt: bij het opstarten van een behandeling (= "na confirmatie van opiatenverslaving en urinetest") bedraagt de dosis gewoonlijk 30 mg; na intervisie-overleg kan die dosis worden opgedreven tot maximaal 100 mg. Het gaat hierbij steeds om gemandateerde artsen die **ambulant** werken.

Eén arts (1/16) past substitutiebehandelingen daarentegen toe in een **residentiële setting**. Deze arts past in bepaalde gevallen wél en in andere gevallen geen maximum toe. In principe is de maximale startdosis 40 mg en wordt er daarna afgebouwd met 2 mg per dag. Er is geen maximum bepaald bij een falende onderhoudsdosis: in dat geval is de startdosis de actuele dosis - hoe hoog die ook is - en wordt er ook afgebouwd met 2 mg per dag.

Op hun beurt *variëren* ook de *maximumdosissen*. Dat zien we in de volgende tabel.

Tabel 57 : Resultaten maximumdosissen

Resultaten maximumdosissen (aantal resp. = 7)²⁵⁴	
Maximum	Aantal respondenten
140 mg	2
120 mg	3
100 mg	1
70 mg	1
Totaal	7

Bijna de helft van de respondenten die een maximum hanteren (7 in totaal), vermelden 120 mg als max. dosis (3/7). Voor 2 van de 7 respondenten is dat maximum 140 mg.

²⁵⁴ In deze tabel worden geen percentages vermeld, aangezien het slechts gaat om 7 respondenten.

Voorts wordt er door 1 arts 100 mg en eveneens door 1 arts 70 mg als maximum aangegeven. Het gaat hierbij vermoedelijk steeds om **methadon**.

Tabel 58: Gemiddelde maximumdosis

Gemiddelde maximumdosis	
Gemiddelde max. dosis ambulant (aantal resp. = 7)	115 mg (bereik: 70 mg - 140 mg)
Gemiddelde max. dosis ambulant + residentieel (aantal resp. = 8)	106 mg (bereik: 40 mg - 140 mg)

Indien we enkel de respondenten nemen die ambulant werken, bedraagt de gemiddelde maximumdosis methadon 115 mg. Tellen we er ook de arts bij die residentieel werkt, dan bedraagt het gemiddelde 106 mg methadon.

Kunt u een schatting geven van hoeveel percent van uw (substitutie)patiënten momenteel op de volgende doses zijn ingesteld?

Tabel 59: Resultaten "Percentage patiënten op de verschillende dosissen

Tabel E3: Resultaten "Percentage patiënten op de verschillende dosissen" ²⁵⁵	
Dosissen	Gemiddeld percentage van de patiënten (bereik laagste % - hoogste %)
1 - 20 mg per dag	8,4% (bereik 0% - 30%)
21 - 60 mg per dag	60,2% (bereik 40% - 100%)
61 - 100 mg per dag	29,3% (bereik 0% - 54%)
> 100 mg per dag	2,1% (bereik 0% - 10%)
Totaal	100 %

Ook hier dienen we eerst te wijzen op het feit dat het geschatte percentages betreft, waarvan we niet weten in hoeverre zij overeenkomen met de werkelijke situatie.

Wat het aantal patiënten betreft dat op een bepaalde dosis is ingesteld, zijn de antwoorden vrij gelijklopend. Meer dan de helft van de patiënten (60,2%) krijgt *tussen 21 en 60 mg* methadon per dag. Slechts minder dan 1/3 van de patiënten (29,3%) daarentegen krijgt tussen 61 en 100 mg per dag. Dat betekent ook dat de *gemiddelde dosissen* (van 21 tot 100 mg) voor de overgrote meerderheid (bijna 90%) van de patiënten voorgeschreven wordt. De laagste en de hoogste dosissen komen slechts zelden voor: 8,4% krijgt minder dan 20 mg methadon per dag en zelfs maar 2,1% van de patiënten krijgen meer dan 100 mg.

²⁵⁵ Op deze vraag hebben 15 van de 16 respondenten een antwoord gegeven. Eén respondent geeft aan dat deze vraag op hem/haar niet van toepassing is.

Tabel 60: Modaliteiten van substitutiebehandeling

Tabel F1: Resultaten “Modaliteiten”	
Modaliteiten	Gemiddeld percentage van de patiënten (bereik laagste % - hoogste %)
(1) degressieve ontwenning (minder dan 3 maanden)	10,7% (bereik 0% - 100%)
(2) substitutiebehandeling <i>stricto sensu</i> (2 tot 5 jaar)	25% (bereik 0% - 80%)
(3) onderhoudsbehandeling (onbepaalde duur)	56,1% (bereik 0% - 100%)
(4) andere (specifieer) onderhoud tijdens korte opname	6,2%
(4) andere (specifieer) substitutie > 3 maanden tot 2 jaar	1,9%
Totaal	100 %

Hoewel het hier weer gaat over geschatte percentages, is het duidelijk dat de *onderhoudsbehandeling* de meest voorkomende modaliteit is: voor 56,1% van de patiënten is de duur van de behandeling onbepaald. Enkele artsen merken op dat eigenlijk elke behandeling van onbepaalde duur is, aangezien de duur niet op voorhand kan bepaald worden, maar retrograad wordt vastgesteld. Eén psychiater werkt in een residentiële setting, waar een substitutiebehandeling steeds kadert in een ontwenningbehandeling (van patiënten die bij opname bijvoorbeeld methadon nemen, wordt de methadon systematisch afgebouwd). Indien we deze geneesheer buiten beschouwing laten in de verwerking van de gegevens, ligt het percentage van patiënten met een onderhoudsbehandeling nog hoger (een kleine 60%).

Vervolgens wordt de substitutiebehandeling *stricto sensu* (2 tot 5 jaar) in ¼ van de gevallen toegepast (25%). Er is slechts een klein verschil wanneer we de “residentiële psychiater” niet meetellen (26,6% van de patiënten).

Degressieve ontwenning (minder dan 3 maanden) wordt *opvallend weinig* toegepast: slechts bij 10,7% van de patiënten. Zoals verwacht mag worden, ligt dit percentage nog veel lager indien we weer de psychiater die in een residentiële instelling werkt, buiten beschouwing laten: slechts 4,8% van de patiënten van de “ambulante artsen” krijgt methadon in het kader van degressieve ontwenning. Dit is ook niet verwonderlijk voor patiënten van een MSOC, dat voornamelijk een *harm reduction* benadering hanteert, waarbij op de eerste plaats niet het druggebruik centraal staat, maar de eventuele schadelijke gevolgen die het druggebruik met zich mee kan brengen, op persoonlijk en maatschappelijk vlak. In dat opzicht is een substitutiebehandeling eerder een hulpmiddel om de gebruiker maatschappelijk te reïntegreren, wat ook verklaart waarom de onderhoudsbehandeling het meest voorkomt.

Tenslotte vermelden 2 artsen nog een andere modaliteit. 1 psychiater past enkel een onderhoudsbehandeling toe, namelijk in het geval van een korte opname in een psychiatrische instelling. 1 gemandateerde huisarts past ook substitutiebehandelingen toe van 3 maanden tot 2 jaar en dit voor 30% van zijn/haar patiënten.

Wordt deze indeling in de praktijk door u eigenlijk wel gehanteerd?

Tabel 61: Resultaten indeling in de praktijk

Resultaten indeling in de praktijk		
Antwoord	Aantal respondenten	Percentage respondenten
Ja	8	50%
Neen	7	43,7%
Geen antwoord	1	6,2%
Totaal	16	100%

F2a. Indien neen (7/16), welke andere indeling wordt dan gebruikt?

- geen indeling (3/7)

- andere (4/7), nl. :

- meeste starten met idee van “*stricto sensu*” substitutie, maar uiteindelijk draait het in meer dan 90% van de gevallen uit op “*onderhoudsbehandeling*”

- geen behandelingsduur op voorhand bepaald; duur gebaseerd op evolutie van patiënt, in overleg met de patiënt en via intervisiegroep geëvalueerd

- 1. korte termijn ontwenning (met Codicontin); 2. stabilisatie en geleidelijke afbouw (1 – 2 jaar); 3. onderhoudsbehandeling

- onderhoud tijdens korte opname

Wat betreft de antwoorden op de vraag of deze indeling ook in de praktijk gebruikt wordt, heerst er dan weer *geen eensgezindheid*: de ene helft van de artsen zegt van wel; de andere helft beweert van niet. Van de 8 respondenten die deze indeling *wel hanteren*, verduidelijken 2 respondenten dat men bij de opstart van de behandeling eigenlijk nog geen zicht heeft op de modaliteit, maar dat deze retrograad wordt vastgesteld.

Ook de meningen van de artsen die de in de tabel voorgestelde modaliteiten niet hanteren (7 respondenten), zijn verdeeld: 3/7 hanteert geen indeling; 4/7 hanteert een andere indeling. Deze 4 andere indelingen werden hierboven integraal overgenomen

Tabel 62: Voorschriften en aflevering van de substitutiemiddelen

Tabel G1: Resultaten “Plaats van voorschrijven”						
Plaats	altijd	- meestal	- soms	- zelden/ nooit	geen antw.	Totaal
in het MSOC (-lokaal)	9	4	0	2	1	16
in de privé-praktijk	1	0	8	6	1	16
andere (specifieer): OPZ Klimop	1	0	0	5	10	16

Opmerking vooraf: Aangezien 2 artsen aangeven dat de plaats van voorschrijven “nooit” in de privé-praktijk gebeurt, maar daarbij vermelden dat dit in enkele zeldzame gevallen toch kan gebeuren, hebben wij de categorie “nooit” uitgebreid tot “zelden of nooit”.

Er wordt het meest voorgeschreven *in een MSOC* of een regionaal lokaal van het MOC: 13/16 respondenten (i.e. 81,2%) schrijft *altijd* (9/16) of *meestal* (4/16) in een MSOC voor. Toch vermeldt ook de helft van de artsen (8/16 of 50%) dat zij de substitutiemedicatie *soms* in hun *privé-praktijk* voorschrijven.

37,5% van de respondenten schrijven *zelden of nooit* in hun *privé-praktijk* voor (6/16 resp.).

Op een andere plaats wordt nooit voorgeschreven (5/16). We mogen veronderstellen dat de respondenten die hier geen antwoord aankruisten (10/16), hiermee te kennen geven dat zij nooit op een andere lokatie voorschrijven. In dat geval gaat dit antwoord op voor 15 van de 16 respondenten, dus voor de overgrote meerderheid (93,7%).

De psychiater die in een residentiële setting werkt, schrijft ook altijd daar de substitutiemedicatie voor, nl. in het OPZ De Klimop te Rekem.

Wat ons persoonlijk opvalt, is dat er toch nog een aantal patiënten ook in de privé-praktijk worden gezien en zelfs voor het voorschrijven van substitutiemedicatie (zie verder), al gebeurt dit wel soms of zelden²⁵⁶.

Ziet u dus ook substitutiepatiënten in uw privé-kabinet?

Tabel 63: Resultaten substitutiepatiënten in privé-kabinet

Resultaten substitutiepatiënten in privé-kabinet		
Antwoord	Aantal respondenten	Percentage respondenten
(1) neen	3	18,7%
(2) ja, maar voor andere zaken dan het voorschrijven van substitutiemiddelen	4	25%
(3) ja, ook voor het voorschrijven van substitutiemedicatie	10	62,5%
(4) geen antwoord	1	6,2%

Opmerking vooraf: Bij deze vraag waren er meerdere antwoorden mogelijk (bv. antwoord 2 én 3: men kan patiënten zien in de privé-praktijk, zowel voor de substitutiebehandeling als voor andere medische problemen). Zo hebben 2 respondenten 2 antwoorden aangekruist: 1 respondent ziet voornamelijk patiënten in de privé-praktijk voor andere zaken en slechts zelden voor het voorschrijven van substitutiemedicatie; een tweede respondent heeft gewoon antwoord 2 én 3 aangeduid, zonder verdere toelichting. Ten gevolge hiervan komt het totale percentage van de respondenten niet overeen met 100 en wordt het totale percentage ook niet aangegeven.

Opmerkelijk is dat vrij veel gemandateerde artsen hun substitutiepatiënten ook *in de privé-praktijk* zien voor het *voorschrijven van de medicatie* (10/16 of 62,5%). 4 van deze 10 artsen vermeldt expliciet dat dit slechts *zelden* het geval is. Deze bevinding is zeer gelijklopend met de antwoorden op de vorige vraag (G1.). Daaruit kunnen we ook opmaken dat dit slechts soms gebeurt. In tabel G1. zien we reeds dat 8 van de 16 respondenten “soms” in de privé-praktijk voorschrijven. Splitsen we de 6 respondenten op die “zelden/nooit” in de privé-praktijk voorschrijven, dan blijkt dat 4 respondenten “nooit” aankruisen en 2 “zelden” erbij vermelden. Tellen we die 2 respondenten bij de 8 van de categorie “soms”, blijkt dus dat 10 artsen soms of zelden hun patiënten in de privé-praktijk zien voor het voorschrijven van de substitutiemedicatie.

