

SERVICE PUBLIC FEDERAL
DE
PROGRAMMATION POLITIQUE SCIENTIFIQUE

rue de la Science 8 ■ B-1000 BRUXELLES
Tél. 02 238 34 11 ■ Fax 02 230 59 12
URL : www.belspo.be

Evaluation de la Délivrance de Méthadone en Belgique

Recherche-Action sur le rôle du Pharmacien d'officine, la mise en place d'un Observatoire des cures substitutives et le suivi de patients

Auteur : Yves Ledoux

En collaboration avec les membres du Groupe de travail « Assuétudes » de l'Association Pharmaceutique Belge : Phns Bernard Bailleux, Marie-France Barbay, Jean-Paul Brohée, Jan Lagrain, Guy De Munck, Philippe Detrait, Marie-Louise Peeters, Eddy Quintiens, Georges Vanhalle, Philippe Wéry

Association Pharmaceutique Belge

Promoteur : Jean-Paul Brohée

Rapport de fin de phase au 20/10/2003

Commandité par la Politique Scientifique Belge

REMERCIEMENTS

L'étude présentée ici aurait été impossible sans la collaboration des pharmaciens d'officine affiliés à l'Association Pharmaceutique Belge ou à l'OPHACO. Cette organisation professionnelle des pharmacies coopératives a offert sa participation avec enthousiasme.

Près de 800 pharmaciens ont de façon volontaire, sans incitation financière, accepté de répondre à des questionnaires qui s'ajoutaient à leur lot quotidien de documents administratifs.

Nous aimerions les citer tous. Qu'ils reçoivent ici de façon collective toute notre gratitude.

La qualité du travail d'évaluation qui a été accompli transparaîtra dans ce rapport, du moins si la responsabilité, qui incombait au chercheur de ne pas trahir les efforts accomplis par les pharmaciens d'officine, a bien été assumée.

Plus de 400 patients en cure substitutive ont aussi participé activement à l'étude en remplissant une auto anamnèse à laquelle ils ont consacré un temps important. Contrairement à une attitude répandue de les considérer comme objets d'étude, la méthode choisie promouvait leur accession au statut de sujets de leur propre histoire. Ceci explique en partie leur motivation à répondre très candidement au protocole.

Nous espérons que leur confiance et leur volonté déclarée de contribuer à l'amélioration des moyens de traitement ne seront pas vaines.

TABLE DES MATIERES

A. Evaluation de la délivrance de méthadone par les pharmaciens d'officine.....	page 13
1. Introduction méthodologique	
1.1. Rappel des objectifs de l'étude	
1.2. Méthodologie	
1.3. Moyens mis en œuvre	
1.4. Difficultés rencontrées	page 14
2. Résultats démographiques	16
2.1. Présentation de l'échantillon de l'étude au 1/07/2003.....	16
Tableau 2.1 : Echantillon selon la délivrance de méthadone et l'évaluation réalisée (par Communauté en nombres absolus et pourcentages des officines participantes)	
Tableau 2.2: Portée de l'étude. Nombre de patients des officines participantes.....	17
Tableau 2.3: Nombre de patients par officine (en classes) selon la Communauté	
Graphe 2.3: Nombre de patients par officine (en classes) selon la Communauté	
Tableau 2.4 : Les autres substituts délivrés dans les officines de l'échantillon global	
3. La question de la supervision.....	21
Tableau 3.1 : Supervision dans les Officines de Pharmacie selon la Communauté	
Tableau 3.1 (suite) : Supervision dans les Officines de pharmacies selon la Communauté	
Graphe 3.1 : Forme de la préparation de méthadone selon la Communauté	
4. Périodisation de la délivrance de méthadone en officine	24
en Flandre et en Wallonie-Bruxelles	
Graphe 4.1: Année de début de la délivrance de méthadone – En nombre d'officines	
5. Les pharmaciens de l'Observatoire : Eléments démographiques.....	25
5.1. Genre et Age des pharmaciens	
Graphe 5.1.1 : Genre du pharmacien selon la Communauté	
Tableau 5.1.2 : Age du pharmacien	
Tableau 5.1.3 : Age du pharmacien selon le Genre	
Tableau 5.1.4 : Nombre de patients selon le Genre du Pharmacien - Flandre	
5.2. Indicateur de la taille de l'officine : le nombre d'employés	
Graphe 5.2 : Nombre d'employés de l'officine selon la Communauté	
6. Brève épidémiologie des cures substitutives par Communauté selon l'évaluation des pharmaciens.....	27
Tableau 6.1 : Age des patients par Communauté	
Graphe 6.1 : Age des patients (en classes) par Communauté	
Graphe 6.2 : Classes d'âge par Province (%)	
Tableau 6.3 : Comparaison des moyennes d'âge entre Provinces	
7. La durée du contact des patients en officine.....	30
Tableau 7.1 : Durée du contact en officine	
Graphe 7.1 : Durée du contact en officine en catégories (%)	
Graphe 7.2 : Durée du contact (en années) selon la Communauté (%)	
7.3 Test du rapport entre la durée du contact en officine et la durée de la cure actuelle.	
Tableau 7.3.1 : Type d'écart entre la durée du contact en officine et de la prise en charge thérapeutique actuelle	
Tableau 7.3.2 : Analyse de l'écart entre les durées de contact	
8. Le dosage de la méthadone.....	33
8.1. Dosage actuel et évolution du dosage depuis le début du contact en officine. Comparaison des patients francophones et néerlandophones.	
Graphe 8.1 : Le dosage de début de la méthadone selon la Communauté	
Graphe 8.2 : Le dosage actuel de méthadone selon la Communauté	
8.2. Dosage actuel et comparaison avec une évaluation récente aux Etats-Unis. Comparaison des patients francophones et néerlandophones.	
9. Analyse multivariée de la supervision pharmaceutique.....	35
Tableau 9.1 : Régression Logistique de la prise sur place de la méthadone dans l'officine	
10. Indice des problèmes comportementaux en officine.....	36

Tableau 10 : Indice cumulatif des problèmes comportementaux en officine		
10.1. Problèmes comportementaux selon la Communauté		
Graphes 10.1 : Présence d'au moins un problème selon la Communauté (%)		
10.2. Problèmes comportementaux selon le nombre de patients accueillis		
Graphes 10.2 : Présence d'au moins un problème selon le nombre de patients (%)		
Tableau 10.2 : Indice cumulatif de problèmes comportementaux selon le nombre de patients		
10.3. Problèmes comportementaux selon les caractéristiques du patient.....	38	
10.3.1. Problèmes comportementaux selon l'occupation du patient		
Tableau 10.3.1 : Problèmes comportementaux selon l'occupation du patient		
10.3.2. Problèmes comportementaux selon la co-prescription		
Tableau 10.3.2 : Problèmes comportementaux selon la co-prescription		
11. Analyse factorielle des attitudes du pharmacien d'officine vis-à-vis du patient.....	39	
Tableau 11. : Les dimensions de l'attitude du pharmacien envers le patient		
11.1. Attitudes du pharmacien selon les caractéristiques démographiques		
Tableau 11.1.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le Genre du pharmacien		
Tableau 11.1.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le Genre du patient		
Tableau 11.1.3 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon l'âge du patient		
Tableau 11.1.4: Dimensions de l'attitude du pharmacien selon l'occupation du patient		
11.2. Attitudes du pharmacien selon la durée du contact.....		43
Tableau 11.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la durée du contact		
11.3. Attitudes du pharmacien selon la Communauté et la Région.....		44
11.3.1. Attitudes du pharmacien selon la Communauté		
Tableau 11.3.1: Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la Communauté		
11.3.2. Attitudes du pharmacien selon la Province		
Tableau 11.3.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la Province		
11.4. Attitudes des pharmaciens et Supervision de la délivrance de méthadone.....		46
11.4.1. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la forme de la préparation délivrée		
Tableau 11.4.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la forme de la préparation délivrée		
11.4.2. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la fréquence de délivrance		
Tableau 11.4.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la fréquence de délivrance		
11.4.3. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prise de méthadone sur place actuellement		
Tableau 11.4.3 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prise de méthadone sur place		
11.4.4. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prise de méthadone sur place au début		
Tableau 11.4.4 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prise de méthadone sur place au début		
11.5. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le dosage de méthadone.....		49
Tableau 11.5 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le dosage		
11.6. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la co-prescription de psychotropes		
Tableau 11.6.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription de Benzodiazépines		
Tableau 11.6.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription de Flunitrazépam		
Tableau 11.6.3 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription d'Antidépresseur		
12. Conclusion de l'évaluation du pharmacien d'officine.....	51	
B. Les patients en cure substitutive en Belgique par eux-mêmes.....	52	
Analyse de l'enquête « auto-administrée » patients.		

Avant-Propos

1. Sociographie des patients (Réponses au questionnaire auto-administré)

1.1. Aspects démographiques actuels :	
1.1.1. L'âge des patients	
Tableau 1.1.1 : Age des patients	
Graphe 1.1.1 : Pyramide des âges (% de la population totale)	
1.1.2. Différences d'âge selon les communautés.....	55
Tableau 1.1.2 : Moyennes d'âge selon la Communauté	
Graphe 1.1.3 : Age en catégories selon la Communauté	
1.1.3. Genre :	
1.2. Origine sociale :.....	56
1.2.1. Nationalité :	
Tableau 1.2.1.: Origine nationale selon la communauté	
1.2.1.1. Langue parlée par le patient	
1.2.2. Milieu d'origine.....	57
1.2.2.1. Profession du père	
Graphe 1.2.3.1. : Profession du père	
Tableau 1.2.3.1. : Profession du père	
Tableau 1.2.3.2. : Profession ouvrière du père	
(après correction de données manquantes)	
Graphe 1.2.3.2. : Profession du père selon la communauté	
Tableau 1.2.3.3. : Profession ouvrière du père selon la communauté	
1.2.2.2. Profession de la mère	
Tableau 1.2.3.2 : Profession de la mère	
Graphe 1.2.3.2. : Profession de la mère	
1.3. Décès du père, de la mère.....	61
1.3.1. Décès du père et de la mère et antériorité par rapport à l'usage d'opiacés	
Tableau 1.3.1 : Age au décès du père et de la mère	
1.3.2. Décès du père et de la mère et incarcération	
Graphe 1.3.2. : Décès du père (avant le début de l'usage d'héroïne)	
et incarcération du sujet	
1.4. Niveau d'études.....	63
Graphe 1.4.1. : Niveau d'études atteint (ensemble de la population)	
Graphe 1.4.2. : Niveau d'études atteint selon la communauté	
Graphe 1.4.3.1. : Niveau d'études atteint selon la profession du père	
Ouvrière ou autre - Ensemble de la population	
Graphe 1.4.3.2. : Niveau d'études atteint selon la profession du père	
Ouvrière ou autre - FLANDRE	
Graphe 1.4.3.3. : Niveau d'études atteint selon la profession du père	
Ouvrière ou autre - Wallonie-Bruxelles	
1.5. Mode de vie actuel.....	67
Tableau 1.5.1 : Etat civil et situation familiale	
Graphe 1.5.1 : Etat civil et situation familiale	
Tableau 1.5.1. : Etat civil et situation familiale selon la communauté	
Tableau 1.5.2. : Relation de couple selon la communauté	
1.6. Statut (par rapport à la toxicomanie) de la personne partenaire.....	70
Tableau 1.6 : Statut (drogue) du partenaire	
1.7. Entente avec le partenaire	
Graphes 1.7.1. : Entente dans le couple (total population)	
Graphes 1.7.2. : Entente dans le couple (couple uniquement)	
Tableau 1.7.3 : Tableau des corrélations entre l'entente avec le partenaire	
et certaines caractéristiques de la satisfaction par rapport au traitement	
1.8. Les ressources du patient.....	74
1.8.1. Les ressources principales du patient	
Graphe 1.8.1. : Ressources principales (Ensemble de la population)	
1.8.2. Ressources principales selon la Communauté	
Tableau 1.8.2. : Ressources principales selon la Communauté	
1.8.3. Ressources selon la durée de l'usage de méthadone	
Tableau 1.8.3. : Travail légal ou au noir selon la durée de l'usage de méthadone	
1.8.4. Expérience du travail et ressenti actuel face au travail.....	76
1.8.4.1. Résultats globaux et par communauté	
Tableau 1.8.4.1 : Expérience du travail rémunéré	
Tableau 1.8.4.2 : Expérience du travail rémunéré selon la communauté	

Tableau 1.8.4.3 : Se sent en état de travailler	
Tableau 1.8.4.4 : Se sent en état de travailler selon la communauté	
Tableau 1.8.4.5 : Souhaite travailler	
Tableau 1.8.4.6 : Souhaite travailler selon la communauté	
1.8.5. Rôle de la cure substitutive dans le ressenti face au travail.....	78
Graphe 1.8.5. : Ressenti face au travail selon la durée de l'expérience avec la méthadone (en % de chaque catégorie de durée)	
1.9. Séparation des enfants.....	79
Tableau 1.9.1 : Ne vit pas avec ses enfants	
Tableau 1.9.2 : « Ne vit pas avec ses enfants » selon la communauté	
2. Le passé du patient.....	80
2.1. Usage de drogues	
Graphe 2.1.1 : Année de début de l'usage d'héroïne (patients résidant en Belgique)	
2.2. Chronologie individuelle de l'usage d'héroïne	
Graphe 2.2 : Age de début de l'usage d'héroïne (patients résidant en Belgique)	
Graphe 2.1.2 : Année de début de l'usage d'héroïne – Patients de Wallonie-Bruxelles (n=237)	
Graphe 2.1.3 : Année de début de l'usage d'héroïne – Patients de Flandre (n =88)	
Tableau 2.2 : Age moyen et précisions statistiques sur l'âge de début de l'usage d'héroïne	
Tableau 2.2.1 : Age de début de l'usage d'héroïne selon la Communauté	
2.3. Mode d'usage.....	82
2.3.1. L'injection et la chronologie de son abandon	
Tableau 2.3.1.1 : Mode d'usage par IV (ensemble de la population)	
Tableau 2.3.1.2 : Mode d'usage par IV selon la communauté	
Tableau 2.3.1.3 : Dynamique de l'abandon de l'usage par IV	
Tableau 2.3.1.4 : Dynamique de l'abandon de l'usage par IV selon la communauté	
Tableau 2.3.1.5 : Evolution historique de l'usage par IV (ensemble de la population)	
Graphe 2.3.1.5 : Evolution historique de l'usage par IV (ensemble de la population)	
Tableau 2.3.1.6 : Usage par IV selon l'année de début de l'héroïne (%)	
2.3.2. Les comportements dommageables liés à l'injection.....	85
Tableau 2.3.2.1 : Le partage de la seringue avec les amis	
Tableau 2.3.2.2 : Le partage du matériel (tampons, cuillères,...) avec les amis	
Tableau 2.3.2.3 : Le partage de la seringue ou du matériel (tampons, cuillères,...) avec les amis	
Tableau 2.3.2.4 : Partage de la seringue ou du matériel selon l'année de début de la toxicomanie	
Graphe 2.3.2.5 : Partage de la seringue ou du matériel selon le début de la toxicomanie par Communauté	
2.4. L'usage de la Méthadone au « noir »	88
Tableau 2.4 : Usage de méthadone « au noir »	
Tableau 2.4.1 : Usage de Méthadone au noir selon la communauté	
Graphe 2.4.1 : Usage de Méthadone au noir selon la communauté	
Tableau 2.4.2 : Usage de Méthadone au noir selon l'année de début de l'usage d'héroïne	
Tableau 2.4.3 : Chronologie de l'usage au noir	
Tableau 2.4.4 : Motif de type « auto médication » de l'usage de la méthadone au noir selon l'année de début de l'usage d'héroïne	
Tableau 2.4.5 : Motif de type « ambigu » de l'usage de la méthadone au noir selon l'année de début de l'usage d'héroïne	
2.5. Aspects « économiques » pour l'usager.....	91
Tableau 2.5.1 : Part des ressources consacrées aux drogues	

	Tableau 2.5.2 : Motivation « instrumentale » de la cure actuelle	
3. Passé institutionnel : Maison d'Accueil et Prison		
	Tableau 3.1 : Les instances pré-thérapeutiques et « totales » (%)	
	Graphes 3.1 : Les institutions totales pré-thérapeutiques (%)	
4. Présent et Passé thérapeutique : trajectoires et « carrière ».....		93
4.1. La cure actuelle		
	Tableau 4.1 : Lieu de consultation du médecin	
	Graphes 4.1 : Lieu de consultation du médecin	
	Tableau 4.1.1 : Lieu de consultation du médecin selon la communauté	
	Graphes 4.1.1 : Lieu de consultation du médecin selon la communauté	
4.2. Cure actuelle et passé institutionnel pré -thérapeutique.....		95
	Tableau 4.2.1 : Cure actuelle et incarcération passée-Patients de Belgique	
	Tableau 4.2.2 : Passé en institution totale selon le lieu de soins actuel	
	Graphes 4.2.2 : Passé en institution totale selon le lieu de soins actuel par Communauté	
4.3. Cure actuelle et passé thérapeutique.....		96
	Tableau 4.3.1 : Prises en charge antérieures (en ligne) selon la cure actuelle (en colonne)- Ensemble des patients résidant en Belgique	
	Tableau 4.3.2 : Prises en charge antérieures selon la communauté - %	
	Tableau 4.3.3 : Prises en charge antérieures (en ligne) selon la cure actuelle (en colonne)- % Patients de Flandre	
	Tableau 4.3.4 : Prises en charge antérieures (en ligne) selon la cure actuelle (en colonne)- % Patients de Wallonie -Bruxelles	
4.4. L'entrée dans le champ thérapeutique.....		99
	Tableau 4.4 : Type de premiers soins pour usage de drogues Ensemble de l'échantillon	
	Tableau 4.4.1 : Type de premiers soins pour usage de drogues selon la communauté	
	Graphes 4.4.1 : Type de premiers soins pour usage de drogues selon la communauté	
4.5. Deux propositions de représentation des trajectoires.....		100
4.5.1. La variété des prises en charge thérapeutiques et institutionnelles		
	Tableau 4.5.1 : Nombre d'instances de soins antérieures	
	Graphes 4.5.1 : Nombre d'instances de soins antérieures	
	Tableau 4.5.2 : Nature substitutive des premiers soins pour usage de drogues-Ensemble des patients	
	Tableau 4.5.3 : Nombre d'instances de soins antérieures selon la communauté	
	Graphes 4.5.3 : Variété des types de prises en charges institutionnelles antérieures selon le type d'entrée dans le « système » de soins	
4.6. Autre approche de la trajectoire : Type d'instance d'entrée (première prise en charge).....		104
	et devenir actuel (lieu actuel de consultation)	
4.6.1. Trajectoire simplifiée : croisement entre l'entrée dans le champ et la cure actuelle		
	Tableau 4.6.1 : Trajectoire simplifiée entre l'entrée dans le champ et la prise en charge actuelle	
	Espace 4.6.1 : Représentation spatiale des correspondances entre premiers soins et cure actuelle	
4.6.2. Analyse par couples : Premiers soins / Cure actuelles		
	Tableau 4.6.2 : Relations significatives entre les premiers soins et la prise en charge actuelle	
5. L'expérience de la méthadone.....		107
5.1. Nombre de médecins prescripteurs depuis le début de l'usage de méthadone		

	Tableau 5.1 : Nombre de médecins prescripteurs de méthadone depuis la première prescription	
	Graphe 5.1 : Nombre de médecins prescripteurs de méthadone depuis la première prescription	
5.2. Nombre de médecins prescripteurs au cours de l'année écoulée	Tableau 5.2 : Nombre de médecins consultés pour une prescription de méthadone en 2001	
5.3. Nombre d'officines de pharmacie fréquentées au cours de l'année écoulée	Tableau 5.3 : Nombre d'officines fréquentées pour une délivrance de méthadone en 2001	
5.4. Carrière de la Prescription de méthadone.....109		
5.4.1. Les âges de début	Tableau 5.4.1 : Age au début de l'usage de méthadone, âge au début de la cure actuelle et âge actuel du patient	
	Graphe 5.4.1 : Age au premier usage de méthadone	
	Tableau 5.4.1.1 : Age au début de l'usage de méthadone, âge au début de la cure actuelle et âge actuel du patient selon la communauté	
	Graphe 5.4.1.2 : Age au premier usage de méthadone des patients de Flandre	
	Graphe 5.4.1.3 : Age au premier usage de méthadone des patients de Wallonie -Bruxelles	
5.4.2. La latence des soins et de la méthadone selon la Communauté.....112	Tableau 5.4.2 : Ages de début et « latences » de soins selon la Communauté	
5.4.3. Les durées de l'addiction et du traitement.....112	Tableau 5.4.4.1 : Durées de l'addiction et du traitement-En années	
	Tableau 5.4.4.2 : Durées de l'addiction et du traitement selon la Communauté	
5.4.4. Evolution de la carrière d'usage et de soins depuis la Conférence de Consensus sur la méthadone (C.C.M.) en Flandre et en Wallonie -Bruxelles	Tableau 5.4.4.1 : Ages de début et « latences » des soins avant et après la C.C.M. en Flandre	
	Tableau 5.4.4.2 : Ages de début et « latences » des soins avant et après la C.C.M. en Wallonie-Bruxelles	
6. L'usage actuel: L'héroïne, les drogues, les médicaments, l'alcool et la méthadone.....115		
6.1. La poursuite de l'usage d'héroïne		
6.1.1. Usage d'héroïne au cours des 3 derniers mois	Tableau 6.1.1 : A utilisé l'héroïne depuis 3 mois Ensemble de la Population et Patients de Belgique	
	Graphe 6.1.1 : A utilisé l'héroïne depuis 3 mois (Patients de Belgique)	
6.1.1.1. Poursuite de l'usage d'héroïne selon la Communauté	Tableau 6.1.1.1.: Poursuite de l'usage d'héroïne selon la Communauté	
6.1.2. Partage de l'usage d'héroïne	Tableau 6.1.2 : Usage d'héroïne : avec qui ?	
	Graphe 6.1.2 : Partage de l'usage d'héroïne	
6.1.3. Fréquence de la poursuite de l'usage d'héroïne	Tableau 6.1.3 : Fréquence de l'usage actuel d'héroïne	
	Graphe 6.1.3 : Fréquence de l'usage d'héroïne chez les consommateurs actuels (%)	
6.1.4. Evolution globale de l'usage d'héroïne ressentie par le patient.....118	Tableau 6.1.4 : Evolution de l'usage d'héroïne	
6.1.5. Usage de l'héroïne par injection	Tableau 6.1.5 : Usage actuel de l'héroïne par IV	
6.1.5.1. Usage de l'héroïne par injection selon la Communauté	Tableau 6.1.5.1 : Usage actuel de l'héroïne par IV selon la communauté	
6.1.6. Chronologie de la fin de l'injection.....119		

	Tableau 6.1.6 : Chronologie de la fin de l'injection selon l'usage de méthadone	
	Tableau 6.1.6.1 : Poursuite de l'usage par IV (toutes drogues) parmi les patients qui ont déjà utilisé par IV	
6.2. L'usage de cocaïne.....		120
6.2.1. Poursuite de l'usage de cocaïne	Tableau 6.2.1 : Poursuite de l'usage de cocaïne	
6.2.2. Usage de la cocaïne par injection	Tableau 6.2.2 : Usage par IV de la cocaïne	
	Tableau 6.2.2.1 : Usage par IV de la cocaïne sans usage de l'héroïne par IV	
6.2.3. Partage de l'usage de cocaïne	Tableau 6.2.3 : Usage de cocaïne : avec qui ?	
	Graphe 6.2.3.1 : Relation entre le partage de l'usage d'héroïne et de cocaïne	
6.2.4. Fréquence de l'usage actuel de cocaïne.....		122
	Tableau 6.2.4 : Fréquence de l'usage actuel de cocaïne	
	Graphe 6.2.4.1 : Relation entre le mode et la fréquence d'usage de la cocaïne (%)	
	Tableau 6.2.5 : Perception de l'évolution de l'usage de cocaïne	
	Graphe 6.2.5 : Perception de l'évolution de l'usage de cocaïne	
6.3. L'usage des autres drogues.....		124
6.3.1 : Drogues et psychotropes utilisées actuellement (depuis 3 mois)	Tableau 6.3.1 : Drogues et psychotropes utilisées actuellement (en % de chaque Communauté)	
6.3.2 : Le nombre de drogues utilisées depuis 3 mois	Graphe 6.3.2 : Nombre de drogues utilisées depuis 3 mois (%) Patients résidant en Belgique	
6.4. Les co-prescriptions.....		125
	Tableau 6.4.1 : Le médecin actuel prescrit aussi un autre Médicament- Ensemble des patients	
	Tableau 6.4.2 : Prescription chez un autre médecin (Ensemble des patients)	
6.5. La prescription de benzodiazépines	Tableau 6.5 : Benzodiazépines prescrites par le médecin prescripteur de méthadone ou au total	
6.6. Prescription d'antidépresseur(s)	Tableau 6.6 : Prescription d'antidépresseur	
6.7. Le dosage actuel de méthadone : Quel effet sur l'usage de drogues ?.....		127
6.7.1. Le dosage actuel de méthadone	Tableau 6.7.1 : Le dosage actuel de méthadone	
	Graphe 6.7.1 : Répartition des dosages (avec extrêmes)	
6.7.2. Dosage de la méthadone selon la Communauté	Tableau 6.7.2.1 : Dosage de méthadone selon la Communauté (moyennes)	
	Tableau 6.7.2.2 : Dosage actuel (en catégories) selon la Communauté	
	Tableau 6.7.2.2.1 : Dosage actuel (en catégories) chez les patients de moins de 25 ans dans chaque Communauté	
6.7.3. Dosage actuel de la méthadone et poursuite de l'usage d'héroïne		129
	Tableau 6.7.3.1 : Dosage actuel et poursuite de l'usage d'héroïne Ensemble des patients de Belgique	
	Tableau 6.7.3.2 : Dosage actuel et usage d'héroïne (depuis 3 mois) par injection -Ensemble des patients de Belgique	
	Tableau 6.7.3.3 : Dosage actuel et usage d'héroïne par injection ou non par Communauté	

Tableau 6.7.3.4 : Dosage de la méthadone selon l'usage de la cocaïne -Ensemble des patients de Belgique	
Tableau 6.7.3.5 : Dosage de la méthadone selon l'usage de la cocaïne par Communauté	
Tableau 6.7.3.6 : Dosage de la méthadone selon l'usage par IV de la cocaïne -Ensemble des patients de Belgique	
Tableau 6.7.4.7 : Dosage de la méthadone selon l'usage par IV de la cocaïne par Communauté	
6.7.4 . L'évolution du dosage de méthadone et son effet.....	131
Tableau 6.7.5.1 : L'évolution simplifiée du dosage	
Tableau 6.7.5.2 : L'évolution simplifiée du dosage et la poursuite de l'usage d'héroïne	
Tableau 6.7.5.3 : L'évolution simplifiée du dosage et l'usage de cocaïne	
7. Les mesures de bien-être.....	133
7.1. L'indice de satisfaction.	
Tableau 7.1 : Valeur globale de l'indice de satisfaction- Patients de Belgique	
7.2. Une mesure de bien-être : l'Indice de l'Organisation Mondiale de la Santé	
Tableau 7.2 : Valeur globale de l'indice de bien-être - Patients de Belgique	
7.3. Différences entre les Communautés sur les indices de satisfaction et de bien-être	
Tableau 7.3 : Comparaison des indices de satisfaction et de bien-être	
7.4. Le paradigme de l'efficacité de la cure substitutive : L'Alliance Thérapeutique	
7.4.1. Le concept de l'Alliance thérapeutique	
Tableau 7.4.1 : Dimensions de l'analyse factorielle de l'Alliance thérapeutique	
Tableau 7.4.2 : Valeur de l'Indice d'Alliance thérapeutique.....	138
7.4.3. Différences entre les Communautés sur l'Alliance thérapeutique et ses dimensions	
Tableau 7.4.3 : Valeur globale et Dimensions de l'Alliance thérapeutique selon la Communauté	
7.4.4. L'Alliance thérapeutique et ses dimensions selon l'expérience de la méthadone « au noir » et la motivation de son usage.....	139
Tableau 7.4.4.1 : L'Alliance thérapeutique et ses dimensions selon l'expérience de la méthadone « au noir »	
Tableau : 7.4.4.2 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon l'usage de méthadone « au noir » par auto-médication	
7.4.5. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon les conduites dommageables	
Tableau 7.4.5 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon le Partage des ustensiles liés à l'injection (parmi les utilisateurs IV)	
7.4.6. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon l'expérience du décès du père.....	141
Tableau 7.4.6 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon l'expérience du décès du père	
7.4.7. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon la poursuite de l'usage d'héroïne.....	142
Tableau 7.4.7 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon la poursuite de l'usage d'héroïne	
7.4.8. Analyse multivariée de l'Alliance thérapeutique.....	144
7.5. Analyse multivariée de l'Indice de Satisfaction.....	147
Tableau 7.5 : Facteurs retenus de la Satisfaction du patient (Patients de Belgique)	
8. L'effet des trajectoires thérapeutiques.....	148
8.1. Poursuite de l'usage d'héroïne et « carrière thérapeutique »	
8.2. Mesures de bien-être et Cadre thérapeutique actuel	
Tableau 8.2 : Cadre thérapeutique actuel et mesures de bien-être (Patients de Belgique)	
8.3. Mesures de bien être et complexité de la carrière de soins	
Tableau 8.3 : Matrice des corrélations des Mesures de bien être et des indices de la complexité de la carrière de soins	
Tableau 8.1 : Anciennetés dans la carrière toxicomane et thérapeutique selon l'usage actuel d'héroïne (1).....	151
Tableau 8.1 (suite) : Anciennetés dans la carrière institutionnelle et thérapeutique selon l'usage actuel d'héroïne (2)	

9. L'apport de la cure substitutive pour le patient : Le mieux-être mental, le recul vis-à-vis des drogues et la mise en ordre avec la Justice.....	152
Tableau 9 : L'Echelle globale d'Apport de la Cure Substitutive	
9.1. : Les dimensions de l'apport de la cure substitutive	
Tableau 9.1 : Les dimensions de l'apport de la cure substitutive	
9.2. Analyse des apports de la cure.....	154
9.2.1. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure, leurs inter corrélations et le Sentiment de stabilisation	
Tableau 9.2.1 : Corrélations de Pearson de l' Indice global et des Dimensions de l'apport de la cure, ainsi que du Sentiment de stabilisation	
9.2.2. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon la Communauté de Belgique	
Tableau 9.2.2 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon la Communauté de Belgique	
9.2.3. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Age	
Tableau 9.2.3 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Age	
Graphe 9.2.3 : Indice global de l'apport de la cure selon l'Age	
9.2.4. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le mode de vie du patient.....	157
Tableau 9.2.4.1 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon la vie commune avec une personne abstinente de drogues.	
Tableau 9.2.4.2 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon la disqualification parentale du patient.	
9.2.5. Indice global de l'apport de la cure selon la relation avec les parents	
Graphe 9.2.5 : Indice global d'apport de la cure selon la Relation avec les Parents	
9.2.6. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon les dimensions thérapeutique.....	159
Tableau 9.2.6.1 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Alliance thérapeutique	
Tableau 9.2.6.2 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le dosage de méthadone	
Tableau 9.2.6.3 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'évolution du dosage de méthadone	
Tableau 9.2.6.4 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le lieu de la consultation-Patients de Belgique	
Tableau 9.2.6.5 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'arrêt (et la reprise) de la méthadone au cours de la carrière thérapeutique	
9.2.7. Analyse multivariée de l'apport de la cure (Indice global).....	162
Tableau 9.2.7. : Résultats de la Régression linéaire itérative de l'Indice global d'apport de la cure (n=356)	
9.2.7.1. Régression linéaire de l'indice global de l'apport de la cure. Patients de Wallonie-Bruxelles	
9.2.7.2. Régression linéaire de l'indice global de l'apport de la cure. Patients de Flandre	
10. La relation du patient avec le pharmacien.....	166
10.1. Construction par analyse factorielle des dimensions de la relation du patient avec le pharmacien	
Tableau 10.1 : Les dimensions de la relation du patient avec le pharmacien	
10.2. Analyse multivariée de l'Apport de la cure avec les dimensions de la relation au pharmacien	
Tableau 10.2 : Régression linéaire itérative de l'Apport de la cure avec les dimensions de la relation au pharmacien - Ensemble des patients de Belgique	
10.3. L'évaluation croisée de l'attitude du pharmacien vis-à-vis du patient et l'attitude du patient sur ses relations au pharmacien.....	170
Tableau 10.3 : Corrélations entre les attitudes du patient (en ligne) et celles du pharmacien (en colonne)	
11. Synthèse de l'étude « Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique ».....	172
12. Conclusions et perspectives.....	183

13. Références

ANNEXES.....	185
1. Résumé des actions entreprises.	
2. Tableaux référencés dans le Rapport	187
Graphe 2.3.1.5.1 : Evolution historique de l'usage par IV (Flandre)	
Graphe 2.3.1.5.2 : Evolution historique de l'usage par IV (Wallonie-Bruxelles)	
Tableau 5.5.5 : Caractéristiques temporelles de la carrière de l'addiction et du traitement selon la classe d'âge - En années	
Tableau 5.5.6 : Caractéristiques temporelles de la carrière de l'addiction et du traitement selon la classe d'âge - En années. Patients de Flandre	
Tableau 5.5.7 : Caractéristiques temporelles de la carrière de l'addiction et du traitement selon la classe d'âge - En années. Patients de Wallonie -Bruxelles	
Tableau 7.4.4.3 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon l'usage de méthadone « au noir » par auto-médication (Usagers « au noir » uniquement)	

A. Evaluation de la délivrance de méthadone par les pharmaciens d'officine

1. Introduction méthodologique

1.1. Rappel des objectifs de l'étude

En première instance, l'étude a pour but de mettre en évidence le rôle du pharmacien dans la prise en charge substitutive. Comment le pharmacien perçoit-il son rôle, en complément de celui du médecin ? Au-delà de l'évaluation des relations entre pharmaciens, patients et médecins, l'étude vise à apprécier la situation globale en Belgique et par région de la délivrance de méthadone et d'opiacés de substitution. L'ambition est d'aboutir à une analyse de la situation générale, nationale et représentative, de la délivrance de méthadone en officine.

Un Observatoire des cures substitutives (OCS) sera mis en place à partir d'enregistrements réalisés dans les officines de toutes les régions du pays. En fonction d'une cartographie nationale de la délivrance qui sera ainsi dessinée, une sélection locale représentative des officines constituant l'Observatoire permettra de constituer un recueil de données sur les patients et médecins impliqués dans les cures substitutives et surtout de développer un processus d'évaluation continue du devenir des patients sur diverses dimensions psychosociales.

1.2. Méthodologie

Pour évaluer la délivrance de méthadone, le rôle du pharmacien d'officine devait être abordée en questionnant la pratique de celui-ci. En se cantonnant à cette évidence, on aurait pu préparer un questionnaire demandant à chaque pharmacien de rendre compte de la situation globale du traitement de substitution. On aurait alors travaillé sur un échantillon de pharmaciens d'officine et analysé leur position vis-à-vis de la délivrance de méthadone. Toutefois adopter un tel design de recherche ne résout pas le problème de la procédure à utiliser pour obtenir une appréciation de la situation vécue par les patients. Interroger les pharmaciens sur leur appréciation « en général » est apparu comme une orientation trop limitée. Il fallait, pour tenir compte de la situation individuelle du patient, demander au pharmacien de fournir une appréciation par rapport à chaque patient fréquentant son officine. Un questionnaire dit « spécifique » a donc été élaboré. En faisant cela l'étude permettait de constituer un échantillon de patients « évalués » par les pharmaciens. De plus, une identification par initiales, âge et genre (tout en maintenant un anonymat) ouvrait la voie à un suivi de ces mêmes patients, en répétant ultérieurement une évaluation par les pharmaciens participant.

Enfin, un tel design permettait aussi, d'associer aux mêmes patients, évalués par le pharmacien, une auto-évaluation réalisée par le patient de façon autonome.

L'origine d'une évaluation de patients par des pharmaciens se situe en Belgique dans le travail pionnier de la pharmacienne Isabelle Noirfalisce (Noirfalisce I, 1994) pour son mémoire de licence en 1994. Cette étude nous avait séduite à l'époque, par la méthodologie d'un questionnaire synthétique destiné aux pharmaciens de Liège, dans lequel des colonnes avaient été prévues par patient évalué. L'évidence du procédé et les données recueillies sur près de 500 patients, nous avaient faits classer cette étude dans les modèles à sauvegarder pour une reprise ultérieure.

La possibilité offerte aux pharmaciens d'évaluer chaque patient, ne devait toutefois pas exclure de l'étude les pharmaciens qui n'avaient pas de patients au moment de l'évaluation, mais qui en avaient eu par le passé. Il était aussi important d'avoir un feed-back de pharmaciens qui avaient refusé des patients ou ne souhaitaient pas en avoir. En plus d'un questionnaire se focalisant sur des évaluations individuelles de patients, nous avons donc préparé un questionnaire « général », devant fournir des renseignements globaux et surtout quantitatifs concernant le nombre de patients accueillis par l'officine dans une perspective historique.

Pratiquement la base de l'étude est d'abord constituée par un fichier de tous les pharmaciens d'officine de Belgique, avec noms et adresses. Ce fichier de 5100 « lignes » (une par pharmacien) est alors complété par les variables des questionnaires et chaque patient évalué devient une nouvelles ligne (en identifiant l'officine de chacun). Les questionnaires « auto-administrés par les patients sont introduits d'une façon identique. Il est alors toujours possible d'identifier les données manquantes à chaque niveau de l'étude. Bien entendu, ce fichier est très « lourd » et nécessite un PC puissant. Les données ont été traitées en utilisant le système SPSS.

En ce qui concerne le dernier instrument utilisé, le questionnaire d'auto-évaluation, il se fonde sur le principe d'une collaboration des patients et de la facilitation « structurée » de leur prise de parole. Il nous a semblé que le contact du pharmacien d'officine avec chaque patient permettait de lui remettre un questionnaire. Les avantages d'une telle méthode sont évidents : échantillonnage aléatoire qui donnait accès aux patients pris en charge en médecine générale (et non centré sur des centres de soins), sans faire intervenir le médecin, souvent difficile à obtenir, possibilité d'obtenir des données nouvelles sur la situation passée et présente des patients, par un ensemble de questions souvent délicates à poser « de vive voix » et enfin, une implication des patients avec un instrument qui leur permettait de faire le point. Cette procédure (avec un instrument plus léger et une distribution par les membres d'équipes soignantes, il est vrai) est utilisée dans le cadre de l'étude européenne du RAT-GEERMM (Rémy C., 2001 ; Ledoux Y., 2001) et est bien accueillie par les patients.

1.3. Moyens mis en œuvre

Pour évaluer la situation actuelle des cures substitutives en Belgique plusieurs instruments ont été créés (Voir : Résumé des actions entreprises) et présentés en novembre lors de la première réunion du Comité d'accompagnement. Les questionnaires peuvent être obtenus en faisant une demande à yves.ledoux@coditel.net. Le volume de ces documents empêche de les annexer au présent rapport.

Pour faire parvenir ces instruments aux pharmaciens et aux patients, les structures de communication dont dispose la Profession pharmaceutique dans son ensemble ont été mises à contribution.

On rappellera que deux grandes associations représentent la profession :

- L'Association pharmaceutique Belge (APB) pour les pharmaciens indépendants et sociétés non coopératives. (Secteur majoritaire)
- L'Office des Pharmacies Coopératives (OPHACO).

Ces associations envoient à leurs affiliés, plusieurs fois par mois, des courriers administratifs, tarifs, revues d'information, news, documentations scientifiques, cours de formation continuée, etc. La collaboration de l'OPHACO a été assurée dès le début du programme.

L'utilisation de ces canaux institués pour l'envoi des questionnaires et documents annexes a permis de toucher l'ensemble de la profession. Toutefois, il est difficile de s'assurer que tous les pharmaciens en ont bien pris connaissance. Ceci constitue une limitation occasionnée par la procédure adoptée. Mais les coûts d'un envoi individualisé dépassaient les limites du budget disponible.

1.4. Difficultés rencontrées

La première difficulté rencontrée est liée au caractère volontaire de la participation à l'étude. Il est certain que l'étude pour atteindre son but de représentativité devait se fonder sur un échantillon très étendu dans toutes les régions du pays et mobiliser un maximum d'officines concernées par la délivrance de méthadone. Etant donné la complexité des questions et l'investissement-temps requis (au minimum 1 heure pour le questionnaire Général et deux heures pour le questionnaire spécifique dans le cas d'une patientèle moyenne), le risque de non

participation était réel. C'est évidemment la raison principale qui a motivé les nombreuses sollicitations présentées dans le *Résumé*.

Par ailleurs, les mois d'Octobre à Décembre ont été agités par des mouvements de défense de la profession face à de nouvelles mesures gouvernementales réduisant le pouvoir d'achat, ce qui ne favorisait en rien une participation volontaire à une étude pour intéressante qu'elle puisse être !

Il est toutefois rapidement apparu que la mobilisation des O.T.¹, relais de l'action au niveau local, renforçait la participation des pharmaciens et que d'autre part, que le thème abordé rencontrait l'intérêt et les préoccupations de la profession. Ce qui se traduit concrètement par la constitution d'un échantillon représentatif d'officines délivrant le médicament, ainsi d'ailleurs qu'un échantillon représentatif de patients évalués (Tableau 2.1).

Une autre question, moins « logistique » et sans doute plus fondamentale, doit être abordée :

Qu'en est-il de la capacité du pharmacien à évaluer le patient en cure substitutive ?

Le programme d'étude a débuté rapidement sans formation particulière des pharmaciens à l'évaluation, ni d'ailleurs, sans concertation élargie sur les « signes » ou les caractéristiques spécifiques qui permettraient de rendre compte de la situation vécue par le patient ou son évolution. Ceci fera l'objet d'un approfondissement lors de la constitution de l'Observatoire des Cures Substitutives (O.C.S.).

Toutefois, les réponses fournies aux questionnaires renseignent sur certaines limites de la capacité évaluative du pharmacien. En fait le repérage des non-réponses à certaines questions est riche d'enseignements. Le pharmacien se situe en effet dans une position différente de celle du médecin, puisque rien ne l'oblige à s'investir dans une connaissance du patient. Une totale neutralité ou même indifférence n'est pas en soi condamnable. Les réponses fournies par les pharmaciens ne confirment pas une prédominance de cette attitude. On doit cependant constater l'existence de certains « trous noirs » de la connaissance du patient, dont le premier est celui de la situation professionnelle. Cette variable a un taux de réponse très élevé de 33.2%. Autrement dit, il est très fréquent pour le pharmacien de ne pas être informé de l'activité professionnelle (ou le statut) du patient. Disons que cela ne fait pas partie du répertoire habituel de la communication entre le pharmacien et le patient.

De façon générale, il semble inévitable qu'un certain nombre de patients apparaissent comme « transparents » en ne laissant de leur contact aucune impression chez le pharmacien. Une évaluation de tels patients est donc illusoire dans un contexte « naturel », c'est-à-dire sans avoir recours à des procédés « forçant » la participation du patient.

Bien entendu ces précautions méthodologiques sont moins nécessaires pour les mesures « objectives » relatives à la pratique propre du pharmacien : dosage, autres médicaments prescrits, sexe et âge du patient ou encore caractéristiques du prescripteur...

Mentionnons enfin, « a contrario », l'intérêt d'une évaluation par le pharmacien. On doit en effet souligner que l'étude réalisée constitue le premier essai en Belgique d'une évaluation réalisée par des non-médecins, et surtout réalisée par quelqu'un qui n'est pas impliqué par le traitement qu'il a lui-même initié. Toutes les études belges se fondent en effet sur le regard du prescripteur lui-même.

Quoi que nous ne réfutions pas l'ensemble des évaluations réalisées, il est essentiel de mettre en avant le fait que pour la première fois il s'agit d'un évaluateur qui n'est pas juge et parti dans le projet thérapeutique.

¹ O.T. : Offices de Tarification. Organismes agréés auxquels les pharmaciens confient mensuellement les ordonnances qu'ils ont honorées afin de percevoir les montants qui leurs sont dus par les mutuelles suite à l'application du système du "tiers-payant".

2. Résultats démographiques

2.1. Présentation de l'échantillon de l'étude au 1/07/2003

Tableau 2.1 : Echantillon selon la délivrance de méthadone et l'évaluation réalisée (par Communauté en nombres absolus et pourcentages des officines participantes)

	Comm. française		Comm. flamande		Total	
Total officines participantes	397	- 49.9% - (100%)	398	-50.1% - (100%)	795	-100% - (100%)
A eu des patients avec méthadone	352	(88.9%)	252	(63.3%)	604	(76%)
Jamais sollicité	30	(7.5%)	135	(34%)	165	(20.8%)
A des patients actuellement	287	(72.5%)	133	(33.4%)	420	(53%)
Evalue ses patients -Questionnaire Spécifique	196	(63.8%)	111	(36.2%)	307	(38.6%)
Nombre de patients évalués- -Questionnaire Spécifique	1003	-81.2% -	232	-18.8% -	1235	-100% -
Nombre de médecins -Questionnaire Spécifique	430	-81.7% -	96	-18.3% -	526	-100% -

Les deux questionnaires – Général et Spécifique – ont été reçus par les 5140 pharmaciens d'officine de Belgique par l'intermédiaire du magazine professionnel «Les Nouvelles brèves ». Un total de 795 questionnaires a été recueilli par les Offices de Tarification régionaux (une centaine de questionnaires ont été envoyés directement par courrier individuel à l'APB) et transmis d'octobre 2002 à avril 2003 à l'équipe de recherche.

Le tableau 2.1 différencie nettement les officines selon la Communauté : alors que le nombre global de répondants pharmaciens est réparti de façon égale selon les Communautés, les officines francophones se distinguent par une proportion plus élevée à avoir déjà eu des patients en cure substitutive à la méthadone ($p < .001$; Odds Ratio : 4.63). Il est plus de quatre fois et demi plus probable pour une officine francophone par rapport à son homologue flamande à avoir déjà eu des patients avec prescription de méthadone.

L'absence de sollicitation des officines flamandes est encore plus remarquable avec un Odds de 6.25 par rapport aux francophones.

Enfin, le fait d'avoir des patients en cure au moment de l'étude est 5.25 fois plus probable pour une officine de la Communauté française que pour une officine flamande.

En ce qui concerne la participation à l'évaluation, elle s'est globalement manifestée chez près de trois-quarts (73%) des officines qui ont des patients. On est en droit de considérer ces 73% comme le véritable taux de réponse de l'étude ou en tout cas le «taux d'évaluation ».

Le fait que ce taux soit plus élevé parmi les officines flamandes (83.4% par rapport à 68.3% chez les francophones), au-delà d'une « compliance » culturellement plus forte, serait à comprendre pragmatiquement à la lumière du nombre de patients par officine qui nécessite une implication dans l'évaluation plus ou moins importante.

Le travail nécessaire pour évaluer chaque patient est sensiblement plus lourd du côté francophone.

En effet, selon le tableau 2.1, en fonction du nombre de patients évalués par rapport aux nombres d'officines qui évaluent, il y a, chez les répondants qui ont des patients, en moyenne 5,11 patients par officine francophone pour 2,09 patients par officine flamande. Le nombre moyen global pour l'ensemble de l'échantillon (avec au moins un patient en cure substitutive) s'établit à 4,02 patients par officine.

Si le nombre d'officines répondant au questionnaire général à orientation quantitative est appréciable et permet une évaluation globale du nombre de patients en cure substitutive, avec méthadone ou plus rarement avec un autre substitut, c'est bien la participation à l'évaluation spécifique des patients concernés, qui retient l'attention. Avec 307 évaluateurs-pharmaciens et un total de 1235 patients évalués, l'étude réalisée se fonde sur l'échantillon le plus important jamais constitué jusqu'à présent sur les cures substitutives en Belgique.

Pour mieux cerner l'importance de l'échantillon de l'étude reportons-nous au tableau 2.2.

Le nombre total de patients auxquels la méthadone est (ou a été) délivrée par les officines qui ont répondu y est spécifié, à la fois pour l'ensemble de l'échantillon et par Communauté.

Les deux premières colonnes indiquent le nombre de patients auxquels on délivre la méthadone au moment de l'étude en octobre 2002, les deux suivantes la situation un an auparavant à la même époque et les deux dernières, le nombre de patients au total sur toute l'année 2001.

Tableau 2.2 : Portée de l'étude. Nombre de patients des officines participant à l'évaluation globale

Communauté		Nombre de patients avec prescription de méthadone (octobre 2002)	Nombre de patients avec méthadone (octobre 2002) -sans extrême	Nombre de patients même période (Octobre) en 2001	Nombre de patients même période (Octobre) -sans extrême	Nombre de patients méthadone (an 2001)	Nombre de patients méthadone (an 2001) -sans extrême
Flandre	Nombre moyen /officine	,67	,67	,63	,63	1,34	1,34
	N (officines)	397	397	380	380	378	378
	Nombre total de patients	265	265	238	238	507	507
	Nombre maximum de patients par officine	11	11	13	13	21	21
Wallonie-Bruxelles	Nombre moyen /officine	4,90	4,02	5,94	3,84	8,09	5,98
	N (officines)	390	389	355	354	353	352
	Nombre total de patients	1912	1562	2109	1359	2855	2105
	Nombre maximum de patients par officine	350	106	750	85	750	162
Total	Nombre moyen /officine	2,77	2,32	3,19	2,18	4,60	3,58
	N (officines)	787	786	735	734	731	730
	Nombre total de patients	2177	1827	2347	1597	3362	2612
	Nombre maximum de patients par officine	350	106	750	85	750	162

Les colonnes – sans extrême- font référence à l'échantillon sans inclure les données d'une officine, dont la situation est apparue comme une situation exceptionnelle. Celle-ci était de nature à perturber les résultats globaux (voir commentaire page suivante).

Il est apparu indispensable sur les trois périodes investiguées de séparer les résultats en tenant compte d'une situation extrême qui modifie les résultats de façon sensible : l'existence d'une officine avec 750 patients en octobre 2001, nombre qui s'est réduit à 350 en octobre 2002.

Et encore, le pharmacien en question n'a pas été en mesure d'évaluer le nombre total au cours de toute l'année 2001, ce qui entraîne une sous estimation en reportant sur l'année le nombre mensuel ! L'impact statistique de la prise en compte ou non des patients de cette officine modifie le nombre moyen de patients des officines de Wallonie-Bruxelles de près d'une unité en octobre 2002 et de deux unités pour octobre 2001. Au-delà de l'aspect singulier de cette situation, le double mouvement de concentration-dilution des patients en cure substitutive (car de façon inverse beaucoup d'officines n'ont qu'un seul patient) s'observe aussi ailleurs dans une moindre mesure (à Bruxelles et à Liège) et aussi dans la patientèle de médecins. Tenir compte ou non de cette seule officine « extrême » entraîne aussi une variation du sens de l'évolution de 2001 à 2002. En effet si elle est incluse le nombre total de patients diminue de 2347 patients en octobre 2001 à 2177 patients en octobre 2002. En réalité cette diminution provient de la forte diminution de la patientèle de cette seule officine (de 750 patients à 350). En écartant cette officine de l'analyse, nous remarquons au contraire que le nombre de patients a augmenté de 1597 à 1827. On ne peut toutefois pas en tirer de conclusion sur une croissance annuelle du nombre de patients en cure puisqu'une cinquantaine d'officines n'ont pas fourni de détail sur leur patientèle en 2001, ce qui entraîne une sous-évaluation de la situation en 2001.

Les nombres moyens de patients par officine qui figurent dans le Tableau 2.2 tiennent compte des officines qui n'en ont aucun. Ceci explique la différence, par exemple, entre les 0.67 patients en moyenne dans les officines de Flandre alors que nous avons relevé dans les commentaires du Tableau 2.1 que la moyenne parmi les évaluateurs de Flandre était de 2,09 patients par officine.

Le nombre total de patients actuellement en cure chez les participants approche les deux mille deux cent patients et sur l'année 2001 on est en droit de l'estimer à plus de trois mille six cent. On constate en effet qu'une cinquantaine d'officines n'ont pas été en mesure d'évaluer le nombre annuel de patients, d'où un ajustement à la hausse du total annuel. Rappelons toutefois que la seule officine déjà évoquée contribuait pour au moins 750 patients dans ce total.

Bien entendu, nous ne connaissons pas encore le nombre total réel de la population en cure substitutive en Belgique. Selon l'Inspection Générale de la Pharmacie (Communication personnelle) on peut estimer que 10000 personnes sont concernées. Quoi que nous essayions actuellement avec l'aide des 11 Offices de Tarification régionaux de préciser ce nombre sur base d'un comptage des ordonnances, admettons provisoirement ce total annuel de 10000 patients. La portée de l'étude concernerait donc 36% de l'ensemble des patients, du moins pour les officines répondant au Questionnaire Général. Si le nombre de patients sur base mensuelle s'établit en Belgique à au moins 7000, l'échantillon évalué de 1235 patients (Questionnaire spécifique-voir Tableau 1) représenterait près de 18% de l'ensemble de la population évaluable à un moment donné. Comme la procédure utilisée permet un échantillonnage réellement aléatoire, nous estimons avoir obtenu un échantillon représentatif de la population en cure substitutive en Belgique.

La comparaison entre communautés met en évidence une différence d'implication spectaculaire dans les cures substitutives avec au moment de l'enquête (en tenant compte de l'officine extrême) 87.8% de l'ensemble des patients en Belgique en cure dans la Communauté française et 12.2% dans la Communauté flamande.

Ces proportions tiennent compte de tous les patients traités en Belgique y compris les patients français traversant la frontière pour se faire prescrire de la méthadone. En excluant l'officine extrême (et donc une bonne partie des patients français de l'échantillon) la proportion de patients en communauté française se réduit à 85.5% du pays. Le changement est cependant plus important en prenant pour base l'ensemble de l'année 2001. Etant donné la présence très importante de patients français au cours de l'année 2001 (au moins n=750), si ces patients sont retirés de

l'analyse (dernière colonne du tableau 2.2) la proportion de patients dans la Communauté française se réduit à 80.6%. Cette situation serait-elle encore valable pour l'année 2002 ?

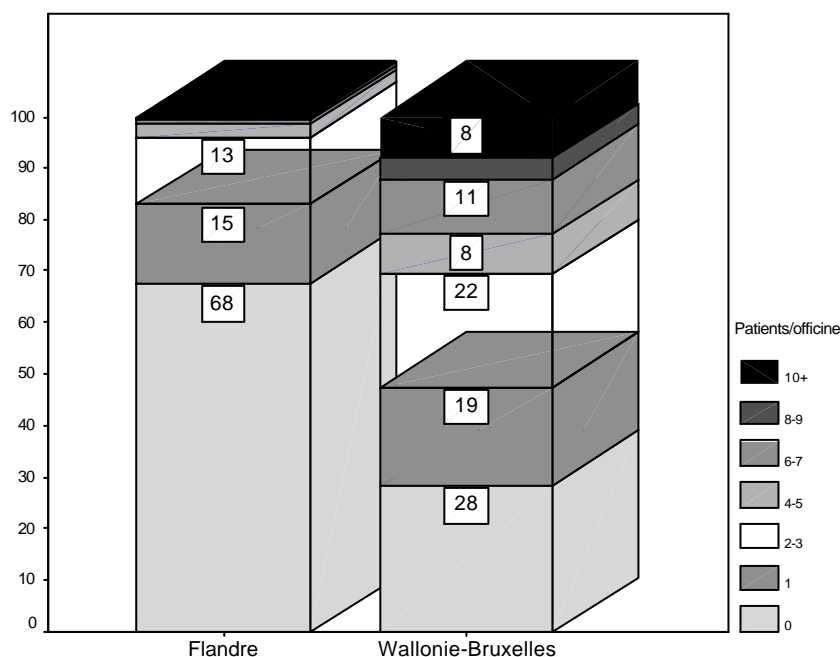
Si oui, cela suppose que tous les patients français sont revenus avec probablement une dispersion dans d'autres officines. Si non, la baisse enregistrée dans l'officine extrême n'est pas compensée ailleurs et dès lors un nombre important de patients français ne recherchent plus en Belgique un médicament difficile d'accès en France. Une particularité de cette population est d'échapper à l'enregistrement envisagé au travers des Offices de Tarification, puisque le médicament est acheté sans ticket modérateur. Les données que nous avons été en mesure de recueillir concernant ces patients français (voir la partie du rapport sur les patients en cure substitutive) sont donc précieuses.

Tableau 2.3 : Nombre de patients par officine (en classes) selon la Communauté
n = 787 officines

			Communauté		Total
			Flandre	Wallonie-Bruxelles	
Patients par officine (en catégories)	0	n	268	110	378
		%	67,5%	28,2%	48,0%
	1	n	61	75	136
		%	15,4%	19,2%	17,3%
	2-3	n	52	86	138
		%	13,1%	22,1%	17,5%
	4-5	n	10	30	40
		%	2,5%	7,7%	5,1%
	6-7	n	3	41	44
		%	,8%	10,5%	5,6%
8-9	n	2	16	18	
	%	,5%	4,1%	2,3%	
10+	n	1	32	33	
	%	,3%	8,2%	4,2%	
Total	n	397	390	787	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

p<.001

Graph 2.3 : Nombre de patients par officine (en classes) selon la Communauté



p<.001

Pour dépasser une approche réductrice en comparaison de moyennes, le tableau 2.3 précise par communauté le nombre de patients en catégories dans les officines de l'échantillon au moment de l'enquête. Près de la moitié des officines n'ont aucun patient : un peu plus du quart des officines en Communauté française et plus de 2/3 des officines en Flandre. A l'opposé près de 23% des officines en Communauté française ont plus de 6 patients pour seulement 1.6% des officines en Communauté flamande.

Le système de délivrance de la méthadone tel qu'il fonctionne en Flandre implique une forte dilution de la patientèle en officine. Nous savons que plusieurs centres de soins importants délivrent eux-mêmes la méthadone. Il y a donc une partie des patients qui échappent à notre investigation. Le nombre de patients dans ces centres est difficilement estimable en l'état de nos connaissances. Il serait prématuré de se fonder uniquement sur nos résultats pour affirmer une prévalence nettement moins élevée en Flandre de l'usage d'opiacés. Nous sommes cependant convaincus que nos observations contribuent à mettre en évidence une telle différence de prévalence entre les deux Communautés. Une prévalence plus faible ne signifie toutefois pas que l'usage de drogues soit moins ressenti comme problématique socialement, ni que ses aspects épidémiques soient moins «chauds».

Les données présentées jusqu'ici ne concernent que la délivrance de méthadone. Le tableau 2.4 indique les autres types de substituts² prescrits en 2002 et 2001 ainsi que le nombre de patients.

Tableau 2.4 : Les autres substituts délivrés dans les officines de l'échantillon global

Nom du substitut et nombre de patients en octobre 2002					Nom du substitut et nombre de patients en octobre 2001					
Count		Communauté			Total	Count		Communauté		Total
		Flandre	Wallonie- Bruxelles					Flandre	Wallonie- Bruxelles	
Nom du substitut	Sans Réponse	1	1	1	Nom du substitut	Acedicon		2	2	
	Acedicon		1	1		Biocodone		1	1	
	Biocodone		1	1		Captagon		1	1	
	Captagon		2	2		Codicontin		1	1	
	Codicontin	1	1	2		Depronol	1		1	
	Dolantine	2		2		Dolantine	1	2	3	
	Flunitrazépam	1	3	4		Durogesic	1		1	
	Mephenon	1	1	2		Flunitrazé		1	1	
	Nalorex		1	1		Mephenon		2	2	
	Patch Durogesic		1	1		Morphine(c		1	1	
	Subutex	2		2		Temgesic	3	8	11	
	Temgesic	2	9	11		Valoron		1	1	
	Valtran		2	2		Valtran		2	2	
Total		10	23	33	Total		7	24	31	

Globalement ces autres prescriptions sont rares avec 33 patients en octobre 2002 et 31 patients en 2001.

Aucune évolution notable ne peut être signalée.

² On ne discutera pas ici si la notion de substitut convient bien pour toutes les substances citées ! Les pharmaciens ont voulu indiquer dans certains cas qu'il s'agissait de patients avec un problème d'usage de drogues, qu'il y ait ou non un usage d'héroïne sous-jacent. Par ailleurs le méphenon est considéré comme un substitut différent de la méthadone, ce qui surprend.

En tout 23 officines de Wallonie-Bruxelles et 9 officines en Flandre soit seulement 32 officines parmi les 795 qui ont répondu au questionnaire ont un patient avec un autre substitut que la méthadone.

Le Temgesic est le substitut principal pour un tiers des patients avec un autre substitut que la méthadone.

La question de la prescription d'un autre substitut que la méthadone devrait toutefois commencer à se poser avec le remboursement du Subutex depuis le 1^{er} août 2003. On connaît en effet l'extension de l'usage de cet agoniste partiel en France et on doit s'attendre à son entrée dans l'arsenal thérapeutique en Belgique.

Sa prescription pourrait constituer sous certaines conditions (à évaluer) une possibilité de remplacement pour des patients « fatigués » de la méthadone et demandeurs « d'autre chose » ou si une cure substitutive par la méthadone est jugée trop astreignante dans la prise en charge de nouveaux patients.

3. La question de la supervision

Tableau 3.1 : Supervision dans les Officines de Pharmacie selon la Communauté

Caractéristiques de la supervision	FLANDRE		WALLONIE BRUXELLES		TOTAL		Odds Ratio
	Nombre de Patients	%	Nombre de Patients	%	Nombre de Patients	%	
<i>Préparation de la Méthadone *</i>							
Sirap	176	79.6	227	22.9	403	33.2	<u>23.7</u>
Gélules	25	11.3	763	76.8	788	64.9	**
Autres	20	9.	3	.3	23	1.9	
<i>Ajout d'excipient</i>							
Oui	21	(84.)	729	95.4	750	95.	°°
Non	4	(16.)	35	4.6	39	5.	
<i>Délivrance quotidienne</i>							
Prescrit	3	(12.)	251	33.7	254	33.	°°
Ajouté par le Pharmacien	18	(72.)	473	63.6	491	63.8	
Pas d'excipient	4	(16.)	20	2.7	24	3.1	
Oui	135	60.	87	8.7	222	18.2	<u>15.6</u>
Non	90	40.	910	91.3	1000	81.8	

- * Voir Graphe 3.1
- () : Pourcentages indicatifs sur nombres trop réduits
- ** Odds Ratio de Gélules par rapport à Sirap dans la Région de W-B par rapport à la Flandre
- °° Nombres trop réduits en Flandre pour une comparaison significative

Tableau 3.1 (suite) : Supervision dans les Officines de Pharmacie selon la Communauté

	FLANDRE		WALLONIE BRUXELLES		TOTAL		Odds Ratio
	Nombre de Patients	%	Nombre de Patients	%	Nombre de Patients	%	
Consommation sur place							
(Actuellement)							
Oui	93	41.3	31	3.1	124	10.1	<u>21.7</u>
Non	132	58.7	966	96.9	1098	89.9	
(au début du contact en officine)							
Oui	95	44.2	174	17.5	269	22.2	<u>3.75</u>
Non	120	55.8	822	82.5	942	77.8	
Délivrance quotidienne + Consommation sur place							
Sur place+Quotidien	88	39.1	21	2.1	109	8.9	<u>30.3</u>
Autre	137	60.9	976	97.9	1113	91.1	#
Remise du médicament à un tiers							
Ne délègue jamais	165	76.	732	74.5	897	74.8	NS
Mère	28	12.9	108	11.	136	11.3	
Epouse	7	3.2	76	7.7	83	6.9	
Infirmière / autre professionnel	2	.9	2	0.2	4	0.3	
Ami	15	6.9	69	6.3	77	6.4	
Fils/Fille	-	-	3	0.3	3	0.3	

Odds Ratio de la Délivrance quotidienne+Prise sur place en Flandre par rapport à la Wallonie -Bruxelles

Le système de prescription et de délivrance de la méthadone en Belgique est actuellement d'une extrême libéralité. Le tableau 3.1 le confirme amplement.

La délivrance quotidienne ne concerne à peine que 18% des patients ; la prise sur place moins de 10% et on observe même 11% des patients qui ne viennent jamais eux-mêmes chercher le médicament ! Pour près de 25% des patients il arrive que le patient délègue à quelqu'un d'autre l'achat du médicament. Il arrive même que ce soit le fils ou la fille du patient qui vienne chercher.

Toutefois ce qui est le plus fréquemment observé c'est le rôle de la mère, pour plus de un patient sur dix. La relation fusionnelle avec la mère est confirmée, même dans le processus thérapeutique.

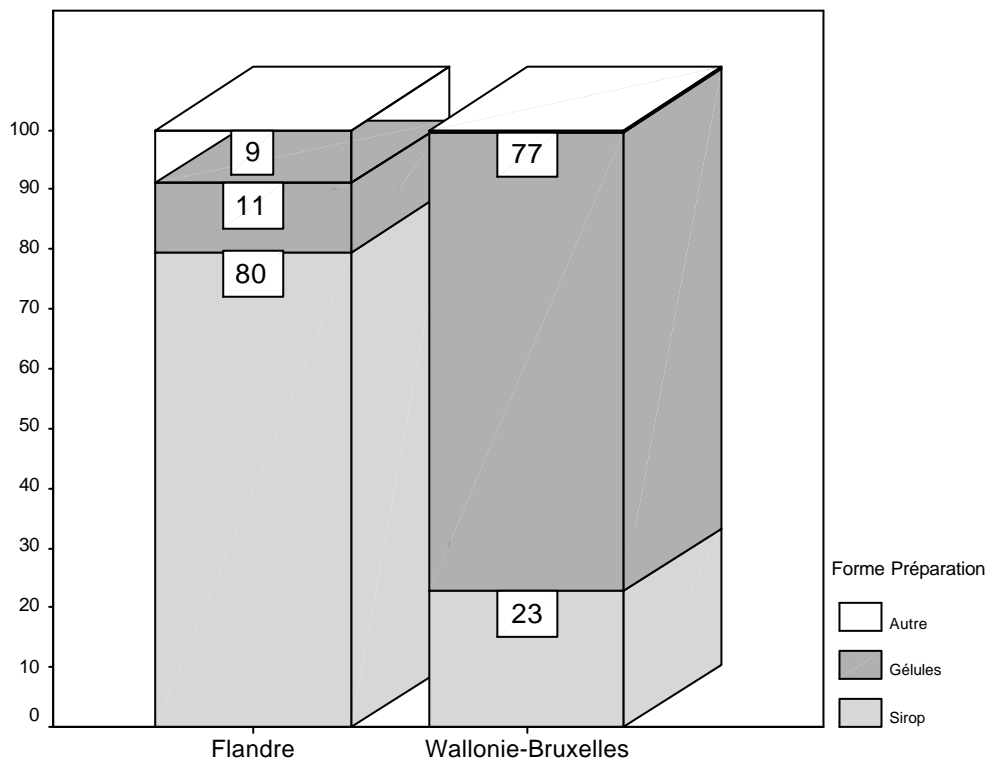
La question fondamentale qui doit donc être posée est celle de l'impact de ce « relâchement » de la supervision sur la situation du patient.

Au stade actuel, il faut préciser que les résultats présentés sont la conséquence d'une évolution historique de la prise en charge et de la délivrance du médicament. Ainsi, la proportion de patients qui ont pris sur place au début de leur contact à l'officine est plus élevée avec 27.1%. La photographie de la situation actuelle dépend bien entendu de l'évolution des patients et en l'occurrence de la stabilisation de leur situation et donc d'une relation de confiance grandissante entre le pharmacien et le patient.

D'autre part, nous devons constater des différences considérables entre les Communautés et les Provinces du pays en ce qui concerne cette supervision de la délivrance.

Le tableau 3.1 met en évidence les spécificités de la supervision de la délivrance de méthadone des deux Communautés. Dans la Communauté flamande nous observons une supervision relativement stricte sur tous les critères et sa quasi-absence du côté francophone. Il est ainsi presque 22 fois plus probable qu'un patient flamand consomme sa méthadone dans l'officine par rapport au patient francophone et plus de 30 fois dans le cas où en plus la prise est quotidienne. Ces différences doivent se comprendre à la fois à la lumière de prescriptions des Commissions médicales provinciales, mais aussi de la réalité épidémiologique et historique de la toxicomanie et du traitement. Nous avons noté le nombre plus réduit de patients par officine du côté flamand (elle-même facilitée par la moindre prévalence de la toxicomanie). Il est évident que ceci favorise la supervision. Ainsi exiger que tous les patients d'une officine qui, par exemple, a une vingtaine de patients, consomment la méthadone sur place et ceci de façon quotidienne serait impraticable. D'autre part, la supervision est généralement plus forte pour des patients plus jeunes ou plus récents. Les différences entre Communautés, on l'analysera, sont aussi très importantes à cet égard.

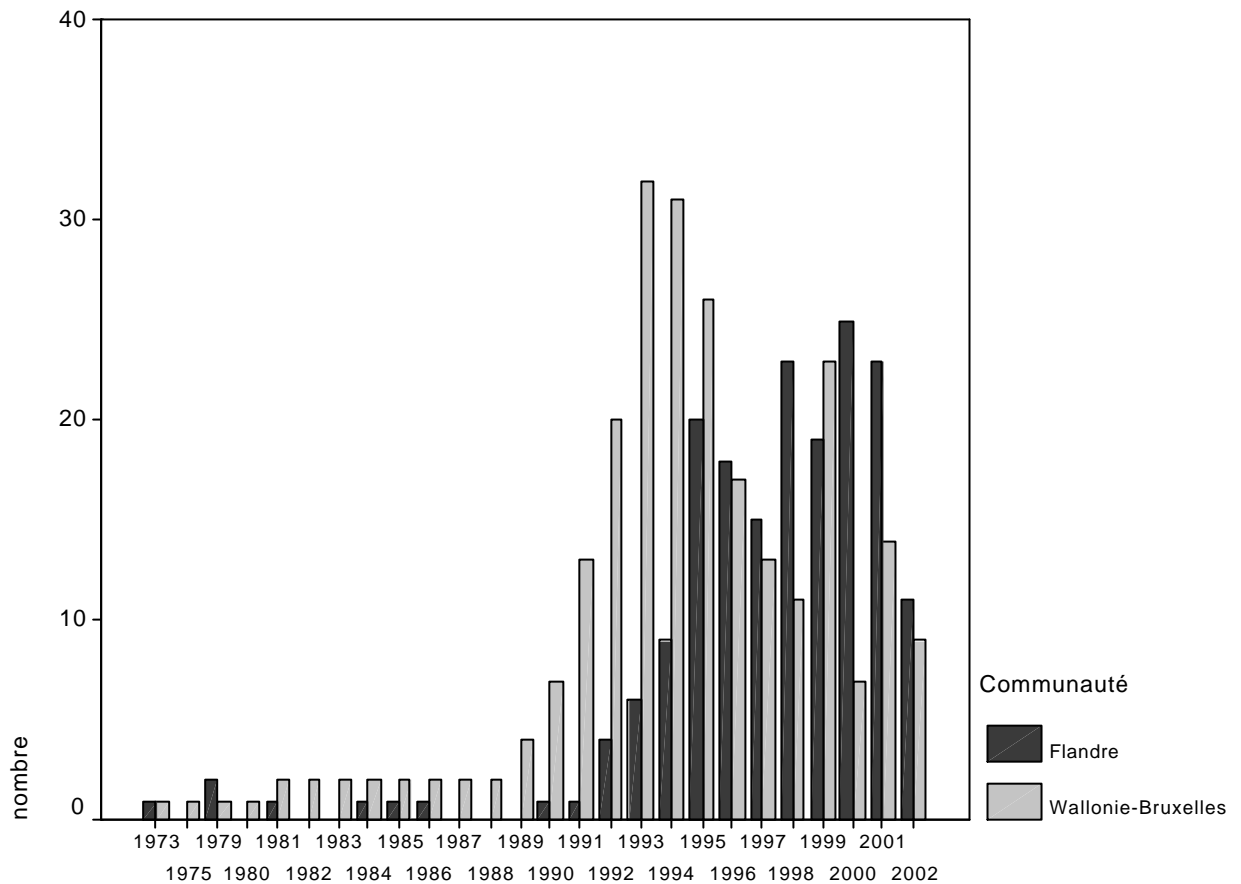
Graphe 3.1 : Forme de la préparation de méthadone selon la Communauté



$p < .001$

4. Périodisation de la délivrance de méthadone en officine en Flandre et en Wallonie-Bruxelles

Graph 4.1: Année de début de la délivrance de méthadone – En nombre d'officines
Officine de Flandre : n = 182 / Officines de Wallonie-Bruxelles : n = 247 / Total : n = 429



Année de première délivrance de méthadone

$p < .001$

Le graphe 4.1. ne reprend que les officines qui délivrent ou ont déjà délivré de la méthadone.