Wat de beide andere antwoorden betreft, geeft 4/16 respondenten (25%) aan hun patiënten ook in de privé-praktijk te zien, maar *voor andere medische zaken* dan het voorschrijven van substitutiemedicatie en geeft 3/16 respondenten (18,7%) deze patiënten *nooit* in hun praktijk te zien.

Zelfs al worden MSOC-patiënten eerder zelden in de privé-praktijk gezien voor de substitutiebehandeling, dan nog is het opmerkelijk dat de 3^o antwoordmogelijkheid door meer artsen (nl. 10/16 of 62,5%) wordt aangeduid dan de 1^o en de 2^o antwoordmogelijkheden samen (3/16 of 18,7% + 4/16 of 25% = 7/16 of 43,7%)...

²⁵⁶ Onze hypothese was dat de substitutiepatiënten van de gemandateerde Limburgse huisartsen altijd in een MSOC of een MSOC-lokaal zouden gezien worden en nooit of zeer zelden in de eigen praktijk.

Voor welke periode gelden de voorschriften voor substitutiemedicatie die u voorschrijft? Kan u bij elke periode aangeven voor ongeveer hoeveel percent van uw substitutiepatiënten dit geldt?

Tabel 64: Resultaten “Percentage patiënten voor de periodes van voorschriften”

Tabel G3: Resultaten “Percentage patiënten voor de periodes van voorschriften” ²⁵⁷	
Periodes voorschrift	Gemiddeld percentage van de patiënten (bereik laagste % - hoogste %)
voor 1 dag	0% (bereik 0% - 0%)
voor enkele dag tot 1 week	3,6% (bereik 0% - 20%)
voor meer dan 1 week tot 2 weken	29,3% (bereik 0% - 80%)
voor meer dan 2 weken tot 3 weken	32,4% (bereik 0% - 100%)
voor meer dan 3 weken tot 1 maand	26,8% (bereik 0%- 100%)
voor meer dan 1 maand	7,9% (bereik 0%- 65%)
Totaal	100 %

Opnieuw dienen we de opmerking te maken dat het hier geschatte percentages betreft, dus onrechtstreekse en “niet-schriftelijk bewezen” cijfers. Nochtans mogen we ervan uitgaan dat de opgegeven percentages vrij accuraat zijn, gegeven de ervaring en deskundigheid van de respondenten.

We kunnen hier niet echt spreken van een antwoord dat de eerste plaats inneemt, aangezien de meest voorkomende categorieën drie categorieën zijn die qua percentages vrij dicht bij elkaar aanleunen. Voorschriften voor *2 tot 3 weken* komt in 32,4% van de gevallen voor; voorschriften voor *1 week tot 2 weken* haalt een gemiddelde van 29,3% en tenslotte worden voorschriften van *3 weken tot 1 maand* voor gemiddeld 26,8% van de patiënten voorgeschreven. Veel minder vaak wordt substitutiemedicatie voor meer dan 1 maand voorgeschreven (7,9%) en nog minder vaak voor minder dan 1 week (3,6%). Voorschriften voor 1 dag komen nooit voor (0%).

Bij deze vraag wordt het wel duidelijk waarom het belangrijk is om eveneens het bereik van *het laagste en het hoogste percentage*, opgegeven door de respondenten, te vermelden. Dit geeft immers een mooi voorbeeld van hoe *gemiddelden* mogelijks een vertekend en/of niet voldoende accuraat beeld kunnen geven van de afzonderlijke antwoorden van de respondenten. De bereiken liggen hier immers zeer ver uit elkaar en men moet zich dan ook bewust zijn van het feit dat het hier *slechts om gemiddelde cijfers* gaat. Voor de antwoorden “meer dan 1 maand” en “> 1 week tot 2 weken” variëren de antwoorden van de respondenten van 0% tot 65%, respectievelijk van 0% tot 80%. Voor de categorieën “> 2 weken tot 3 weken” en “> 3 weken tot 1 maand” variëren de antwoorden zelfs van 0% tot 100%! Het zou ons te ver brengen om alle afzonderlijke antwoorden hier te vermelden, maar bij het interpreteren van de cijfers is het uiterst belangrijk om voorgaande opmerking in het achterhoofd te houden.

²⁵⁷ Op deze vraag hebben slechts 14 van de 16 respondenten een antwoord gegeven. Twee respondenten geven aan dat deze vraag op hen niet van toepassing is.

Waar gebeurt de aflevering van het substitutiemiddel?

Tabel 65: Resultaten “Plaats van aflevering”

Tabel G4: Resultaten “Plaats van aflevering”						
Plaats	altijd	- meestal	- soms	- nooit	- geen antw.	Totaal resp.
In het MSOC (-lokaal)	1	12	0	2	1	16
Bij de apotheker	1	1	12	1	1	16
In de privé-praktijk	0	0	2	12	2	16
Andere (specifieer)						
<i>Geen specificatie</i>	0	0	0	5	8	
Bij cliënt thuis	0	0	0	2 (zelden)	0	
OPZ De Klimop	1	0	0	0	0	16

Wat de aflevering van de substitutiemiddelen betreft, zijn de antwoorden vrij eenduidig. Globaal genomen kunnen we zeggen dat de aflevering *meestal in het MSOC(-lokaal)* gebeurt (12/16 resp. of 75%), *soms bij de apotheker* (ook 12/16 of 75%) en *nooit in de privé-praktijk* (weer 12/16 of 75%), enkele uitzonderingen niet te nagesproken. De medicatie wordt *praktisch nooit op een andere plaats* afgeleverd (13/16 of 81,2%)²⁵⁸. Als dit gebeurt, is het bij de cliënt thuis (bv. bij ziekte van de cliënt), maar dit komt zelden voor (2/16 resp. of 12,5%).

Kan het gebeuren dat uzelf de substitutiemedicatie aflevert?

Tabel 66 : Resultaten mogelijke aflevering door de geneesheer

Resultaten mogelijke aflevering door de geneesheer		
Antwoord	Aantal respondenten	Percentage respondenten
(1) neen	12	75%
(2) ja, in een MSOC	3	18,7%
(3) ja, in mijn privé-kabinet	1	6,2%
Totaal	16	100%

Op de vraag of het bijgevolg kan gebeuren dat de geneesheer zelf de substitutiemedicatie aflevert, liggen de antwoorden in de lijn van de vorige vraag (naar de plaats van aflevering): voor de *meerderheid van de artsen* (75%) bestaat deze mogelijkheid *niet*. Slechts voor 3 van de 16 respondenten (18,7%) kan het voorkomen dat zijzelf de medicatie afleveren, maar dan wel in het MSOC. Tenslotte geeft slechts 1 respondent aan dat hij mogelijks de medicatie in zijn/haar privé-praktijk aflevert.

Welke criteria worden door u / door u in samenspraak met het MSOC-team gehanteerd om de aflevering van de substitutiemedicatie bij de apotheker te laten gebeuren? (open vraag)*

(* schrappen wat niet past)

Voorafgaande opmerking: Bovenstaande vraag bestaat eigenlijk uit twee delen: ten eerste wordt hier gevraagd wie er beslist over de aflevering bij de apotheker; ten tweede is er een open vraag waarbij de respondenten de criteria dienden te formuleren die gehanteerd worden om tot aflevering bij de apotheker over te gaan.

²⁵⁸ Ook hier kunnen we ervan uitgaan dat de 8 respondenten die deze antwoordcategorie niet hebben ingevuld, daarmee aangeven dat nooit op een andere plaats wordt afgeleverd en dus samengeteld mogen worden met de 5 respondenten die expliciet het antwoord "nooit" hebben aangekruist.

Tabel 67: Resultaten beslissende actor(en) voor aflevering bij de apotheker

G6.a Resultaten beslissende actor(en) voor aflevering bij de apotheker		
Antwoord	Aantal respondenten	Percentage respondenten
door arts	2	12,5%
door arts + MSOC-team	8	50%
door MSOC-team	1	6,2%
niet van toepassing	1	6,2%
<i>geen antwoord</i>	6	37,5%

Bij bovenstaande tabel wordt er geen totaal vermeld, aangezien de verschillende antwoordcategorieën niet exclusief zijn en er dus meerdere antwoorden mogelijk zijn. In dit geval zijn er 2 respondenten die aangeven dat zowel door henzelf alleen als door henzelf in samenspraak met het MSOC-team de beslissing kan genomen worden tot aflevering van de substitutiemedicatie bij de apotheker.

Blijkbaar wordt de beslissing tot aflevering bij de apotheker *meestal* genomen door *de arts én de rest van het MSOC-team* tesamen. De helft van de respondenten (8/16) antwoorden in die zin. Het feit dat ook meer dan 1/3 van de respondenten (6/16 of 37,5%) geen antwoord geeft op deze vraag, maakt dat we naast de bovenstaande vaststelling eigenlijk niet veel meer kunnen zeggen over dit thema²⁵⁹.

Hoe vaak ziet u uw substitutiepatiënten? Kan u bij elke frequentie van contact aangeven voor ongeveer hoeveel percent van uw substitutiepatiënten dit geldt?

Tabel 68: Resultaten “Percentage patiënten voor de frequentie van contact met de arts”

Tabel G7: Resultaten “Percentage patiënten voor de frequentie van contact met de arts”	
Frequentie van contact	Geschat percentage van de patiënten (bereik laagste % - hoogste %)
elke dag	6,2% (bereik 0% - 100%)
minder dan elke dag maar min. 1x/week	14,2% (bereik 0 – 100%)
minder dan 1x/week maar min. 2-wekelijks	20,7% (bereik 0 – 100%)
minder dan 2-wekelijks maar min. 3-wekelijks	26,9% (bereik 0 – 100%)
minder dan 3-wekelijks maar min. 1x/maand	18,6% (bereik 0 – 100%)
minder dan 1x/maand	13,3% (bereik 0 – 80%)
Totaal	100 %

Een eerste belangrijke *vaststelling* betreft het feit dat de antwoorden op deze vraag zeer sterk verschillen (cfr. *grote bereiken!*). Bij alle antwoordcategorieën, behalve bij de hoogste frequentie (< 1x/mdn), variëren de antwoorden van 0% tot 100%. Dit betekent dat we de hierboven genoemde gemiddelden zeer voorzichtig moeten interpreteren!

Deze opmerking in acht nemend, kunnen we toch een soort rangschikking opstellen van de meest voorkomende contactfrequenties: 26,9% van de patiënten wordt *twee- à driewekelijks* gezien; 20,7% van de patiënten wordt *wekelijks tot tweewekelijks* gezien en ook nog 18,6% drie- tot vierwekelijks. Het *minst* komen de *hoogste frequenties* voor

²⁵⁹ Wellicht is dit ook te wijten aan het feit dat de vraag misschien wat ongelukkig geformuleerd is. In zekere zin behoren de gemandateerde artsen eigenlijk ook tot het “MSOC-team”, nl. via de intervisievergaderingen, waarin hulpverleners, gemandateerde artsen, OCMW-medewerkers en psychiaters vertegenwoordigd zijn.

(meer dan dagelijks, maar minstens wekelijks: 14,2%²⁶⁰; dagelijks: 6,2%). Ook de *laagste frequentie* komt niet zo vaak voor: 13,3% wordt minder dan maandelijks gezien.

Evaluatie

Wordt er een behandelingsplan opgesteld *bij de aanvang* van de substitutiebehandeling?

Tabel 69: Resultaten behandelingsplan

Resultaten behandelingsplan		
Antwoord	Aantal respondenten	Percentage respondenten
Ja	13	81,2%
Soms	3	18,7%
Neen	0	0%
Totaal	16	100%

H1a. Indien 'ja' of 'soms' (**16/16**): door wie wordt dat plan opgesteld?

1. door de gemandateerde huisarts (**0/16**)
2. door het MSOC (**7/16**) (individuele hulpverlener (2/7) / team (5/7)*) (* schrappen wat niet past)
3. door beide, in samenspraak (**7/16**)
4. geen antwoord/n.v.t. (**2/16**)

Bijna altijd wordt er bij de *aanvang* van een substitutiebehandeling een *behandelingsplan* opgesteld (13/16 resp. of 81,2%). Slechts 3 respondenten geven aan dat er soms een behandelplan wordt opgesteld en geen enkele respondent antwoordt negatief op de vraag. Dit plan wordt meestal opgesteld *door het MSOC* (7/16) – meer bepaald door het team (5/7) – of door de gemandateerde *huisarts en het MSOC-team* samen (ook 7/16).

Worden substitutiepatiënten *tijdens de behandeling* geëvalueerd?

Tabel 70: Resultaten evaluatie tijdens behandeling

Resultaten evaluatie tijdens behandeling		
Antwoord	Aantal respondenten	Percentage respondenten
Ja	14	87,5%
Soms	2	12,5%
Neen	0	0%
Totaal	16	100%

H2a. Indien 'ja' of 'soms' (**16/16**): door wie wordt die evaluatie uitgevoerd?