Les officines de Flandre ont commencé à délivrer de la méthadone beaucoup plus récemment qu'en W-B. Avant la Conférence de Consensus sur la méthadone (C.C.M.), jusqu'en 1992, un quart des officines de W-B (25.8%) avaient déjà délivré de la méthadone pour seulement 6.8% des officines de Flandre.

Dès la C.C.M. au cours des années 1993-94, les officines de W-B ont répondu à une forte demande pour un quart d'entre elles (25.6%) et seulement 8.2% en Flandre.

Un tiers (32.3%) des officines de Flandre ont seulement commencé depuis l'an 2000 (12.1% pour la W-B).

5. Les pharmaciens de l'Observatoire : Eléments démographiques

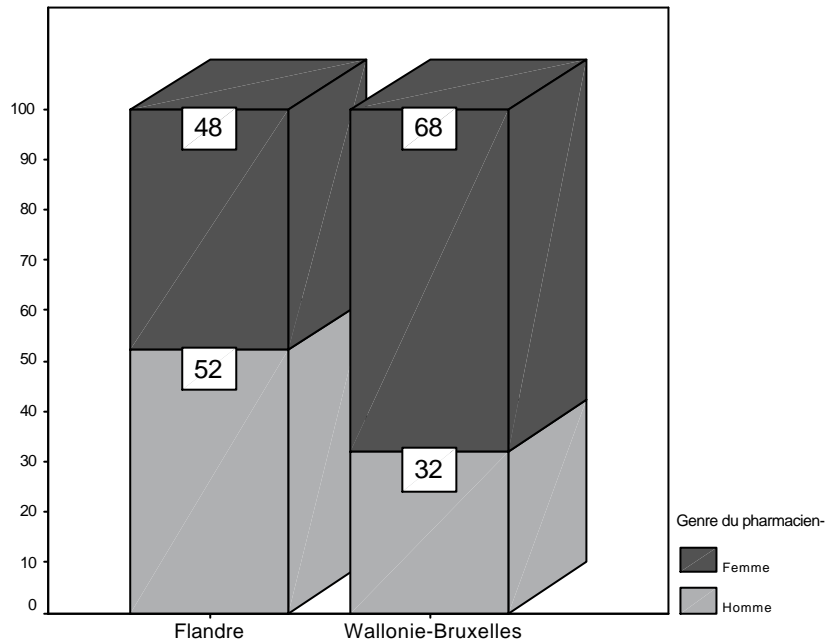
5.1. Genre et Age des pharmaciens

Une brève description des pharmaciens évaluateurs qui ont participé à l'enquête est nécessaire, notamment pour prendre en compte d'éventuelles différences selon les Communautés et vérifier si les caractéristiques personnelles du praticien n'interfèrent pas avec la délivrance de méthadone.

Parmi les pharmaciens de l'Observatoire, près de 60% sont des femmes. Nous ne disposons pas de données concernant la profession de pharmacien d'officine pour vérifier si cela correspond à la situation générale ou est plus spécifique à celle de la délivrance de méthadone.

Le graphe 5.1.1. met en évidence un écart entre la situation en Flandre et dans la Communauté française : les pharmaciens de Wallonie-Bruxelles ont une plus forte probabilité d'être de genre féminin avec un Odds Ratio de 2.31.

Graphe 5.1.1 : Genre du pharmacien selon la Communauté



$p < .001$

Les pharmaciens ont près de 43 ans en moyenne, avec un quart de moins de 35 ans et le quart supérieur de 50 ans et plus. Le plus jeune a 24 ans et le plus âgé 70 ans.

Tableau 5.1.1 : Age du pharmacien³

Age du répondant pharmacien		
N	Valid	
		324
Moyenne		42,92
Médiane		42,00
E-type		9,77
Minimum		24
Maximum		70
Percentiles	25	35,00
	50	42,00
	75	50,00

³ L'écart-type, noté E-type est une mesure de la dispersion autour de la moyenne. Dans une distribution normale 68% des cas se trouvent à 1 E-type de la moyenne et 95% à 2 E-type. Si l'âge moyen est de 45 ans avec un E-type de 10 ans, 95% des cas se trouveraient entre 25 et 65 dans une distribution normale.

La différence de moyenne d'âge entre les pharmaciens de Flandre et de Wallonie-Bruxelles n'est pas statistiquement significative.

Par contre nous observons une relation entre le genre et l'âge : les pharmaciennes avec moins de 41 ans en moyenne sont plus jeunes que leurs confrères masculins qui ont plus de 46 ans.

Tableau 5.1.2 : Age du pharmacien selon le Genre

Genre du pharmacien-répondant		Age du répondant pharmacien
Homme	Moyenne	46,20
	N	128
	E-type	9,58
Femme	Moyenne	40,73
	N	194
	E-type	9,35
Total	Moyenne	42,91
	N	322
	E-type	9,80

p < .001

Les caractéristiques démographiques de la profession influencent peu la délivrance de méthadone en officine en ce qui concerne le nombre de patients par officine. Il existe cependant une relation entre le genre du pharmacien et le nombre de patients, mais elle n'est significative qu'en Flandre.

Dans cette Communauté les pharmaciennes accueillent moins de patients que leurs collègues masculins. La différence est significative à $p = .03$.

Tableau 5.1.3 : Nombre de patients selon le Genre du Pharmacien Flandre

Genre du pharmacien-répondant		Nombre de patients avec méthadone
Homme	Moyenne	1,94
	N	69
	E-type	2,21
Femme	Moyenne	1,25
	N	63
	E-type	1,37
Total	Moyenne	1,61
	N	132
	E-type	1,88

p = .03

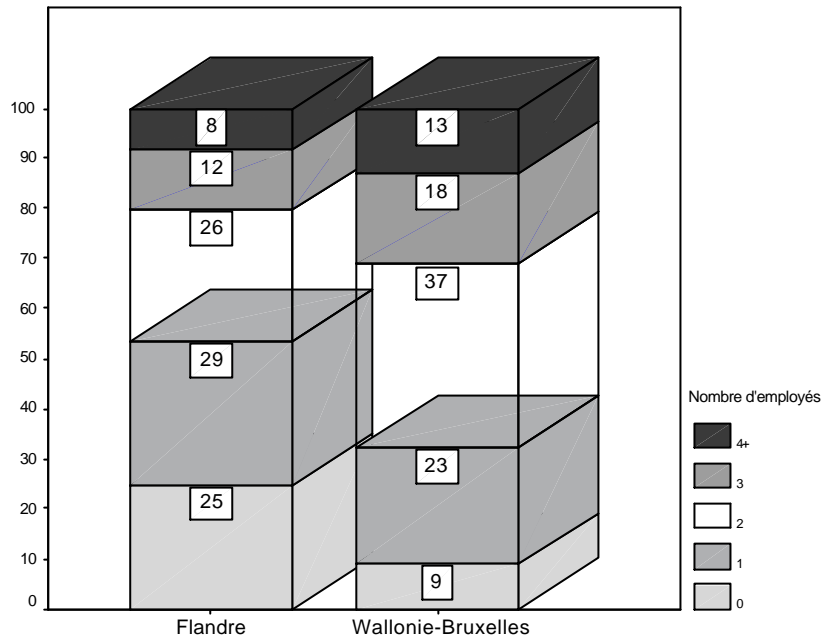
5.2. Indicateur de la taille de l'officine : le nombre d'employés

En moyenne les officines participantes ont près de deux employés. 15.4% n'en ont aucun et 26.8% des officines ont 3 employés ou plus. Ici non plus nous ne disposons pas d'un état général de la profession pour dégager une spécificité éventuelle en ce qui concerne la délivrance de méthadone.

Les officines de Wallonie-Bruxelles qui délivrent de la méthadone ont un nombre plus élevé d'employés que les officines de Flandre. Le nombre moyen d'employés y est de 2.19 et en Flandre de 1.56 ($p < .001$).

Le graphe exprime la comparaison entre les Communautés en catégories de nombre d'employés. On constate ainsi que la différence est importante en ce qui concerne le groupe d'officines sans aucun employé : cette catégorie représente le quart des officines de Flandre et 9% seulement des officines de Wallonie-Bruxelles. Il existe donc en Flandre une proportion importante de petites officines qui accueillent des patients en cure substitutive.

Graphe 5.2 : Nombre d'employés de l'officine selon la Communauté
n= 332 officines (FL : n = 133 / W-B : n = 199)



$p < .001$

Il serait tentant de rapprocher cette situation qui prévaut en Flandre de l'importance des petites officines dans la délivrance de méthadone du constat du nombre plus réduit de patients en contact. Pourtant nous n'avons pas trouvé de relation significative entre le nombre d'employés et celui des patients.

Ceci indique que le nombre de patients en cure est dicté par des considérations qui n'ont pas à voir avec la structure de l'offre d'accueil en officine, mais plutôt avec son orientation (idéologie professionnelle) ou éventuellement avec une prévalence de l'usage d'opiacés dans la population. Nous pouvons ainsi conclure que la démographie professionnelle ne semble pas imposer de contraintes particulières sur la délivrance de méthadone, mis à part le constat d'une prudence spécifique des pharmaciennes de Flandre à accueillir des patients en cure substitutive.

6. Brève épidémiologie des cures substitutives par Communauté selon l'évaluation des pharmaciens

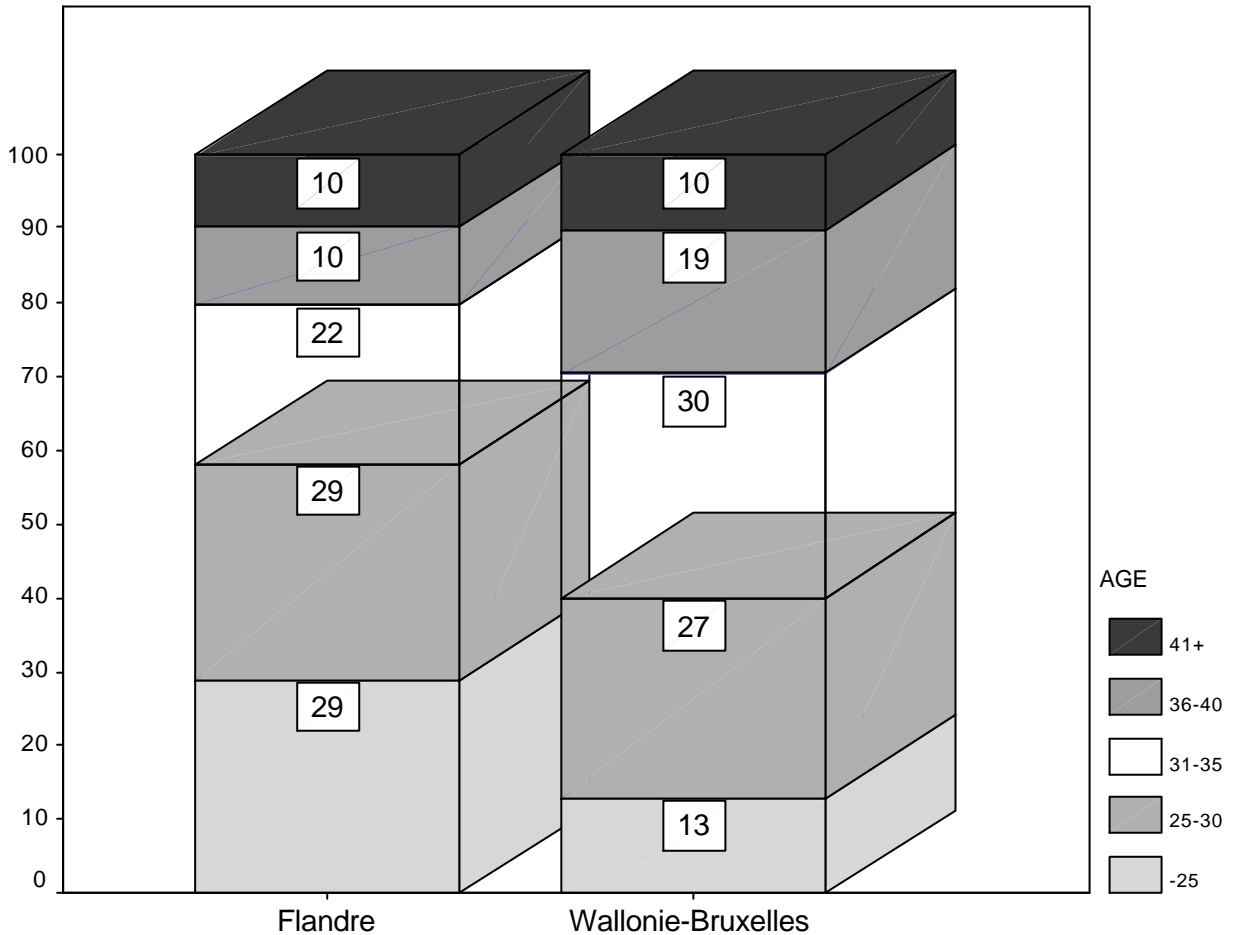
Considérons maintenant quelques caractéristiques épidémiologiques fondamentales et notamment celles qui éclairent les écarts observés dans l'organisation de la délivrance de méthadone : l'âge des patients et la durée du contact avec l'officine actuelle.

L'âge moyen de l'ensemble des patients est de 32 ans.

Tableau 6.1 : Age des patients par Communauté

Age du patient				
Communauté	Moyenne	N	Minimum	Maximum
Flandre	30,24	222	17	53
Wallonie-Bruxelles	32,46	997	18	56
Total	32,05	1219	17	56

$p < .001$

**Graphe 6.1 : Age des patients (en classes) par Communauté
(% par Communauté-n=1219)**

$p < .001$

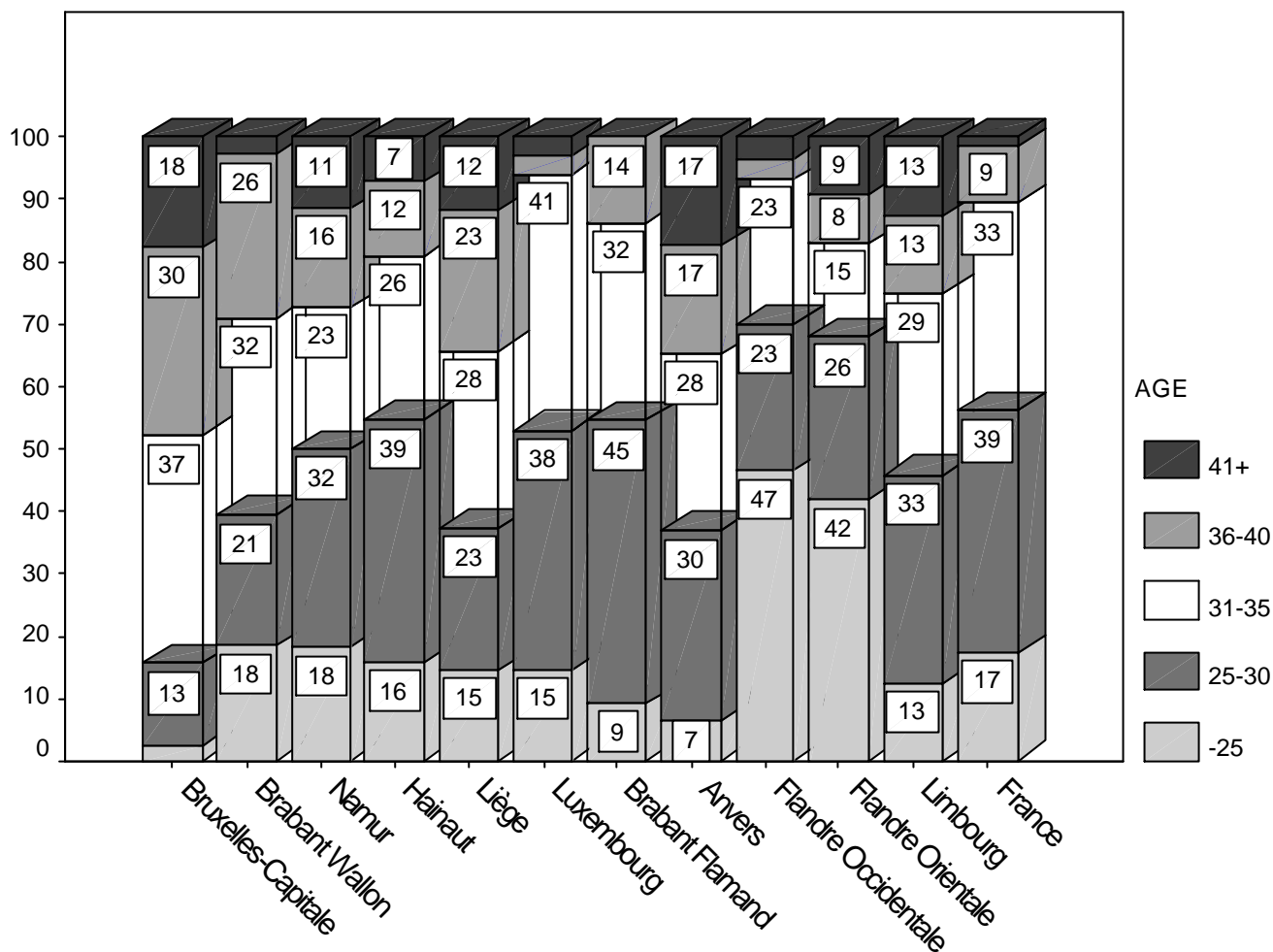
Les patients de Flandre sont significativement plus jeunes que les patients de Wallonie-Bruxelles.

Le Tableau 6.1 indique en moyenne une différence de plus de 2 ans avec les patients de Flandre plus jeunes avec un âge moyen d'à peine plus de 30 ans. Le Graphe 6.1 permet de constater que les patients de moins de 25 ans représentent 29% en Communauté flamande et 13 % en Communauté française.

Il y a malgré tout une proportion semblable de patients âgés de plus de 41 ans dans les deux communautés.

L'existence d'un groupe aussi important de très jeunes patients en Flandre incite à tenter une analyse par Province pour situer avec plus de précision notamment où se situe l'émergence de cette classe d'âge.

Graph 6.2 : Classes d'âge par Province (%)



$p < .001$

Le graph 6.2 permet de constater la présence importante des moins de 25 ans dans deux Provinces : Flandre Orientale (43% de moins de 25 ans) et la Flandre Occidentale (47%). Ce résultat est important car il souligne une spécificité épidémique dans ces deux Provinces. A elles seules ces Provinces ont un impact sur la distribution de l'âge dans la Communauté flamande.

A l'opposé, la Région de Bruxelles-Capitale se caractérise nettement par une population de patients vieillissants, seulement 2.7% de moins de 25 ans et près de la moitié de plus de 35 ans. La moyenne d'âge est la plus élevée avec presque 36 ans.

La Province qui se rapproche le plus du point de vue de l'avancement de l'âge des patients est la Province d'Anvers, non seulement avec sa moyenne d'âge élevée de plus de 34 ans, mais aussi par une faible proportion de moins de 25 ans (6.5%) et une proportion semblable à celle de Bruxelles de patients de plus de 41 ans (17%).

Nous trouvons donc en Flandre les deux Provinces avec les patients les plus jeunes et une des deux avec les patients les plus âgés.

Si l'analyse des situations extrêmes par rapport à l'âge s'effectue aisément, plusieurs Provinces se situent à un niveau moyen et ne sont pas distinguables sur ce seul critère. On peut aussi parler d'effets de contiguïté entre certaines Provinces voisines : Liège et le Limbourg ont des patients d'âge moyen et une distribution fort semblable. Celle du Hainaut ressemble à celle de la Province de Namur.

Le Graphe 6.2 distingue aussi une population non belge, celle des patients qui résident en France et viennent dans la Province du Hainaut (essentiellement) pour obtenir une prescription de méthadone et une cure substitutive. Ces patients sont relativement jeunes avec un âge moyen de moins de 30 ans, une proportion de moins de 25 ans de 20% et seulement 11% de plus de 35 ans. Il s'agit ici des premières données disponibles sur cette population très particulière (étudiée de façon plus détaillée dans la deuxième partie du rapport).

Tableau 6.3 : Comparaison des moyennes d'âge entre Provinces

Age du patient				
PROVINCE	Moyenne	N	Minimum	Maximum
Bruxelles-Capitale	35,94	226	18	56
Brabant Wallon	31,34	38	19	42
Namur	31,80	44	20	46
Hainaut	30,65	285	19	53
Liège	32,75	295	19	52
Luxembourg	29,88	34	20	50
Brabant Flamand	30,64	22	21	40
Anvers	34,22	46	23	53
Flandre Occidentale	27,10	30	18	42
Flandre Orientale	28,75	100	17	53
Limbourg	32,04	24	20	44
France	29,88	75	21	46
Total	32,05	1219	17	56

p < .001

7. La durée du contact des patients en officine

La dimension de la durée de la prise en charge est approchée dans l'évaluation du pharmacien par la durée du contact en officine. Si les deux mesures ne sont pas semblables, nous avons fait le pari de la fidélité du patient vis-à-vis de l'officine. Nous verrons plus loin que la durée du contact avec le pharmacien actuel est globalement une sous-estimation de la durée de la prise en charge avec le médecin actuel. Il s'agit donc de manier cette caractéristique du contact en officine avec une certaine prudence.

Tableau 7 : Durée du contact en officine

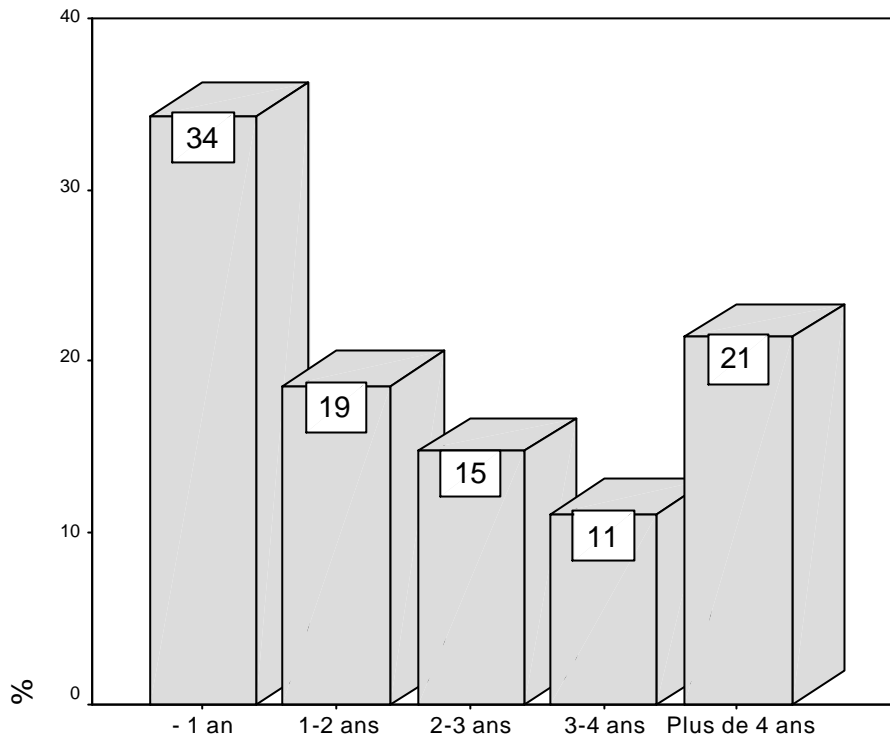
Vient depuis... (mois)	
N	1136
Moyenne	31,66
Médiane	24,00
E-type	29,88
Maximum	204
Percentiles	
25	9,00
50	24,00
75	47,00

La durée moyenne est de près de 2 ans et 8 mois et la médiane de deux ans. La variable n'a pas une distribution normale (l'écart-type est très élevé et la mesure de « skewness » est de 1.62, ce qui veut dire une distribution avec une forte dispersion dans les valeurs élevées), et donc complique l'analyse.

Il est donc préférable d'utiliser la durée du contact sous la forme de catégories.

Le Graphe 7 permet de visualiser qu'un tiers des patients ne sont pas en contact depuis plus d'un an, alors que plus d'un patient sur cinq est, à l'opposé, en contact depuis plus de 4 ans.

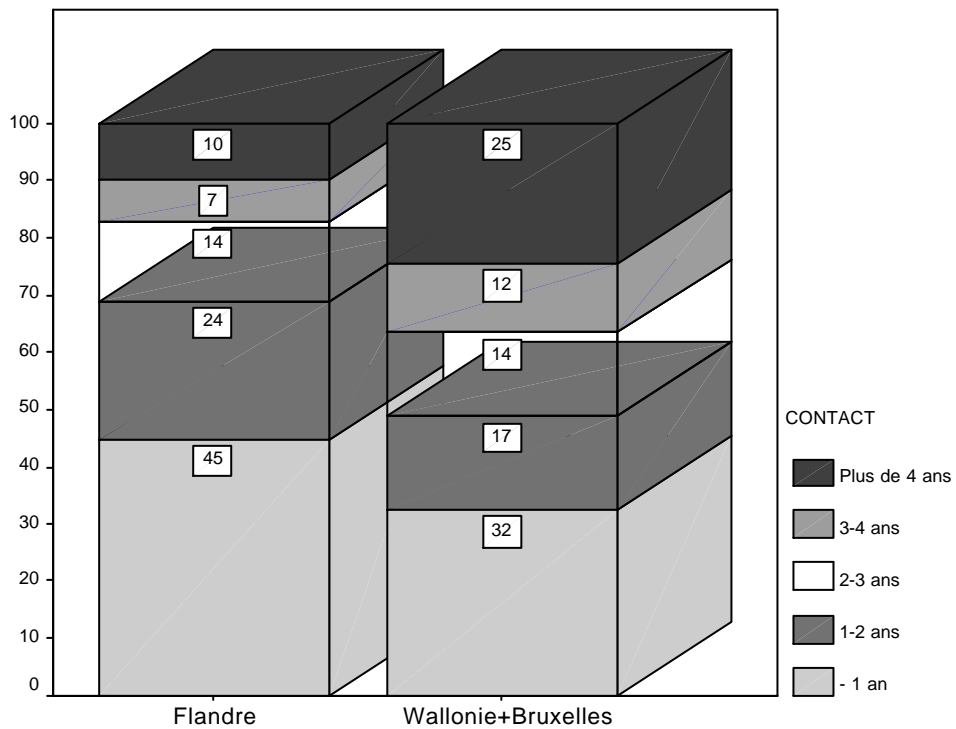
Graphe 7 : Durée du contact en officine en catégories (%)



7.1. Durée du contact selon la Communauté

Le Graphe 7.1 précise les différences entre Communautés. Près de 70% des patients flamands sont en contact avec l’officine depuis moins de 2 ans pour 49% des francophones. Inversement 24% des francophones et 10% des flamands sont en contact depuis plus de 4 ans.

Graphe 7.1 : Durée du contact (en années) selon la Communauté (%)



p < .001

La jeunesse du patient et le caractère récent de la prise en charge caractérisent donc plus la situation en Flandre. Ces dimensions objectives contribuent à la compréhension du mode supervisé de la délivrance qui prévaut dans cette Communauté.

7.2 Test du rapport entre la durée du contact en officine et la durée de la cure actuelle.

Pour près de 300 patients nous avons réalisé une évaluation croisée pharmacien (Questionnaire « spécifique ») / patient par lui-même (Questionnaire « auto administré »). Une centaine de patients qui ont répondu à leur questionnaire auto-administré n'ont pas été évalués par le pharmacien, dans la mesure où nous avons privilégié l'extension de son utilisation à un maximum de patients.

Ceci permet de vérifier la congruence entre les réponses et dans le cas présent entre les durées en officine /avec le médecin.

Pour un quart des patients les durées sont identiques. C'est évidemment la situation idéale pour l'analyse. Pour près de 45% la durée en officine est inférieure à celle de la prise en charge thérapeutique. Ce qui signifie que pendant la cure substitutive le patient a changé d'officine. Il s'agit donc d'une situation fréquente. Toutefois on constate aussi pour 30% des patients une durée supérieure du contact en officine. Dans ce cas les patients sont en quelque sorte plus fidèles à leur pharmacien qu'aux médecins ! Le pharmacien est alors le garant d'une continuité de prise en charge professionnelle.

Tableau 7.2.1: Type d'écart entre la durée du contact en officine et de la prise en charge thérapeutique actuelle

	Nombre	%
durée pharma < durée médecin actuel	131	44,6
durée pharma = durée médecin actuel	75	25,5
durée pharma > durée médecin actuel	88	29,9
Total	294	100,0

Pour comprendre comment se traduit globalement en durée l'écart de contact entre les deux types de professionnels un test d'échantillons appariés a été réalisé qui réalise un test de la différence de moyenne entre les deux mesures. Entre 33,5 mois pour le contact en officine et 44,2 mois pour celui de la cure actuelle la différence de 10.7 mois est statistiquement significative : avec un intervalle de confiance entre 15.5 mois et 6 mois.

Tableau 7.2.2 : Analyse de l'écart entre les durées de contact

Données des échantillons appariés

		Moyen -ne	N	E-type
Paire 1	Vient depuis... (mois)	33,49	294	30,39
	Durée avec le médecin actuel	44,18	294	44,78

Test d'échantillons appariés

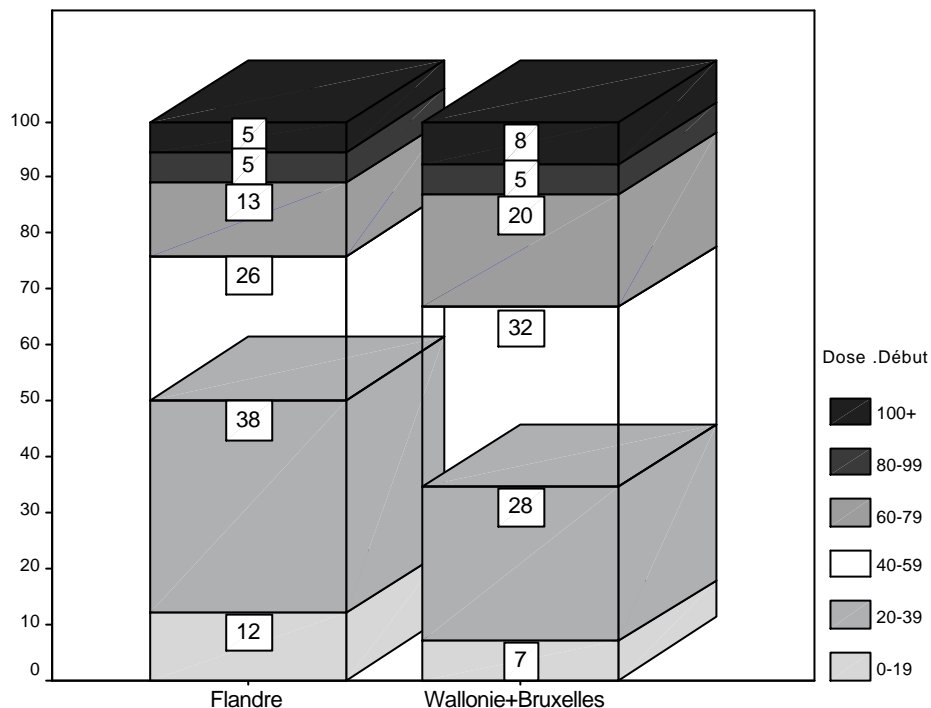
		Différence			t	p
		Moyenne	Intervalle de confiance à 95%			
			Inférieur	Supérieur		
Pair 1	Vient depuis... (mois) - DUCOMED	-10,6922	-15,4858	-5,8986	-4,390	,000

Le problème rencontré avec ce test, c'est l'utilisation de la moyenne de la durée du contact en officine, alors que nous avons vu que sa distribution n'était pas normale. Malgré cette précaution, de tels résultats éclaircissent les écarts sans permettre de conclure de façon absolue.

8. Le dosage quotidien de la méthadone

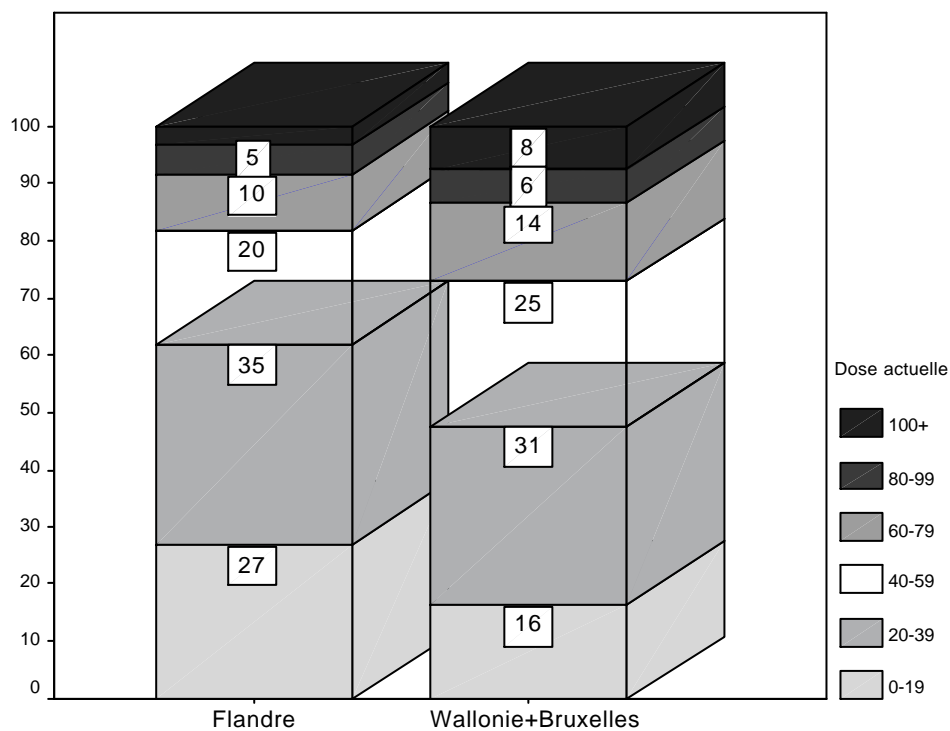
8.1. Dosage actuel et évolution du dosage depuis le début du contact en officine. Comparaison des patients francophones et néerlandophones.

Graph 8.1 : Le dosage de début de la méthadone selon la Communauté



p <.001

Graph 8.2 : Le dosage actuel de méthadone selon la Communauté



p <.001

Les écarts de dosage entre les Communautés sont importants à la fois actuellement mais aussi au début du contact avec l'officine (dans les deux cas $p < .001$). La moitié des patients de Flandre commencent avec des dosages de 40mg ou moins pour un tiers des patients de W-B.

Au moment de l'étude, près des 2/3 (63%) des patients de Flandre ont ce dosage de 40mg ou moins pour 47% des patients de la Communauté française.

Aux dosages élevés de plus de 80mg par contre, les écarts entre les Communautés ne sont pas importants : 10% au début en Flandre et 14% en W-B ; 8% actuellement en Flandre pour 14% en W-B. On n'assiste donc pas à une augmentation de la proportion de dosages élevés pendant la cure dans la Communauté française. C'est un enseignement fort utile de ces deux graphes, car les comparaisons de moyennes ne permettent pas cette précision.

Une comparaison de moyennes est toutefois nécessaire pour vérifier l'évolution du dosage entre le début du contact et la situation actuelle. Sur l'ensemble de l'échantillon on observe une diminution significative de 51.5mg (dosage initial moyen ; E-type = 34.55 ; $n = 1042$) à **47.2 mg** (dosage actuel moyen ; E-type = 45.1 ; $n = 1042$). Ce qu'il faut cependant relever, c'est que la différence provient plus de la Flandre que de W-B.