1. door de gemandateerde huisarts (**0/16**)
2. door het MSOC (**3/16**) (individuele hulpverlener (0/3) / team (3/3)*) (* schrappen wat niet past)
3. door beide, in samenspraak (**12/16**)
4. geen antwoord/n.v.t. (**1/16**)

H2b. Indien 'ja' of 'soms': op welke manier gebeurt die evaluatie; aan de hand van welke criteria? (open vraag)

- 1) intervisie (9/16)
- 2) criteria: gedrag van cliënt, sociaal functioneren van cliënt, zich houden aan de afspraken, urinetesten, enz.

²⁶⁰ Vooral als we hier de residentiële arts niet meetellen (die uiteraard zijn patiënten misschien niet dagelijks maar dan toch enkele dagen per week ziet), komen we tot een nog lager percentage, nl. 8%)

= evaluatie van alle levensdomeinen (druggebruik, gezondheid, werk, woonst, sociaal, financieel, justitieel)

Ook *tijdens* de behandeling wordt de patiënt geëvalueerd (14/16); slechts de overige 2/16 resp. geven aan dat dit ‘soms’ gebeurt.

Veel meer dan bij de aanvang van de behandeling gebeurt de evaluatie van de patiënt *tijdens* de behandeling in overleg tussen de *gemandateerde artsen én het MSOC-team* samen (12/16).

Deze evaluatie gebeurt hoofdzakelijk door middel van *interviewvergaderingen* (9/16), i.e. overleg waarbij alle betrokken actoren aanwezig zijn: MSOC-hulpverleners, gemandateerde huisartsen, verpleegkundigen, straathoekwerkers, ev. OCMW-personeel, enz.

Meerdere criteria worden hierbij gehanteerd, zoals het gedrag van de cliënt, het sociaal functioneren van de cliënt, het zich houden aan de afspraken, urinetesten, enz. Algemeen kan men stellen dat de evaluatie zich voltrekt op verschillende levensdomeinen (druggebruik, gezondheid, werk, woonst, sociale situatie, financiële situatie, justitiële situatie)²⁶¹.

Aan het einde van een substitutiebehandeling: hoe wordt een succesvolle beëindiging van de substitutiebehandeling omschreven; welke criteria worden er gehanteerd? (open vraag)

Voorafgaande opmerking: N = 14, aangezien 2 resp. deze vraag beantwoord hebben vanuit een residentiële setting, waar de bepaling van ‘het einde van de behandeling’ en de criteria die daarbij gehanteerd worden, sterk verschillen met de procedure in een ambulante setting. We nemen hier dus enkel de ‘ambulante artsen’ in beschouwing.

Alle 14 antwoorden hier op een rijtje zetten, zou ons te ver leiden. We verwijzen daarom dadelijk naar het volgende puntje ‘analyse’.

Het einde van een succesvolle behandeling wordt meestal omschreven in termen van *resocialisatie, reïntegratie* in het maatschappelijk leven (8/14).

De elementen die hierbij een *zeer belangrijke* rol blijken te spelen, zijn: het druggebruik (of beter: het zoveel mogelijk afzien van druggebruik); het hebben van een beroepsactiviteit, een goed sociaal leven en een goed maatschappelijk functioneren.

Elementen die *iets minder belangrijk* worden geacht, maar waarmee men eveneens rekening houdt, zijn: de lichamelijke en psychische gezondheid, zelfredzaamheid, afwezigheid van bijkomende justitiële problemen en ev. het vrij zijn van methadongebruik.

Voorts vermelden 2 resp. dat zij bij deze beoordeling vooral de *cliënt* centraal stellen: de behandeling wordt als voltooid beschouwd wanneer de cliënt zich goed voelt, rust heeft en zich sterk genoeg voelt om de substitutiebehandeling te beëindigen

Bij wijze van ‘restcategorie’ kunnen we de antwoorden van telkens 1 respondent vermelden:

- “cliënt moet drugvrij zijn, zowel van heroïne als van methadon”;
 - “er zijn geen criteria”;
 - “een succesvol einde van de substitutiebehandeling heb ik nog nooit ervaren”;
- geen antwoord.*

²⁶¹ Dit zijn inderdaad de levensdomeinen die bij evaluaties van drugprogramma’s vaak gehanteerd worden, o.a. in de EuropASI, maar ook bij (ev. interne) evaluaties of evaluatiestudies zonder dat men daarbij gebruik maakt van de (zeer uitgebreide) ASI-vragenlijst.

Aantal patiënten in substitutiebehandeling²⁶²

Hoeveel patiënten heeft u momenteel in totaal in behandeling (totale patiëntenpopulatie, dus ook andere dan substitutiepatiënten)?

gemiddeld 2470 (**totaal aantal patiënten**) (N = 10)

Hoeveel patiënten heeft u momenteel in behandeling voor een legaal/illegaal drugprobleem (maar exclusief de substitutiepatiënten) (aantal + percentage van uw totale patiëntenpopulatie)?

gemiddeld 122,5 (**totaal aantal patiënten met drugprobleem, excl. subst.**) (N = 9)

gemiddeld 10,1 % (**percentage** van totale patiëntenpopulatie) (N = 10)

Hoeveel patiënten heeft u momenteel in substitutiebehandeling (dus enkel de substitutiepatiënten) (aantal + percentage van uw totale patiëntenpopulatie)?

gemiddeld 23 (**totaal aantal substitutiepatiënten**) (N = 14)

gemiddeld 2 % (**%** van totale patiëntenpopulatie) (N = 12)

Eigenlijk kan hier één vaststelling volstaan: het *aandeel van substitutiepatiënten* in de totale patiëntenpopulatie van een gemandateerd huisarts is over het algemeen *zeer klein* (gemiddeld 2%) (bereik 0,05% - 7,5%) en bovendien ligt dit percentage een stuk lager dan het percentage patiënten met legale en illegale drugproblemen in het algemeen (gemiddeld 10,1%) (bereik 0,4% - 50%).

5.3. Autres questionnaires existants

En cours de travail, les chercheurs se sont également penchés sur l'existence et la pertinence de questionnaires alternatifs, plus adaptés à la réalité de terrain. Ces questionnaires alternatifs ont, cependant, fait l'objet de moins d'études et de publications. Les critères d'analyse de ces questionnaires sont les mêmes que ceux repris précédemment dans les paragraphes consacrés aux validités d'apparence. En particulier, ils doivent répondre aux exigences posées par l'évaluation des traitements de substitution. A savoir :

²⁶² *Opmerking:* Veel artsen geven aan dat deze vraag te moeilijk te beantwoorden is; zij kennen de aantallen en percentages waarnaar gevraagd wordt immers niet uit het hoofd of ze begrijpen de vraag en/of het nut van de vraag niet. Daarom zou het beter zijn voor verder onderzoek deze vraag te herleiden tot:

Hoeveel patiënten heeft u momenteel in substitutiebehandeling (dus enkel de substitutiepatiënten)?

.....(**totaal # substitutiepatiënten**)

Welk aandeel maken deze substitutiepatiënten uit in uw totale patiëntenpopulatie?

→ kan u het *percentage substitutiepatiënten* schatten ten opzichte van uw totale patiëntenpopulatie?

$$= \frac{\text{totaal \# substitutiepatiënten}}{\text{totaal \# patiënten}} \times 100$$

→ indien u uw totale patiëntenpopulatie niet precies kent, kan u dan hieronder aanduiden hoe groot (of hoe klein) het aandeel substitutiepatiënten is in uw totale patiëntenpopulatie?

Aandeel substitutiepatiënten in de totale patiëntenpopulatie:				
zeer groot aandeel	groot aandeel	gemiddeld aandeel	klein aandeel	zeer klein aandeel

« On entend par traitement de substitution tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, **visant**, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient. » (Loi du 22 Août 2002) Par ailleurs, on s'attend à observer dans le décours de ce traitement : « une réduction de la consommation de drogues et de la pratique d'injection ; une amélioration de la "compliance" thérapeutique ; ainsi qu'une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et une réduction des activités délinquantes ». Par là même, on s'attend à constater une réduction des risques de transmission des virus du SIDA et des hépatites ainsi qu'une diminution des overdoses, des complications et de la mortalité.

5.3.1. Evolutox

Ce questionnaire court (19 items) a été mis au point par le Réseau d'Aide aux Toxicomanes et a fait l'objet d'un contrat de recherche FNRS et de la CoCoF²⁶³.²⁶⁴ ²⁶⁵ Comme son nom l'indique, il est destiné à évaluer **l'évolution** d'un toxicomane pris en charge par traitement de substitution.

Les 19 items couvrent les dimensions suivantes :

1. **Produits** : 3 items concernent la fréquence d'utilisation de toxiques et un le dosage du traitement substitutif.
2. **Indice de gravité** : l' α de Cronbach de cet index composite est très bon : .80 Cet indice est composé de deux facteurs
 - a. Facteur de marginalisation composé des 5 items projet de vie, travail, autonomie, paraître-look, identification au personnage toxicomane.
 - b. Facteur Déviance composé de 3 items délinquance, deal et situation judiciaire
3. **Etat de santé** : 3 items explorent l'existence d'une pathologie médicale traitée ou non, l'intensité des affects dépressifs et anxieux. En plus de ces items, le médecin doit mentionner l'existence d'hépatite C ou B
4. **Aspects sociaux** : 2 items prennent en compte d'une part la situation sociale et d'autre part l'autonomie dans la vie quotidienne
5. **Travail thérapeutique** : un item évalue le contrat avec le thérapeute et les transgressions, l'autre l'autocritique du sujet par rapport à sa toxicomanie.

Lors du premier contact, une fiche anamnétique sur la toxicomanie et les modes d'usage des produits est remplie par le médecin et le patient remplit un questionnaire auto-administré centré sur son contexte de vie et ses attentes.

Tous les items sont gradués de 0 à 4 et contiennent sur une page recto-verso. Ils doivent être complétés tous les 3 mois à partir du début de la prise en charge. Le temps de remplissage est court et est compatible avec les pratiques médicales en cabinet privé. L'unicité de l'empan de chaque item, tous gradués de la même manière, facilite tant le décodage que les analyses statistiques.

Les publications disponibles, mettent en évidence qu'à court terme²⁶⁶:

²⁶³ Ledoux Y., Remy, C., Corten, Ph., Rousseaux, JP., Sand, EA., Pelc I. (1993) « Evaluation d'un traitement de substitution. Le cas du Réseau d'Aide aux Toxicomanes (R.A.T.) 1989-1993. Premiers résultats ». NST 1993, 11(4), 89-98

²⁶⁴ Remy, C. (1995) « Pluridisciplinaire et non hiérarchisé : le Réseau d'Aide aux Toxicomanes Bruxellois » Arch Public Health 1995, 53, 261-269

²⁶⁵ Remy, C. (1997) « Le devenir du patient sous méthadone ». Rev. Med. Brux. 1997, 18, 312-316

²⁶⁶ Ledoux Y., Remy, C., Corten, Ph., Rousseaux, JP., Sand, EA., Pelc I. (1993) « Evaluation d'un traitement de substitution. Le cas du Réseau d'Aide aux Toxicomanes (R.A.T.) 1989-1993. Premiers résultats ». NST 1993, 11(4), 89-98

1. l'abandon en cours de traitement de substitution est faible (10% par 6 mois jusqu'à deux ans et demi)
 2. la réduction de consommation d'héroïne est très forte au cours des 6 premiers mois de prise en charge
 3. la réduction de l'indice de gravité corrobore celle de l'usage d'héroïne
 4. une réduction de la consommation annexe est observée.
- A plus long terme, les auteurs²⁶⁷ mettent en évidence que
1. l'abandon en cours de traitement se réduit à 5% par semestre (étude portant sur 8 ans)
 2. la réduction de consommation d'héroïne se poursuit : après 6 mois elle était de 38.9%, à 5 ans elle passe à 58.5%
 3. tous les items (sauf item santé physique) s'améliorent statistiquement entre la première et la dernière évaluation
 4. l'indice de gravité chute particulièrement les 6 premiers mois mais continue à diminuer jusqu'à 6 ans de suivi. Après quoi un lissage s'observe
 5. les analyses multivariées (régressions linéaires itératives) mettent en évidence que le contenu des différents items de l'Evolutox ont un impact sur la durée du traitement, l'abstinence en traitement et l'amélioration de la gravité.

5.3.2. Résumé Toxicomanies Minimum (RTM)

Le Résumé Toxicomanies Minimum (RTM) est un module intégré au Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) et adapté aux spécificités des usagers de drogues hospitalisés.

Ce module a été élaboré avec des professionnels de terrain, il est compatible avec les standards européens et est enrichi d'items à vocation clinique. Par ailleurs, un manuel d'utilisation est disponible. Le RTM a été testé en deux phases : le pré-test et le test. Le pré-test a été réalisé auprès de six institutions et a servi à la vérification du niveau de compréhension des items auprès des équipes. Par ailleurs, le pré-test a également permis d'évaluer l'intégration et l'adéquation des items dans la pratique des équipes.

La phase de test élargi proprement dit a servi aux analyses de validité et de fidélité du module RTM. Cette phase s'est réalisée dans sept institutions et, à l'exception d'un item, les résultats de validité et de fidélité sont satisfaisants. Pour cause de difficultés administratives propres au RPM, le RTM n'a finalement pas encore été mis en application complète à ce jour. Il est toutefois prêt à l'emploi²⁶⁸.

²⁶⁷ Ledoux, Y. (2001) « Le devenir de patients en cure substitutive au Réseau d'aide aux Toxicomane. Les dimensions de l'efficacité substitutive. » Xérocopie. Séminaire GEERMM : Evaluation et promotion de la qualité des soins aux toxicomanes. Projet de Recherche-Action : Substitutions en Europe. 10 mars 2001 23 pages

²⁶⁸ BERGERET I., DE BACKER V., FROM L., JOOSTEN J., NICAISE P., PELC I ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, Octobre 1999

BERGERET I., FROM L., JOOSTEN J., NICAISE P., PELC I ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers – Validation du module Résumé Toxicomanies Minimum (RTM)*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, Mars 2001

5.3.3. KULeuven -vragenlijst betreffende substitutie voor artsen

Ce questionnaire expérimental est destiné à appréhender de façon globale la patientèle de médecins généralistes. Il comprend 8 sections :

1. Identification du médecin
2. Buts poursuivis pour les traitements de substitution
3. Critères d'inclusion et d'exclusion des patients
4. Produits de substitution utilisés et dosages
5. Modalités des traitements de substitution
6. Prescriptions et distribution du traitement de substitution
7. Evaluation
8. Nombre de patients en traitement.

Dans l'ensemble, ce questionnaire est clair et facile à remplir. Généralement il ne demande aucun chiffre précis, mais plutôt des estimations globales (exemple % des patients sous méthadone). Il explore convenablement les volets indispensables pour caractériser une prise en charge.

Du point de vue du construit des échelles, celles-ci souffrent cependant de quelques défauts métrologiques. L'empan des échelles varie, ce qui rend les statistiques avancées plus problématiques. Parfois, la réponse « moyen » n'est pas au milieu de l'échelle, ce qui confèrera lors du travail statistique un poids positif à cette réponse au lieu de rester neutre. L'ordre de cotation n'est pas homogène (dans certaines échelles « toujours » correspond à la note maximale, dans d'autres à la minimale), sans qu'on en comprenne la raison.

A ce jour, à notre connaissance, ce questionnaire expérimental n'a pas encore fait l'objet d'étude de validation (validité de contenu, construit, fidélité...)

Moyennant quelques adaptations métriques, ce questionnaire peut retenir l'attention.

5.3.4. Mini-Questionnaire de Maison Médicale

Lors des rencontres avec les médecins de maison médicale, ceux-ci ont fait part de leur souhait de disposer d'un outil simple et rapide, adapté à la réalité d'une pratique médicale en consultation. De cette discussion en est ressortie l'ébauche ci-dessous. Ce brouillon répond aux exigences suivantes :

- tenir en une seule page (remplissage facile et rapide)
- préserver l'échelle d'évaluation de l'ASI (4 échelons de gravité et d'importance pour le patient)
- aborder malgré tout les différents volets de la multiplicité des problématiques des patients toxicomanes.

Bien-sûr, ce document n'est, à l'heure actuelle, qu'une piste et n'a pas encore été validé.

	1 (le moins grave)	2	3	4 (le plus grave)
PRODUIT	Sans	Cannabis	Cocaïne – Benzo. Amphet. – XTC	Héroïne – Alcool
MODE de CONS.	-	Oral	fumé - sniffé	injecté
DUREE de CONS.	irrégulier	rég. < 1 an		rég. > 5 ans
RYTHME de CONS.	-	occasionnel		quotidien
BUDGET PROD./jour	0	< 3 €		> 30 €
ANTECEDENTS Therap.	0			Hosp. multiples
RESSOURCES	Travail / Chômage	Aide de la famille	Aide sociale	Act. criminelles
ACTIVITE	Emploi régulier	Emploi irrégulier / Noir	Formation	Pas d'activité
LOGEMENT	propriétaire / locataire	communautaire	famille	squat / SDF
CELLULE FAMILIALE	Conjoint non-tox.	Famille	seul	couple tox
MUTUELLE	+			0
DETTES	0	< 250 €		> 2500 €
ANTECEDENTS Jud.	0	Ant. classés	Sursis / probation	en cours
Etat Général	Conservé			perte poids > 20%
Santé Mentale	0	immaturité		Psychose

5.3.5. Vragenlijst Methadoncliënten in Nederland (MCN)

Ce questionnaire a été utilisé aux Pays-Bas par F.M.H.M. Driessen²⁶⁹. Il s'agit d'un questionnaire spécifique aux traitements de substitution sous méthadone. Lorsqu'on parcourt le questionnaire, on peut identifier les dimensions suivantes :

1. Identification sociale du patient
2. Usage de drogues et méthadone
3. Santé physique
4. Santé mentale
5. Justice
6. Travail et éducation
7. Anamnèse sur la famille et l'enfance
8. Assistance par professionnels

Le MCN comprend 67 questions qui se suivent, à la suite l'une de l'autre, sans subdivisions, et de présentation fastidieuse. Les questions posées sont fort similaires à l'ASI. Bon nombre d'items sont dichotomiques, un certain nombre sont paramétriques. Malheureusement, les items gradués n'ont pas systématiquement le même empan, ce qui rend le travail statistique plus difficile et limite les méthodes utilisables. Tout comme l'ASI, ce questionnaire explore peu les aspects positifs de la vie du toxicomane et certainement pas sa qualité de vie. Les conditions de vie matérielle, la vie sociale et affective du sujet ne sont pas abordées. Peu d'items sont susceptibles d'évolution et ce

²⁶⁹ Driessen FMHM., (1992) « Methadoncliënten in Nederland » Ministerie van WVC/Bureau Driessen Rijswijk/ Utrecht pp231-246

questionnaire est plus approprié pour développer un profil des consultants que leurs suivi et évolution. Par rapport à Evolutox, ce questionnaire n'explore nullement l'alliance thérapeutique, les projets de vie, l'insight, l'identification au personnage toxicomane. Il ne donne pas non plus d'indice de gravité et, à notre connaissance, ne développe pas de score composite. Ce questionnaire, de surcroît, n'explore pas les objectifs de la prise en charge.

Par ailleurs, nous ne sommes en possession d'aucune étude concernant sa validation et ses valeurs métriques.

5.3.6. Vragenlijst Methadonverstrekking in Nederland (MVN)

Ce questionnaire a été utilisé aux Pays-Bas par F.M.H.M. Driessen²⁷⁰. Il s'agit d'un questionnaire, qui tout comme le TUF, est destiné à établir un profil d'institution. Le questionnaire explore les thématiques suivantes :

1. Structure organisationnelle de l'institution
2. Rôle des généralistes et autres institutions
3. Points critiques concernant l'organisation
4. Buts des traitements de substitution
5. Descriptif de la patientèle
6. Délivrance de méthadone
7. Aspects médicaux et doses
8. Aspects organisationnels et règlement intérieur
9. Accompagnement
10. Points critiques concernant les clients

Ce questionnaire détaillé contient 111 items à visée descriptive de l'activité et l'organisation de l'institution.

²⁷⁰ Driessen FMHM., (1990) « Methadonverstrekking in Nederland » Ministerie van WVC/Bureau Driessen Rijswijk/Utrecht 1990 pp 112-130

6. Discussion

Tout au long de ce travail intitulé « Les prises en charge par traitements de substitution en Belgique.-Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients » nous avons pris pour parti de nous référer, d'une part, au prescrit de la Loi, et d'autre part, aux constatations énoncées dans la Conférence de Consensus et son suivi. A savoir :

« On entend par traitement de substitution tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, visant, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient. » (Loi du 22 Août 2002) Par ailleurs, on s'attend à observer dans le décours de ce traitement : « une réduction de la consommation de drogues et de la pratique d'injection ; une amélioration de la "compliance" thérapeutique ; ainsi qu'une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et une réduction des activités délinquantes ». Par là même, on s'attend à constater une réduction des risques de transmission des virus du SIDA et des hépatites ainsi qu'une diminution des overdoses, des complications et de la mortalité.

6.1. Discussion critique de l'analyse quantitative

Trois outils ont été utilisés dans l'analyse quantitative. L'Addiction Severity Index a pour objectif de déterminer les besoins perçus en traitement et d'établir un profil du contexte de la toxicomanie. Le Quavisub, lui, évalue principalement la Qualité de Vie subjective et objective ainsi que la satisfaction éprouvée lors d'usage de produits ou de comportements addictifs. Le TUF est un outil descriptif permettant de dresser un profil général de l'institution. Afin d'évaluer la faisabilité et la pertinence de l'utilisation éventuelle de ces outils en routine, chaque institution a appliqué elle-même ces divers instruments.

6.1.1. L'Addiction Severity Index

L'ASI a déjà été utilisé dans plus d'un millier de sites dans le monde, c'est dire que, moyennant certains dispositifs, il peut être appliqué auprès de toxicomanes ou d'alcooliques. A la lecture des articles publiés, il apparaît cependant que cet outil est surtout utilisé dans des centres de désintoxication résidentiels et hospitaliers qui incluent dans leur pratique une évaluation complète du patient lors de son entrée. Ce n'est pas du tout le contexte rencontré ici. Le généraliste reçoit le toxicomane lors de ses consultations médicales courantes. Il n'a qu'un quart d'heure pour le soigner et ne dispose pas d'un aréopage d'assistants ou d'infirmières pour faire passer des tests. Une MASS se définit comme un centre à bas seuil d'exigence et vise essentiellement à accrocher le toxicomane, via le traitement de substitution, à un processus de resocialisation. On comprend dès-lors que peu d'ASI aient été encodés.

Sur le fond, les praticiens qui ont encodé les ASI reconnaissent la pertinence des domaines explorés et apprécient, dans cet outil, le fait qu'il élargisse la réflexion à l'ensemble des domaines de vie du toxicomane. Ils lui reprochent cependant sa lourdeur, la disproportion

des items portant sur le passé par rapport à ceux explorant la vie actuelle, l'accent mis sur la gravité des problèmes sans mettre en exergue les facteurs positifs.

Sur le plan de l'encodage des items, celui-ci est complexe et nécessite d'une part le recours régulier au manuel et d'autre part une formation certifiée de 2 jours.

Sur le plan de sa validité statistique l' α de Cronbach de l'indice composite « drogues » n'est pas extraordinaire dans la littérature internationale et franchement mauvais dans notre échantillon. Par ailleurs, l'empan des items varie pour nombre de questions, ce qui rend son dépouillement plus complexe pour le chercheur.

Enfin, nombre de questions sont redondantes avec le Quavisub (Aspects de Qualité de Vie objective). Malheureusement, la philosophie de construction des deux instruments est divergente. L'ASI met la priorité sur des réponses précises et quantifiables, le Quavisub sur des proportions et des impressions globales. Dès-lors, pour éviter ces redondances, il y aurait lieu de se limiter à sa version courte (Qualité de Vie Subjective) lors d'usage conjoint avec l'ASI.

Pour toutes ces raisons, il apparaît, au terme de cette étude, que l'ASI, bien qu'il nous ait donné une masse d'informations portant sur divers domaines de la vie du toxicomane, **ne soit pas le questionnaire le plus approprié** au contexte de délivrance de traitements de substitution en Belgique ; il reste par contre un outil intéressant dans le cadre d'un centre de soin spécialisé en évaluations et mises au point.

6.1.2. Le Quavisub

Le Quavisub a déjà fait l'objet d'une cinquantaine d'études en France, en Belgique, au Canada et aux USA. Il s'agit d'un questionnaire explorant la Qualité de Vie tant Subjective qu'objective. Il est composé d'une série d'outils qui, eux, ont largement été utilisés, en particulier le SLDS de Baker et Intigliata. Il se présente sous forme d'une auto-passation qui prend une vingtaine de minutes, le temps d'encodage étant de 10 minutes. Son encodage n'a pas posé de problèmes majeurs à la MASS de Charleroi qui les a fait remplir dans la salle d'accueil. Il a cependant été moins rempli dans les maisons médicales, pour des facteurs d'oubli du questionnaire d'une consultation à l'autre. Dans ce contexte, il serait souhaitable de disposer d'une version plus courte que celle utilisée, afin de pouvoir la remplir en salle d'attente.

Sur le fond, le Quavisub est un outil non spécifique. Il peut tout aussi bien être appliqué à des personnes en bonne santé que des toxicomanes, et les auteurs ont bien démontré que le processus d'évaluation de la Qualité de Vie se base sur les mêmes critères chez les personnes en bonne santé et chez les patients. Il met la priorité sur la part subjective du sujet, tout en ne négligeant pas le contexte objectif. Il dispose en outre d'une échelle de satisfaction à l'usage de produits ou de comportements addictifs. Les praticiens ont apprécié la philosophie du questionnaire, plus proche de leur préoccupation clinique et le fait qu'il se penche sur les domaines de vie qui sont susceptibles d'amélioration.