La réduction de 51.3mg (E-type = 34.9 ; $n = 815$) à 48.85mg (E-type = 48.08) est significative seulement à $p = .06$. La différence ne peut donc être retenue. Par contre pour les patients de Flandre la diminution de dosage est significative à $p < .001$, en diminuant de 42.3mg (E-type = 24.3 ; $n = 178$) à 34.7mg (E-type = 23.4). Non seulement la prescription est plus faible au début du contact en Flandre, mais elle diminue encore plus de façon significative.

8.2. Dosage actuel et comparaison avec une évaluation récente aux Etats-Unis. Comparaison des patients francophones et néerlandophones.

Une étude récente aux Etats-Unis (D'Aunno Th., Pollock H.A., 2002) a évalué pour 150 programmes (en 2000) de maintenance, la proportion de patients bénéficiant d'un dosage supérieur à 60mg par jour. Ce dosage est en effet considéré comme le seuil favorable pour maximaliser l'efficacité de la maintenance (Lowinson J.H. et al., 1997 ; Maddax J.M., et al., 1997 ; Magura S., Rosenblum A., 2001 ; Strain E.C., et al., 1993 ; Wasserman D.A. et al., 1998). Cette étude compare les évaluations réalisées en 1998 et en 2000 et les auteurs se réjouissent de la forte augmentation de la proportion de patients à bénéficier de dosages qui dépassent le seuil de 60mg de méthadone par jour. La proportion de patients qui ont un dosage inférieur à 60mg s'établissait à 79.5% en 1998 et à 35.5% en 2000. Les auteurs concluent qu'un effort reste encore à faire pour améliorer la situation.

Le Tableau 8.2. fournit la proportion de patients en Belgique qui ont une prescription de méthadone qui atteint ou non le seuil recommandé. Une comparaison de la situation selon la Communauté est aussi réalisée, ce qui nous permet de faire le parallèle avec les données aux Etats-Unis.

Tableau 8.2. Comparaison simplifiée entre les dosages de méthadone (classées en deux catégories selon le seuil de 60mg par jour) observés au moment de l'étude (octobre 2002) pour les patients francophones et néerlandophones en Belgique.

			Rôle linguistique du patient		Total
			Français	Néerlandais	
Dosage 60+mg (éval.pharma)	0-59mg	n	697	168	865
		% Colonne	71,5%	83,6%	73,6%
	60mg+	n	278	33	311
		% Colonne	28,5%	16,4%	26,4%
Total ^a		n	975	201	1176
		% Ligne	82,9%	17,1%	100,0%
		% Colonne	100,0%	100,0%	100,0%

a. $p < .001$; Risque Relatif d'un dosage de 60 mg et plus pour un patient francophone par rapport à un patient néerlandophone: 2.03

Nous constatons tout d'abord une différence significative entre les niveaux de dosage en Flandre et dans la Communauté Wallonie-Bruxelles, puisqu'il est deux fois plus probable pour un patient francophone d'atteindre le seuil recommandé de 60mg par jour.

Comparé à la situation aux Etats-Unis ces résultats montrent très clairement qu'en Belgique avec 73.6% des patients n'atteignant pas le seuil de 60mg, nous sommes à un stade semblable à celui de 1998, année où 79.5% des patients recevaient moins de 60mg par jour, avec toutefois une proportion plus élevée en Flandre de 83.6% et plus favorable dans la Communauté française de 71.5%. Il reste donc un écart très important des niveaux de dosage des deux Communautés belges avec la proportion de 35.5% observée en 2000 aux Etats-Unis et qui démontre une forte évolution, qui correspond aux recommandations des experts, bien qu'encore perfectible.

Pour se conformer à ces recommandations, on devrait donc vérifier dans deux ans, si l'étude présentée ici aura eu un impact sur une évolution des pratiques dans le sens indiqué !

9. Analyse multivariée de la supervision pharmaceutique

Tableau 9.1 : Régression Logistique de la prise sur place de la méthadone dans l'officine

Variable	Odds	Int. de confiance 95%		P
		Inf.	Sup.	
Durée du contact : - de 1 an	2.70	1.67	4.37	.0001
Communauté flamande	24.56	14.89	40.48	.0001

Une analyse par régression logistique de la prise sur place de la méthadone dans l'officine a été réalisée en introduisant parmi les variables explicatives, la communauté, l'âge et la durée du contact. Ces deux dernières variables exprimées dans les catégories déjà utilisées dans les Tableaux 8.1 et 8.2.

Le *Goodness of fit* de 1014 alors que le $-2 \text{ Log Likelihood}$ n'est que de 432 (une équation logistique avec un G.O.F supérieur au $-2 \text{ Log Likelihood}$ est considérée comme bonne) et 91% des cas sont correctement classés. L'équation obtenue a donc une forte valeur prédictive.

Le tableau 9.1 présente les Odds (Risque Relatif) des catégories retenues comme significatives.

Premier constat : l'âge n'est pas retenu dans l'équation

Par contre la durée de contact de 1 an ou moins rend 2.7 fois plus probable la prise sur place en officine.

Cependant le fait d'être pris en charge en Communauté flamande constitue massivement le facteur prédictif de la prise sur place.

Malgré l'importance de la dimension communautaire, une durée courte de prise en charge constitue aussi un facteur de délivrance supervisée.

10. Indice des problèmes comportementaux en officine

10.1. Présentation de l'indice des problèmes comportementaux en officine

Un Indice de problèmes de type comportemental présentés par les patients dans les officines a été construit⁴ en sommant la présence des 6 problèmes comportementaux relevés par les pharmaciens : **Le patient ne respecte pas les horaires ; il chaparde ; il est revendicatif ; il gêne les autres clients ; il n'attend pas son tour ou enfin, il ne paie pas normalement.**

L'indice présenté dans le Tableau 10.1 est utilisable comme une variable dite quantitative ou bien il est possible de le rendre binaire en opposant l'absence de problème avec la présence d'au moins un problème.

Tableau 10.1 : Indice cumulatif des problèmes comportementaux en officine

	Nombre	%
Aucun	791	64,1
1 problème	268	21,7
2 problèmes	82	6,6
3 problèmes	48	3,9
4 problèmes	33	2,7
5 problèmes	12	1,0
Total	1234	100,0

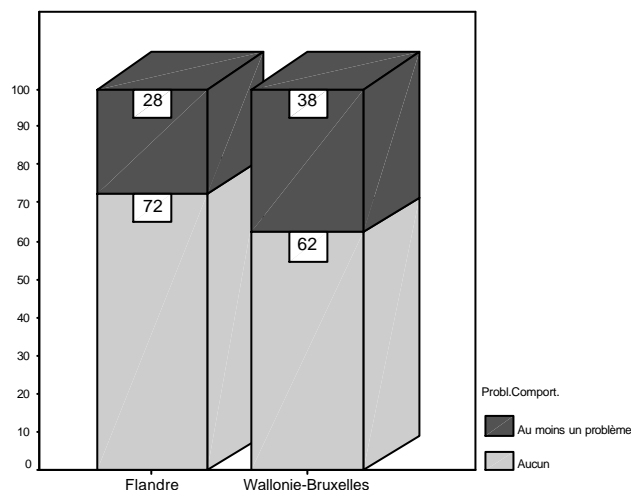
Près de 36% des patients présentent au moins un problème de comportement.

Un tel résultat est loin d'être insignifiant pour la pratique du pharmacien d'officine. Celui-ci, rappelons-le, n'est pas rétribué pour accueillir des patients en cure substitutive. Il doit faire face à des difficultés d'organisation, par exemple en favorisant la prise du médicament sur place, dans de bonnes conditions de confidentialité pour le patient, tout en poursuivant son activité de services à sa clientèle générale. Nous mettons donc en évidence ici que, plus d'une fois sur trois, le patient présentera des difficultés spécifiques de nature à perturber le fonctionnement de l'officine. L'accueil des patients comporte donc un risque pour le pharmacien et son implication dans la délivrance de la méthadone d'autant plus méritoire que les bénéfices matériels qu'il en retire sont dérisoires. L'indice fait apparaître aussi une proportion de 7.6% de patients (un patient sur treize) qui a 3 problèmes ou plus parmi ceux évoqués.

10.2. Problèmes comportementaux selon la Communauté

Graphe 10.2 : Présence d'au moins un problème selon la Communauté (%)

n = 1234 (Flandre : n = 232 / Wallonie-Bruxelles : n = 997)



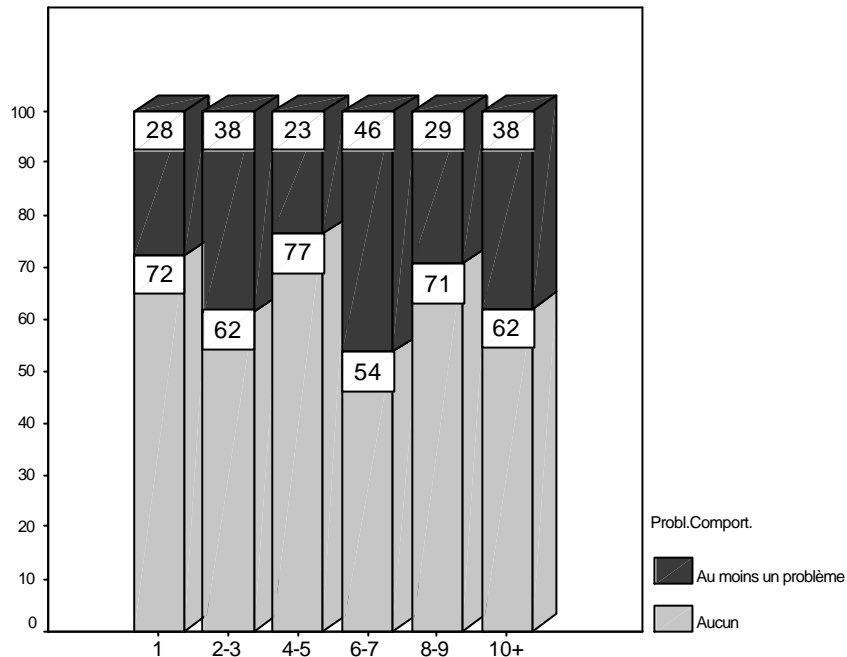
p = .003 / Odds : 1.597

⁴ par la procédure « Count ». Création d'une variable qui enregistre le nombre d'occurrences de critères définis.

Le Graphe 10.2 compare la situation dans les deux Communautés et indique une prévalence plus forte de patients avec au moins un problème de comportement dans les officines de Wallonie-Bruxelles (38%) par rapport à la Flandre (28%). La différence est significative à $p = .003$ et le Risque Relatif de la présence d'au moins un problème est de 59.7% pour les officines de Wallonie-Bruxelles par rapport à la Flandre.

10.3. Problèmes comportementaux selon le nombre de patients accueillis

Graphe 10.3 : Présence d'au moins un problème selon le nombre de patients (%)



$p < .001$

Le Graphe 10.3 met en évidence une prévalence liée au nombre de patients accueillis, mais qui n'est pas linéaire. La proportion de patients avec problèmes n'est pas significativement plus élevée par rapport au taux moyen de 36% si l'officine accueille plus de 10 patients (38%) et cela correspond au taux observé avec de 2 à 3 patients. Bien entendu pour ces officines le nombre absolu de patients avec un problème au moins de comportement sera plus élevé. Le fait d'accueillir un seul (28%) ou encore mieux **de 4 à 5 patients est le plus favorable (23%)**. Inversement, lorsque l'officine a de 6 à 7 patients la situation est la plus défavorable : 46% des patients avec problème(s).

Le résultat positif concernant les officines avec de 4 à 5 patients est confirmé par un test de comparaison de moyennes (Post hoc test de Bonferonni) en utilisant l'indice global du nombre de problèmes. Les officines avec de 4 à 5 patients ont une proportion significativement moins élevée de patients avec des problèmes comportementaux que les officines qui ont de 2 à 3 patients ($p = .007$), de 6 à 7 patients ($p = .003$) ou plus de 10 patients ($p = .001$).

Tableau 10.3 : Indice cumulatif de problèmes comportementaux selon le nombre de patients

indice de problèmes comportementaux en officin

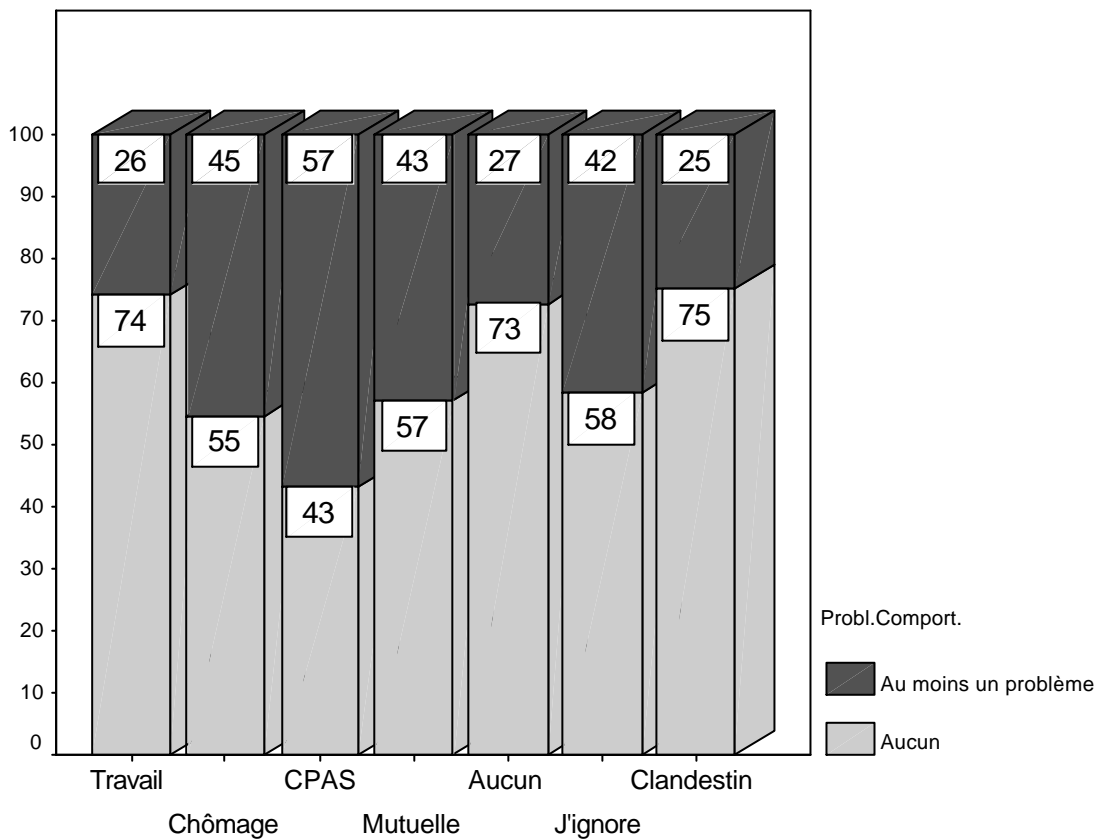
	N	Moyenne	E-type
1	105	,4000	,7545
2-3	229	,7074	1,1421
4-5	132	<u>,3030</u>	,6413
6-7	177	,7571	1,0833
8-9	119	,4622	,8905
10+	461	,7202	1,1730
Total	1223	,6255	1,0606

p <.001

10.4. Problèmes comportementaux selon les caractéristiques du patient

10.4.1. Problèmes comportementaux selon l'occupation du patient

Graphe 10.4.1 : Problèmes comportementaux selon l'occupation du patient



p<.001

L'occupation est fortement discriminante. Les patients qui dépendent du CPAS présentent plus souvent au moins un problème comportemental (57%), suivis des patients au chômage (45%) et sur la mutuelle (43%). Les patients **qui ont un travail (26%)** ou au contraire qui n'ont aucune source de revenus (27%) manifestent moins de problème(s).

En comparant les in(occupations) sur l'indice cumulatif (en utilisant toujours la méthode Post hoc), il apparaît que c'est surtout le fait d'avoir une occupation professionnelle qui différencie selon le(s) problème(s) présenté(s) en officine (différence à p<.001 avec CPAS, chômage et « j'ignore »

10.4.2. Problèmes comportementaux selon la co-prescription

Tableau 10.4.2 : Problèmes comportementaux selon la co-prescription

	<i>Problème(s)</i>		<i>Aucun problème</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>	<i>Odds</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
<i>Benzodiazépines</i>	154	45.3	186	54.7	340	100.		
<i>Pas de BZP</i>	580	33.3	289	66.7	869	100.	<.001	1.66
<i>Flunitrazépam</i>	43	56.6	33	43.4	76	100.		
<i>Pas de FLZ</i>	400	35.3	733	64.7	1133	100.	<.001	2.39

Le Tableau 10.4.2 présente la prévalence de problème(s) lorsque le patient a une co-prescription de benzodiazépines ou de Flunitrazépam (Rohypnol®). Il s'agit ici de médicaments délivrés dans la même officine que celle où est délivrée la méthadone. Nous verrons que certains patients vont dans une autre officine et chez un autre médecin pour des prescriptions de ces médicaments (Etude par questionnaire auto-administré). La relation entre les benzodiazépines et la manifestation de problème(s) par le patient est élevée avec une probabilité de 66% (Odds = 1.66 ; $p < .001$). Dans le cas de la prescription de Flunitrazépam, elle est encore plus élevée et la probabilité double par rapport aux benzodiazépines avec une valeur de 139% (Odds = 2.39 ; $p < .001$).

Bien entendu, on peut admettre que ce sont les patients les plus « difficiles » qui nécessitent une prescription de benzodiazépines. Toutefois dans le cas du Flunitrazépam, il faut se demander, étant donné le saut de prévalence de la manifestation de problèmes, qui devient deux fois plus probable que dans le cas des benzodiazépines, si la substance elle-même ne doit pas être incriminée.

11. Analyse factorielle des attitudes du pharmacien d'officine vis-à-vis du patient

L'objectif de ce chapitre est de dresser un portrait du pharmacien et de son implication dans la délivrance de méthadone.

Pour réduire les 20 attitudes proposées au pharmacien vis-à-vis de chaque patient en un ensemble plus maniable, une analyse factorielle en composante principale (avec rotation Varimax) a été réalisée.

6 facteurs ou dimensions ont été retenues. Après rotation les deux premiers facteurs contribuent pour moins de 23 % de la variance totale.

Le premier facteur (13% de la variance) a une connotation affective et met en valeur la proximité du pharmacien vis-à-vis du patient : affection, confiance, content de le voir, ouverture pour aborder tous les sujets sont fortement corrélés avec cette première dimension. On y trouve aussi le fait d'avoir joué un rôle dans l'orientation thérapeutique du patient et avec un signe négatif « ne faire que délivrer le médicament ». En effet cette dimension exprime une attitude qui s'oppose à cette délivrance désincarnée: nous avons choisi de la qualifier d' « *empathie* » ou de *proximité affective*.

Le deuxième facteur combine diverses attitudes pessimistes ou négatives envers le patient et le traitement suivi avec des connotations désabusées : le pharmacien ne parvient pas à l'aider, c'est perdu d'avance, un autre médecin serait plus utile, un sevrage serait plus utile. Cette deuxième dimension (9.8% de la variance) a été qualifiée de « *désenchantement* ».

Le troisième facteur est plus négatif et exprime par une absence de volonté de relation de confiance ou d'aide, ce que nous appelons la dimension de la «*séparation*» (8.2%). Elle signe aussi une inquiétude vis-à-vis du patient.

Le quatrième facteur est l'expression d'une volonté d'intervention: le pharmacien collabore avec le médecin, tente d'éviter les dommages et démystifie l'effet des psychotropes : c'est la dimension «*proactive*» (7.8%).

Le cinquième facteur exprime la relation thérapeutique avec le patient et un souci d'éviter les rechutes : la «relation thérapeutique» (7.4%). Nous verrons toutefois que cette notion doit se manier avec prudence, l'implication à cet égard du pharmacien n'équivaut pas à celle des thérapeutes.

En dernier lieu, enfin, une *6^{ème} dimension* est produite, celle d'un rejet de la méthadone au profit d'une orientation vers la prescription de l'héroïne : «*l'héroïne plutôt que la méthadone*» (6.3%).

Tableau 11. : Les dimensions de l'attitude du pharmacien envers le patient

Poids des facteurs après rotation : % de la variance	Dimensions de l'évaluation subjective					
	Empathie du pharmacien 13%	Désenchantement 9.8%	Séparation 8.2%	Proactif 7.8%	Relation thérapeutique 7.4%	Héroïne plutôt que méthadone 6.3%
Pharmacien a une relation de confiance	,756	-,142	-,145	-9,5E-02	9,679E-02	1,073E-03
Pharmacien content de le voir	,719	-,135	4,329E-02	-3,6E-03	4,932E-02	9,688E-02
Pharmacien a une certaine affection	,713	1,975E-02	-7,101E-02	,165	-3,515E-02	-3,459E-02
Pharmacien aborde tous les sujets	,604	3,738E-02	-4,459E-02	,258	,245	-6,264E-02
Ne fait que délivrer le médicament	-,434	,112	,319	,144	-,383	1,150E-02
Pharmacien a joué un rôle dans l'orientat.thérapeutique	,412	4,339E-03	-1,748E-02	,397	5,736E-02	-5,918E-02
Ne parvient pas à l'aider	-5,500E-02	,672	7,223E-02	-5,1E-02	3,376E-02	-8,760E-02
Un autre médecin serait plus utile	5,310E-02	,633	-6,879E-02	-,189	,114	3,340E-02
C'est perdu d'avance	-,103	,607	,307	7,7E-02	-,232	,124
Un Sevrage serait plus utile	-,145	,569	,134	,104	-4,612E-02	,247
Ne veut pas de relation de confiance	2,077E-03	8,558E-02	,799	6,4E-02	-7,449E-02	4,332E-02
Ne souhaite pas de relation d'aide	-7,661E-02	-2,225E-02	,664	-,176	,265	,208
Pharmacien inquiet à le voir arriver	-,123	,281	,519	,102	-9,002E-02	-,140
Pharmacien collabore avec le médecin	2,404E-02	-,154	-1,475E-02	,690	-9,027E-02	1,526E-02
Pharmacien démystifie l'effet des psychotropes	,371	-9,947E-03	,119	,507	,130	-2,416E-02
Essaie de limiter les dommages	-,181	,315	3,624E-02	,479	,433	,120
Pharmacien a une relation thérapeutique	,201	-5,021E-02	4,757E-02	-3,0E-02	,741	-4,919E-02
Essaie de prévenir les rechutes	,138	2,117E-02	-3,215E-02	,467	,563	2,213E-02
Héroïne serait plus utile	2,728E-02	-3,858E-02	-3,529E-03	1,3E-02	6,458E-02	,822
La méthadone n'est pas utile	-2,622E-02	,389	,121	-1,4E-02	-,134	,629

Méthode d'extraction des facteurs: Analyse en Composante Principale.
Méthode de rotation: Varimax avec Normalisation de Kaiser .

Tous les patients évalués ont reçu un score sur chaque facteur en utilisant la méthode de régression. Des comparaisons de moyennes (Anova) ont été réalisées pour différencier des catégories de patients et des caractéristiques de la population selon ces dimensions attitudinales de base.

Pour faciliter la lecture, dans chaque tableau les valeurs les plus élevées sont mises en **gras** et les dimensions avec des différences non significatives n'ont pas de note en bas du tableau

Les analyses qui suivent procèdent d'un découpage des critères présents dans l'étude pour faire surgir des configurations d'attitudes qui ont du sens. L'objectif étant aussi de mieux comprendre les dimensions qui ont été construites. Le lecteur aura intérêt de retourner au tableau définissant les dimensions pour se familiariser avec elles au cours des analyses qui suivent.

Il s'agit d'une approche qui dans certains cas trouvera un écho dans l'expérience vécue du pharmacien. Dans d'autres, il est probable que la méthode fera surgir des extrapolations qui ne devraient pas être retenues. Nous proposons ces analyses à titre exploratoire pour amener une discussion qui, avec les professionnels concernés devrait favoriser une sélection pertinente.

Nous sommes néanmoins surpris de voir à quel point ce découpage ne « file » pas dans tous les sens et qu'au contraire des cohérences transparaissent. Dans la mesure où la position du pharmacien dans la cure substitutive est très mal connue, ce qui suit reste donc encore fort expérimental et mérite d'être approfondi.

11.1. Attitudes du pharmacien selon les caractéristiques démographiques

Tableau 11.1.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le Genre du pharmacien

Genre du pharmacien-répondant		Empathie du pharmacien ^a	Désenchantement ^b	Séparation	Proactif ^c	Relation thérapeutique	Prescrire Héroïne
Homme	Moyenne	7,657E-02	-,1470780	-6,67E-02	,1767294	,067286E-02	-3,90E-02
	N	462	462	462	462	462	462
Femme	Moyenne	-5,115E-02	,1015571	3,310E-02	,1238584	-1,19737E-02	-2,50E-03
	N	662	662	662	662	662	662
Total	Moyenne	1,351E-03	-6,399E-04	-7,90E-03	3,07E-04	-2,66522E-03	-1,75E-02
	N	1124	1124	1124	1124	1124	1124

a. p<.05

b. p<.001

c. p<.001

Les pharmaciennes apparaissent moins empathiques que leurs collègues masculins. Elles sont plus désenchantées (avec une forte différence significative à p<.001). Elles se montrent plus proactives que les hommes (p<.001). Les pharmaciennes semblent donc plus exigeantes envers les patients que leurs collègues hommes.

Tableau 11.1.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le Genre du patient

Genre du patient		Empathie du pharmacien	Désenchantement	Séparation	Proactif ^a	Relation thérapeutique	Prescrire Héroïne
Homme	Moyenne	8,648E-02	-8,164E-02	-7,92E-02	2,90E-02	,1884137	,1114518
	N	229	229	229	229	229	229
	E-type	1,0260062	,8996806	,9477259	1,1030334	1,1064673	1,2681520
Femme	Moyenne	,3158867	-3,478E-03	-,2302698	,3522980	-1,3E-02	-8,37E-02
	N	87	87	87	87	87	87
	E-type	1,0977142	,8542608	,4958821	1,1185227	1,0163748	,6588807
Total	Moyenne	,1496360	-6,012E-02	-,1207874	,1179982	,1328635	5,772E-02
	N	316	316	316	316	316	316
	E-type	1,0495035	,8867519	,8495981	1,1149604	1,0845814	1,1358629

a. p = .02

C'est uniquement sur la dimension proactive qu'une différence d'attitude selon le genre du patient est observée, avec une implication plus forte vis-à-vis des femmes.

Tableau 11.1.3 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon l'âge du patient

AGE		Empathie du pharmacien ^a	Désenchantement	Séparation ^b	Proactif	Relation thérapeutique ^c	Prescrire Héroïne ^d
-25	Moyenne	-,1749097	-7,737E-02	1,801E-02	-5,7E-02	4,835743E-02	,1518837
	N	173	173	173	173	173	173
26-30	Moyenne	-9,447E-02	7,801E-03	,1667354	-6,5E-02	,1014347	-,167051
	N	298	298	298	298	298	298
31-35	Moyenne	6,602E-02	7,828E-02	-6,85E-02	7,77E-02	3,556548E-03	-5,0E-02
	N	315	315	315	315	315	315
36-40	Moyenne	6,858E-02	7,338E-02	-6,14E-02	7,38E-02	-9,34975E-02	6,7E-02
	N	208	208	208	208	208	208
41+	Moyenne	-5,052E-02	-,1433386	-,1274017	,1541264	-,1979028	,1962946
	N	116	116	116	116	116	116
Total	Moyenne	-2,632E-02	1,102E-02	3,318E-03	2,55E-02	-2,42387E-03	-2,3E-03
	N	1110	1110	1110	1110	1110	1110

a. $p < .05$ b. $p = .01$ c. $p = .05$ d. $p = .001$

Le pharmacien manifeste une empathie envers le patient qui s'accroît avec l'âge. La proximité affective est donc plus difficile à établir pour le pharmacien avec les patients plus jeunes, en particulier les patients de moins de 25 ans. Toutefois ce sont les patients de 26 à 30 ans vis-à-vis desquels les pharmaciens ont le moins de motivation à établir de relation d'aide et de confiance (dimension de la séparation avec la cote la plus élevée), mais aussi ceux qui nécessitent une relation thérapeutique plus intense. Les patients les plus âgés au contraire ont l'intensité la plus faible de la relation thérapeutique.

Le retrait par rapport à la méthadone au profit d'une orientation vers la prescription d'héroïne se manifeste plus, à la fois pour les patients les plus âgés et au contraire pour les plus jeunes.

Tableau 11.1.4 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon l'occupation du patient

Occupation		Empathie du pharmacien ^a	Désenchantement ^b	Séparation ^c	Proactif ^d	Relation thérapeutique ^e	Prescrire Héroïne
Travail	Moyenne	,2208819	-,1383148	-3,84E-02	-5,4E-02	9,8135E-02	-1,1E-02
	N	484	484	484	484	484	484
Chômage	Moyenne	-5,074E-02	,4499643	-,1233586	5,68E-02	-6,9959E-02	2,4E-02
	N	160	160	160	160	160	160
CPAS	Moyenne	5,571E-02	,2658603	,3444891	,1995943	,1340502	,1775103
	N	85	85	85	85	85	85
Mutuelle	Moyenne	,2208819	3,058E-02	-6,20E-02	,4851187	,1337278	1,1E-03
	N	484	49	49	49	49	49
Aucun	Moyenne	-5,074E-02	8,228E-02	,2765256	,1161119	,4798813	,5543145
	N	160	22	22	22	22	22
J'ignore	Moyenne	5,571E-02	-6,85E-02	1,658E-02	-7,7E-02	-,1616621	-6,5E-02
	N	85	391	391	391	391	391
Clandestin	Moyenne	,4788892	-,6560819	-7,46E-03	,6034334	-,3834673	-3,1E-02
	N	4	4	4	4	4	4
Total	Moyenne	1,078E-03	1,301E-03	3,880E-04	-1,3E-03	5,4183E-05	3,8E-04
	N	1195	1195	1195	1195	1195	1195

a. $p < .001$ b. $p < .001$ c. $p = .02$ d. $p = .002$ e. $p = .001$

L'empathie manifestée par le pharmacien est plus orientée vers les patients clandestins, ceux qui travaillent ou dépendent de la mutuelle (différences significatives à $p < .001$).

Le désenchantement est plus important lorsque le patient est au chômage ou dépend du CPAS. Dans ce cas, aussi la volonté de séparation est la plus forte, comme dans le cas de l'absence de revenus. Notons que la séparation s'accompagne aussi de la relation thérapeutique, ce qui peut sembler paradoxal. Cela signe peut-être une ambiguïté vis-à-vis de patients plus difficiles (voir l'analyse de l'indice comportemental en fonction de l'occupation au 10.3.1). Toutefois, la notion de relation thérapeutique pour le pharmacien est certainement d'une autre nature que celle des thérapeutes et il faut faire attention à son caractère polysémique.

11.2. Attitudes du pharmacien selon la durée du contact

Tableau 11.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la durée du contact avec le patient

DUREE du CONTACT		Empathie du pharmacien ^a	Désenchantement ^b	Séparation ^c	Proactif	Relation thérapeutique ^d	Prescrire Héroïne
- 1 an	Moyenne N	-,2498784 386	-,1555596 386	,1240318 386	4,13E-02 386	-,1220253 386	-4,55E-02 386
1-2 ans	Moyenne N	-7,640E-03 209	-,1228050 209	-3,09E-02 209	-5,9E-02 209	5,403506E-02 209	4,230E-02 209
2-3 ans	Moyenne N	,1082908 165	5,410E-02 165	,1343046 165	4,84E-02 165	3,035106E-02 165	-5,74E-02 165
3-4 ans	Moyenne N	6,233E-02 125	,2007378 125	-,1588274 125	,1267022 125	-1,2857E-02 125	4,352E-02 125
Plus de 4 ans	Moyenne N	,3012227 242	,2259106 242	-,1404617 242	3,57E-02 242	,1217452 242	5,755E-02 242
Total	Moyenne N	4,479E-04 1127	2,642E-03 1127	8,634E-03 1127	3,20E-02 1127	-2,6134E-03 1127	1,042E-03 1127

a. $p < .001$

b. $p < .001$

c. $p = .003$

d. $p < .05$

Le tableau permet de comprendre l'évolution des attitudes en fonction de la durée de la relation avec le patient. Il dynamise en quelque sorte cette relation.

Certaines périodes critiques semblent se dessiner.

Au départ, au cours de la première année le pharmacien éprouve des difficultés vis-à-vis du patient : il n'a pas d'empathie, souhaite plus une séparation (se protéger) et n'a pas de relation thérapeutique.

Entre un an et deux ans, il y a plutôt phase d'observation car aucune attitude n'est particulièrement prononcée.

Entre deux ans et trois ans deux voies opposées se présentent, l'apparition de l'empathie, de la proximité affective ou au contraire le retour de la volonté de séparation.

Au cours de la troisième année le désenchantement est plus prononcé.

Au-delà de 4 ans de contact on retrouve du désenchantement mais aussi à l'opposé l'empathie prend le dessus et la relation thérapeutique s'installe.

La fluctuation des attitudes est donc loin d'être erratique et progresse de façon globalement favorable, bien que la déception vis-à-vis de l'évolution de certains patients ne puisse être évitée.

11.3. Attitudes du pharmacien selon la Communauté et la Région

11.3.1. : Attitudes du pharmacien selon la Communauté

Tableau 11.3.1: Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la Communauté

Communauté		Empathie du pharmacien	Désenchantement	Séparation ^a	Proactif ^b	Relation thérapeutique ^c	Prescrire Héroïne ^d
Flandre	Moyenne	-8,275E-02	,1086322	,2404994	,1653733	,2605076	,1997795
	N	219	219	219	219	219	219
	E-type	,9785228	1,1473333	1,3962650	,9738664	1,0423565	1,4647724
Wallonie -Bruxelles	Moyenne	1,849E-02	-2,428E-02	-5,37E-02	-3,7E-02	-5,82155E-02	-4,46E-02
	N	980	980	980	980	980	980
	E-type	1,0224391	,9818936	,9002889	1,020684	,9999785	,8785111
Total	Moyenne	6,370E-17	-3,229E-16	2,848E-16	-2,9E-16	3,507394E-17	2,697E-16
	N	1199	1199	1199	1199	1199	1199
	E-type	1,0149138	1,0149138	1,0149138	1,014914	1,0149138	1,0149138

a. $p < .001$

b. $p = .008$

c. $p < .001$

d. $p = .001$

Les pharmaciens de Flandre ressentent plus que ceux de Wallonie-Bruxelles un besoin de séparation avec le patient tout en restant plus professionnellement proactifs et plus impliqués dans une relation thérapeutique. Ils considèrent aussi plus que la méthadone n'est pas utile et envisagent la prescription d'héroïne. Les tendances affectives, d'empathie ou de désenchantement, ne sont pas différentes entre les Communautés.

11.3.2. : Attitudes du pharmacien selon la Province

Au-delà de la différence entre Communautés, les attitudes du pharmacien sont fortement tributaires de la dimension locale (ici la Province) de sa pratique.

Ce résultat surprend par la force statistique des différences observées sur toutes les dimensions, mais se comprend de prime abord par des réactions très contrastées vis-à-vis de l'orientation substitutive selon l'environnement social et professionnel.

Autrement dit les réponses données à la demande d'aide sont interprétées dans des cadres de référence diversifiés. Fortement empathiques ici, désenchantées ailleurs, etc., ... Bref, une polysémie qu'il est délicat d'interpréter selon des schémas trop simples, qu'ils soient culturels, historiques ou liés à l'impact de thérapeutes et d'institutions de soins eux-mêmes fonctionnant selon des idéologies professionnelles spécifiques. L'analyse du Tableau des attitudes selon la Province constitue donc un exercice périlleux à laquelle nous invitons le lecteur selon ses propres connaissances du terrain. Nous sommes toutefois confiant qu'il y puisera une confirmation de ses intuitions.