Sur le plan statistique sa validité est très bonne quels que soient les critères. Son encodage est facilité par la mise à disposition d'un logiciel qui calcule automatiquement les scores composites avec le même empan et qui permet également d'imprimer un double rapport :

un pour le patient (forme texte), un pour le thérapeute (forme graphiques). Il ne nécessite aucune formation particulièrement pour l'encodage, par contre il nécessite un petit rafraîchissement des connaissances pour la lecture des graphiques qui sont présentés en écarts-types.

Diverses versions existent. En cas d'utilisation conjointe avec l'ASI, la version courte est la plus appropriée. Dans le cadre de la poursuite de cette étude, il est proposé d'utiliser la version moyenne augmentée de l'échelle de perception de sensations lors d'un usage de produits ou lors de l'accomplissement de comportements addictifs.

6.1.3. Le TUF

Le TUF est un outil à visée descriptive afin de dresser un profil institutionnel. Il s'agit d'un outil expérimental proposé par le Point Focal Grec de l'Observatoire de Lisbonne. Le peu d'institutions étudiées ne nous permet pas de nous prononcer sur sa valeur discriminante et sur sa pertinence particulière. Il pourrait aisément être remplacé par un autre outil s'il apparaît plus adéquat.

6.2. Analyse qualitative

6.2.1. Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale (Francophones)

Les démarches qualitatives se sont orientées dans deux approches différentes : d'une part, l'approche des Focus Groups (FG) a été utilisée avec les panels de médecins pratiquant les traitements de substitution en cabinet privé, en vue de faire émerger le plus d'opinions différentes possibles quant aux modalités d'encadrement desdits traitements, et à la faisabilité de la mise en place d'un dispositif d'évaluation adapté à cette pratique spécifique. Plusieurs hypothèses ont été émises, et des propositions de structures d'outils ont été faites.

D'autre part, l'approche d'intervision institutionnelle a au contraire été utilisée dans les institutions en vue de faire émerger une parole institutionnelle consensuelle autour de l'utilisation des outils. Mis à part les avis techniques sur les questionnaires, l'apport principal des méthodes qualitatives aura été de montrer la très grande variété des types de prises en charge réalisées au travers des mêmes instruments : la prescription médicale et les traitements de substitution. Il apparaît dès lors qu'une évaluation clinique fiable et à long terme ne saurait faire l'économie du recensement de ces différentes pratiques, qui elles-mêmes reflètent autant de représentations et de philosophies de soins. Cela peut ne sembler qu'une différence d'accent, mais considérer le traitement de substitution (médicamenteux) comme le centre de la prise en charge, l'objectif étant l'abstinence (même différée indéfiniment), et l'accompagnement psycho-social comme un accompagnement du traitement médical, constitue une philosophie de traitement en soi. Elle n'a rien de commun avec celle qui au contraire, considère la prise en charge psychothérapeutique comme le centre de la prise en charge, l'objectif étant de rendre au patient la maîtrise de son existence, et le traitement médicamenteux n'étant qu'un moyen de neutraliser le rapport aux produits pendant la durée de la psychothérapie.

De telles différences impliquent des objectifs différents, qui ne se mesurent pas tous de la même manière. Dans une logique d'approfondissement de cette démarche, il sera nécessaire de tenir compte de ces aspects.

6.2.2. Limburg en Brussel-Hoofdstad (nederlandstalig)

Le mardi 2 septembre 2003, devait avoir lieu à la MASS de Genk (21h) un second groupe de discussion composé des médecins traitants mandatés du Limbourg. Il s'agira, cette fois, des questions ouvertes qui, d'une part, ont été posées par la chercheuse elle-même et, d'autre part, amenées par les généralistes.. Jammer genoeg heeft deze bijeenkomst niet meer kunnen plaatsvinden voor het einde van het project. Daarom zal deze vergadering belegd worden in de 2^o fase van het project (voor de gesloten en open vragenlijst als methodologische instrumenten voor beide panelgesprekken: cf. annexe).

6.3. Questionnaires alternatifs

Une série de questionnaires alternatifs ont été analysés sur base de leur validité d'apparence. (Permettent-ils de répondre aux critères de la loi et de la Conférence de Consensus ? Sont-ils bien construits ? Sont-ils spécifiques ? Peuvent-ils être utilisés en routine dans une pratique médicale courante, et en particulier dans le contexte belge de délivrance de traitement de substitution en ambulatoire ? S'adaptent-ils à des philosophies de traitement et de prise en charge différentes ? Explorent-ils les objectifs prioritaires de prise en charge ?...).

Un seul questionnaire répond à quasi l'ensemble des critères énumérés ci-dessus : l'Evolutox.

Il est tout à fait spécifique aux traitements de substitution. Il mesure l'évolution des changements tant positifs que négatifs. Il a été validé sur une période de 9 ans et permet de constater des différences significatives au cours du temps. Sa validité d'apparence est adéquate. L'Evolutox a la particularité d'explorer en plus la relation thérapeutique. Ses caractéristiques métriques sont parfaites et il a été validé scientifiquement sur une population suivie en ambulatoire par traitement de substitution. Afin d'utiliser ce questionnaire évolutif non seulement pour de nouveaux patients, mais également pour ceux déjà dans la file active, il est proposé d'ajouter une question : « Depuis combien de mois êtes-vous sous traitement de substitution ? » A partir du moment où l'on peut savoir à quel moment du traitement nous nous situons, il est possible, sur base des résultats publiés, d'estimer les chances de changements dans divers domaines. Ce point devrait cependant être discuté avec les auteurs du questionnaire.

Deux questionnaires méritent de ne pas être rejetés vu leur brièveté : le « Mini-Questionnaire de Maison Médicale » et le « KULeuven -vragenlijst betreffende substitutie voor artsen ». Il s'agit cependant de questionnaires expérimentaux et doivent encore faire l'objet d'une validation scientifique complète. Les qualités métriques de l'un d'entre-eux devraient être améliorées.

Un questionnaire ne rencontre pas les critères de sélection : le « Vragenlijst Methadoncliënten in Nederland (MCN) ». Peu d'items sont susceptibles d'évolution et ce questionnaire est plus approprié pour développer un profil des consultants que leurs suivi et évolution. Par rapport à Evolutox, ce questionnaire n'explore nullement l'alliance thérapeutique, les projets de vie, l'insight, l'identification au personnage toxicomane. Il

ne donne pas non plus d'indice de gravité et, à notre connaissance, ne développe pas de score composite. Les qualités métriques apparentes du questionnaire ne répondent pas aux standards d'usage. Nous ne sommes en possession d'aucune étude scientifique de validation.

Un questionnaire pourrait remplacer le TUF : le « Vragenlijst Methadonverstrekking in Nederland (MVN) ». Bien qu'assez lourd (111 items), ce questionnaire permet un descriptif de l'institution et une comparaison avec la situation Néerlandaise, ce que ne permet pas le TUF qui n'est qu'un projet expérimental de l'Observatoire des drogues de Lisbonne, mais ne semble jamais avoir été appliqué (du moins dans des publications).

Important : Aucun des questionnaires ne mentionne les changements attendus chez les patients par la prise en charge. Ceux-ci sont indispensables pour évaluer si l'institution (ou le praticien en cabinet privé), dans les domaines qu'elle se fixe, observe bien les changements escomptés. Il s'agirait soit de rajouter un item « changements attendus dans la prise en charge », soit de réaliser des focus group au sein des institutions.

7. Propositions et conclusions

7.1. Questionnaire final

Les auteurs, proposent deux formes de questionnaires :

- un questionnaire extra-court inspiré du « **Mini-Questionnaire de Maison Médicale** » et du « **KULeuven -vragenlijst betreffende substitutie voor artsen** » qui devrait être contenu sur 1 page et devrait pouvoir être complété après une consultation en moins de 3 minutes. Ce questionnaire doit encore faire l'objet de validation.
- un questionnaire standard composé des domaines suivants :
 - **Produits** : fréquence d'utilisation de toxiques et dosage du traitement substitutif.
 - **Indice de gravité**
 - **Marginalisation - autonomisation**
 - **Déviance sociale et aspects judiciaires**
 - **Etat de santé physique et psychologique y compris HIV et hépatites**
 - **Situation sociale**
 - **Evolution de l'alliance thérapeutique**
 - **Evénements de vie et éléments anamnestiques**
 - **Qualité vie subjective et objective**
 - **Echelle de perception de sensations lors d'un usage de produits ou lors de l'accomplissement de comportements addictifs**

7.2. Recommandations

Il est indispensable que l'usage de ces questionnaires fasse partie intégrante d'une « recherche-action » telle qu'elle a été définie dans la précédente étude concernant les MASS²⁷¹ Ils doivent donc être implémentés en même temps qu'un accompagnement des institutions dans leur processus de réflexion sur leurs objectifs de traitement. Pour ce faire, il faut :

1. que le remplissage des questionnaires donne lieu à un feed-back immédiat (sous forme de rapport ou de graphiques compréhensibles). Le plus aisé étant de fournir un outil informatisé,
2. que régulièrement soit rendu aux institutions un profil d'analyse de leurs encodages soit sous la forme de rapport écrit, soit (mieux) sous forme de rencontre entre l'institution et les centralisateurs de l'information,
3. que les cliniciens puissent exprimer l'écart qu'ils observent entre les analyses et leurs préoccupations de terrain, et qu'il en soit tenu compte,
4. que le questionnaire ne soit pas figé et que, en fonction des objectifs ou centres d'intérêts, des évaluations puissent être ajoutées (comme dans le RPM),
5. que les dimensions qualitatives qui concernent, notamment, les changements attendus et la relation thérapeutique, ne soient pas laissées pour compte et que le recueil de données ne soit pas un but en soi mais un moyen pour réfléchir sur les pratiques.

²⁷¹ PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., MACQUET C., NOIRFALISE A. & AL. ; *Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues, Rapport de synthèse global*, SSTC, Bruxelles, 2001

7.3. Conclusions

Au terme de la première partie de l'étude « *développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients en ce qui concerne les traitements de substitution* » on a pu mettre en évidence des conclusions intermédiaires qui d'ores et déjà conduisent à préciser la méthodologie à utiliser pour la deuxième partie de l'étude.

➤ Concernant l'ensemble des dimensions à explorer pour un usager de drogue en traitement de substitution, **des inadéquations majeures existent** actuellement en Belgique **entre pertinence de l'outil** à utiliser (exemple : ASI, instrument devenu classique au niveau international et le plus fréquemment utilisé) **et faisabilité d'implémentation** dans les diverses filières de soins où la méthadone est délivrée et où on souhaite que ce ne soit pas des « experts scientifiques » mais des « intervenants de terrains qui, avec leurs patients, évaluent les traitements appliqués. Si l'outil il y a, il doit être plus simple et plus pertinent en regard de la pratique clinique.

➤ **L'approche qualitative** a clairement mis en évidence que les objectifs et buts poursuivis par les praticiens ne se réduisaient ni au cadre légal ni aux recommandations de la Conférence de Consensus. Nous avons été frappé par **l'extrême diversité des pratiques et des objectifs**. Le point crucial à développer pour une meilleure appréhension de cette constellation de modèles réside dans une clarification des attentes des cliniciens et des objectifs poursuivis par ceux-ci au cas par cas.

➤ Par ailleurs, en ce qui concerne l'évaluation de la **Qualité de Vie**, concept majeur, rappelons le, qui a conduit à la mise en place et l'extension des traitements de substitution, de très larges consensus se sont fait jour dans le cadre de cette première partie de l'étude et indique qu'un tel outil (exemple : Quavisub) la **pertinence et la faisabilité sont ici plus largement rencontrés**.

Les résultats d'ensemble de cette première partie de l'étude sont les suivants :

1. Les traitements de substitution sont, en Belgique, correctement encadrés par des recommandations de bonne pratique mais pratiqués dans des environnements de soins et d'assistance médicaux très diversifiés avec, dans chacun des cas, des objectifs (donc des sens) du traitement très diversifiés.
2. En-dehors d'institutions spécialisées dans le domaine, le nombre de praticiens pratiquant cette méthode est, d'une part, limité et le nombre de patients pris en charge par chacun d'eux, limité également.
3. Aucun encadrement administratif n'existe à ce jour pour l'évaluation systématique des traitements et usages dans ce domaine. Par ailleurs, les demandes, par des équipes de recherche dans le domaine de l'usage de drogues, sont aujourd'hui importantes et limitent, de ce fait, de façon considérable, la possibilité pour les équipes de terrain, de participer à de telles évaluations, sauf si l'on se met dans une perspective de recherche-action évolutive au cours de l'étude et autorisant une intégration constante et efficiente de l'équipe de recherche avec les équipes de terrain.
4. Vu les remarques précédentes, il y a lieu de proposer à ce stade deux types d'outils dont les caractéristiques devraient être celles décrites ci-dessus.
5. Enfin, de telles recherches ne peuvent se faire que dans le cadre de recherches-action et bénéficier de ce fait d'une grande souplesse d'adaptation de sa méthodologie ; bien évidemment, dans le cadre de définitions précises des objectifs des études préalablement définis.