Tableau 11.3.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la Province

PROVINCE		Empathie du pharmacien	Désenchantement	Séparation	Proactif	Relation thérapeutique	Prescrire Héroïne
Bruxelles-Capitale	Moyenne	,5883144	-9,905E-02	5,191E-03	,2055165	-,1607528	-,169926
	N	240	240	240	240	240	240
Brabant Wallon	Moyenne	-,1267845	-,5465905	-,2744609	-,1215649	,4761052	,7171671
	N	37	37	37	37	37	37
Namur	Moyenne	-,1562914	5,825E-02	-,1049366	-,1774078	,2975320	-9,1E-02
	N	48	48	48	48	48	48
Hainaut	Moyenne	-5,768E-03	5,339E-02	-,1350487	-,4083996	-3,75000E-02	-,167216
	N	270	270	270	270	270	270
Liège	Moyenne	-,4339997	3,764E-02	-3,09E-02	,2773485	-5,44480E-02	6,5E-02
	N	299	299	299	299	299	299
Luxembourg	Moyenne	,2039764	,4695234	,5869272	-,1707652	-7,78745E-02	6,8E-03
	N	35	35	35	35	35	35
Brabant Flamand	Moyenne	,2881571	,1871633	,4891542	,1170847	,5900634	,2983527
	N	22	22	22	22	22	22
Anvers	Moyenne	,1712841	,4095747	,2853877	-,2081612	-9,84948E-03	,7999482
	N	52	52	52	52	52	52
Flandre Occidentale	Moyenne	,1439762	,2353543	6,062E-02	,1611339	,3117771	-,127091
	N	32	32	32	32	32	32
Flandre Orientale	Moyenne	-,2377908	-,1546998	,1819453	,1976703	,2369913	-8,0E-03
	N	92	92	92	92	92	92
Limbourg	Moyenne	-,7401543	,2192528	,3626320	,8236790	,6228126	2,9E-03
	N	22	22	22	22	22	22
France	Moyenne	,2697641	-,4888392	-,2632337	-,7241473	-,4427471	1,1E-02
	N	50	50	50	50	50	50
Total	Moyenne	-3,253E-17	-3,348E-16	2,190E-16	-2,7E-16	9,423072E-17	3,1E-16
	N	1199	1199	1199	1199	1199	1199

Toutes différences significatives à $p < .001$

Prenons quelques exemples en fonction des éclaircissements apportés par l'étude et en rappelant qu'il s'agit de comparaisons où la position de chacun s'interprète à la lumière de celle des autres. Dans certains cas les résultats montreront des positions moyennes et une Province dans une telle situation constituera la référence d'une relative normalité dans le type d'attitudes du pharmacien. Dans une Province où se développent des cures substitutives à dosages élevés comme le Brabant Wallon, on constate à la fois une attitude du pharmacien orientée vers la relation thérapeutique mais aussi vers la délivrance d'héroïne. Ceci sans empathie particulière mais aussi sans aucun désenchantement (cote la plus négative de toutes les Provinces, donc au sens littéral un « enchantement ») et sans désir de séparation.

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, où l'histoire des cures substitutives est la plus ancienne, l'empathie du pharmacien est la plus élevée (relation entre durée du contact et empathie chez le professionnel...) et s'accompagne d'un désir d'implication préventive sans que l'implication ne soit conçue sur le mode de la relation thérapeutique, ni n'entraîne une prise de position pour une autre orientation vers la prescription d'héroïne.

A Anvers par contre, l'ancienneté de l'usage d'opiacés se traduit certes comme attendu par une certaine proximité affective mais la tendance qui se dégage est relativement négative avec un désenchantement élevé et même une volonté de séparation ou un retrait du pharmacien qui se marque aussi par un faible orientation proactive. Et enfin ceci conduit à envisager l'adoption d'une orientation extrême telle que la prescription d'héroïne.

Dans le Hainaut, c'est plutôt cette situation moyenne, que nous évoquions plus haut, qui est observée, avec toutefois une faible orientation vers l'intervention proactive par rapport à celle des pharmaciens des autres Provinces et peu de volonté de d'adopter une autre substitution que la méthadone.

A Liège, si comme dans le Hainaut beaucoup d'attitudes se situent dans la moyenne, on y trouve par contre une forte orientation proactive accompagnée d'une très faible empathie. On y tend à la prévention en restant neutre.

En Flandre Orientale, ce qui semble dominer c'est une tendance à l'intervention avec l'orientation proactive et la relation thérapeutique, mais ceci se développe sans affects (très faible empathie et faible désenchantement) et aussi avec une capacité des pharmaciens de cette Province à maintenir une certaine séparation.

Au Limbourg, l'attitude la plus proactive et la relation thérapeutique la plus forte y sont constatées. Mais cette dimension de l'intervention professionnelle du pharmacien qui est exacerbée s'accompagne d'affects plutôt négatifs (la plus grande distance affective et un désenchantement assez élevé).

La complexité des combinaisons d'attitudes telle qu'elles s'expriment au niveau local est indéniable et donne un peu le vertige. Ceci ne fait que confirmer à quel point les praticiens font face à la cure substitutive et à l'usage de drogues opiacées avec les moyens du bord, sans paradigme commun au plan professionnel et toujours soumis à leur propre affectivité.

La situation du pharmacien à cet égard est sans doute exemplaire. Il n'est pas soumis aux mêmes contraintes que le médecin et ne doit pas obligatoirement s'investir. Il n'est pas rétribué pour le faire. A la limite même son implication lui coûte plus qu'elle ne lui rapporte, si on prend en compte les difficultés vécues dans l'officine. Donc le retrait éventuel et l'adoption d'un rôle totalement neutre sont parfaitement compréhensibles et respectables. Pourtant ce qui doit surprendre, c'est que cette attitude n'est pas la règle. La plupart des pharmaciens sont impliqués dans le traitement du patient ou se sentent concernés par son devenir. La situation se complique encore plus par le fait que le pharmacien adopte en fait des attitudes différentes selon les patients. Le même pharmacien peut offrir un soutien affectueux à certains et vis-à-vis d'autres patients se retrancher derrière une délivrance neutre du médicament. Il n'en est pas moins pharmacien pour autant.

Rappelons que la méthodologie utilisée tient compte de la réaction différentielle du pharmacien, puisqu'en évaluant chacun de ses patients, il est amené à les comparer ou à comparer ses propres attitudes vis-à-vis de chacun.

La variété des attitudes en fonction de la dimension locale, par un mouvement vers la singularité qu'elle induit, est peut-être aussi l'expression la plus palpable de l'hétérogénéité des attitudes des pharmaciens entre eux et même de chaque pharmacien isolément, selon le moment ou le patient.

Bien que nous aboutissions à formuler une antithèse, cela n'invalide pas la méthode utilisée. En effet, l'approche qualitative quantifiée est développée dans ce chapitre pour produire un sens caché ou latent de la délivrance de méthadone. Cette approche atteint d'autant mieux son but si on l'utilise avec précision pour, comme ici, situer entre elles *des pratiques* plutôt que des *ensembles abstraits de sujets*.

11.4. Attitudes des pharmaciens et Supervision de la délivrance de méthadone

Nous avons décrit la pratique de supervision de la délivrance de méthadone en constatant l'orientation différente selon la Communauté. L'analyse des attitudes fondamentales va favoriser une lecture qualitative de ces pratiques. Les Tableaux qui suivent proposent de comprendre le ressenti des pharmaciens vis-à-vis des patients qui bénéficient ou non des types de supervision qui ont été décrits.

11.4.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la forme de la préparation délivrée

Les 6 dimensions de l'attitude du pharmacien envers le patient varient toutes en fonction du type de préparation de la méthadone délivrée. La forme de la préparation est liée pour le pharmacien d'officine à un regard et une interaction spécifique avec le patient

Tableau 11.4.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la forme de la préparation délivrée

Forme de la préparation délivrée		Empathie du pharmacien ^a	Désenchantement ^b	Séparation ^c	Proactif ^d	Relation thérapeutique ^e	Prescrire Héroïne ^f
Sirop	Moyenne	-,1259209	9,731E-02	1,194E-02	7,85E-02	,1519608	9,439E-02
	N	401	401	401	401	401	401
Gélules	Moyenne	6,9904E-02	-5,520E-02	-1,59E-02	-1,9E-02	-7,71685E-02	-6,34E-02
	N	768	768	768	768	768	768
Autre	Moyenne	-1,9579E-02	2,785E-02	,5415241	-5,994215	,1214362	,2170292
	N	20	20	20	20	20	20
Total	Moyenne	2,3551E-03	-2,370E-03	2,839E-03	4,25E-03	3,447907E-03	-5,48E-03
	N	1189	1189	1189	1189	1189	1189

a. p=.007

b. p =.05

c. p =.05

d. p .008

e. p<.001

f. p=.02

Les patients qui reçoivent un sirop bénéficient moins de l'empathie du pharmacien. Celui-ci se montre plus désenchanté, plus proactif et est amené à développer une relation thérapeutique. La délivrance en sirop concerne donc surtout des patients qui nécessitent pour le pharmacien une forte implication.

Dans le cas de la délivrance en gélules, le pharmacien se «décontracte » et manifeste une plus grande proximité affective, ne sera pas autant désabusé et n'aura pas besoin d'être proactif ou encore d'établir une relation thérapeutique.

Les rares cas (20 /1189) ou une autre forme de préparation est proposée ne suscitent pas particulièrement d'empathie mais au contraire une volonté de séparation du pharmacien, avec moins d'implication proactive et une ouverture pour un autre type de prise en charge avec prescription d'héroïne. Dans cette situation le pharmacien se perçoit toutefois comme entrant en relation thérapeutique avec le patient.

11.4.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la fréquence de délivrance

Tableau 11.4.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la fréquence de délivrance

Fréquence de Délivrance		Empathie du pharmacien	Désenchantement ^a	Séparation	Proactif ^b	Relation thérapeutique ^c	Prescrire Héroïne
Délivrance non fractionnée	Moyenne	-1,063E-02	-5,39E-02	-1,96E-02	-2,9E-02	-8,67790E-02	-1,21E-02
	N	981	981	981	981	981	981
Délivrance quotidienne	Moyenne	5,221E-02	,2294898	9,576E-02	,1369677	,3934799	5,674E-02
	N	215	215	215	215	215	215
Total	Moyenne	6,672E-04	-2,94E-03	1,156E-03	6,44E-04	-4,44867E-04	2,661E-04
	N	1196	1196	1196	1196	1196	1196

a. p <.001

b. p =.03

c. p<.001

La supervision par délivrance quotidienne de méthadone au patient met en œuvre chez le pharmacien un set d'attitudes dans lequel se conjuguent implication proactive et relation thérapeutique (p<.001). Elle s'accompagne toutefois d'un désenchantement plus prononcé (p<.001) sans que ne se manifeste cependant une empathie, ni une volonté de séparation spécifique.

Le désenchantement prononcé qui entoure la délivrance quotidienne constitue un constat assez défavorable si on tient compte justement de la fréquence des rencontres entre le pharmacien et le patient, qui devrait accentuer la connaissance mutuelle. Il faut certainement admettre que le facteur du moment du contact intervient : il s'agit le plus souvent de patients qui sont au début de leur prise en charge, donc encore plus « fragiles » ou « instables ». Le pharmacien y réagit donc par une implication de type professionnel et une neutralité.

11.4.3. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prise de méthadone sur place actuellement

Tableau 11.4.3 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prise de méthadone sur place actuellement

		Empathie du pharmacien	Désenchantement	Séparation	Proactif ^a	Relation thérapeutique ^b	Prescrire Héroïne
Prends toujours sur place							
Ne prends pas sur place	Moyenne	1,376E-02	-1,600E-02	-7,07E-03	-3,3E-02	-4,29700E-02	3,8E-03
	N	1074	1074	1074	1074	1074	1074
Prends sur place	Moyenne	-,1145756	,1120151	7,354E-02	,2969724	,3739154	-3,0E-02
	N	122	122	122	122	122	122
Total	Moyenne	6,672E-04	-2,937E-03	1,156E-03	6,44E-04	-4,44867E-04	2,7E-04
	N	1196	1196	1196	1196	1196	1196

a. p=.001

b. p <.001

La prise de méthadone sur place dans l'officine mobilise, comme dans le cas de la délivrance quotidienne, l'implication du pharmacien avec une relation thérapeutique et une volonté d'intervenir pour éviter les dommages ou les rechutes. Malgré une tendance non significative à moins de proximité affective et à un certain désenchantement, le pharmacien reste professionnel avant tout, en maintenant d'abord une neutralité.

11.4.4. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prise de méthadone sur place au début du contact

Tableau 11.4.4 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prise de méthadone sur place au début du contact

		Empathie du pharmacien ^a	Désenchantement ^b	Séparation	Proactif ^c	Relation thérapeutique ^d	Prescrire Héroïne
A pris sur place au début							
N'a pas pris sur place	Moyenne	-7,162E-02	-7,014E-02	-1,42E-02	-7,0E-02	-,1095421	-5,51E-03
	N	922	922	922	922	922	922
A pris sur place (début)	Moyenne	,2387020	,2432818	6,083E-02	,2349669	,3642736	3,388E-02
	N	263	263	263	263	263	263
Total	Moyenne	-2,747E-03	-5,761E-04	2,459E-03	-1,9E-03	-4,38299E-03	3,230E-03
	N	1185	1185	1185	1185	1185	1185

a. p<.001

b. p<.001

c. p<.001

d. p<.001

Lorsque le patient reste en contact avec l'officine tout en ayant pris sur place au début, nous retrouvons une implication de type professionnel plus importante (Proactif-Relation thérapeutique). En même temps le pharmacien devient plus désenchanté mais aussi plus empathique. Si ces deux attitudes vont de pair c'est soit que tout dépend des patients concernés, mais aussi que fondamentalement elles ne s'excluent pas de façon obligatoire. L'évolution du patient qui a pris sur place au début par rapport aux autres, telle qu'elle transparaît dans les attitudes du pharmacien mobilise donc toujours une plus forte implication du

pharmacien, mais « avec le temps » en quelque sorte, teintée à la fois d'affectivité positive et de désenchantement.

D'une certaine façon, on serait tenté de conseiller une telle supervision pour la mobilisation des affects et l'implication professionnelle qu'elle suscite à long terme chez le pharmacien.

Donc, pour faire le point sur les attitudes qui entourent la supervision pharmaceutique, on constate dans tous les cas, sur le moment ou celle-ci se développe, (soit par délivrance quotidienne, par prise sur place ou par la délivrance d'un sirop de méthadone), l'implication préventive et thérapeutique du pharmacien est mobilisée. Dans le cas de l'utilisation de la forme en sirop et de la délivrance quotidienne, le pharmacien est plus désenchanté, alors que dans la prise sur place son désenchantement n'est pas aussi manifeste. Plus tard dans la cure, les patients qui auront fait avec leur pharmacien l'expérience de la prise sur place vont en plus susciter chez ce dernier une proximité affective.

11.5 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le dosage de méthadone

Tableau 11.5 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le dosage

DOSAGE		Empathie du pharmacien ^a	Désenchantement ^b	Séparation	Proactif ^c	Relation thérapeutique	Prescrire Héroïne ^d
0-19	Moyenne	,1909461	-,2665066	-6,26E-02	-,1137258	-1,68005E-02	-,1404556
	N	211	211	211	211	211	211
20-39	Moyenne	-2,030E-02	-6,685E-02	-3,53E-02	-5,5E-02	5,157046E-02	4,956E-02
	N	364	364	364	364	364	364
40-59	Moyenne	-,1222207	9,801E-02	3,220E-02	5,15E-02	5,037274E-02	-2,18E-02
	N	276	276	276	276	276	276
60-79	Moyenne	-8,998E-02	4,157E-02	3,842E-02	,3235588	-,1361402	-,1772859
	N	156	156	156	156	156	156
80-99	Moyenne	6,157E-02	,1759043	5,560E-02	6,77E-02	-8,83371E-02	4,234E-02
	N	69	69	69	69	69	69
100+	Moyenne	,1923883	,2360837	-,1707852	-,1119688	-5,68829E-02	,1152496
	N	79	79	79	79	79	79
Total	Moyenne	3,964E-03	-1,406E-02	-1,80E-02	1,43E-02	-2,33528E-03	-2,88E-02
	N	1155	1155	1155	1155	1155	1155

a. p = .008

b. p < .001

c. p = .001

d. p < .05

La mobilisation affective du pharmacien est la plus prononcée à la fois dans les cas de dosages très faibles et de dosages très élevés. Dans les situations où le dosage de méthadone n'atteint pas 20 mg la plus forte empathie s'accompagne d'une absence de désenchantement, de l'absence de nécessité d'implication professionnelle ou d'une autre orientation substitutive. Il s'agit donc de la configuration la plus favorable. Le pharmacien se sent proche du patient, il est satisfait de l'évolution et ne doit pas intervenir pour prévenir ou corriger un processus. Il est plus que probable, que le dosage très faible est un aboutissement et constitue pour le pharmacien le signe tangible de l'amélioration. Une telle situation est atteinte par 18.2% des patients.

A l'autre extrême, les dosages les plus élevés au-delà de 100mg, mobilisent aussi l'empathie du pharmacien, mais elle est alors fortement désabusée et une voie différente vers la prescription d'héroïne est envisageable.

Entre les deux, la mobilisation affective du pharmacien est peu prononcée et se montrera simplement plus proactif lorsque le dosage se situe entre 60mg et 80mg et dans ce cas une autre voie n'est pas envisageable.

Le dosage est donc en relation avec une mobilisation affective du pharmacien et assez peu avec une implication plus professionnelle de prévention.

11.6. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la co-prescription de psychotropes

Tableau 11.6.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription de Benzodiazépines

Benzodiazépines		Empathie du pharmacien	Désenchantement ^a	Séparation	Proactif ^p	Relation thérapeutique	Prescrire Héroïne
Pas de Benzo	Moyenne	-2,523E-02	-,1095264	-2,39E-02	-7,E-02	-9,59577E-03	8,1E-03
	N	863	863	863	863	863	863
Benzodiazépine	Moyenne	6,500E-02	,2821531	6,145E-02	,173844	2,471986E-02	-2,1E-02
	N	335	335	335	335	335	335
Total	Moyenne	-4,152E-17	-3,179E-16	2,484E-16	-3,E-16	8,317186E-17	3,2E-16
	N	1198	1198	1198	1198	1198	1198

a. p<.001

b. p<.001

La co-prescription de benzodiazépines entraîne une mobilisation préventive du pharmacien qui s'accompagne d'une attitude plus désabusée.

Tableau 11.6.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription de Flunitrazéпам

Flunitrazéпам (Rohypnol)		Empathie du pharmacien	Désenchantement ^a	Séparation ^b	Proactif	Relation thérapeutique	Prescrire Héroïne ^c
Pas de Flunitrazéпам	Moyenne	3,916E-03	-3,613E-02	-1,52E-02	-3,1E-03	1,217288E-03	-2,3E-02
	N	1123	1123	1123	1123	1123	1123
Flunitrazéпам	Moyenne	-5,863E-02	,5409297	,2280871	4,6E-02	-1,82269E-02	,3406542
	N	75	75	75	75	75	75
Total	Moyenne	-4,152E-17	-3,179E-16	2,484E-16	-2,6E-16	8,317186E-17	3,16E-16
	N	1198	1198	1198	1198	1198	1198

a. p<.001

b. p<.05

c. p =.003

La co-prescription de Flunitrazéпам est perçue de façon très défavorable par le pharmacien : non seulement il sera plus désenchanté mais il souhaitera une séparation, une non-implication vis-à-vis du patient et envisagera aussi plus volontiers que la cure substitutive soit abandonnée au profit de la prescription d'héroïne.

Tableau 11.6.3 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription d'Antidépresseur

Antidépresseur		Empathie du pharmacien ^a	Désenchantement ^p	Séparation	Proactif ^f	Relation thérapeutique ^d	Prescrire Héroïne ^e
Pas d'antidépresseur	Moyenne	-4,117E-02	-3,27E-02	3,622E-04	-2,E-02	-2,47055E-02	2,7E-02
	N	1032	1032	1032	1032	1032	1032
Antidépresseur	Moyenne	,2559332	,2034589	-2,25E-03	,154435	,1535907	-,169922
	N	166	166	166	166	166	166
Total	Moyenne	-4,152E-17	-3,18E-16	2,484E-16	-3,E-16	8,317186E-17	3,2E-16
	N	1198	1198	1198	1198	1198	1198

a. p<.001

b. p =.005

c. p<.05

d. p<.05

e. p =.02

La co-prescription d'antidépresseur est perçue de façon mixte par le pharmacien : ses affects sont fortement mobilisés, avec une forte empathie, mais aussi un désenchantement prononcé. Par ailleurs son implication professionnelle est sollicitée (le couple d'attitudes proactives et la relation thérapeutique). Le changement d'orientation substitutive vers une prescription d'héroïne est moins envisagée.

12. Conclusion de l'évaluation du pharmacien d'officine

L'étude (dite « générale » et « spécifique ») a permis de faire le point sur la situation actuelle de la délivrance de méthadone dans les officines de Belgique. Elle a mis en évidence les écarts de pratiques entre les deux Communautés qui reflètent des idéologies professionnelles différentes, liées en partie aussi à des situations épidémiologiques qui ne se situent pas au même niveau d'évolution. Une volonté d'homogénéisation en la matière constituerait un contresens. Des pratiques teintées de confiance se sont établies progressivement dans les officines de la Communauté française. Ceci est lié à une « histoire » de la délivrance qui pour près de la moitié des pharmaciens de cette Communauté remonte à plus de dix ans. La supervision pharmaceutique a donc évolué, bénéficiant globalement du maintien de beaucoup de patients dans une relation thérapeutique de longue durée avec le médecin, d'une relation de confiance entre médecins et pharmaciens, qui sans être toujours particulièrement soutenue, donnait un cadre rassurant à la délivrance de méthadone. N'oublions pas, non plus, que la Communauté française n'a pas connu depuis dix ans de résurgence spectaculaire de l'usage d'héroïne. Dans certaines régions (à Bruxelles, par exemple) la situation est globalement dans « le creux de la vague » avec un nombre réduit de nouveaux cas. Tout ceci a contribué à faire rentrer la délivrance de méthadone dans une « normalité » de la pratique professionnelle en officine.

En Flandre, et surtout dans les Provinces de Flandre Occidentale et Orientale, nous pensons avoir montré que la différence de situation est liée à une résurgence de la demande de soins de très jeunes patients qui ont un impact déstabilisant sur l'organisation de la prise en charge et de la délivrance de méthadone. Toutefois ceci ne recouvre pas toute l'explication des écarts de pratiques constatées entre les Communautés. La situation en Flandre est certainement fort proche de celle qui prévalait il y a une dizaine d'années dans la Communauté française. Et donc les comparaisons effectuées sont biaisées par la périodisation différentielle de la délivrance de méthadone en officine. L'étude permet, en tout cas, de prendre toute la mesure de la variété et de la richesse inventive du champ belge.

B. Les patients en cure substitutive en Belgique par eux-mêmes

Analyse de l'enquête « auto-administrée » patients.

Avant-Propos

Un rapport préliminaire a été présenté en juin 2003 portant sur 179 patients analysés. L'échantillon actuel est de 408 patients. Le lecteur intéressé par les problèmes méthodologiques d'échantillonnage pourra s'y référer pour effectuer des comparaisons avec les résultats présentés ici. Malgré un échantillon qui double, la stabilité des résultats est importante. Ce qui indique un procédé de recueil de données qui favorise la représentativité. Les pharmaciens ont eu la possibilité de remettre un questionnaire à des patients en cure substitutive. Ceux-ci étaient libres de le remplir et de le remettre ensuite. Ce processus était bien entendu entièrement volontaire. Les pharmaciens étaient comme on l'a vu répartis dans l'ensemble du pays. Dans les études sur le sujet, en utilisant le canal du traitement, médecin ou centre de soins, le design de l'étude est au mieux poly centré. C'est à dire que plusieurs lieux de prise en charge participent à l'étude. Cette dimension est démultipliée dans l'étude présente, puisque dans une officine on retrouve souvent des patients en cure dans plusieurs lieux de soins. Cet effet de multiplication augmente la représentativité de l'échantillon constitué.

Parmi les difficultés rencontrées dans le processus de recueil de données, il faut évoquer celle rencontrée par le pharmacien qui consiste dans le geste même de remettre un questionnaire à un patient. Pour tous, il s'agissait d'une première et certains ont eu beaucoup de réticences à le faire. Nous avons pratiquement commencé par envoyer un seul exemplaire du questionnaire auto-administré à tous les pharmaciens en complément des deux autres formulaires de l'évaluation pharmacien (Questionnaire général - description quantitative de l'officine et de sa population globale- et Questionnaire spécifique- le pharmacien évalue chacun de ses patients -). Ensuite nous avons répondu aux demandes d'une cinquantaine de pharmaciens qui souhaitaient obtenir des nouveaux exemplaires pour couvrir toute leur population de patients. Dans de nombreux cas, les pharmaciens ont eux-mêmes fait les photocopies nécessaires. Nous avons obtenu les 408 questionnaires par un total de 167 officines. Ce qui ne représente qu'un peu plus de la moitié des officines qui ont participé à l'Observatoire en évaluant leurs patients. Le repérage des différents ensembles de répondants qui constituent l'échantillon des pharmaciens est très difficile à réaliser avec précision puisque certaines officines n'ont pas indiqué de numéro d'identification. Par ailleurs, fonctionnant sur base totalement volontaire, certains pharmaciens n'ont transmis qu'un seul questionnaire y compris dans quelques cas uniquement un ou plusieurs questionnaires auto-administrés par leurs patients. On aura compris que la procédure d'enquête est très différente de ce qui est généralement pratiqué avec des ensembles fermés et un calcul aisé de taux de réponses.

Il nous semble toutefois que la dynamique favorable de l'étude et la participation des uns et des autres nécessitait bien la souplesse adoptée et le volontariat dans la mobilisation. Nous tenterons en poursuivant l'étude d'améliorer le processus de récolte de données en le rendant plus systématique. La meilleure connaissance des populations concernées et l'organisation en cours de l'Observatoire par les pharmaciens y contribuera.

Les patients qui ont répondu au questionnaire auto-administré, l'ont fait sur une base totalement volontaire, eux aussi sans être rétribués. Ceci constituait le défi ou le pari le plus risqué de l'étude. Comment allaient réagir des patients en cure substitutive face à un questionnaire qu'ils seraient libres d'utiliser ou non et allaient-ils ensuite le remettre au pharmacien ? Le pharmacien avait pour instruction de donner au patient toutes les garanties de confidentialité (glisser le formulaire dans une enveloppe ou le plier en deux devant le patient et l'agrafer), mais le procédé n'avait jamais été testé. Etant donné les remarques déjà faites sur la souplesse adoptée dans la procédure, nous ne savons pas combien de questionnaires ont été remis aux patients au total.

Nous avons à la demande de pharmaciens envoyés quelques 450 questionnaires qui se sont ajoutés à ceux (exemplaire unique) envoyés à tous les pharmaciens.

L'instruction donnée était de remettre le questionnaire aux patients sans introduire de biais de sélection : c'est-à-dire de ne pas choisir les patients en fonction de quelque critère que ce soit. Est-ce que ce fut toujours le cas ? La vérification n'est pas possible et il nous faut faire confiance à la rigueur du pharmacien.

Bien entendu pour répondre au questionnaire, il fallait être capable de le lire (en français ou en néerlandais).

Des patients d'origine étrangère ne connaissant pas la langue ou des patients belges avec de fortes déficiences de lecture échappent au procédé utilisé. Nous ne disposons pas de données à cet égard mais étant donné le faible niveau d'instruction de la population les handicaps de lecture ont certainement constitué un biais dans la constitution de l'échantillon.

Le questionnaire remis au patient était particulièrement volumineux (18 pages). Le risque de non réponse était de ce fait encore accentué et constituait sans doute le pari le plus risqué de tous dans la procédure d'enquête. Nous avons estimé que pour progresser dans le domaine, il fallait effectuer un saut qualitatif autant que quantitatif dans les informations à recueillir auprès des patients.

La plupart des études réalisées proposent un nombre, somme toute réduit, de critères d'analyse. Cela se comprend puisqu'un évaluateur est impliqué qui doit avoir accès au patient et dans le meilleur des cas l'interviewer. Une interview doit rester raisonnable en durée. Les centres résidentiels (ou hôpitaux) sont favorisés à cet égard puisque le répondant est « captif ». Dans la plupart des cas toutefois la procédure de recueil de données se fait en routine (avec de nombreux biais liés notamment au fonctionnement administratif) et l'analyse est secondaire ; elle intervient ultérieurement « en faisant avec », c'est-à-dire en utilisant un matériau qui n'a pas été nécessairement conçu dans une optique de recherche ou dont les critères ne sont pas toujours ceux souhaités par le chercheur.

Dans l'étude présente le nombre de dimensions investiguées est considérable et permet de dépasser les limites habituelles du questionnement. Cette volonté d'exhaustivité a-t-elle été nuisible à la constitution de l'échantillon ? Probablement que certains l'ont trouvé trop long et n'y ont pas répondu. Toutefois le nombre de questionnaires reçus est en soi très satisfaisant et sur ce critère situe l'étude dans le peloton de tête des études réalisées en Belgique dans le domaine. Une situation inverse s'est selon nous présentée : les patients ont été satisfaits que l'on s'intéresse à eux et qu'on leur fasse confiance pour répondre de façon autonome à un questionnaire. Presque tous les patients ont, par exemple, écrit des commentaires à la fin du questionnaire où il leur était demandé de s'exprimer librement (réponses dites « ouvertes ») sur la méthadone, leur médecin ou leur pharmacien. Le contenu des commentaires concernant l'étude était presque toujours appréciatif.

En résumé : «Merci de nous donner la parole ». Bref, le contenu de l'instrument et la confiance qui leur était accordée a été appréciée par les répondants. Certains ont d'ailleurs écrit que l'instrument leur avait été utile «pour faire le point ».

Lorsqu'un instrument d'étude n'apparaît pas comme un parachutage extérieur dont la finalité est obscure, le répondant est alors en mesure de le faire sien et si en l'utilisant il apprend quelque chose sur lui-même, on doit être rassuré sur le procédé utilisé.

1. Sociographie des patients (Réponses au questionnaire auto-administré)

1.1. Aspects démographiques actuels :

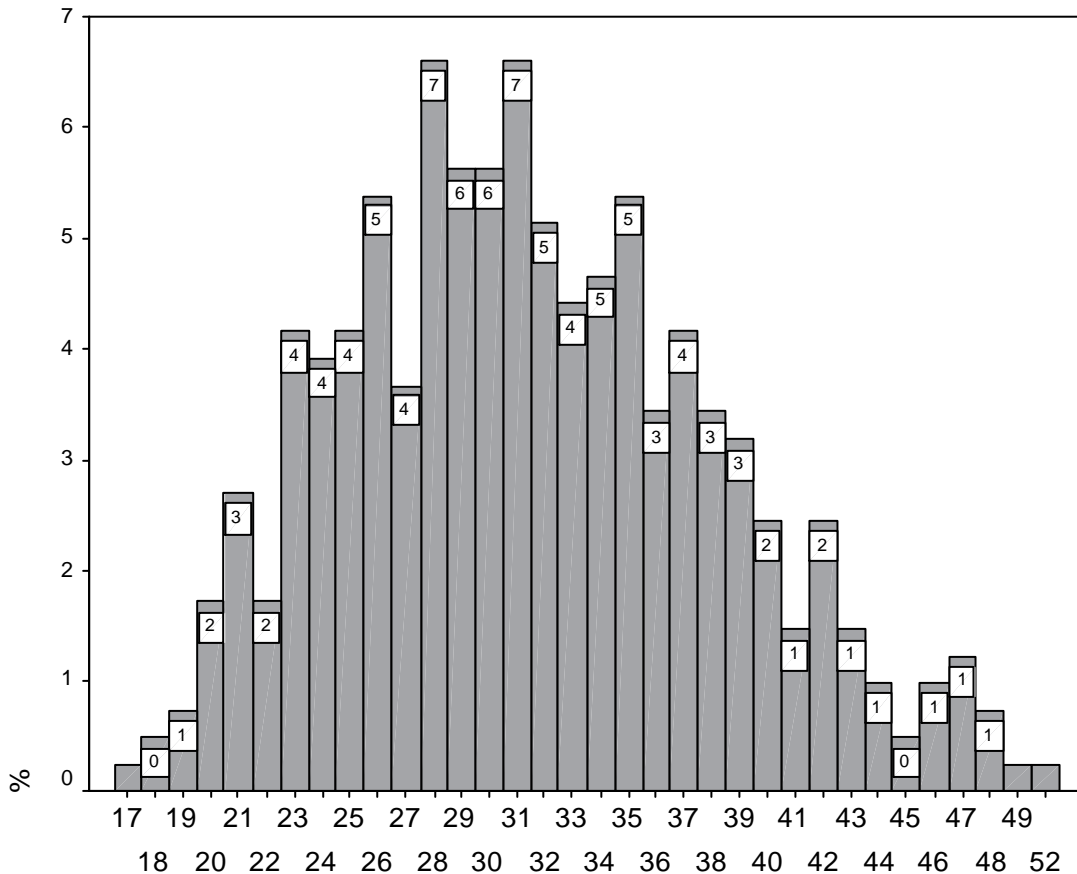
1.1.1.L'âge des patients

Tableau 1.1.1. Age des patients

Age du patient		
N		408
Moyenne		31,54
Médiane		31,00
E-type		6,73
Minimum		17
Maximum		52
Percentiles	25	26,00
	50	31,00
	75	36,00

L'âge moyen est de 31 ans et demi avec un quart des patients de plus de 36 ans et un quart avec moins de 26 ans.

Graphe 1.1.1 : Pyramide des âges en années (% de la population totale)



1.1.2. Différences d'âge selon les communautés

Les répondants étaient en cure substitutive en Belgique. En plus de la Flandre (90 patients- 22.5%) et de Wallonie-Bruxelles (267 patients- 65%), certains répondants suivaient une cure en Belgique en étant résidents en France (51 patients – 12.5%). Si nous estimons que de 1200 à 1500 patients de France viennent en Belgique pour une cure substitutive sur un total de 10000 patients en Belgique, notre échantillon respecte la situation globale.

Tableau 1.1.2. Moyennes d'âge selon la communauté

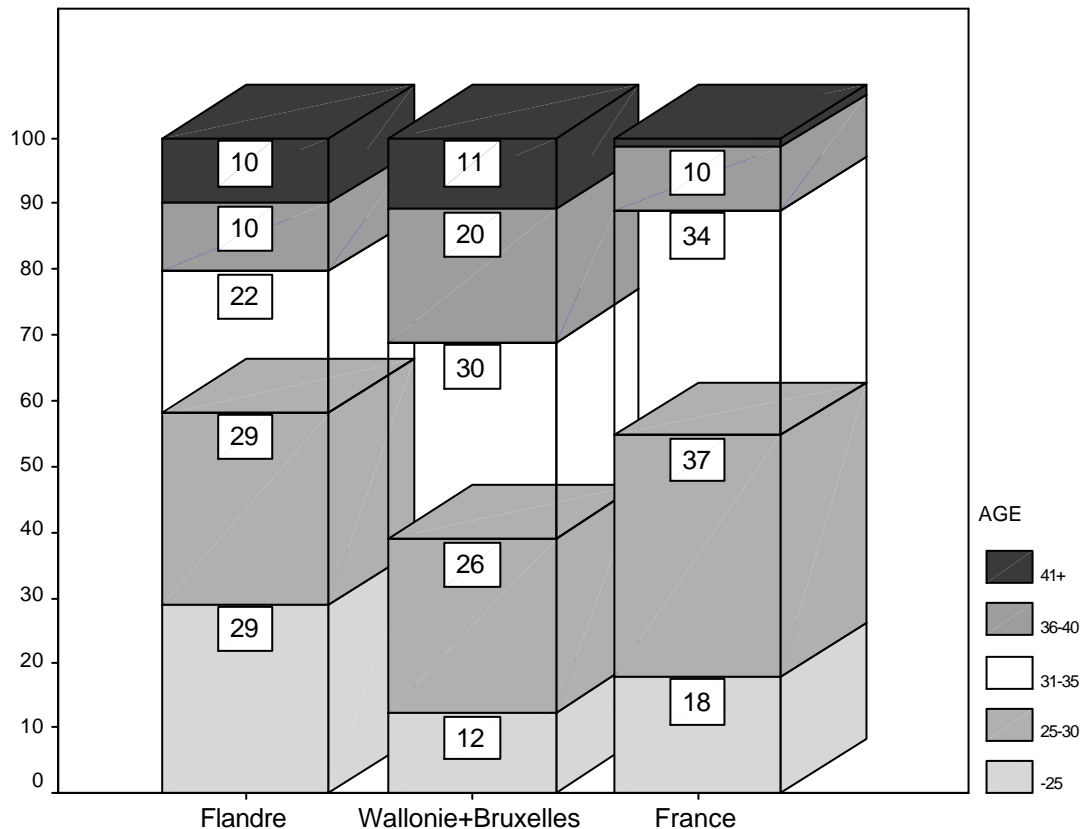
Communauté	Moyenne	N	Minimum	Maximum
Flandre	29,21	90	17	45
Wallonie+Bruxelles	32,57	267	19	52
France	30,29	51	21	46
Total	31,54	408	17	52

p<.001

Les patients flamands (29.2 ans) sont plus jeunes en moyenne de 1 an par rapport aux patients de France (30.3 ans) et de plus de 3 ans par rapport aux francophones (32.6 ans). L'âge moyen total n'est pas significativement différent de celui observé dans l'échantillon de l'évaluation réalisée par les pharmaciens.

Graphe 1.1.2 : Age en catégories selon la Communauté (n = 1219)

(Communauté flamande : n =222 ; Communauté française : n = 924 ; FR : n = 73)



p<.001

Les patients flamands se distinguent par une classe d'âge de moins de 25 ans fort représentée (un tiers des patients de cette communauté). Les patients de France ont une

classe modale de 25 à 30 ans. Chez les répondants de Wallonie-Bruxelles la classe modale a de 31 à 35 ans.

1.1.3. Genre

Les proportions sont de 74.3 % d'hommes pour 25.7% de femmes. On retrouve ici une caractéristique typique de la sur-représentation masculine dans toute population d'usagers dépendant de drogues.

Les patients de France se distinguent par une proportion plus faible de femmes avec 15.7%. Les patientes francophones représentent 27.3% et les Flamandes 26.7% des patients de leur communauté. Les différences ne sont pas statistiquement significatives.

1.2. Origine sociale

1.2.1. Nationalité

L'échantillon de patients résidant en Belgique se caractérise par une proportion de 17.5% de nationalité étrangère.

Tableau 1.2.1 : Origine nationale selon la communauté

			Communauté		Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	
Non belge ou deux parents non belges	Belge	n	85	207	292
		%	94,4%	78,4%	82,5%
	Non belge	n	5	57	62
		%	5,6%	21,6%	17,5%
Total		n	90	264	354
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$p < .001$; Odds Ratio : 4.68

Par rapport aux patients de Flandre (5.6%), il est plus de 4 fois et demi plus probable pour ceux de Wallonie-Bruxelles (21.6%) d'être d'origine non-belge.

Nous avons relevé d'autres caractéristiques concernant l'origine des patients :

1. Le changement de nationalité : Seuls 6% des patients ont changé de nationalité (7.6% chez les patients W-B et 1% chez les patients de Flandre).

2. La nationalité d'origine des parents : Toujours dans le cas des patients résidant en Belgique l'origine des parents est étrangère pour 24.4% des pères et 22.5% des mères. On retrouve une différence importante selon la communauté : 29.6% des pères et 27.2% des mères des patients W-B pour 9% des pères et 9% des mères des patients de Flandre.

Chez les patients résidant en France, 18.6% des pères et 19.4% des mères ne sont pas d'origine française.

Plus de la moitié de l'origine étrangère provient d'un autre pays de l'UE.

1.2.2. Langue parlée par le patient

- Avec ses parents : Le français est parlé par 84% des patients de W-B et le néerlandais par 87% des patients de Flandre. 2% des patients W-B parlent wallon avec leurs parents et 4% parlent arabe. Parmi les patients de Flandre, 6.6% déclarent parler à la fois Français et Néerlandais.
- Avec ses enfants : Le français est parlé par 90% des patients de W-B et le néerlandais par 93% des patients de Flandre. 2.4% des patients W-B parlent le néerlandais et 3.4% des patients de Flandre le français avec leurs enfants.
- Avec son partenaire : 95% des patients W-B parlent le français et 90% des patients de Flandre, le néerlandais.

1.2.3. Milieu d'origine

Le milieu d'origine a été approché par la profession des parents. A notre connaissance c'est la première fois que la catégorie professionnelle des parents est obtenue dans une population d'usagers de drogues dépendants en Belgique. Les résultats obtenus montrent une sur-représentation de **l'origine ouvrière** avec au moins 60.8% des répondants qui ont précisé la catégorie professionnelle.

Si on exclut les situations de pères inconnus ou de décès dans la petite enfance (Tableau 1.2.3.2.), la proportion de patients issus du milieu ouvrier atteint 64.5%, soit **près des 2/3 de la population**.

Graph 1.2.3.1. : Profession du père (%)

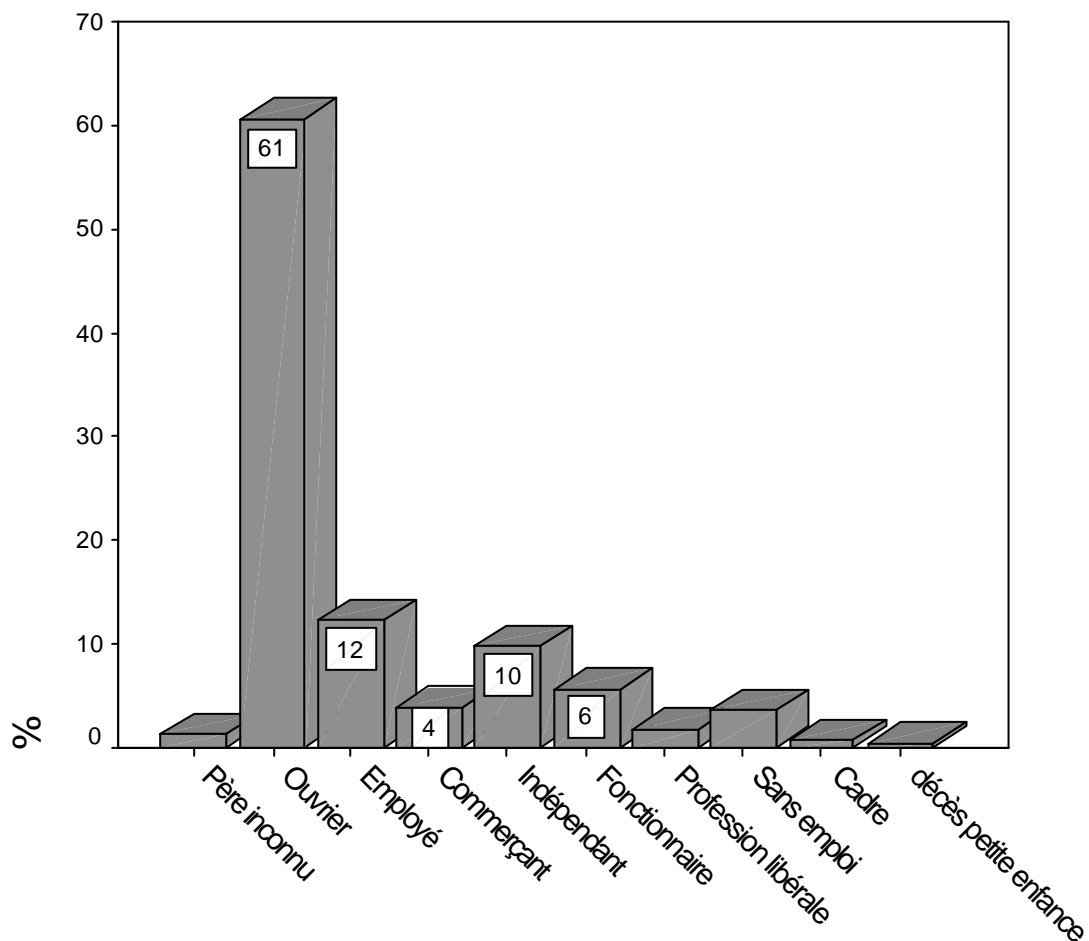


Tableau 1.2.3.1 : Profession du père

	n	% brut	% net
Père inconnu	5	1,2	1,3
Ouvrier	242	59,3	60,8
Employé	47	11,5	11,8
Commerçant	16	3,9	4,0
Indépendant	39	9,6	9,8
Fonctionnaire	23	5,6	5,8
Profession libérale	7	1,7	1,8
Sans emploi	14	3,4	3,5
Cadre	3	,7	,8
décès petite enfance	2	,5	,5
Total	398	97,5	100,0
Manquant	10	2,5	
Total	408	100,0	

(Noté⁵ sur la lecture des tableaux de fréquences simples, voir en bas de page)

Tableau 1.2.3.2 :
Profession ouvrière du père (après correction de données manquantes)

	n	% brut	% net
Autre profession du père	136	33,3	35,5
Ouvrier	247	60,5	64,5
Total	383	93,9	100,0
Manquant	25	6,1	
Total	408	100,0	

Ce résultat surprend par son ampleur. Le facteur social devient ici incontournable. On serait tenté de privilégier l'origine ouvrière ou ce qu'elle signifie comme mal-être, difficultés d'intégration sociale, comme facteur prépondérant dans l'étiologie de la toxicomanie. Certes, la toxicomanie ou l'addiction est aussi l'expression de la crise d'entrée dans la vie (« active » par laquelle se forge l'identité sociale du sujet). Une forte exclusion sociale, réduisant l'horizon des possibles joue un rôle dans le processus d'addiction.

N'oublions toutefois pas que la population étudiée est en cure substitutive depuis des années et a une carrière thérapeutique souvent longue. Il y a ainsi nécessairement un processus de sélection de sujets. L'étude est transversale et il faut tenir compte des arrêts dans le parcours thérapeutique qui nous échappent ici. Si certains parviennent plus que d'autres à sortir complètement de l'usage et/ou des soins, ceux-là nous sont encore inconnus. Face à cette inconnue (« qui sont-ils, ceux sortis du champ de la toxicomanie » ?), faisons l'hypothèse que les sujets présents ont eu de plus grandes difficultés à s'en sortir que ceux qui ont déjà arrêté. Si une proportion élevée d'ouvriers se retrouve moins dominante parmi des usagers novices, l'hypothèse pourrait être confirmée.

Sinon la réalité d'une affection spécifique du milieu ouvrier devrait se trouver envisagée avec ses implications multiples. L'orientation de la prévention vers le milieu ouvrier doit ainsi être privilégiée.

Une vérification de l'hypothèse de « sélection » a été tentée sur cet échantillon et ne permet pas de la confirmer. Nous n'observons pas de différence significative de proportion de milieu ouvrier

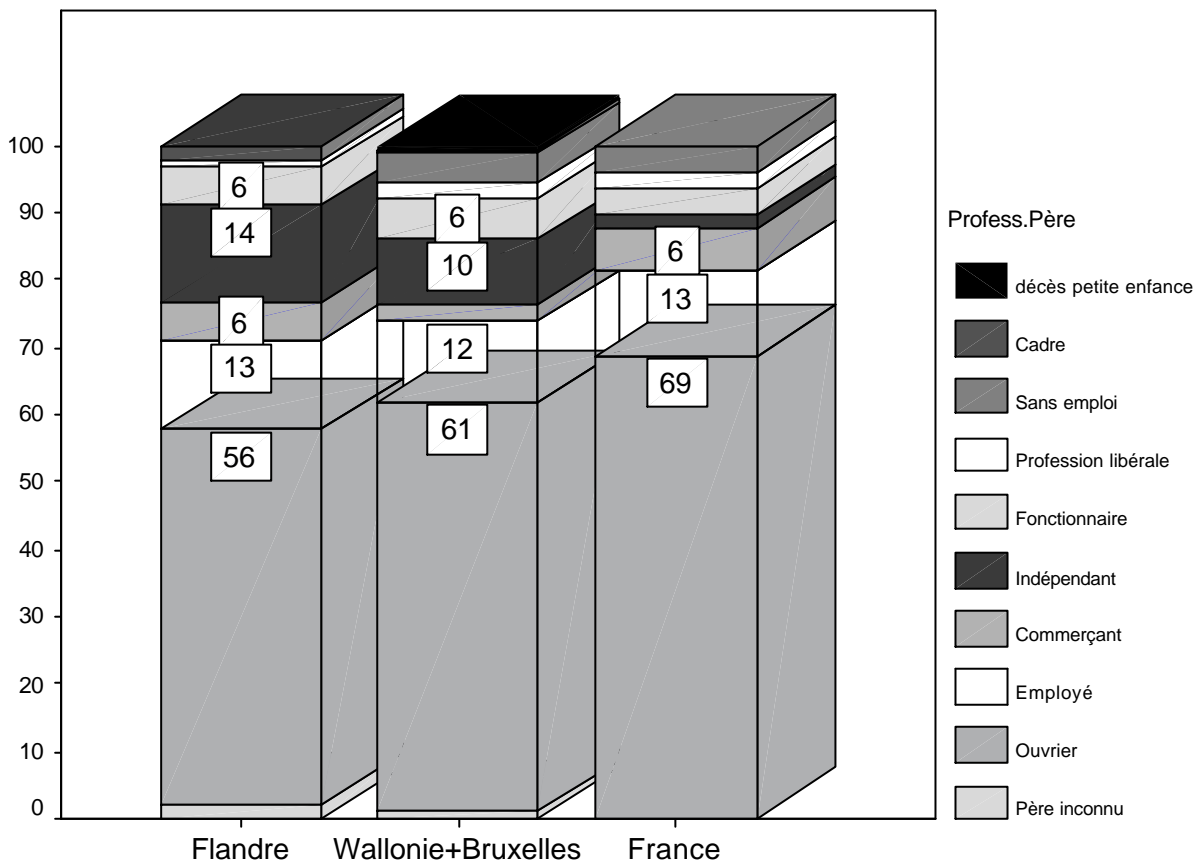
⁵ Nous avons privilégié le fait de rendre compte des données manquantes (le % brut le précise). Dans certains cas l'absence de données possède un sens utile à la compréhension de la situation sur la globalité de la population. Le % net est celui le plus souvent utilisé.

selon la durée de l'expérience de l'usage de méthadone : les patients les plus récents sont tout autant issus du milieu ouvrier que les plus anciens.

Nous assistons donc bien à une étiologie sociale fondamentale dans le processus d'addiction.

Le détail de la profession exercée par le père a été demandé au répondant. Parmi les ouvriers, un emploi de type *ouvrier d'usine* est le plus fréquent. On relèvera toutefois deux catégories bien représentées : les *mineurs* (16 sujets) et surtout les chauffeurs –de poids lourds pour l'essentiel- avec 26 sujets. Dans ce dernier cas, notre orientation sociologique est complétée par une dimension psychologique qui fait intervenir l'absence du père : on doit en effet supposer que les chauffeurs routiers ont une propension à l'absence du foyer familial, ce qui favoriserait le processus d'addiction de sa descendance. Bien entendu les situations où le père est inconnu (5 sujets ; voir Tableau 1.2.3.1.) relèvent aussi de ce type d'explication.

Graphe 1.2.3.3. : Profession du père selon la communauté



NS : différences non significatives

Tableau 1.2.3.3. : Profession ouvrière du père selon la communauté

			Communauté			Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
OUVRIER	Autre profession du père	n	38	85	13	136
		%	43,2%	34,3%	27,7%	35,5%
	Ouvrier	n	50	163	34	247
		%	56,8%	65,7%	72,3%	64,5%
Total		n	88	248	47	383
		%	23,0%	64,8%	12,3%	100,0%
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p = NS ; différence significative

La prévalence massive de l'origine ouvrière des patients en cure substitutive n'est pas différente selon les Communautés. Même dans le cas des patients de France la proportion d'origine ouvrière concerne près de trois-quarts de ces patients. Quoique l'origine ouvrière des patients de Flandre soit de 56.8% la différence avec les patients de Wallonie-Bruxelles n'est pas significative statistiquement. Ceci renforce l'hypothèse de l'impact étiologique de l'origine sociale dans l'usage d'opiacés.

1.2.3.4. Profession de la mère

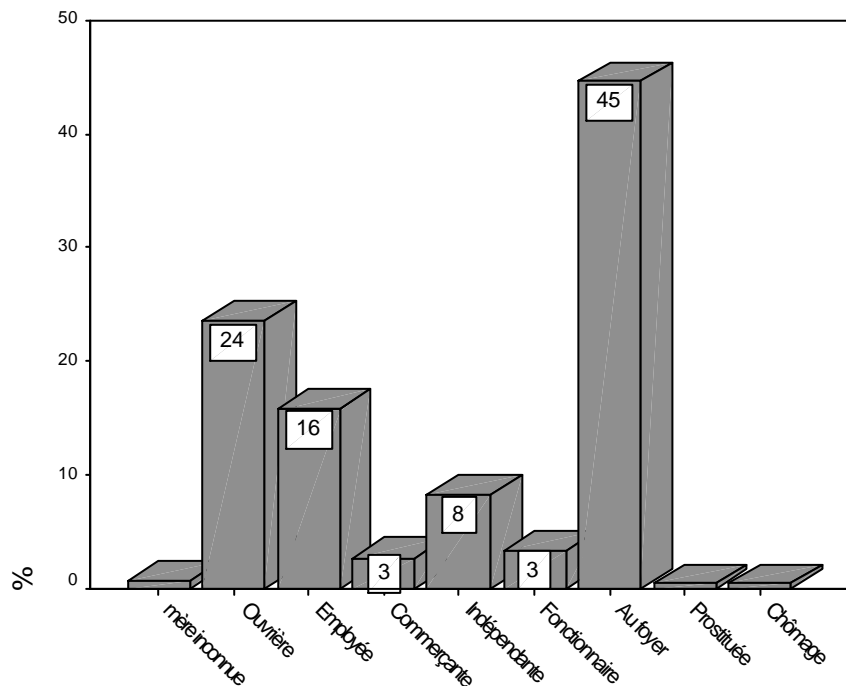
Pour 44.6% des patients, la mère n'exerce aucune profession et dans 24.2% elle est ouvrière.

Comme pour les pères, nous observons des cas limite de parent inconnu (3 sujets) ou encore une activité de prostitution (3 sujets).

Tableau 1.2.3.4 : Profession de la mère

	n	% brut	% net
mère inconnue	3	,7	,7
Ouvrière	97	23,8	24,2
Employée	61	15,0	15,2
Commerçante	14	3,4	3,5
Indépendante	30	7,4	7,5
Fonctionnaire	12	2,9	3,0
Au foyer	179	43,9	44,6
Prostituée	3	,7	,7
Chômage	2	,5	,5
Total	401	98,3	100,0
Manquant	7	1,7	
Total	408	100,0	

Graphe 1.2.3.4. : Profession de la mère



Le détail demandé de la catégorie professionnelle précise une proportion élevée de femmes d'ouvrage parmi les ouvrières (42 sujets, soit 10.5% de l'ensemble des patients).

Ces caractéristiques sociales du milieu d'origine des patients, ne peuvent laisser planer aucun doute de leur impact dans l'étiologie de l'addiction dans la mesure où elles sont présentes de façon disproportionnée par rapport à leur prévalence dans la population générale. Les données disponibles à l'Institut National de Statistiques permettent de mettre en évidence 37.8% d'ouvriers dans la population masculine belge en 1999. Si nous extrayons la situation dans la Communauté française, la proportion est de 34.9%. L'écart avec les 64.5% d'enfants de père ouvrier dans la Communauté française observé dans l'étude est majeur.

En ce qui concerne la profession de la mère, une utilisation de données nationales s'avère difficile. Nous privilégions donc une autre approche qui sera ouverte par l'enquête prévue en 2004, celle d'une comparaison avec un échantillon de clients des officines de pharmacie, auxquels sera remis un questionnaire reprenant de nombreuses questions dans la formulation utilisée dans l'étude présentée ici. En associant un échantillon de population « générale » (à âge équivalent, bien entendu) avec celui des patients en cure substitutive, nous ferons émerger les spécificités de ces derniers, ce qui relève d'un exercice d'équilibriste ou se révèle franchement impossible au stade actuel, par exemple en ce qui concerne la dimension suivante de la disparition des parents...

1.3. Décès du père, de la mère

1.3.1. Décès du père et de la mère et antériorité par rapport à l'usage d'opiacés

Le décès du père, par l'absence qu'elle implique, est un indicateur utile d'une situation éventuellement spécifique chez les usagers de drogues. Il faut aussi veiller à considérer le moment du décès par rapport au développement de la toxicomanie si on pense mettre en cause le décès du père dans l'étiologie du phénomène.

24.8% des sujets ont perdu leur père, mais seuls 15.5% ont connu ce décès avant le début de l'usage d'héroïne.

12.5% ont fait l'expérience du décès de leur mère et 5.9% l'ont fait avant le début de leur usage d'héroïne.

L'âge moyen du patient au décès de son père ou de sa mère est de moins de 22 ans

Tableau 1.3.1 : Age au décès du père et de la mère

		Age au décès du père	Age au décès de la mère
N		100	51
Moyenne		21,34	21,69
Médiane		20,00	22,00
E-type		10,19	9,665
Minimum		2	,00
Maximum		45	44,00
Percentiles	25	14,25	13,00
	50	20,00	22,00
	75	29,00	29,00

1.3.2. Décès du père et de la mère et incarcération

Dans l'analyse des données, le rôle du décès du père est flagrant vis-à-vis de la prise en charge institutionnelle « totale » et en particulier de l'incarcération des sujets.

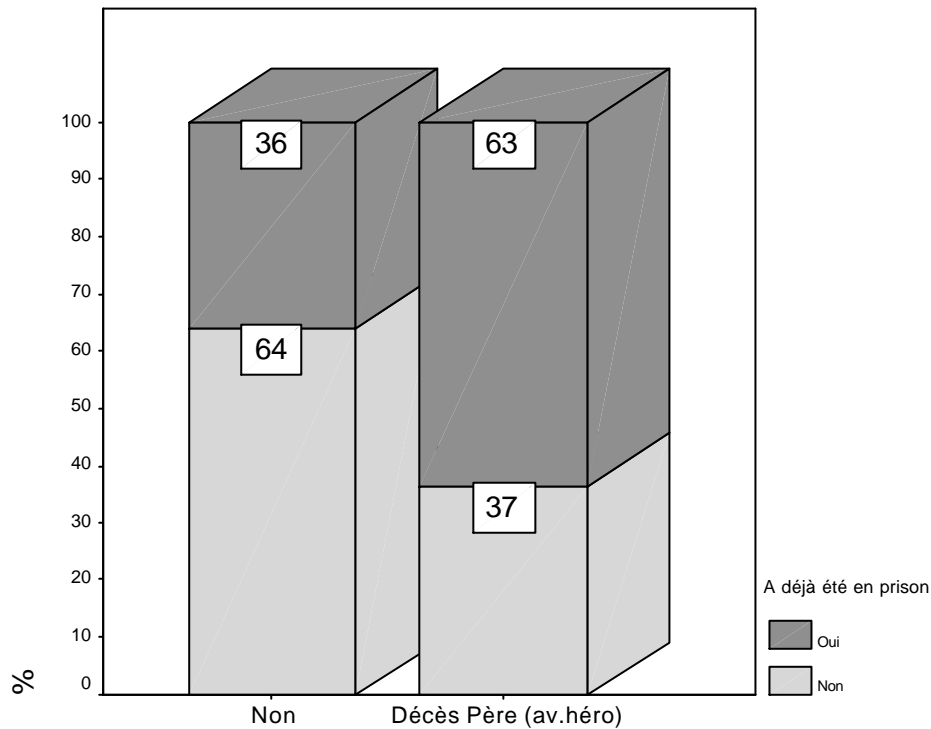
Globalement, plus du tiers (36.2%) des patients déjà incarcérés ont connu un décès du père pour seulement 17.3% des patients qui n'ont jamais été en prison.

Il est toutefois important de tenir compte de l'accroissement des décès avec l'âge des patients pour se concentrer sur l'aspect « précipitant » des décès précoces (avant le début de la toxicomanie)

L'incarcération est nettement plus probable avec un décès précoce du père. 24.4% des patients incarcérés ont perdu leur père par rapport à 9.5% des patients qui n'ont jamais connu la prison.

Le graphe suivant présente de façon inverse la situation d'incarcération chez les patients dont le père est décédé de façon précoce :

Graphe 1.3.2. : Décès du père (avant le début de l'usage d'héroïne) et incarcération du sujet



p < .001

Lorsque l'incarcération est mise en rapport avec le décès (global, y compris les décès récents) du père, l'Odds est de 2.71. Si le même tableau d'association est réalisé avec le décès AVANT la toxicomanie (tel que présenté en proportions dans le graphe 1.3.2, l'Odds est renforcé à 3.11 (Intervalle de confiance de 1.78 à 5.44). Il est donc plus de trois fois plus probable qu'un patient qui a connu la perte de son père avant sa toxicomanie ait été incarcéré.

Qu'en est-il des différences entre communautés ?

Seuls les patients de France échappent à cette relation entre décès précoce du père et incarcération (15.4% de décès chez les incarcérés versus 10.3% des non incarcérés ; p non significatif).

L'impact du décès sur l'incarcération est plus important chez les patients flamands : 25% chez ceux qui ont connu la prison pour 5.2% chez les autres ($p < .01$; Odds : 6.11). Pour les patients de Wallonie-Bruxelles, les proportions de décès s'établissent à 25.4% versus 10.9% ($p = .002$; Odds : 2.79).

Ces résultats concernant l'incarcération des patients qui ont perdu leur père semblent mettre en évidence une perturbation du rapport à la loi qui se marquerait par une tendance à une prévalence plus élevée de la délinquance.

Nous avons abordé la délinquance dans l'étude en demandant au répondant s'il avait déjà commis des délits, avant la toxicomanie, après, depuis le début de l'utilisation de la méthadone ou depuis 3 mois. Ceci fournit des indications précieuses sur la délinquance du sujet et nous reviendrons plus loin sur cette dimension.

Toutefois lorsque nous étudions le rapport entre la délinquance en utilisant tous les critères que nous venons de citer nous n'obtenons **aucune relation** au plan statistique avec le décès du père (ou de la mère) qu'il soit précoce ou tardif ! Ceci reste valable quelle que soit la communauté du sujet.

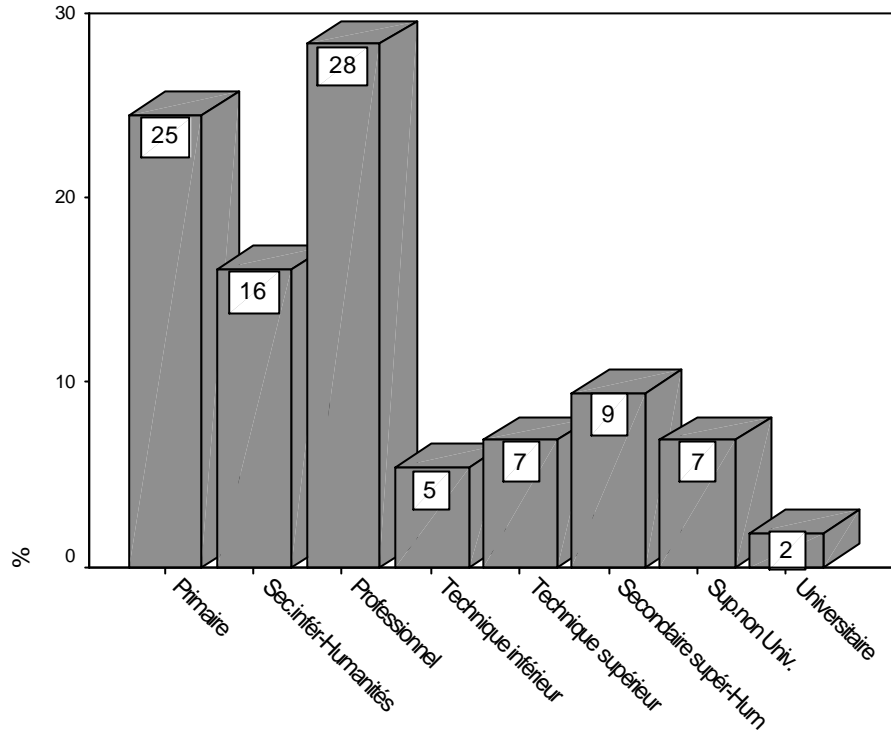
La question qui se pose est donc : comment se fait-il qu'une forte relation existe entre perte du père et incarcération et aucune entre perte du père et délinquance ?

La première hypothèse, que nous récusons, serait un défaut dans la mesure de la délinquance, avec un déni de nombreux répondants. Pourtant rien ne permet de mettre en cause de façon majeure les réponses au questionnaire auto-administré. Nous arrivons à cette conclusion après de nombreuses vérifications qui mettent en évidence la spontanéité et le caractère candide des réponses.

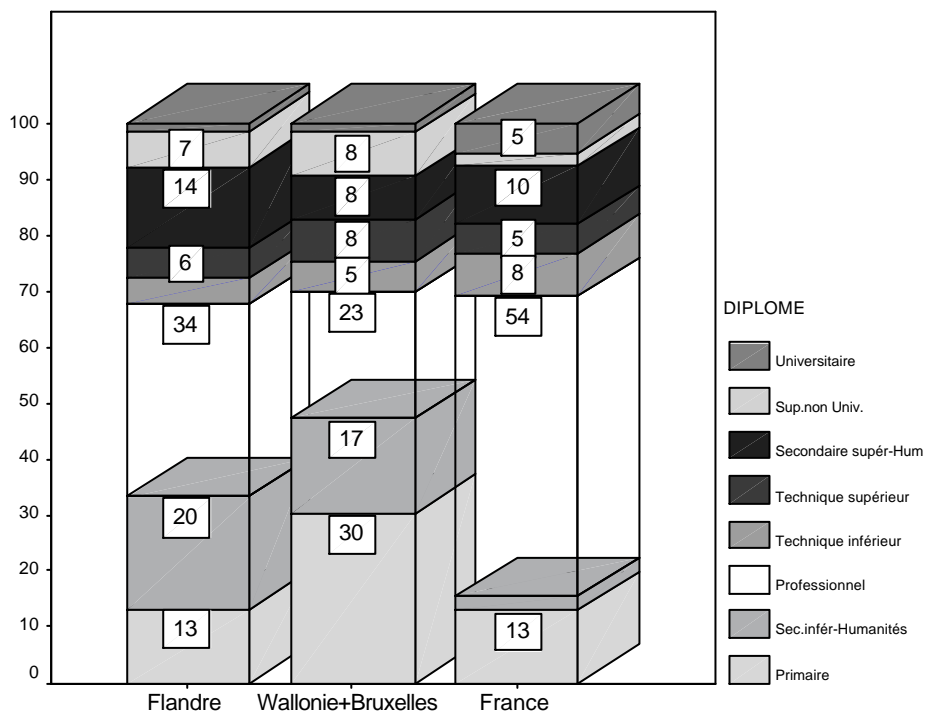
L'hypothèse que nous retenons est liée à une expression spécifique de la délinquance ou de l'usage de drogues chez les patients qui ont perdu leur père qui rendrait leur comportement plus *visible* socialement et donc plus *repérable par les autorités* du contrôle social. Les toxicomanes qui ont perdu leur père se distingueraient par un comportement de défi et une moindre capacité ou volonté à masquer leur usage ou leur déviance. Autrement dit le niveau de délinquance des patients dont le père a disparu de façon précoce ne serait pas *plus élevé* mais ces patients seraient délinquants d'une façon telle qu'ils seraient *plus facilement appréhendés*. Ceci relève d'études complémentaires pour vérifier ces hypothèses.

1.4. Niveau d'études

La faible qualification de la population se manifeste par **25% de patients avec seulement un certificat élémentaire, 16% ne dépassant pas le secondaire inférieur** et 28% avec un cycle d'études professionnelles. Seuls 24% ont atteint ou dépassé le niveau secondaire supérieur. Une comparaison avec des données existantes (Eurotox, Addibru, Sentinelles de Charleroi,...) doit être envisagée.

Graphe 1.4.1. : Niveau d'études atteint (ensemble de la population)

Les résultats globaux présentés dans le graphe 1.4.1 recouvrent en fait des différences importantes entre les communautés, comme explicités dans le diagramme suivant.

Graphe 1.4.2. : Niveau d'études atteint selon la communauté

$p < .001$

Le niveau d'éducation atteint par les patients de Wallonie-Bruxelles est nettement inférieur aux deux autres populations étudiées. Plus précisément on constate une répartition plus forte aux

niveaux inférieurs, alors que les études à partir du secondaire supérieur sont très semblables entre les communautés. Près d'un tiers des patients de WB (31%) n'ont qu'un bagage d'études primaires alors que ce n'est le cas que pour 13% des patients dans la communauté flamande ou de France.

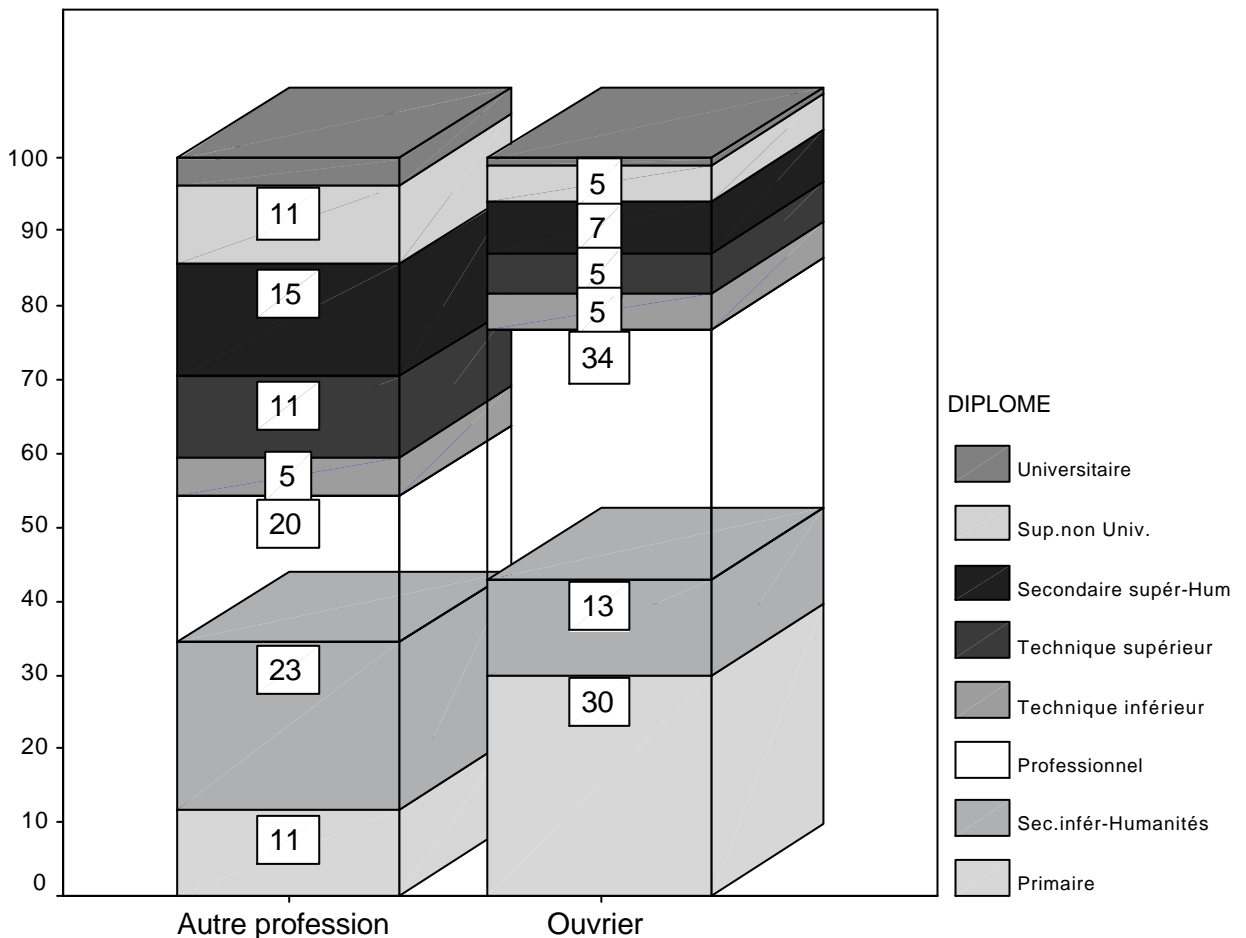
Inversement, seuls 22% des patients de Wallonie-Bruxelles ont un diplôme d'études professionnelles pour 34% des flamands et 55% des français.