Bibliographie

- ABBEY A. & ANDREWS F.M. (1985) ; Modeling the Psychosocial Determinants of Quality of Life, in *Social Indicators Research*, 16(1), pp. 1-34
- *Actieplan Toxicomanie-Drugs / Programme d'Action Toxicomanie-Drogue* (02/02/1995), Kabinet van de Eerste Minister / Cabinet du Premier Ministre, Brussel / Bruxelles
- ALTERMAN A.I., BROWN L.S., ZABALLERO A. & MCKAY J.R. (1994) ; Interviewer Severity Ratings and Composite Scores of the ASI : A Further Look, in *Drug and Alcohol Dependence*, 34, pp. 201-209
- ANDREWS F.M. & CRANDALL R. (1976) ; The Validity of Measures of Self-Reported Well-Being, in *Social Indicators Research*, 3, pp. 1-19
- ANDREWS F.M. & INGLEHART R.F. (1979) ; The Structure of Subjective Well-Being in Nine Western Societies, in *Social Indicators Research*, 6, pp. 73-90
- ANDREWS F.M. & MCKENNEL A.C. (1980) ; Measures of Self-Reported Well-Being : Their Affective, Cognitive and Other Components, in *Social Indicators Research*, 8, pp. 127-155
- ANDREWS F.M. & ROBINSON J.P. (1991) ; Measures of Subjective Well-Being, in Robinson J.P., Shaver Ph. R. & Wrightsman L.S. ; *Measures of Social Psychology Attitudes*, vol. I, Academic Press, San Diego (Ca), pp. 61-115
- ANDREWS F.M. & WITHEY S.B. (ed.) (1976) ; *Social Indicators of Well-Being, American's Perception of Life Quality*, Plenum Press, New York
- ANDREWS F.M. & WITHEY S.B. (1974) ; Developing Measures of Perceived Life-Quality, Results from Several National Surveys, in *Social Indicators Research*, 1, pp. 1-26
- *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the EU* (1998), EMCDDA, Lisboa
- AURIACOMBE M., FRANQUES P. & MARTIN C. (1994) ; Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne. Bases scientifiques du traitement et données évaluatives de la littérature. L'expérience et la pratique du groupe de Bordeaux et Bayonne, in Guffens J. (ed.) ; *Toxicomanie, hépatites, SIDA*, Paris, 1994
- AVANTS S., MARGOLIN A. & SINDELAR J.L. (1999) ; Day Treatment Versus Enhanced Standard Methadone Service for Opioid-Dependant Patients : A Comparison of Clinical Efficacy and Cost, in *American Journal of Psychiatry*, 156, pp. 27-33
- BAKER F. & INTAGLIATA J. (1982) ; Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems, in *Evaluation & Program Planning*, 5(1), pp. 69-78
- BALL J.C. & ROSS A. (1991) ; *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, Springer-Verlag, New York
- BARTHWELL A. & GASTFRIEND D.R. (1994) ; Traitement de la polytoxicomanie, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 157-179
- BERGERET I., FROM L., JOOSTEN J., NICAISE P., PELC I (2001) ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers – Validation du module Résumé Toxicomanies Minimum (RTM)*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles
- BERGERET I., DE BACKER V., FROM L., JOOSTEN J., NICAISE P., PELC I (1999) ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles
- BERTSCHY G. (1995) ; Methadone Treatment : An Update, in *European Archives of Clinical Neuroscience*, 245, pp. 114-124
- *Besluit houdende uitvoeringsvoorschriften krachtens de Opiumwet (Opiumwetbesluit)* (09/12/2002), versie geldig vanaf 17 maart 2003.
- BOEKHOUT VAN SOLINGE T. (1996) ; *Héroïne, cocaïne en crack in Frankrijk, Handel, gebruik en beleid*, CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
- BONIN B. (1999) ; Traitement substitutif par buprénorphine et travail en réseau, in *Annales Psychiatriques*, 14 (2), pp. 121-126
- BONNET N., BEAUVÉRIE P., GAUDONEIX-TAIEB M., POSSON N., IMBERT E. & FOURNIER G. (2001) ; Evolution de l'implication du pharmacien d'officine dans la prévention des dommages liés à l'usage de drogues et la dispensation des traitements de substitution, in *Annales de Médecine Interne*, 152, pp. 2515-2150
- BOVASSO G.B., ALTERMAN A.I., CACCIOLA J.S. & COOK T.G. (2001) ; Predictive Validity of the Addiction Severity Index's Scores in the Assessment of 2-Year Outcomes in a Methadone Maintenance Population, in *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), pp. 171-176
- BRADBURN N.M. (1969) ; *The Structure of Psychological Well-Being*, Adline, Chicago (Il.)

- BRADBURN N.M. & CAPLOVITZ D. (1965) ; *Reports on Happiness : A Pilot Study of Behavior Related to Mental Health*, Aldine, Chicago (Il.)
- BRECHER M. (EDS.) (1972) ; *The Consumers Union Report on Licit and Illicit drugs*, New Haven (CT)
- BROWN J. (1994) ; Pratique responsable en matière de méthadone à emporter, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 147-156
- BURKE D. (1994) ; Intégration des programmes de méthadone à la communauté, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 237-251
- BUTLER S.F., BUDMANN S.H., GOLDMANN R.J., BECKLEY K.E., TROTTIER D., NEWMAN F.L. & CACCIOLA J.S. (2001) ; Initial Validation of a Computer-Administered Addiction Severity Index : The ASI-MV, in *Psychology and Addictive Behaviors*, 15(1), pp. 4-12
- CACCIOLA J.S., ALTERMAN A.I., RUTHERFORD M.J., MCKAY J.R. & MULVANEY F.D. (2001) ; The Relationship of Psychiatric Comorbidity to Treatment Outcomes in Methadone Maintained Patients, in *Drug and Alcohol Dependence*, 61, pp. 271-280
- CAD/MSOC LIMBURG (1999) ; *Jaarverslag 1998*, Hasselt
- CAMPBELL A. (ed.) (1981) ; *The Sense of Well-Being in America, Recent Patterns and Trends*, McGraw Hill, New York
- CAMPBELL A. (1976) ; Subjective Measures of Well-Being, in *American Psychologist*, 31, pp. 117-124
- CAMPBELL A., CONVERSE P.H. & RODGERS W.L. (ed.) (1976) ; *The Quality of American Life, Perceptions, Evaluations and Satisfactions*, Russel Sage Foundation, New York
- CANTRIL H. (1965) ; *The Pattern of Human Concerns*, Rutgers University Press, New Brunswick (NJ)
- CARON J., MERCIER C. & TEMPIER R. (1997) ; Une validation québécoise du Satisfactions with Life Domains, in *Santé Mentale au Québec*, 22(2), pp. 195-217
- CARR-HILL R.A. (1989) ; Assumption of the QALY Procedure, Background Material for the Workshop on QUALYs, in *Social Sciences & Medicine*, 29(3), pp. 469-477
- CHATTERJEE S.K. (1989) ; The Limitations of the International Drug Conventions, in ALBRECHT H.J. & VAN KALMTHOUT A. (eds.) ; *Drug Policies in Western Europe*, Freiburg, pp. 7-19
- COFFIN P.O. (1997) ; *Methadone Maintenance Treatment Research Brief*, Drug Policy Alliance, New York - San Francisco
- *Compendium des médicaments, XXI^e ed.* (2003) ; AGIM, Bruxelles
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE / HOGE GEZONDHEIDSRAAD (2000) ; *Rapport de suivi de la Conférence de Consensus sur la méthadone / Verslag over de follow-up van de Consensusconferentie over methadon*, Bruxelles / Brussel
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE / HOGE GEZONDHEIDSRAAD (1994) ; *Conférence de Consensus, traitements de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994 / Consensusconferentie substitutiebehandeling met methadon, 8 oktober 1994*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement / Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, Bruxelles / Brussel
- COOPER J.R., ALTMAN F., BROWN B.S. & CZECHOWICZ D. (1983) ; *Research in the Treatment of Narcotic Addiction : State of Art*, US Govt. Print. Off., Washington D.C.
- CORTEN PH., BERGERET I., FROM L., MERCIER C. & PELC I. (2002) ; *Are Psychiatric Patients Good Probands for Subjective Assessment of the Quality of Life ?* (à paraître)
- CORTEN PH. (1998) ; Le concept de "qualité de vie" vu à travers la littérature anglo-saxonne, in *L'information psychiatrique*, 74, 8 (11/1998), pp. 922-932
- CORTEN PH. & MERCIER C. (1998) ; *Quavistrat, évaluation des stratégies de qualité de vie / Evaluatie van strategieën voor levenskwaliteit*, Bruxelles
- CORTEN PH. & MERCIER C. (1997) ; Quavisub, in Coll. ; *Pattern of Quality of Life among People with Disabilities*, International Report NATO Collaborative Research Grant n° 910084, Northern Atlantic Treaty Organization (NATO), Brussels
- CRONBACH L.J. (1951) ; Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests, in *Psychometrika*, 16, pp. 297-333
- DAZORD A., GERIN P., BROCHIER C., CLUSE M., TERRA J.L. & SEULIN CH. (1993) ; Un modèle de qualité de la vie subjective adapté aux essais thérapeutiques : intérêts chez le patient dépressif, in *Santé Mentale au Québec*, 28(2), pp. 49-74
- DEGLON J.J. (2003) ; *Thirty Years of Substitution Therapy : an Assessment*, Fondation Phénix, Geneva
- DEGLON J.J. (1994) ; En quoi les pratiques de substitution favorisent-elles l'insertion sociale des toxicomanes ?, in *Annales de médecine interne*, 13, pp. 268-271
- DE KORT M. (1995) ; *Tussen patiënt en delinquent, Geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid*, Uitgeverij Verloren, Hilversum
- DE MAERE W., HARIGA F., BARTHOLEYNS F. & VANDERVEKEN M. (2000) ; *Gezondheid en druggebruik in het penitentiair milieu. Ontwikkeling van een epidemiologisch onderzoeksinstrument*, DWTC, Brussel

- DE MAERE W., HARIGA F., BARTHOLEYNS F. & VANDERVEKEN M. (2000) ; *Santé et usage de drogues en milieu carcéral, Développement d'un instrument de recherche épidémiologique*, SSTC, Bruxelles
- DE RUYVER B., VAN BOUCHAUTE J. & BALTHAZAR T. (1994) ; *Methadon : hulpmiddel of wondermiddel ?*, Garant, Leuven – Apeldoorn
- DERVAUX A. & LAQUEILLE X. (1999) ; Traitements de substitution : les règles de prescription, in *La revue du praticien*, 13, pp. 1589-1592
- DEVIS V. (2002) ; *Methadon substitutiebehandeling in de 'geïnteresseerde' huisartsenpraktijk : de praktische aanpak in Vlaamstalig Brussel, eindwerk opleiding huisartsgeneeskunde*, Vrije Universiteit Brussel, Brussel
- DOLE V.P. & JOSEPH H. (1978) ; Long-Term Outcome of Patients Treated with Methadone Maintenance, in *Annals of the New York Academy of Sciences*, 311, pp. 181-189
- DOLE V.P. & NYSWANDER M.E. (1967) ; Heroin Addiction : Metabolic Disease, in *Archives of Internal Medicine*, 120, pp. 19-24
- DOLE V.P., NYSWANDER M.E. & KREEK M.J. (1966) ; Narcotic Blockade, in *Archives of Internal Medicine*, 118, pp. 304-309
- DOLE V.P. & NYSWANDER M.E. (1965) ; A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction, in *Journal of the American Medicine Association*, 193, pp. 645-650
- DRAKE R.E., McHUGO G.J. & BIESANZ J.C. (1995) ; The Test-Retest Reliability of Standardized Instruments Among Homeless Persons with Substance Use Disorders, in *Journal of Studies on Alcohol*, 56(2), pp. 161-167
- DRIESSEN F.M.H.M., VÖLKER B.G.M., KREGTING J. & VAN DER LELIJ B. (1999) ; *De ontwikkeling van de situatie van methadoncliënten gedurende twee jaar*, Bureau Driessen, Den Haag-Utrecht
- DRIESSEN F.M.H.M. (1996) ; *Methadonverstrekking in Nederland*, Ministerie van WVC - Bureau Driessen, Rijswijk/Utrecht
- DRIESSEN F.M.H.M. (1992) ; *Methadonverstrekking in Nederland*, Ministerie van WVC - Bureau Driessen, Rijswijk/Utrecht
- DRIESSEN F.M.H.M. (1990) ; *Methadonverstrekking in Nederland*, Ministerie van WVC - Bureau Driessen, Rijswijk/Utrecht
- DUBURCQ A., CHARPAK Y., BLIN P. & MADEC L. (2000) ; Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients sous Buprénorphine Haut Dosage. Résultats de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex en Médecine de Ville), in *Revue épidémiologique et santé publique*, 48, pp. 363-373
- EDER H., FISCHER G., GOMBAS W., JAGSCH R., STUHLINGER G. & KASPER S. (1998) ; Comparison of Buprenorphine and Methadone Maintenance in Opiate Addicts, in *European Addiction Research*, 4, pp. 3-7
- EMCDDA (2002) ; *Drugs in focus, Key role of substitution in drug treatment*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg
- EMCDDA (2000) ; *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, "Insights Series" (3), Luxembourg
- FACY F. (2000) ; *Epidémiologie clinique des conduites d'usages et d'abus de drogues, Evaluation et toxicomanie : avancées méthodologiques*, INSERM, Paris
- FARELL M. & al. (2000) ; *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, EMCDDA, "Insights", n°3, Luxembourg
- FIELLIN D.A. & al. (1998) ; *Manual for Methadone Medical Management*
- FINNEGAM L.P. & WAPNER R.J. (1987) ; Narcotic addiction in pregnancy, in NEYBIL J.R. ; *Drug Abuse in Pregnancy*, Lea & Febinger, Philadelphia, pp. 203-222
- GACHET L. (1997) ; *La consommation des médicaments de substitution aux opiacés et le détournement des médicaments, Enquête comparative auprès des pharmaciens d'officine de l'agglomération grenobloise*, Thèse pour l'obtention du Doctorat en Pharmacie, Grenoble
- GASQUET I., LANCON C. & PARQUET P. (1999) ; Facteurs prédictifs de réponse au traitement substitutif par Buprénorphine Haut Dosage. Etude naturaliste en médecine générale, in *L'encéphale*, 6, pp. 645-651
- GERIN P., DAZORD A., SALI A. & BOISSEL J.P. (1992) ; L'évaluation de la dépression à la lumière du concept de qualité de vie subjective, in *L'Information Psychiatrique*, 68(5), pp. 47-56
- GRAPENDAAL M., LEUW E., & NELEN J.M. (1991) ; *De economie van het drugbestaan, Criminaliteit als expressie van levensstijl en loopbaan*, Gouda Quint, Arnhem
- HACHEY R & MERCIER C. (1992) L'impact des services de réadaptation sur la Qualité de Vie, in *Santé Mentale au Québec*, XVIII(2), pp 197-200
- HÄYRI M. (1991); Measuring the Quality of Life : Why, How & What?, in *Theoretical Medicine*, 12, pp. 97-116