Il est tentant d'interpréter ces données sur le niveau d'éducation des patients à la lumière du milieu d'origine. Une « reproduction » de classe est certes à l'œuvre avec une difficulté plus grande globalement pour les enfants d'ouvriers d'atteindre des niveaux supérieurs d'éducation, mais en étudiant de plus près cette relation étroite entre milieu et niveau d'éducation, nous constatons que la situation est bien différente selon la communauté.

Le graphe 1.4.3.1 confirme l'écart de diplôme entre le milieu ouvrier (dominant dans la population étudiée) et les autres (différence significative à $p < .001$) :

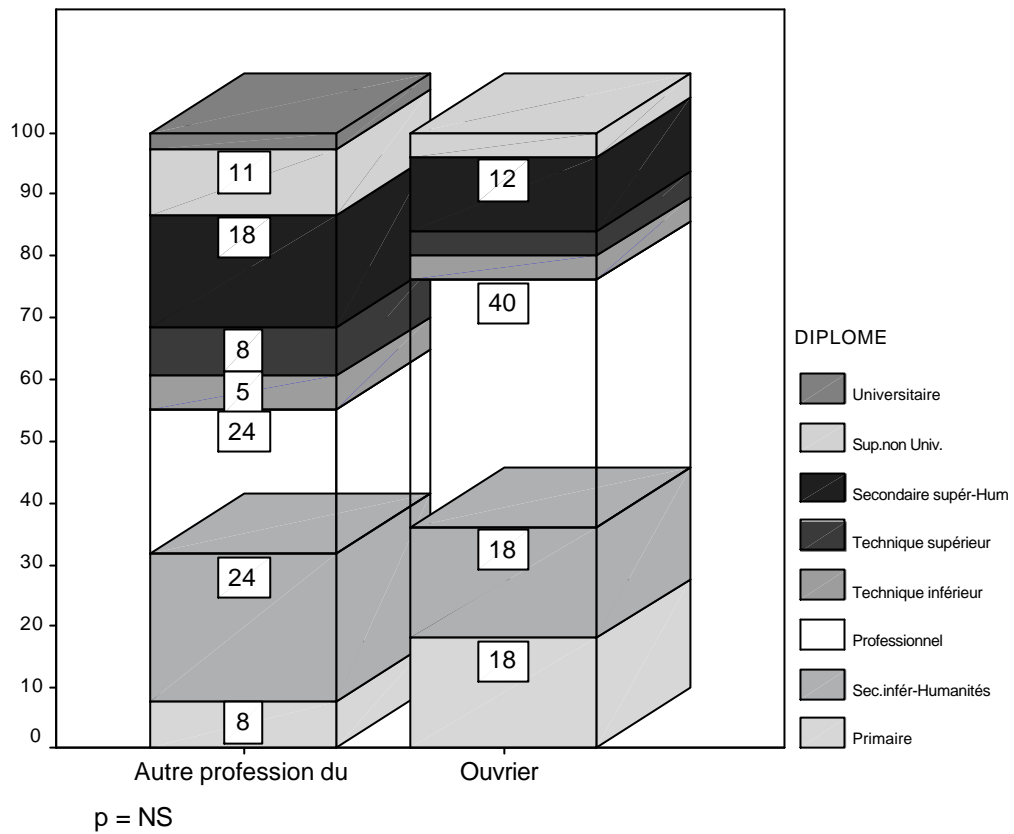
On constate la spécificité des diplômes d'études primaires (30%) et professionnelles (34%) chez les enfants d'ouvriers. Dans les autres milieux d'origine, les études secondaires d'humanités inférieures (23%) et les niveaux supérieurs (47% au total) sont nettement plus représentés.

**Graphe 1.4.3.1. : Niveau d'études atteint selon la profession du père
Ouvrière ou autre - Ensemble de la population**

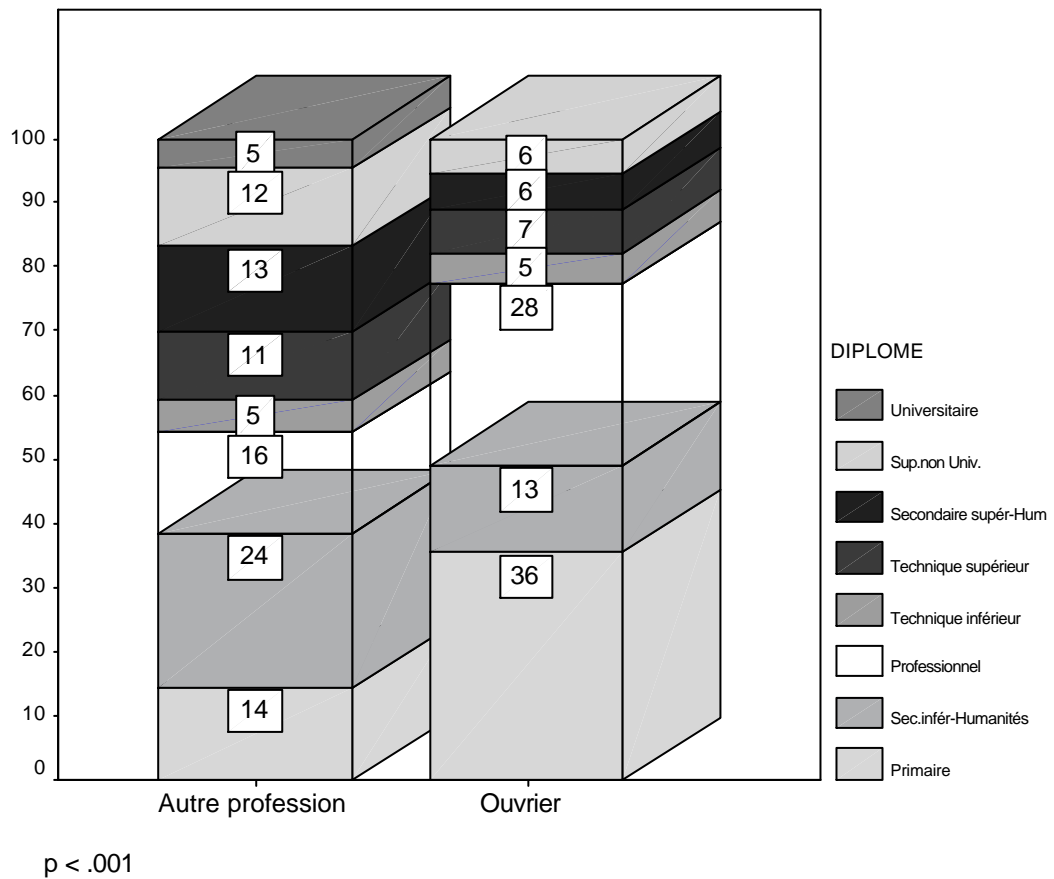


$p < .001$

**Graphe 1.4.3.2 : Niveau d'études atteint selon la profession du père
Ouvrière ou autre – FLANDRE (n = 88)**



**Graphe 1.4.3.3 : Niveau d'études atteint selon la profession du père
Ouvrière ou autre – Wallonie-Bruxelles (n = 246)**



Le résultat fondamental de la comparaison des deux communautés est l'absence de relation significative en Flandre entre milieu d'origine (ouvrier ou non) et niveau d'éducation du patient, alors que cette relation est très significative pour les patients de Wallonie-Bruxelles. **Autrement dit, une forme classique de reproduction sociale (ou même éventuellement une mobilité descendante...) est à l'œuvre chez les francophones alors que les patients flamands sont sortis de cet immobilisme socio-scolaire.** Bien entendu ceci n'est encore qu'une piste de recherche et des analyses plus poussées sont nécessaires. La formulation est sans doute un peu provocante, mais nous tenons à souligner qu'un processus social positif se manifeste par cette disjonction du poids du milieu d'origine en Flandre, alors que l'ascenseur social ne semble pas s'être arrêté à l'étage des patients francophones. Ceci suscite une question importante : s'agit-il d'un processus social global ou d'une situation spécifique à la population toxicomane ? Nous tenterons de répondre à cette question grâce aux données qui seront recueillies dans l'enquête dans la population générale, en utilisant des catégories d'analyse comparables. Nous faisons l'hypothèse d'une absence de spécificité, c'est-à-dire que des dynamiques sociales globales sur-déterminent la situation spécifique de groupes aussi particuliers que les usagers d'héroïne. Les conséquences d'une telle hypothèse sur « l'évaluation » de la délivrance de méthadone sont notamment qu'il ne faut pas garder l'œil rivé sur des aspects médico-techniques du traitement, mais élargir le champ de vision. Le niveau de qualité de vie atteint par les patients, par exemple, n'est peut-être pas lié à la prise en charge thérapeutique ou en tout cas, beaucoup moins qu'on ne le croit généralement, mais bien à un processus social très large qui implique qu'un horizon de possibles soit perçu comme atteignable. Nous verrons plus loin que le niveau de satisfaction des patients flamands est plus élevé que celui des patients de Wallonie-Bruxelles ou que la cure leur apporte plus de mieux-être mental.

Selon notre hypothèse de travail, ce sont les conditions générales permettant globalement une meilleure promotion sociale qui se manifestent au travers de ces indices de bien-être.

1.5. Mode de vie actuel

Le tableau de l'état civil combiné à la situation de vie du patient exprime toute la complexité du mode de vie du patient.

Plus du quart vivent seuls en étant célibataires et quelques 7.5% vivent seuls après avoir vécu en couple, soit 35% vivent isolés.

La vie en couple (de façon autonome, puisque certains peuvent se considérer en couple sans vivre avec...) concerne 39.2% des patients. Parmi eux, 12% sont mariés et 7.2% vivent en couple après au moins une rupture.

Près d'un quart des patients vivent avec au moins un membre de leur famille, dont 12.2% chez leurs deux parents.

Les célibataires sont plus de 73%, les mariés 13.7%, et ceux qui ont connu une forme de séparation sont presque aussi nombreux avec 13.2%.

Tableau 1.5. : Etat civil et situation familiale

	n	% brut	% net
Célibataire, vit seul(e)	111	27,2	27,7
Célibataire, vit en couple	80	19,6	20,0
Célibataire, vit chez parents	51	12,5	12,7
Célibataire, vit chez un parent ou autre mbre famille	48	11,8	12,0
Célibataire en Maison d'accueil ou Communauté	3	,7	,7
Marié(e), vit avec conjoint	48	11,8	12,0
Marié(e), vit seul(e)	7	1,7	1,7
Séparé(e)/divorcé(e), vit seul(e)	23	5,6	5,7
Séparé(e)/divorcé(e), vit en couple	25	6,1	6,2
Séparé(e)/divorcé(e), vit chez parents	1	,2	,2
Veuve, en couple	4	1,0	1,0
Total	401	98,3	100,0
Manquant	7	1,7	
Total	408	100,0	

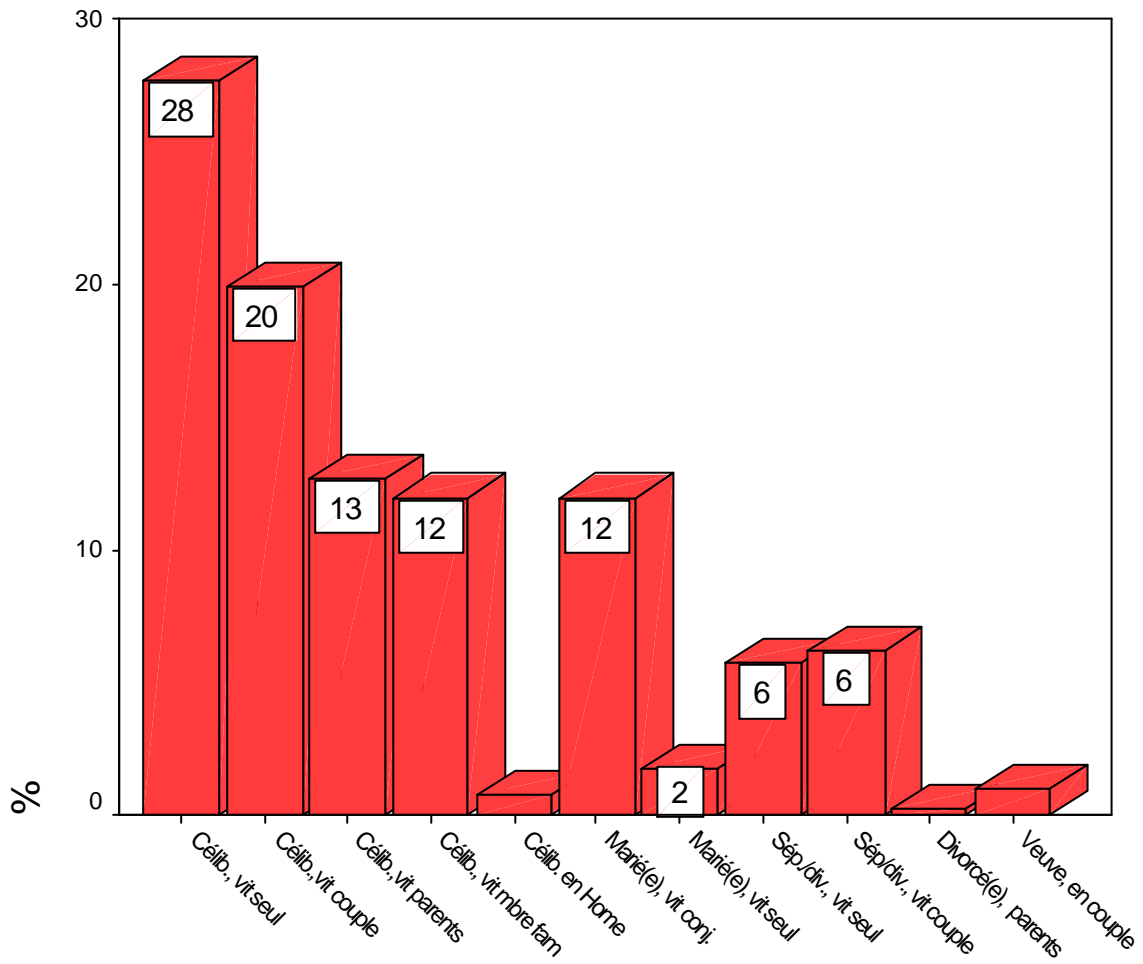
Graphe 1.5.1 : Etat civil et situation familiale

Tableau 1.5.1. : Etat civil et situation familiale selon la Communauté

			Communauté			Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
Etat-civil et lieu de vie	Célibataire, vit seul(e)	n	22	79	10	111
		%	24,4%	30,4%	19,6%	27,7%
	Célibataire, vit en couple	n	14	55	11	80
		%	15,6%	21,2%	21,6%	20,0%
	Célibataire, vit chez parents	n	23	21	7	51
		%	25,6%	8,1%	13,7%	12,7%
	Célibataire, vit chez un parent ou autre mbre famille	n	10	31	7	48
		%	11,1%	11,9%	13,7%	12,0%
	Célibataire en Maison d'accueil ou Communauté	n		3		3
		%		1,2%		,7%
	Marié(e), vit avec conjoint	n	7	28	13	48
		%	7,8%	10,8%	25,5%	12,0%
	Marié(e), vit seul(e)	n	1	6		7
		%	1,1%	2,3%		1,7%
Séparé(e)/div., vit seul(e)	n	3	20		23	
	%	3,3%	7,7%		5,7%	
Séparé(e)/divorc., vit en couple	n	10	12	3	25	
	%	11,1%	4,6%	5,9%	6,2%	
Divorcé(e), vit chez parents	n		1		1	
	%		,4%		,2%	
Veuve, en couple	n		4		4	
	%		1,5%		1,0%	
Total	n	90	260	51	401	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

p < .001

La situation est très contrastée selon la communauté, correspondant en partie aux différences d'âge observées entre les groupes.

Dans le cas du mode de vie chez les parents en étant célibataire, l'importance de la classe des moins de 25 ans permet de comprendre qu'un quart des patients flamands adoptent ce mode de vie.

Par contre d'autres facteurs doivent certainement aussi intervenir pour expliquer le plus grand isolement des patients de Wallonie-Bruxelles : 40.4% vivent seuls alors que seulement 28.8% des patients flamands ont ce mode de vie et seulement 19.6% des patients de France. Ces derniers se distinguent par le fait d'être mariés et de vivre avec leur conjoint pour plus d'un quart d'entre eux.

Bien que relativement polysémique, l'indicateur du mode de vie nous renseigne aussi sur une certaine insertion sociale ou socio-affective. Les patients de France auraient à cet égard une meilleure insertion : non seulement plus vivent maritalement, mais plus vivent aussi globalement en couple (53%) pour 34% des patients flamands et 28% seulement des patients de Wallonie-Bruxelles.

Tableau 1.5.2. : Relation de couple selon la communauté

			Communauté			Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
A une relation de couple	Non	n	56	141	19	216
		%	62,2%	53,6%	36,5%	53,3%
	Oui	n	34	122	33	189
		%	37,8%	46,4%	63,5%	46,7%
Total		n	90	263	52	405
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p = .01

Le tableau 1.5.2 permet de préciser (et de modérer) le constat de l'isolement qui vient d'être développé.

La relation de couple est plus fréquente que le fait de vivre ensemble en couple, bien que l'écart ne soit pas très important.

Pour les patients de Wallonie-Bruxelles qui ont à 46.4% une relation de couple, 38.1% vivent ensemble. L'écart n'est pas significatif pour les patients de Flandre (37.8% pour 34.5% de vie commune). Quant aux patients de France ils sont près de 2/3 à connaître une relation de couple et 53% à vivre ensemble.

1.6. Statut (par rapport à la toxicomanie) de la personne partenaire

Tableau 1.6 : Statut (drogue) du partenaire

	n	% brut	% net
Ne consomme jamais	83	20,3	43,5
Pas toxico/consomme alcool	6	1,5	3,1
Pas toxico/ consomme Cannabis	12	2,9	6,3
Pas toxico /consomme XTC	5	1,2	2,6
Pas toxico/ consomme alcool + cannabis	1	,2	,5
Pas toxico/ consomme alcool + cocaïne + traitement non sub.	1	,2	,5
Pas toxico/consomme autres drogues	1	,2	,5
Consomme alcool/XTC/cana/coke/héro mais pas accro	3	,7	1,6
Pas toxico/utilise opiacés de temps en temps	6	1,5	3,1
Toxicomane en cure substitutive	70	17,2	36,6
Ex-patient méthadone	1	,2	,5
En cure non substitutive	1	,2	,5
Toxicomane pas en cure	1	,2	,5
Total (couple)	191	46,8	100,0
Manquant	217	53,2	
Total (général)	408	100,0	

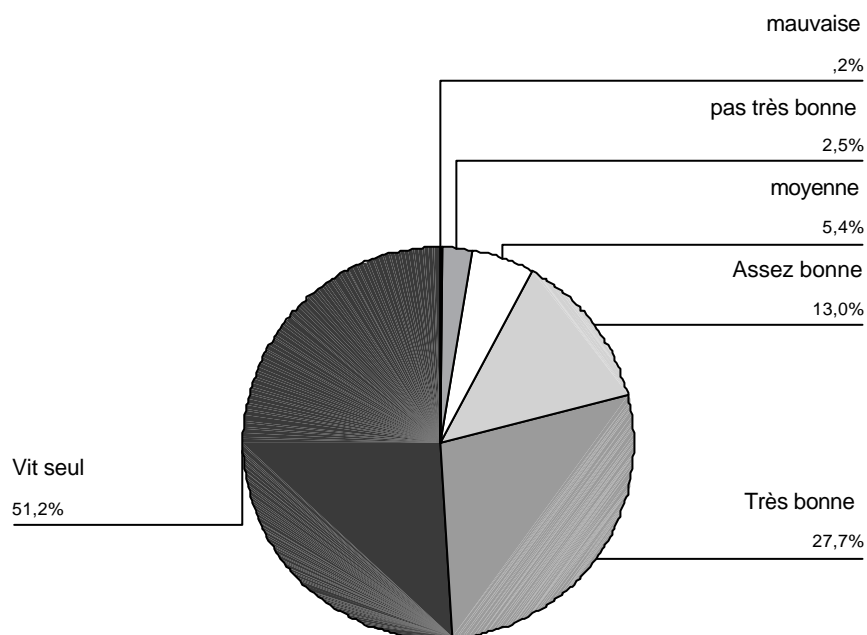
Le nombre de couples en cure substitutive est élevé avec 36.6%. La communauté de destin renforce les liens affectifs. On observe toutefois une présence majoritaire de partenaires non «toxiques» avec 57% (en incluant les autres usagers de drogues non opiacées), dont la plus grande partie est abstinente de drogues (43.5%).

Une catégorie est assez spécifique au questionnaire : un rapport «original» de non-dépendance aux opiacés est mis en avant pour 4.7% des couples. L'existence d'une minorité d'usagers d'opiacés non dépendant (les «chippers» dans la terminologie anglo-saxonne) est mal connue et aucune donnée n'est disponible.

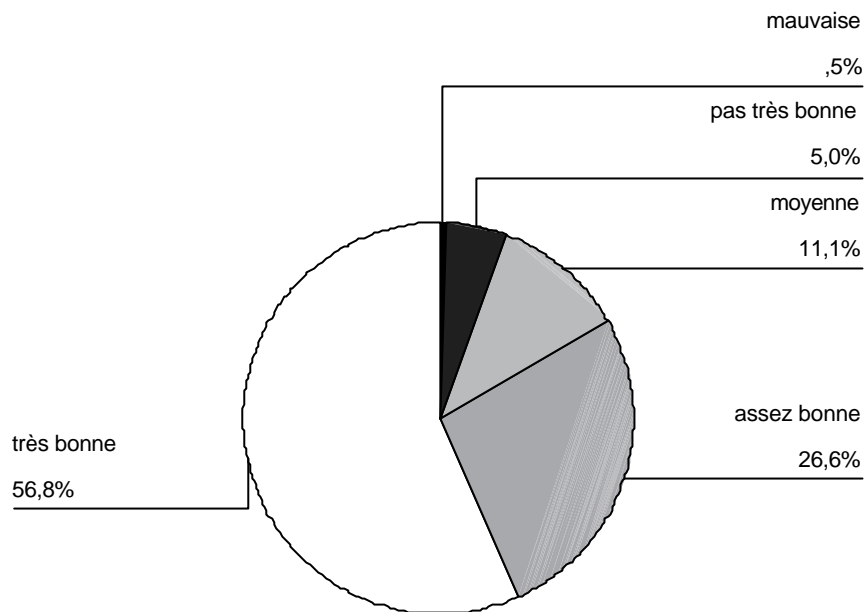
Il serait tentant d'oser une extrapolation : si nous totalisons tous les usagers d'opiacés de cet échantillon de partenaires, le nombre s'établit à n=82. Les 9 usagers non dépendants (selon leur partenaire, bien entendu) représentent alors 11% des usagers d'opiacés. Voici donc, de façon imprévue, une estimation de la prévalence d'usage non dépendant dans un échantillon d'usagers d'héroïne. Bien entendu le caractère aléatoire de l'échantillonnage est sujet à caution. Les partenaires des patients en cure substitutive ne sont pas nécessairement un modèle réduit de l'ensemble des usagers d'héroïne. Il est probable que les partenaires constituent une sélection particulière. Sinon, en fonction des données du tableau 1.6., il faudrait considérer que la proportion de toxicomanes pas en cure représentent 1/82 soit 1.2% de l'ensemble des usagers ! Dans ce cas, on doit considérer que le patient en cure substitutive choisit de ne pas avoir de relations de couple avec un toxicomane actif ou, plus justement, qu'il y a un effet d'entraînement vers une cure conjointe des partenaires qui peuvent ainsi se soutenir mutuellement. On peut donc supposer que les 11% d'usagers non dépendants seraient plus fortement présents (par «aimantation») dans cet échantillon particulier que dans l'ensemble de la population des usagers d'opiacés...

1.7. Entente avec le partenaire

Graphes 1.7.1. : Entente dans le couple (population totale)



Graphes 1.7.2. : Entente dans le couple (couple uniquement)



Il est délicat d'analyser l'entente avec le partenaire, hors comparaison avec une population générale. Il ressort toutefois de l'analyse subséquente que cette dimension des relations affectives avec le partenaire contribue ou est associée au sentiment de bien-être du patient.

Le tableau suivant utilise l'entente avec le partenaire - mesurée de 1 à 5 (Très bonne)- et vérifie si une association est observée avec plusieurs caractéristiques liées à la satisfaction du patient vis-à-vis du traitement suivi :

1. Le sentiment de stabilisation du patient (formulé de façon négative : « je suis encore loin d'être stabilisé »).
2. Le sentiment de liberté procuré par la cure (« Depuis le début de la cure je me sens plus libre » : mesuré de 1 à 5 -Tout -à-fait d'accord-).
3. Le sentiment d'utilité de la cure (« La cure substitutive m'est utile » : même mesure que la caractéristique précédente).
4. La satisfaction vis -à-vis du médecin : « je suis satisfait de mon médecin ».
5. Deux items concernant le rôle du partenaire dans la cure : « Mon partenaire m'a poussé au traitement » et « Mon partenaire me soutient dans ma cure », tous deux mesurés aussi de 1 à 5.

Tableau 1.7.3 : Tableau des corrélations entre l'entente avec le partenaire et certaines caractéristiques de la satisfaction par rapport au traitement

		Depuis le début de la cure je me sens plus libre	La cure substitutive m'est utile	Je suis encore loin d'être stabilisé	Je suis satisfait de mon médecin	Mon partenaire m'a poussé a entreprendre un traitement	Mon partenaire me soutient dans mon traitement
Entente avec la personne cohabitante	Correlation (Pearson)	,260**	,189*	-,195**	,224**	,152*	,217**
	p	,000	,011	,008	,002	,048	,004
	N	182	181	184	189	170	175
Depuis le début de la cure je me sens plus libre	Correlation (Pearson)		,374**	-,285**	,162**	,188**	,104
	p		,000	,000	,002	,002	,093
	N		373	360	363	267	263
La cure substitutive m'est utile	Correlation (Pearson)			-,194**	,215**	,058	,097
	p			,000	,000	,349	,118
	N			360	365	267	263
Je suis encore loin d'être stabilisé	Correlation (Pearson)				-,068	-,059	-,167**
	p				,192	,337	,007
	N				369	269	265
Je suis satisfait de mon médecin	Correlation (Pearson)					,010	-,033
	p					,873	,584
	N					277	272
Mon partenaire m'a poussé a entreprendre un traitement	Correlation (Pearson)						,665**
	p						,000
	N						266

** . Corrélacion significative à $p = 0.01$.

* . Corrélacion significative à $p = 0.05$.

Le tableau 1.7.3 met en évidence de fortes associations entre les caractéristiques choisies.

Le sentiment d'entente avec le partenaire suit celui de la stabilisation ($r = -.195$). Ceux qui se sentent déjà stabilisés ont une meilleure entente avec leur partenaire. La formulation négative de l'item de stabilisation explique le signe négatif de la corrélation. **Bien entendu, une corrélation n'implique pas de relation causale.** Elle signifie surtout qu'on ne peut dissocier l'aspect affectif du sentiment de l'amélioration vécue par le patient. L'entente avec le partenaire est fortement associée au sentiment de liberté procuré par la cure ($r = .26$), mais aussi à la satisfaction vis-à-vis du médecin ($r = .22$).

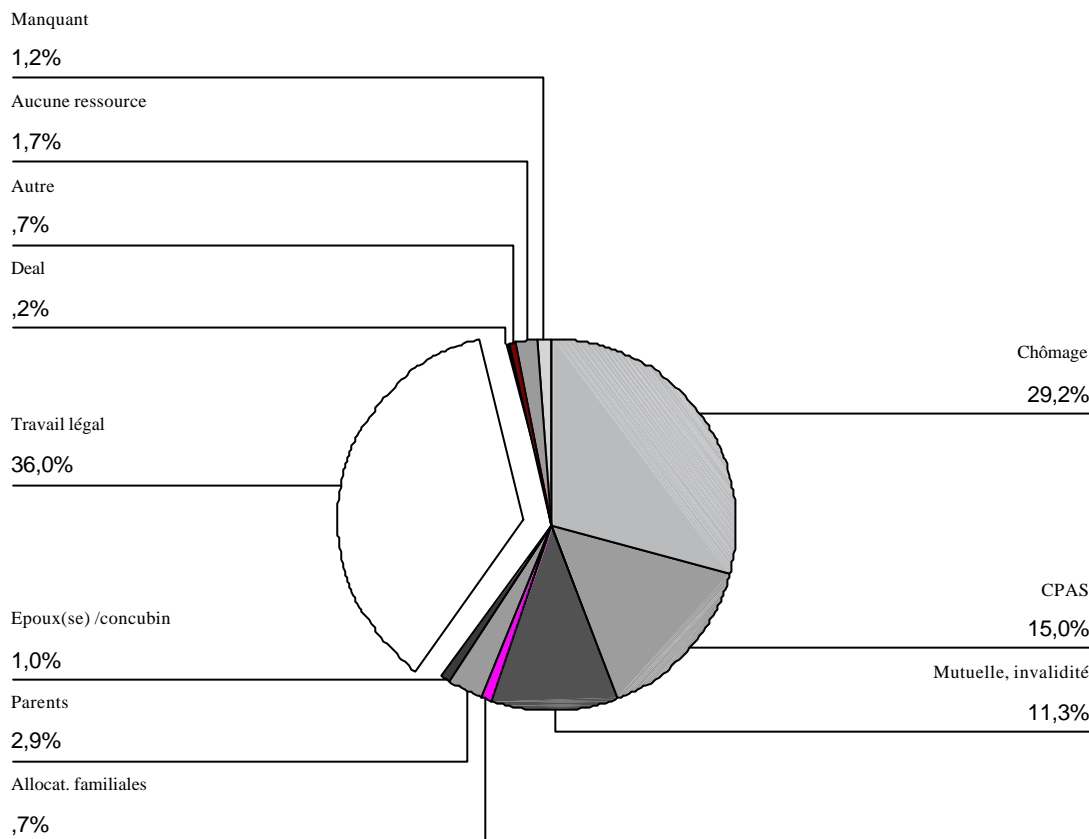
Le sentiment de stabilisation (qui n'est pas défini de façon précise, mais que les patients n'ont aucune difficulté à reconnaître...) est non seulement lié positivement à l'entente avec le partenaire, mais aussi au sentiment de liberté fourni par la cure ($r = -.285$), ou encore à l'utilité de la cure ($r = -.19$).

Plus intéressante encore est la relation entre le sentiment de stabilisation du patient et le soutien apporté par le partenaire dans la cure actuelle ($r = -.17$). Une cure qui progresse positivement pour le patient implique donc le support du partenaire. Cette dimension collatérale et affective dans la « réussite » d'une cure ou dans la perception d'une progression chez le patient est un apport de notre étude à ranger du côté des résultats « cliniques » : les praticiens ont tout intérêt à impliquer de façon pro-active le partenaire du patient dans le processus thérapeutique. D'expérience nous pensons que ceci se développe encore rarement.

1.8. Les ressources du patient

1.8.1. Les ressources principales du patient

Graphe 1.8.1: Ressources principales (Ensemble de la population)



36 % des patients ont un travail légal. L'aide sociale soutient la population à plus de 55%. Les ressources principales hors emploi sont dans l'ordre, les allocations de chômage, du CPAS et de la mutuelle.

Ces résultats globaux recouvrent toutefois des différences importantes entre les communautés.

Le tableau 1.8.2. met en évidence la meilleure insertion socioprofessionnelle des patients de France, suivis des patients de Flandre et le mauvais résultat des patients de Wallonie-Bruxelles.

Nous avons déjà constaté que les patients de France se distinguaient par un moindre isolement social au plan affectif. Leur insertion dans le monde du travail est remarquable avec $\frac{3}{4}$ des patients avec un emploi rémunéré et légal.

Les patients de Flandre ont une meilleure insertion au travail que les francophones : ils sont plus de 44% avec un emploi légal. Les patients de Wallonie-Bruxelles se trouvent dans une mauvaise situation d'emploi avec seulement 26% qui bénéficient d'un emploi légal.

Le questionnaire proposait toutefois plusieurs réponses possibles et les patients ont indiqué des ressources complémentaires éventuelles. Ce qui permet de préciser leur situation en ce qui concerne les revenus du travail au noir.

Si nous totalisons le travail légal et le travail au noir, les différences entre les communautés sont un peu adoucies puisque les patients de Wallonie-Bruxelles exercent proportionnellement plus que les autres une activité au noir : 33% ont au total un emploi quel qu'il soit. Les patients de Flandre se situent à 46.7% de travail (au noir ou non) et les patients de France à 78.4%. Au total, sur l'ensemble de la population étudiée, près de 42% ont une activité au noir ou non. Si nous comparons le taux d'activité des patients de Flandre par rapport aux patients de Wallonie-Bruxelles, en ce qui concerne le travail légal, l'Odds (ou risque relatif) est de 2.29 d'exercer une telle activité ($p = .001$). Par contre si on globalise travail au noir ou non, le risque relatif chez les patients de Flandre par rapport aux W-B n'est plus « que » de 1.78 ($p = .02$).

1.8.2. Ressources principales selon la Communauté

Tableau 1.8.2. : Ressources principales selon la Communauté

			Communauté			Total
			Flamande	Wallonie+ Bruxelles	France	
Ressources principales	Chômage	n	25	91	3	119
		%	27,8%	34,9%	5,8%	29,5%
	CPAS	n	9	51	1	61
		%	10,0%	19,5%	1,9%	15,1%
	Mutuelle, invalidité	n	8	38		46
		%	8,9%	14,6%		11,4%
	Allocations familiales	n		1	2	3
		%		,4%	3,8%	,7%
	Parents	n	6	5	1	12
		%	6,7%	1,9%	1,9%	3,0%
	Epoux(se) ou concubin(e)	n		3	1	4
		%		1,1%	1,9%	1,0%
	Travail légal	n	40	68	39	147
		%	44,4%	26,1%	75,0%	36,5%
	Deal	n			1	1
		%			1,9%	,2%
Autre	n			3	3	
	%			5,8%	,7%	
Aucune ressource	n	2	4	1	7	
	%	2,2%	1,5%	1,9%	1,7%	
Total	n	90	261	52	403	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

$p < .001$

Le plus faible taux d'activité des patients de W-B implique une dépendance aux allocations sociales à plus de 69%. Chez les patients de Flandre (qui dépendent plus que les autres de leurs parents à 6.7%) elle n'est que de 46.7% et chez les Français elle dépasse à peine 11%. Le groupe de patients en W-B qui dépendent du CPAS est élevé avec près d'un patient sur cinq (un sur dix en Flandre).

Effet de la cure substitutive sur l'activité professionnelle ?

Un argument de défense de l'orientation substitutive est celui de la réhabilitation sociale qui serait promue grâce à une prise en charge à moyen terme ou au long cours. Dégagés des contraintes quotidiennes de la recherche de drogues les patients seraient progressivement en mesure de rechercher et de trouver un emploi. Certains travaux anglo-

saxons (Ball J., Ross A., 1991) ont mis en évidence une telle relation positive entre maintenance et emploi. Notre constat est négatif à cet égard.

1.8.3. Ressources et durée de l'usage de méthadone

Tableau 1.8.3. : Travail légal ou au noir selon la durée de l'usage de méthadone

			Carrière d'usage de la méthadone (en années)					Total
			0-1	1-2	2-5	5-9	9+	
Travail légal ou au noir	Autre	n	36	19	71	53	51	230
		%	58,1%	47,5%	60,2%	54,1%	65,4%	58,1%
	Travail légal ou non	n	26	21	47	45	27	166
		%	41,9%	52,5%	39,8%	45,9%	34,6%	41,9%
Total		n	62	40	118	98	78	396
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p = NS

Le tableau 1.8.3. met en évidence **l'absence de relation entre la durée de l'usage de méthadone et le fait pour le patient d'avoir une occupation professionnelle légale ou « au noir ».**

La même analyse a été faite avec la durée de la cure actuelle, et de nombreux sous-groupes spécifiques ont été pris en compte (milieu ouvrier, patients dont le père est décédé, etc..). Nous n'avons trouvé pour aucun groupe un quelconque lien entre la durée de la cure (actuelle ou non) et une amélioration de l'insertion professionnelle. Les analyses ont aussi porté sur les 3 communautés de l'étude, sans résultat. Même si l'étude est rétrospective (ce qui entraîne la contre hypothèse suivante : les patients encore en cure seraient plus ceux qui n'ont jamais eu d'activité professionnelle, et ceux qui en avaient une ont plus souvent quitté la cure. Cette hypothèse devrait selon nous se confirmer pour un nombre réduit de cas seulement.) et que nous ne disposons pas de groupe contrôle d'usagers d'héroïne hors cure substitutive, notre conclusion est donc : la cure substitutive ne contribue pas à l'acquisition d'un emploi pour le patient. La seule modération à cette conclusion décevante serait que la cure puisse contribuer à ce que le patient ne perde pas son emploi. C'est ce qu'ont indiqué spontanément plusieurs patients dans les remarques libres prévues dans le questionnaire, et on ne peut que les croire. Malheureusement le design de cette étude ne permet pas d'en vérifier la portée.