- HENDRICKS V.M., KAPLAN C.D., VAN LIMBEEK J. & GEERLINGS P. (1989) ; The Addiction Severity Index : Reliability and Validity in a Dutch Addict Population, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(2), pp. 133-141
- *Herontwerp van methadonverstrekking naar verslavingszorg* (2002), Bouman Verslavingszorg; Capelle aan den IJssel
- *Het Nederlandse drugbeleid, Continuïteit en verandering, brief van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie en van de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken aan de Tweede Kamer*, (15 september 1995), Rijswijk
- HODGINS D.C. & EL GUEBALY N. (1992) ; More Data on the Addiction Severity Index : Reliability and Validity with the Mentally Ill Substance Abusers, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(3), pp. 197-201
- HOGE GEZONDHEIDSRAAD / CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE (2000) ; *Verslag over de follow-up van de Consensusconferentie over methadon / Rapport de suivi de la Conférence de Consensus sur la méthadone*, Brussel / Bruxelles
- HOGE GEZONDHEIDSRAAD / CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE (1994) ; *Consensusconferentie substitutiebehandeling met methadon, 8 oktober 1994 / Conférence de Consensus, traitements de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994*, Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu / Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Brussel / Bruxelles
- INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE - LOUIS PASTEUR (2002) ; *Enquête de santé par interview – Belgique 2001*, IPH/EPI Reports, n° 2002-25, Bruxelles
- JAY M. (2002) ; Legislation : The First Hundred Years, What Happened When Drugs Were Legal and Why They Were Prohibited, lecture presented in *Legislation conference*, London, 17/07/2002
- JOHNSON R.E. (1992) ; A Controlled Trial of Buprenorphine Treatment for Opioid Dependence, in *Journal of the American Medicine Association*, 267, pp. 2750-2755
- JOSEPH H., STANCLIFF S. & LANGROD J. (2000) ; Methadone Maintenance Treatment (MMT) : A Review of Historical and Clinical Issues, in *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 67 (5 & 6)
- JOYNER L.M., WRIGHT J.D. & DEVINE J.A. (1996) ; Reliability and Validity of the Addiction Severity Index Among Homeless Substance Misusers, in *Substance Use and Misuse*, 31(6), pp. 729-751
- KALTENBACH K., SILVERMAN N. & WAPNER R. (1994) ; Maintien de la méthadone au cours de la grossesse, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 180-197
- *Koninklijk Besluit omtrent de handel in slaap- en verdoevende middelen* (31/12/1930), Brussel
- KOSTEN T.R., ROUNSAVILLE B. & KLEBER H.D. (1983) ; Concurrent Validity of the Addiction Severity Index, in *Journal of Mental and Nervous Disease*, 171, pp. 606-610
- KRAFT M., ROTHBARB A.B., HADLEY T.R., McLELLAN A.T. & ASCH D.A. (1997) ; Are Supplementary Services Provides During Methadone Maintenance Really Cost-Effective ?, in *American Journal of Psychiatry*, 154, pp. 1214-1219
- KREEK M.J. (1987) ; Tolerance and Dependence : Implications for the Pharmacological Treatment of Addiction, in HARRIS L.S. (ED.) ; *Problems of Drug Dependence*, National Institute on Drug Abuse, Research Monograph 76, Rockville (MD)
- LAFITTE C., BONNAL F., DAULOUEDE J.P., TIGNOL J. (1998) ; Influence des traitements par la méthadone dans la prise en charge médicale des toxicomanes séropositifs pour le virus du SIDA : résultats d'une étude descriptive, Bayonne, 1996, in *L'Encéphale*, 24, pp. 205-214
- LALANDE A. & GRELET S. (2001) ; *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville, Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, Approche qualitative*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris
- LANE E.A., GUTHRIE S. & LINNOILA M. (1985) ; Effect of Ethanol on Drug and Metabolite Pharmacokinetics, in *Clinical Pharmacokinetics*, 1985 (10), pp. 228-247
- LANGROD J. (1994) ; Politiques et procédures d'admission, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 89-108
- LEDOUX Y. (2001) ; Le devenir de patients en cure substitutive au Réseau d'Aide aux Toxicomanes (RAT). Les dimensions de l'efficacité substitutive, in *Séminaire GEERMM : Evaluation et promotion de la qualité des soins aux toxicomanes, Projet de Recherche-Action : Substitutions en Europe*, Bruxelles
- LEONHARD C., MULVEY K., GASTFRIEND D.R. & SCHWARTZ M. (2000) ; The Addiction Severity Index. A Field Study of Internal Consistency and Validity, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, pp. 129-135
- LILLIN B. (1996) ; Les appels concernant la substitution à Drogues Info Service, in *Interventions*, 57, pp. 28-32
- *Loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques / Wet betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdoevende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica* (24/02/1921), Bruxelles / Brussel

- *Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques / Wet strekkende tot de wettelijke erkenning van behandelingen met vervangingsmiddelen en tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica* (22/08/2002), *Moniteur Belge / Belgische Staatblad, Bruxelles / Brussel*, 01/10/2002
- MARION I.J. (1994) ; L'analyse d'urine en tant qu'instrument clinique, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 133-145
- MARTIN C., GRABOT D., AURIACOMBE M., BRISSEAU S., DAULOUÈDE J.P. & TIGNOL J. (1996) ; Données descriptives issues de l'utilisation de l'Addiction Severity Index en France, in *L'encéphale*, 22, pp. 359-363
- McCUSTER J., BIGELOW C., SERVIGNON C. & ZORN M. (1994) ; Test-Retest Reliability of the Addiction Severity Index Composite Scores Among Clients in Residential Treatment, in *American Journal of Addiction*, 3(3), pp. 254-262
- McLELLAN A.T., ARNDT I.O. & METZGER D.S. (1993) ; The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment, in *Journal of the American Medical Association*, 269, pp. 1953-1959
- McLELLAN A.T., KUSHNER H. & al. (1992) ; The Fifth Edition of the Addiction Severity Index., in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, pp. 199-213
- McLELLAN A.T., LUBORSKY L., CACCIOLA J., GRIFFITH J., EVANS F., BARR H. & O'BRIEN C.P. (1985) ; New Data from the Addiction Severity Index : Reliability and Validity in Three Centers, in *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 173(7), pp. 412-422
- McLELLAN A.T., LUBORSKY L. & O'BRIEN C.P. (1982) ; Is Treatment for Substance Abuse Effective ?, in *Journal of the American Medicine Association*, 247, pp. 1243-1428
- McLELLAN A.T., LUBORSKY L., O'BRIEN C.P. & WOODY G.E. (1980) ; An Improved Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients : the Addiction Severity Index, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, pp. 26-33
- MERCIER C. (1994) ; Improving the Quality of Life of People with Severe Mental Disorders, in *Social Indicators Research*, 33, pp. 165-192
- MEUWISSEN K., CASSELMAN J. & OPDEBEECK A. (2003) ; *Legal Aspects of Substitution Treatment, An Insight into 9 EU Countries*, EMCDDA, Lisboa
- MEUWISSEN K. (2001) ; De Medisch-Sociale Opvang Centra voor druggebruikers in België (MSOC's), in *Handboek Verslaving*, 2001, B 4365, pp. 1-26
- MICHALOS A.C. (1985) ; Multiple Discrepancies Theory, in *Social Indicators Research*, 16, pp. 347-413
- *Ministériële Omzendbrief met betrekking tot de integrale aanpak van de drugproblematiek in de penitentiaire instellingen* (18/12/2000), nr. 1722
- NESHIN S. (1994) ; VIH et autres maladies infectieuses, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 199-224
- *Note politique du Gouvernement Fédéral relative à la problématique de la drogue* (2001), Bruxelles
- NYERS R.D., BORG S. & MOSSBERG R. (1986) ; Antagonism by Naltrexone of Voluntary Alcohol Selection in the Chronically Drinking Macaque Monkey, in *Alcohol*, 1986 (3), pp. 383-388
- OBSERVATOIRE EUROPEEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2000) ; *Examen des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution*, Rapport technique élaboré par l'OEDT à la demande du Secrétariat du Groupe Pompidou, Luxembourg
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2002) ; *Evolution de la prise en charge des toxicomanies ; Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001*, OFDT, Paris
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2002) ; *Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement*, OFDT, Paris
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2001) ; *Usagers de drogues injectables et Buprénorphine Haut Dosage, Analyse des déviations de son utilisation*, OFDT, Paris
- PARRINO M.W. (1992) ; *State Methadone Treatment Guidelines*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève
- PAYTE J.T. & KHURI E.T. (1994) ; Principe de détermination du dosage de la méthadone, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 109-131
- PAYTE J.T. & KHURI E.T. (1994) ; Durée du traitement à la méthadone et rétention, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 225-236
- PEGGY A. (1996) ; Buprenorphine as a Pharmacotherapy for Opiate Addiction, What Dose Provides a Therapeutic Response ?, in *American Journal on Addiction*, 5, pp. 220-230
- PELC I. (1985) ; Echelle d'évaluation des habitudes de boisson, in Cottraux J., Bouvard M. & Legeron P. ; *Méthodes et échelles d'évaluation du comportement*, Applications Psychotechniques, Issy-les-Moulineaux, pp. 232-235

- PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., MACQUET C., NOIRFALISE A. & al. (2001) ; *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers, Algemeen rapport*, DWTC, Brussel
- PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., MACQUET C., NOIRFALISE A. & al. (2001) ; *Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues, Rapport de synthèse global*, SSTC, Bruxelles
- PERDRIAU J.F., BACLE F., LALANDE M. & FONTAINE A. (2001) ; *Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, Étude prospective de suivi de 95 patients, Approche quantitative*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris
- PINOIT J.M. (1997) ; *Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés*, Masson, Paris
- PLANIJE M.P., SPRUIT I.P. & MENSINK C. (1999) ; *Fact Sheet 10 : Harddrugsbeleid : Opiaten update*, Trimbosinstituut, Utrecht
- *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue / Actieplan Toxicomanie-Drugs (02/02/1995)*, Cabinet du Premier Ministre / Kabinet van de Eerste Minister, Bruxelles / Brussel
- REISINGER M. (1999) ; Quinze ans de traitement à la buprénorphine, in *THS La Revue*
- REISINGER M. (1985) ; Buprenorphine as a New Treatment for Heroin Dependence, in *Drug Alcohol Dependence*, 16, pp. 257-262
- RICHARDSON F. C. & TASTO D. L. (1976) ; Development and Factors Analysis of a Social Anxiety Inventory, in *Behavior Therapy*, 7, pp. 453-462
- *Richtlijnen voor het opsporings- en strafvorderingsbeleid inzake strafbare feiten van de Opiumwet*, vastgesteld op 11/09/1996, inwerkingtreding op 01/10/1996, bijlage A
- ROBAYE F. (1957) ; *Niveaux d'aspiration et d'expectation*, Presses Universitaires de France (PUF), Paris
- ROSEN C.S., HENSON B.R., FINNEY J.W. & MOOS R.H. (2000) ; Consistency of a Self-Administered and Interview-Based Addiction Severity Index Composite Scores, in *Addiction*, 95(3), pp. 419-425
- SASZ TH. (1961) ; *The Myth of Mental Illness*, Paul B. Hoeber Inc., New York
- SCHOTTENFELD R.S., PAKES J.R., OLIVETO A., ZIEDONIS D. & KOSTEN T.R. (1997) ; Buprenorphine Versus Methadone Maintenance Treatment for Concurrent Opioid Dependence and Cocaine Abuse, in *Archives of General Psychiatry*, 54, pp. 713-720
- SIMARD G. (1989) ; *La méthode du "Focus Group"*, Mondia, Coll. "Animer, Planifier et Evaluer l'action", Laval (Québec)
- STRAIN E.C., STITZER M.L., LIEBSON I.A. & BIGELOW G.E. (1996) ; Buprenorphine Versus Methadone in the Treatment of Opioid Dependence : Self-Reports, Urinalysis and Addiction Severity Index, in *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16, pp. 58-67
- STRAIN E.C., STITZER M.L., LIEBSON I.A. & BIGELOW G.E. (1994) ; Comparison of Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence, in *American Journal of Psychiatry*, 151, pp: 1025-1030
- TESTA M.A. & SIMONSON D.C. (1996) ; Assessment of Quality of Life Outcomes, in *Current Concepts*, 334 (13), pp. 835-840
- TORRANCE G.W. (1987) ; Utility Approach to Measuring Health Related Quality of Life, in *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), pp. 593-600
- TRACHTENBERG M.C. & BLUM K. (1987) ; Alcohol and Opioid Peptides : Neuropharmacological Rationale for Physical Craving of Alcohol, in *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1987 (13), pp. 365-372
- TRÉMEAU F., DARREYE A., KHIDICHIAN F., WEIBEL H., KEMPF M., GRETH PH., SCHNEIDER J.L., WANTZ C., WEBER B., STÉPIEN S. & MACHER J.P. (2002) ; Impact d'un traitement de substitution par méthadone sur des sujets dépendants aux opiacés évalués par l'Addiction Severity Index et des contrôles urinaires, in *L'encéphale*, 28, pp. 448-453
- TRÉMEAU F., DARREYE A. & GRETH PH. (1998) ; Traitement de substitution par la méthadone et troubles psychiatriques, in *Annales de Psychiatrie*, 13, pp. 268-271
- UEHLINGER C., DEGLON J., LIVOTI S., PETITJEAN S., WALDVOGEL D. & LADEWIG D. (1998) ; Comparison of Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence, in *European Addiction Research*, 4, pp. 13-18
- *United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988)*, Vienna
- *United Nations Convention on Psychotropic Substances (1971)*, Vienna
- *United Nations Single Convention on Narcotics Drugs (1961), as amended by the protocol of 25 March 1972 (1972)*, New York
- VAN DEN BRINCK W. & al. (2002) ; *Heroïne op medisch voorschrift, Verkorte weergave van de rapportage*, Centrale Commissie Behandeling Heroïne-verslaafden (CCBH), Utrecht
- VAN DIJCK A. (1997) ; *Tolerant Nederland ? Een socio-culturele studie van het Nederlandse beleid inzake roesmiddelen*, licentiaatsthesis Politieke en Sociale Wetenschappen, UIA, Antwerpen
- WEBER J.C. & KOPFERSCHMITT J. (1998) ; Les traitements de substitution chez le toxicomane, in *Presse médicale*, 27, pp. 2088-2099

- *Wet betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdoovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica / Loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques* (24/02/1921), Brussel / Bruxelles
- *Wet strekkende tot de wettelijke erkenning van behandelingen met vervangingsmiddelen en tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdoovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica / Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques* (22/08/2002), Belgische Staatblad / Moniteur Belge, Brussel / Bruxelles, 01/10/2002
- *Wet tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (Opiumwet), + de verschillende wetswijzigingen* (12/05/1928). Laatste versie: Staatsblad 2003, 217, geldig vanaf 10 augustus 2003
- WOLFF K., SANDERSON M., HAY A.W.M. & RALSTRICK D (1991) ; Methadone Concentrations in Plasma and Their Relationship to Drug Dosage, in *Clinical Chemistry*, 37(2), pp. 205-209
- WOODY G.E., McLELLAN A.T., LUBORSKY L. & O'BRIEN C.P. (1995) ; Psychotherapy in Community Methadone Programs : a Validation Study, in *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 1302-1308
- ZANIS D.A., McLELLAN A.T., CNAAM R.A. & RANDALL M. (1994) ; Reliability and Validity of the Addiction Severity Index with a Homeless Sample, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6), pp. 541-548
- ZWEBEN J.E. (1994) ; Aspects cliniques du traitement à la méthadone, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 71-87
- ZWEBEN J.E. & PAYTE J.T. (1990) ; Methadone Maintenance in the Treatment of Opioid Dependence : A Current Perspective, in *Western Journal of Medicine*, 152(5), pp. 588-599

URL's

- Evaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge – synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche, juin 1998, in http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/36_subutex.htm ; 28/06/2003
- <http://eibdata.emcdda.org/Treatment/Process/ttuf.shtml> ; 20/08/03
- <http://fmm.victory-creation.com> ; 20/08/2003
- <http://www.drugtext.org/library/articles/peddr0026.htm> ; 13/01/2003
- http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/substitution_legal.pdf ; 28/06/2003
- http://www.feditobxl.be/projet_lama/presentation.html ; 20/08/2003
- http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/Brochures/consensusconferentie_methadone.html / http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Francais/Brochures/conference_consensus_methadone.html ; 11/09/2002
- <http://www.iph.fgov.be> ; 18/08/2002
- http://www.lindesmith.org/cites_sources/brief14.html ; 02/05/2000
- <http://www.openbaarministerie.nl/publikat/drugs/drugsrl.htm> ; 12/07/2003
- <http://www.trimbos.nl/nlfsheet/fc10nl.html> ; 01/04/2003
- VERSTER A. & BUNING E. (2000) ; Methadone Guidelines, in <http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesuk/guidelines.htm> ; 11/09/2002

Table des matières

1. Introduction	2
<u>1.1.Cadre général</u>	2
<u>1.2 Mandat</u>	2
<u>1.3.Tâches</u>	2
<u>1.4 Orientation du projet</u>	4
<u>1.5 Contexte dans lequel s’inscrit cette recherche</u>	4
2. Objectifs et but	6
2.1. <u>Objectifs</u>	6
2.1.1. Définition et objectifs généraux des traitements de substitution	6
2.1.2. Objectif intermédiaire de la recherche	6
2.2. <u>But</u>	7
2.3. <u>Cibles</u>	7
2.3.1. Analyse de faisabilité d’utilisation de questionnaires validés préexistants	7
2.3.2. Recueil d’informations pertinentes qualitatives auprès des intervenants	7
2.3.3. Recherche d’autres outils existants	8
3. Aspects juridiques et littérature internationale	9
<u>3.1. Kritische en vergelijkende analyse van de juridische situatie in België, Frankrijk en Nederland</u>	9
3.1.1. Internationale regelgeving	9
3.1.1.1. <i>Internationale verdragen</i>	9
3.1.1.2 <i>Europa</i>	10
3.1.2. Regelgeving betreffende substitutiebehandelingen in de Europese landen België, Frankrijk en Nederland	11
3.1.2.1. <i>Historiek</i>	11
3.1.2.2. <i>Regelgeving</i>	12
3.1.2.3 <i>Actoren die bevoegd zijn tot voorschrijven en afleveren van de medicatie; controlerende instanties</i>	16
3.1.2.4. <i>Doelstellingen van substitutiebehandelingen</i>	20
3.1.2.5. <i>Modaliteiten van substitutiebehandelingen</i>	21
3.1.2.6. <i>Inclusie- en exclusiecriteria</i>	22
3.1.2.7. <i>Lijst van toegelaten substitutiemiddelen (incl. heroïne)</i>	23
3.1.2.8. <i>.Impact van juridische situatie op de praktijk en de dagelijkse werking</i>	25
3.1.3. Vergelijking en analyse van de bevindingen	26
3.1.4. Aanbevelingen	27
3.2. <u>Revue de la littérature scientifique internationale</u>	28
3.2.1. Traitements de substitution et toxicomanie	28

3.2.1.1.	<i>Historique des traitements de substitution</i>	28
3.2.1.2.	<i>Revue de la littérature</i>	31
3.2.2.	Qualité de vie	51
3.2.3.	Outils d'évaluation	53
3.2.3.1.	<i>Addiction Severity Index (ASI)</i>	53
3.2.3.2.	<i>Quavisub</i>	57
3.2.3.3.	<i>TUF</i>	59
4.	Procédure de travail	60
4.1.	<u>Sélection d'institutions (Méthodologie)</u>	60
4.1.1.	Définition du terme « institution »	60
4.1.2.	Province du Hainaut	60
4.1.3.	Bruxelles-Capitale (Francophones)	62
4.1.4.	Province du Limbourg	63
4.1.5.	Bruxelles-Capitale (Néerlandophones)	64
4.2.	<u>Méthode de sélection des cas dans cette étude</u>	65
4.2.1.	Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale (francophones)	65
4.2.2.	Province du Limbourg	65
4.2.3.	Bruxelles-Capitale (Néerlandophones)	66
4.3.	<u>Inventaire des professionnels</u>	66
4.3.1.	Province du Hainaut et Région de Bruxelles-Capitale (médecins francophones)	66
4.3.2.	Province de Limbourg et Région de Bruxelles-Capitale (médecins néerlandophones)	67
4.4.	<u>Focus groups</u>	67
4.5.	<u>Intervision institutionnelle</u>	68
5.	Résultats	70
5.1.	<u>Evaluation Quantitative (ASI, Quavisub)</u>	70
5.1.1.	Addiction Severity Index	70
5.1.1.1.	<i>Recueil des données: questionnaires proposés et remplis</i>	70
5.1.1.2.	<i>Résultats descriptifs et statistiques</i>	71
5.1.1.3.	<i>Validité d'apparence</i>	73
5.1.1.4.	<i>Validité de contenu</i>	74
5.1.1.5.	<i>Validité de construit</i>	78
5.1.1.6.	<i>Sensibilité spécificité</i>	79
5.1.2.	Quavisub	79
5.1.2.1.	<i>Recueil des données</i>	79
5.1.2.2.	<i>Résultats descriptifs et statistiques</i>	80
5.1.2.3.	<i>Validité d'apparence</i>	86
5.1.2.4.	<i>Validité de contenu</i>	86
5.1.2.5.	<i>Validité de construit</i>	90
5.1.2.6.	<i>Sensibilité spécificité</i>	90
5.1.3.	TUF	91
5.1.3.1.	<i>Recueil des données</i>	91
5.1.3.2.	<i>Résultats descriptifs</i>	91

5.1.4.	Inventaire et résultats de l'enquête par questionnaire	96
5.1.4.1.	<i>Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale</i>	96
5.1.4.2.	<i>Province du Limbourg et Bruxelles-Capitale (Médecins néerlandophones)</i>	103
5.2.	<u>Evaluation Qualitative Focus groups et groupes de discussion</u>	115
5.2.1.	Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale	115
5.2.1.1.	<i>Focus Groups avec les médecins pratiquant les traitements de substitution en cabinet privé</i>	115
5.2.1.2.	<i>Groupes de discussion dits d'"interview institutionnelle" avec les membres des institutions</i>	118
5.2.2.	Province de Limbourg et Bruxelles-Capitale	118
5.2.2.1.	<i>Resultaten van panelgesprek gemandateerde huisartsen Limburg dd. 1 april 2003</i>	118
5.3.	<u>Autres questionnaires existants</u>	137
5.3.1.	Evolutox	138
5.3.2.	Résumé Toxicomanies Minimum (RTM)	139
5.3.3.	KULeuven -vragenlijst betreffende substitutie voor artsen	140
5.3.4.	Mini-Questionnaire de Maison Médicale	140
5.3.5.	Vragenlijst Methadoncliënten in Nederland (MCN)	141
5.3.6.	Vragenlijst Methadonverstrekking in Nederland (MVN)	142
6.	Discussion	143
6.1.	<u>Discussion critique de l'analyse quantitative</u>	143
6.1.1.	L'Addiction Severity Index	143
6.1.2.	Le Quavisub	144
6.1.3.	Le TUF	145
6.2.	<u>Analyse qualitative</u>	145
6.2.1.	Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale (Francophones)	145
6.2.2.	Limburg en Brussel-Hoofdstad (nederlandstalig)	146
6.3.	<u>Questionnaires alternatifs</u>	146
7.	Propositions et conclusions	148
7.1.	<u>Questionnaire final</u>	148
7.2.	<u>Recommandations</u>	148
7.2.	<u>Conclusions</u>	148
	Bibliographie	150
	Annexes	160