En appui à la conclusion négative sur le rôle de la cure substitutive dans l'acquisition d'un emploi, on constatera que les données concernant l'attitude du patient vis-à-vis du travail ne permettent pas non plus de dégager une évolution favorable en fonction de la durée de l'expérience de la méthadone, bien au contraire.

1.8.4. Expérience du travail et ressenti actuel face au travail

1.8.4.1. Résultats globaux et par communauté

Tous les patients n'ont pas déjà travaillé, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 1.8.4.1. : Expérience du travail rémunéré

	n	% brut	% net
Non, jamais travaillé	51	12,5	12,9
Oui	343	84,1	87,1
Total	394	96,6	100,0
Manquant	14	3,4	
Total	408	100,0	

Près de 13% des patients n'ont jamais travaillé.

Tableau 1.8.4.2. : Expérience du travail rémunéré selon la communauté

			Communauté			Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
Expérience du travail	Non, jamais travaillé	n	6	44	1	51
		%	6,9%	17,1%	2,0%	12,9%
	Oui	n	81	214	48	343
		%	93,1%	82,9%	98,0%	87,1%
Total		n	87	258	49	394
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p = .003

Ici aussi les différences entre communautés sont importantes, avec toujours une situation plus défavorable pour les **patients de Wallonie-Bruxelles**, dont plus de **17% n'ont jamais eu d'occupation professionnelle rémunérée**. Si nous comparons les deux Communautés de Belgique entre elles (différence significative à $p = .02$), **les patients de W-B ont un risque relatif de 2.78 par rapport aux flamands de n'avoir jamais travaillé**.

Tableau 1.8.4.3. : Se sent en état de travailler

	n	% brut	% net
Pas en état de travailler	105	25,7	26,6
Oui, en état de travailler	289	70,8	73,4
Total	394	96,6	100,0
Manquant	14	3,4	
Total	408	100,0	

Près de 27% des patients ne s'estiment pas en état de travailler.

Cette proportion élevée démontre que ces patients se sont installés dans un statut assisté. C'est aussi évidemment une façon de justifier ou d'accepter leur situation actuelle, en réduisant la « dissonance cognitive » (Festinger, 1957) entre l'insatisfaction d'une exclusion socioprofessionnelle et la sauvegarde d'une estime de soi.

Tableau 1.8.4.4. : Se sent en état de travailler selon la communauté

			Communauté			Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
En état de travailler	Pas en état de travailler	n	22	81	2	105
		%	25,0%	31,5%	4,1%	26,6%
	Oui, en état de travailler	n	66	176	47	289
		%	75,0%	68,5%	95,9%	73,4%
Total		n	88	257	49	394
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p < .001

Si les patients de Wallonie-Bruxelles sont près d'un tiers (31.5%) à ne pas se sentir en état de travailler, la différence avec les patients de Flandre dont un quart ressentent une désaffection vis-à-vis du travail, n'est pas statistiquement significative.

Le tableau 1.8.4.4 n'est ainsi significatif que par l'attitude fortement impliquée dans l'occupation professionnelle des patients français. Ceci confirme la motivation de ne pas perdre son travail à l'origine de la demande de cure substitutive des patients de France.

Tableau 1.8.4.5. : Souhaite travailler

	n	% brut	% net
Ne souhaite pas travailler	45	11,0	11,4
Souhaite travailler	350	85,8	88,6
Total	395	96,8	100,0
Manquant	13	3,2	
Total	408	100,0	

Plus de 11% des patients ne souhaitent pas travailler

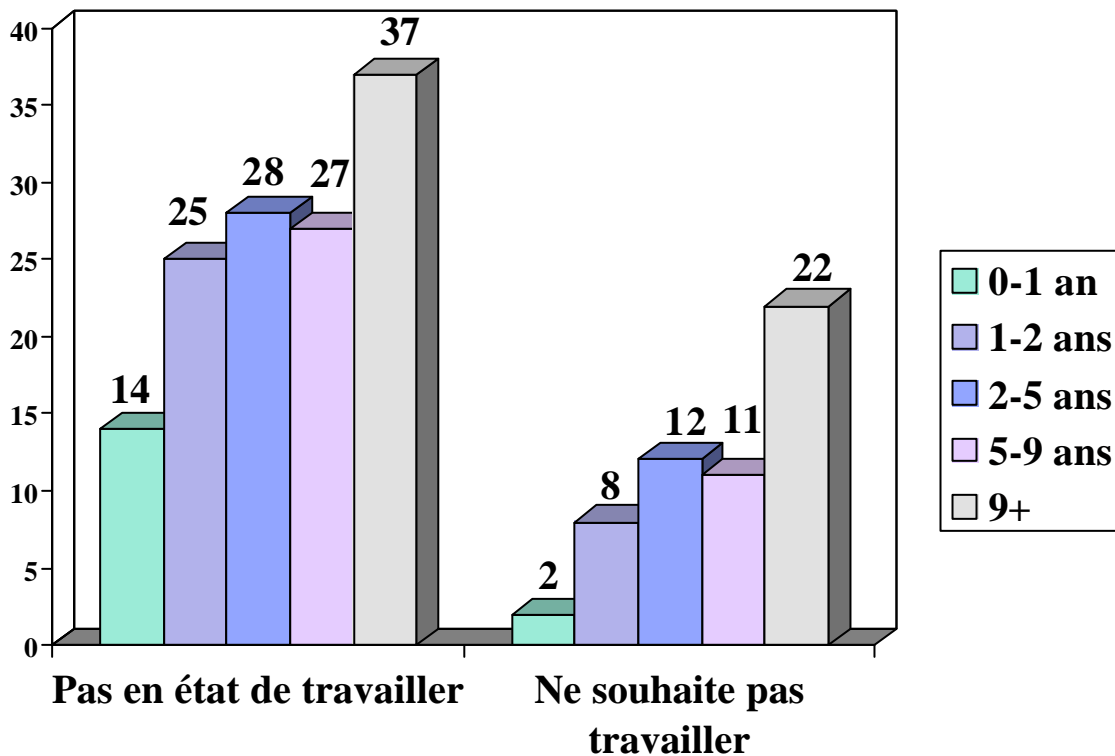
Tableau 1.8.4.6. : Souhaite travailler selon la communauté

	Communauté			Total	
	Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France		
Souhaite travailler	Ne souhaite pas travailler n	12	31	2	45
	%	13,6%	12,0%	4,1%	11,4%
Souhaite travailler	n	76	227	47	350
	%	86,4%	88,0%	95,9%	88,6%
Total	n	88	258	49	395
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p = NS

Aucune différence n'est observée entre les communautés quant au souhait de travailler, malgré la très faible proportion de patients de France qui ont cette orientation. Les patients de Flandre ne se distinguent pas des francophones.

1.8.5. Rôle de la cure substitutive dans le ressenti face au travail

Graph 1.8.5. Ressenti face au travail selon la durée de l'expérience avec la méthadone

(en % de chaque catégorie de durée)

Signification statistique : p = .05

p = .006

Le graphe 1.8.5. illustre la désaffection vis-à-vis du travail ressentie par les patients en fonction de la durée de l'usage de méthadone.

Les patients avec une expérience très récente de la méthadone se sentent nettement plus en état de travailler (86%) et souhaitent travailler (92%), alors que les patients avec plus de 9 années d'usage de méthadone s'opposent nettement. 63% seulement se sentent en état de travailler et 78% souhaitent travailler. Entre ces deux extrêmes, il n'y a quasiment pas d'évolution de l'implication au travail de 1 an à 9 ans d'usage de méthadone.

1.9. Séparation des enfants

Tableau 1.9.1. : Ne vit pas avec ses enfants

	n	% brut	% net
vit avec ses enfants	85	20,8	49,1
ne vit pas av.ses enf.	88	21,6	50,9
Total	173	42,4	100,0
Manquant	235	57,6	
Total	408	100,0	

La séparation des enfants concerne la moitié des patients qui ont des enfants (50.9%).

Plus d'un patient sur cinq fait l'expérience d'une séparation avec ses enfants.

Il s'agit d'une dimension méconnue du vécu des patients en cure substitutive et qui aura tendance à augmenter avec l'âge des patients. Cette séparation concourt de façon négative au bien-être du patient.

Tableau 1.9.2. : « Ne vit pas avec ses enfants » selon la communauté

			Communauté			Total
			Vlaams	Wallonie+ Bruxelles	France	
Déqualification parentale du patient	vit avec ses enfants	n	14	55	16	85
		%	43,8%	45,1%	84,2%	49,1%
	ne vit pas av.ses enf.	n	18	67	3	88
		%	56,3%	54,9%	15,8%	50,9%
Total	n	32	122	19	173	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

p = .005

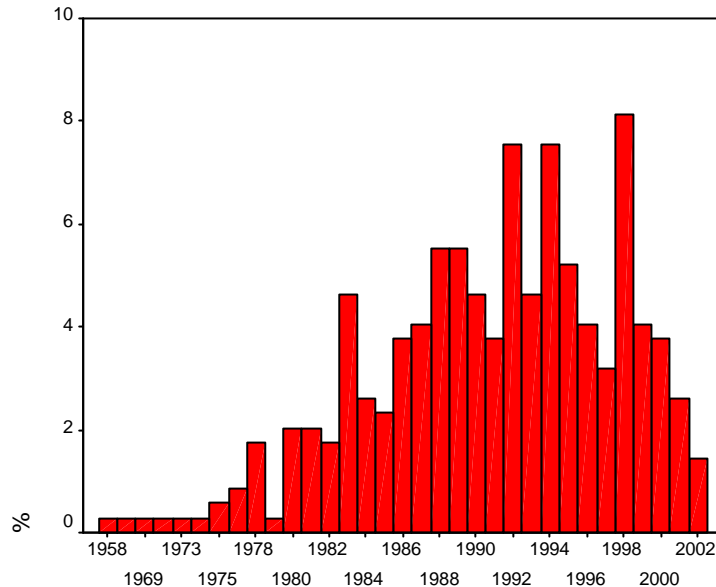
Les différences entre communautés proviennent de la spécificité des patients français dont la plupart vivent avec leurs enfants. La situation est quasi identique pour les deux communautés de Belgique avec autour de 55% de patients parents ne vivant pas avec leurs enfants. Il s'agit là d'une sanction cachée produite par le contrôle social belge.

S'agit-il d'une caractéristique spécifique à la Belgique ou bien la plupart des pays européens produisent-ils aussi une décomposition familiale accentuée chez les toxicomanes ? Les patients de France, demandeurs de soins en Belgique ne sont sans doute pas représentatifs de la population d'utilisateurs d'opiacés de ce pays. Mais ceci reste aussi à démontrer.

2. Le passé du patient

2.1. L'usage de drogues

Graphe 2.1.1 : Année de début de l'usage d'héroïne (patients résidant en Belgique)



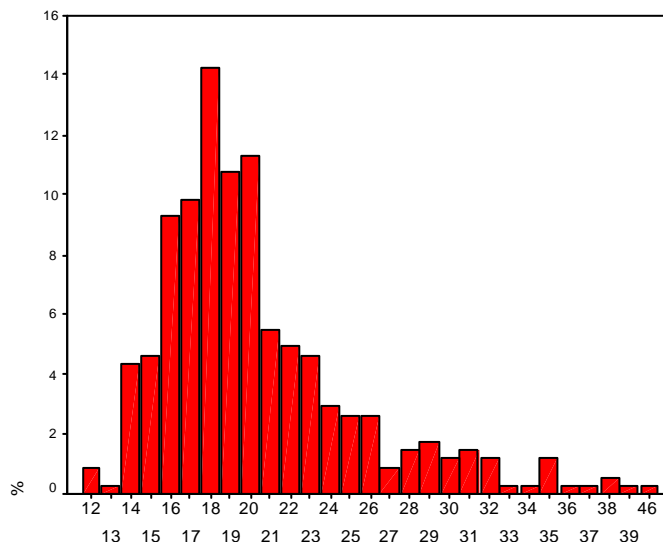
Peut-on parler de **Périodes épidémiques** ?

En visualisant la carrière d'usage de l'héroïne en fonction de l'année de début, on fera un constat prudent de l'existence de périodes épidémiques, autour de 1978, 1983, de 1988-89, 1992-94 et 1998. Il y a nécessité d'un échantillon plus complet pour vérifier si cette périodisation de 4-5 années entre vagues épidémiques se maintient. L'existence d'un groupe de très anciens usagers avec plus de 15 ans d'usage est à souligner.

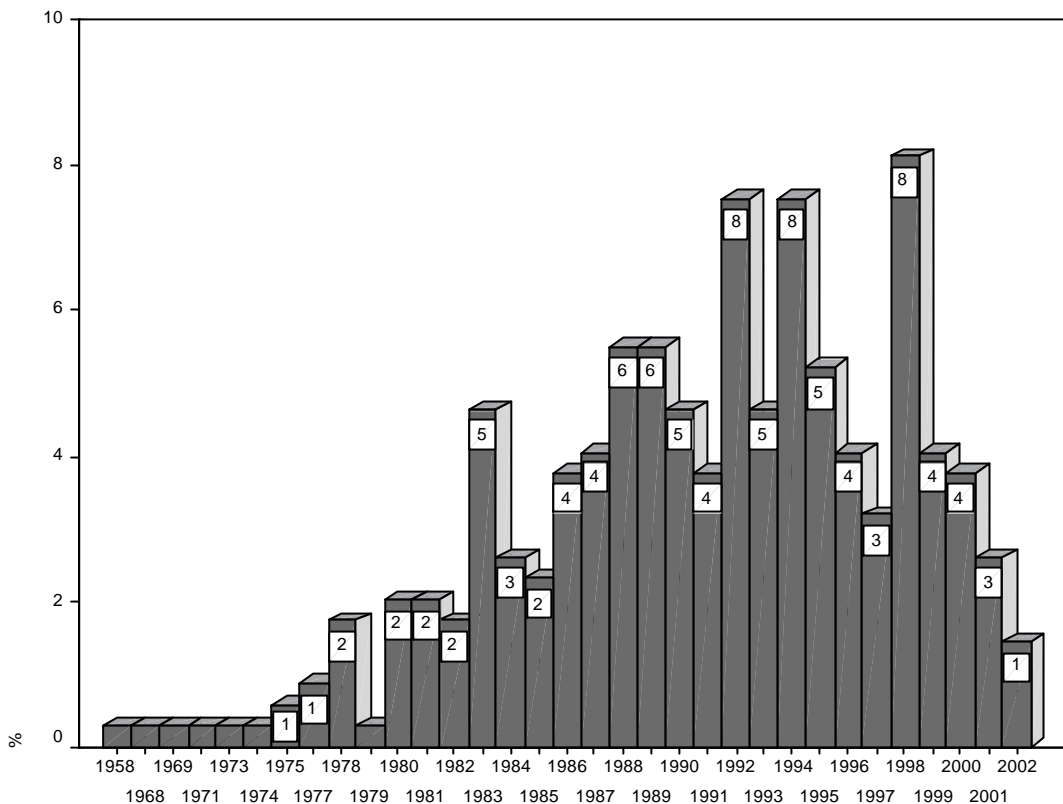
Les Graphes 2.1.2 et 2.2.2 (page suivante) présentent la distribution par Communauté. Les patients avec usage récent (depuis 1998) représentent 32% en Flandre et seulement 16% dans la Communauté française. La moitié des patients de Wallonie-Bruxelles ont commencé avant 1990 pour 31% en Flandre.

2.2. Chronologie individuelle de l'usage d'héroïne

Graphe 2.2 : Age de début de l'usage d'héroïne (patients résidant en Belgique)

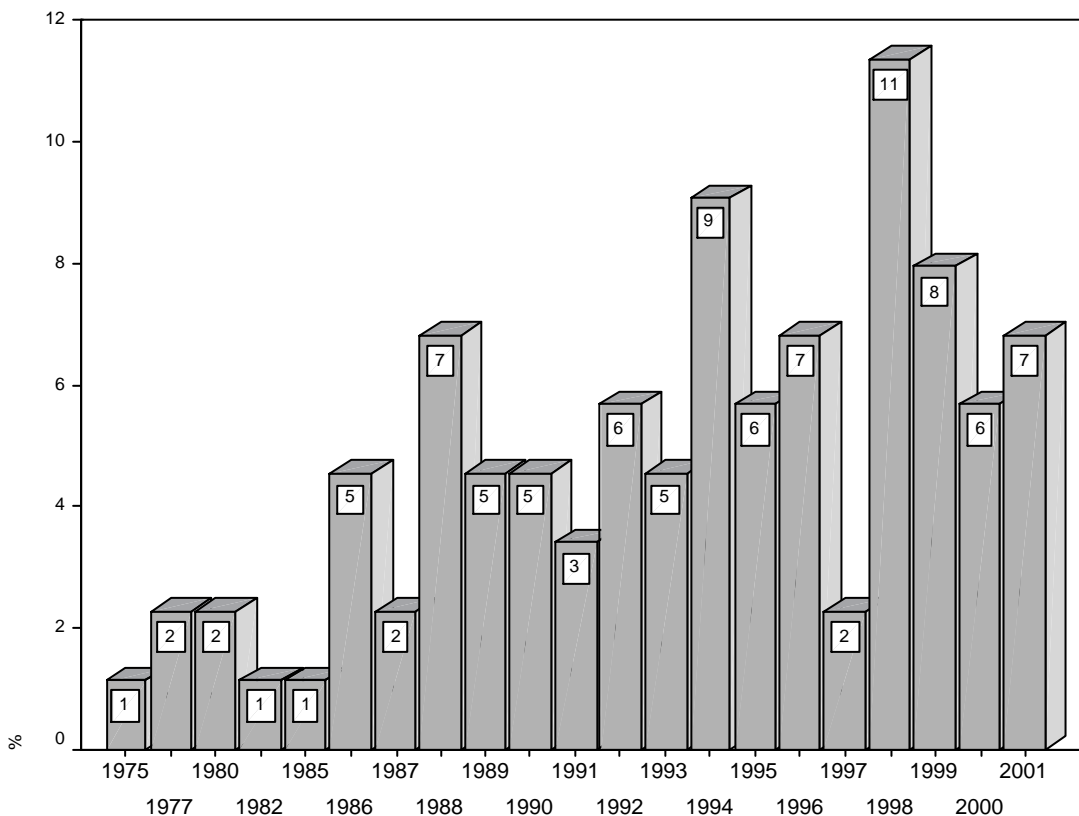


**Graphe 2.1.2 : Année de début de l’usage d’héroïne
– Patients de Wallonie-Bruxelles (n=237)**



Année début héro

Graphe 2.1.3 : Année de début de l’usage d’héroïne – Patients de Flandre (n =88)



Année début héro

Tableau 2.2 : Age moyen et précisions statistiques sur l'âge de début de l'usage d'héroïne

Age au début de l'héro		
N		345
	Manquant	12
Moyenne		20,39
Médiane		19,00
E-type		5,16
Minimum		12
Maximum		46
Percentiles	25	17,00
	50	19,00
	75	22,00

Au niveau individuel, l'âge de début de l'usage d'héroïne manifeste un pic à 18 ans, mais se situe autour de 20 ans et demi avec un quart de très jeunes débutants avant 17 ans et un quart de vieux débutants après 22 ans. Depuis le début des années 80 où l'héroïne débutait en moyenne à 17.5 ans (Ledoux, 1982), on assiste à une très lente progression vers un retard de l'enclenchement de la toxicomanie.

Tableau 2.2.1. : Age de début de l'usage d'héroïne selon la Communauté

Age au début de l'héro				
Communautés	Moyenne	N	Minimum	Maximum
Flandre	20,35	88	12	35
Wallonie+Bruxelles	20,40	257	12	46
France	21,63	49	15	40
Total	20,54	394	12	46

NS

Aucune différence n'est observée entre les communautés. Les plus jeunes en Flandre comme dans la Communauté française ont 12 ans. En Flandre aucun n'a commencé après 35 ans.

2.3. Mode d'usage

2.3.1. L'injection et la chronologie de son abandon

Près de 45% ont une expérience de l'usage par voie intraveineuse. Ce mode d'usage commence un an en moyenne après la première expérience.

Tableau 2.3.1.1 : Mode d'usage par IV (ensemble de la population)

	n	% brut	% net
Non	224	54,9	55,3
Oui	181	44,4	44,7
Total	405	99,3	100,0
Manquant	3	,7	
Total	408	100,0	

Tableau 2.3.1.2 : Mode d'usage par IV selon la communauté

			Communauté			Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
A déjà utilisé par IV	Non	n	49	137	38	224
		%	54,4%	51,7%	76,0%	55,3%
	Oui	n	41	128	12	181
		%	45,6%	48,3%	24,0%	44,7%
Total		n	90	265	50	405
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p = .006

Les patients de France se distinguent par une expérience deux fois moins fréquente de l'usage par IV que les patients de Belgique. Aucune différence significative n'est observée entre patients flamands et francophones.

Bien entendu le fait d'avoir eu une expérience de l'usage par IV ne signifie pas que ces patients recouraient à l'injection au moment de leur prise en charge actuelle. Il nous est apparu important de préciser la dynamique de l'abandon de l'usage par injection en tenant compte du moment où cela s'est produit. L'accent a été mis sur la dynamique par rapport au début de l'usage de méthadone.

Tableau 2.3.1.3 : Dynamique de l'abandon de l'usage par IV

	n	% brut	% net
Pas d'arrêt de l'IV	24	5,9	15,6
Arrêt IV avant début méthadone	37	9,1	24,0
Arrêt depuis début méthadone	93	22,8	60,4
Total	154	37,7	100,0
Manquant	254	62,3	
Total	408	100,0	

La construction de cette variable nécessitait bien entendu la précision par le patient de l'âge d'arrêt de l'injection ainsi que celui du début de l'usage de méthadone, d'où un nombre élevé de non réponses (154 ont satisfait aux deux critères sur 181 patients qui ont déjà utilisé la voie intraveineuse- voir tableau précédent-). Le pourcentage net (sans les non réponses) est donc le seul utile dans le tableau 2.3.1.3.

Parmi les patients qui ont déjà utilisé l'injection, nous constatons que la grande majorité l'ont abandonné (84.4%). Parmi tous ceux qui ont abandonné l'injection, une minorité de 28.5% (37/130) a arrêté avant le début de l'utilisation de la méthadone.

Parmi ceux qui ont déjà injecté il reste néanmoins 15.6% qui continuent.

L'information la plus importante fournie par le tableau 2.3.1.3 se lit : L'effet de prévention du risque de l'injection attribuable (en tout ou en partie) à la délivrance de la méthadone correspond à 60.4% des usagers par IV.

Tableau 2.3.1.4 : Dynamique de l'abandon de l'usage par IV selon la communauté

		Communauté			Total
		Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
Pas d'arrêt de l'IV	n	8	16		24
	%	21,6%	14,8%		15,6%
Arrêt IV avant début méthadone	n	10	20	7	37
	%	27,0%	18,5%	77,8%	24,0%
Arrêt depuis début méthadone	n	19	72	2	93
	%	51,4%	66,7%	22,2%	60,4%
Total	n	37	108	9	154
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p < .001

Le tableau 2.3.1.4 obtient une signification statistique par ses différences grâce l'introduction du petit groupe de patients français dont l'abandon de l'usage de l'injection précède majoritairement la cure substitutive.

Malgré les apparences, après vérification statistique, aucune différence significative n'est manifeste entre patients flamands et francophones (en partie à cause du nombre réduit de cas).

Tableau 2.3.1.5 : Evolution historique de l'usage par IV (ensemble de la population)

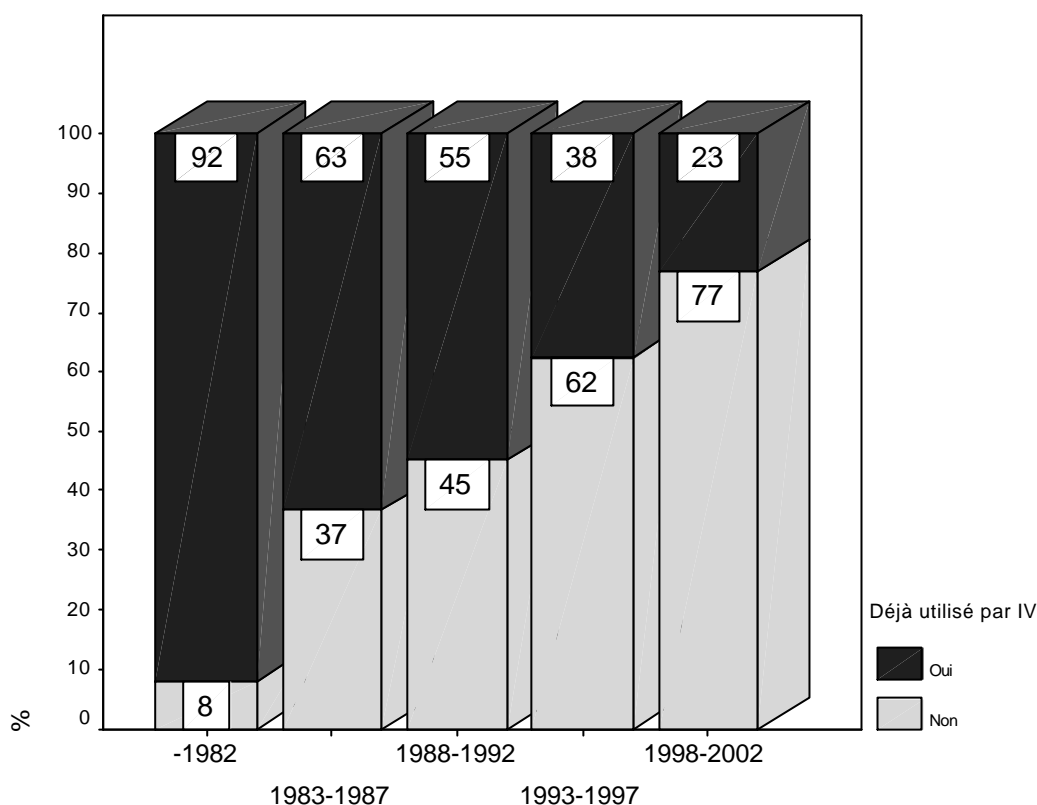
			Année de début de la toxicomanie					Total
			-1982	1983-1987	1988-1992	1993-1997	1998-2002	
A déjà utilisé par IV	Non	n	3	23	50	78	58	212
		% Ligne	1,4%	10,8%	23,6%	36,8%	27,4%	100,0%
		% Colonne	7,7%	37,1%	48,1%	68,4%	77,3%	53,8%
	Oui	n	36	39	54	36	17	182
		% Ligne	19,8%	21,4%	29,7%	19,8%	9,3%	100,0%
		% Colonne	92,3%	62,9%	51,9%	31,6%	22,7%	46,2%
Total	n	39	62	104	114	75	394	
	% Ligne	9,9%	15,7%	26,4%	28,9%	19,0%	100,0%	
	% Colonne	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

p < .001

L'étude nous permet de dresser un tableau de « l'histoire naturelle » de la réduction des risques !

La diminution du risque d'usage par voie intraveineuse est spectaculaire depuis les années quatre-vingt. La première période historique est celle des années pré-sida. Années « d'innocence » où l'usage par IV était massif (92%)...Chaque période successive se marque par une réduction de la part d'usagers par injection. Les patients les plus récents qui ont commencé l'héroïne depuis 1998 ne sont plus que moins d'un quart (22.7%) à recourir à l'injection.

Graphe 2.3.1.5: Evolution historique de l'usage par IV (ensemble de la population)
Usage par IV selon l'année de début de l'héroïne (%)



$p < .001$

L'évolution favorable constatée globalement, l'est aussi par communauté, comme l'illustrent les deux graphes en ANNEXE (Graphe 2.3.1.5.1. et Graphe 2.3.1.5.2).

Nous avons montré le rôle de la délivrance de méthadone dans cette dynamique, ce qui nous permet un commentaire sur une différence que nous observons entre les communautés pour les périodes 1983-87 et 1988-92. Alors que l'usage par injection avait reculé à 62% puis à 51% chez les francophones, elle était encore à 71% puis à 64% en Flandre.

Nous imputons cet écart au retard des cures substitutives en Flandre. Ecart, qui, avec l'extension des cures substitutives en Flandre, est tout- à-fait comblé depuis.

2.3.2. Les comportements dommageables liés à l'injection

Parmi les comportements problématiques liés à l'usage intraveineux, le partage avec d'autres de la seringue ou du matériel est une source d'infections diverses. Les tableaux suivants mettent en évidence la prévalence passée de ces comportements.

Tableau 2.3.2.1. : Le partage de la seringue avec les amis

	n	% brut	% net
Non	88	21,6	50,9
De temps en temps	69	16,9	39,9
Assez souvent	12	2,9	6,9
Très souvent	4	1,0	2,3
Total	173	42,4	100,0
Manquant	235	57,6	
Total	408	100,0	

Tableau 2.3.2.2. : Le partage du matériel (tampons, cuillères,...) avec les amis

	n	% brut	% net
Non	75	18,4	43,4
De temps en temps	68	16,7	39,3
Assez souvent	21	5,1	12,1
Très souvent	9	2,2	5,2
Total	173	42,4	100,0
Manquant	235	57,6	
Total	408	100,0	

La présentation des fréquences brutes ou nettes permet ici d'indiquer la proportion de mode d'usage dommageable parmi l'ensemble des patients (% brut) ou de ceux qui recourent à l'injection (% net).

La moitié (49.6%) des usagers par IV ont déjà partagé leur seringue au moins une fois et 56.6% leur matériel (cuillères, tampons...). La fréquence était le plus souvent occasionnelle. Etant donné le risque lié au partage quel qu'il soit, il est important de combiner les deux modalités, ce qu'illustre le tableau 2.3.2.3.

Tableau 2.3.2.3. : Le partage de la seringue ou du matériel (tampons, cuillères,...) avec les amis

	n	% brut	% net
Jamais partagé	66	16,2	38,2
A partagé seringue ou matériel	107	26,2	61,8
Total	173	42,4	100,0
Manquant	235	57,6	
Total	408	100,0	

Nous constatons qu'une large majorité de près de 62% d'utilisateurs de la voie intraveineuse ont déjà partagé leurs ustensiles.

Les rapports entre l'ancienneté de la toxicomanie et le partage ou non des seringues ou du matériel méritent aussi un examen attentif. C'est une chose, en effet, de montrer la réduction du risque d'injection, ce qui n'est somme toute qu'une confirmation d'une situation connue intuitivement des praticiens de terrain, mais l'évolution du risque lié au partage parmi les usagers qui recourent à l'injection constitue une véritable inconnue.

Tableau 2.3.2.4. : Partage de la seringue ou du matériel selon l'année de début de la toxicomanie

			Année de début de la toxicomanie					Total
			-1982	1983-1987	1988-1992	1993-1997	1998-2002	
Partage	Jamais partagé	n	10	11	18	16	10	65
		% Ligne	15,4%	16,9%	27,7%	24,6%	15,4%	100,0%
		% Colonne	27,8%	29,7%	36,0%	47,1%	66,7%	37,8%
	A partagé seringue ou matériel	n	26	26	32	18	5	107
		% Ligne	24,3%	24,3%	29,9%	16,8%	4,7%	100,0%
		% Colonne	72,2%	70,3%	64,0%	52,9%	33,3%	62,2%
Total	n	36	37	50	34	15	172	
	% Ligne	20,9%	21,5%	29,1%	19,8%	8,7%	100,0%	
	% Colonne	100,0%	100%	100%	100%	100,0%	100,0%	

p = .057

Le tableau 2.3.2.4. met en évidence une évolution moins nette de la réduction du partage que de l'injection (signification statistique insuffisante à $p = .057$). La réduction de l'expérience du partage ne prend son essor que plus tardivement chez les usagers par injection. Une résistance s'est donc manifestée chez ces usagers à comportement dommageable.

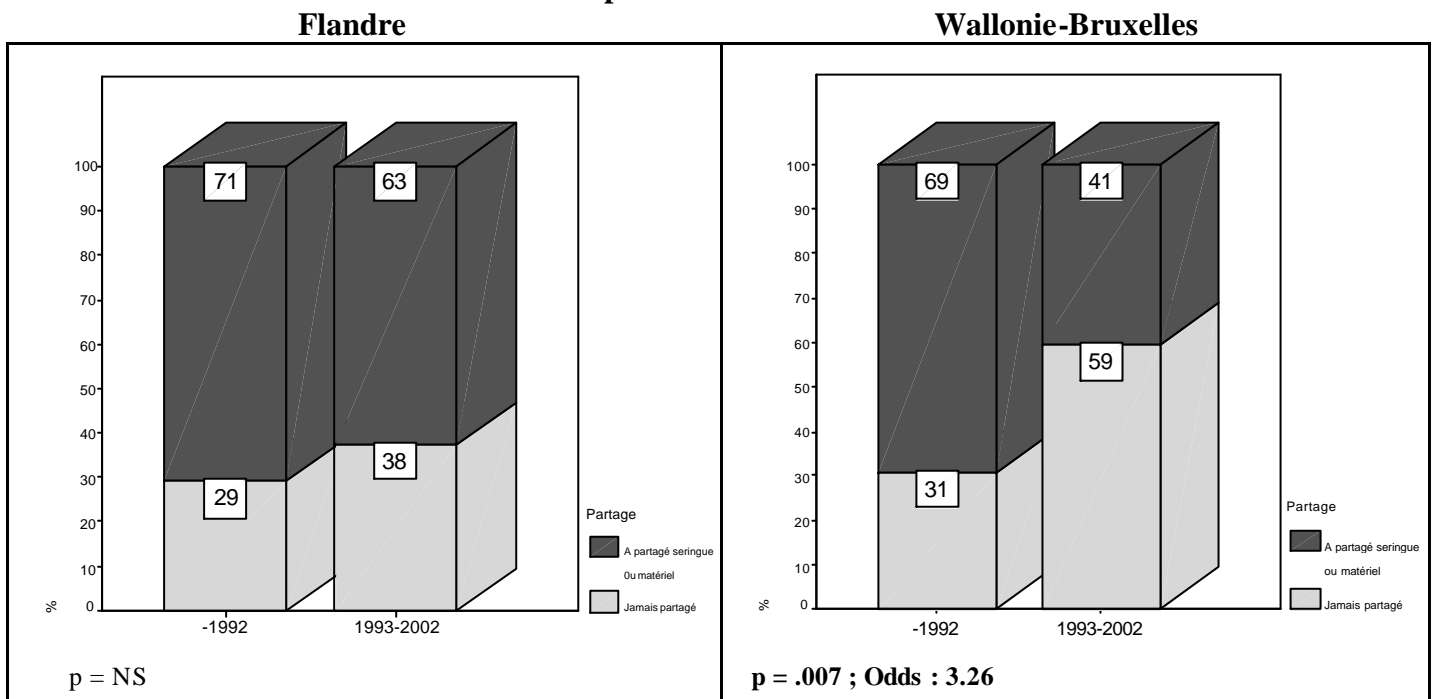
Toutefois, si nous répartissons la population en deux groupes, avant et après 1993, la réduction du partage devient significative à $p < .01$.

68.3% des plus anciens partageaient leurs ustensiles pour 46.9% des usagers par injection depuis 1993. Le risque relatif des plus anciens est de 2.43.

Comparée à la réduction du risque d'injection, la moindre réduction du partage est toutefois nette : 62.9% des usagers d'héroïne d'avant 1993 se sont déjà injectés pour 28% de ceux qui ont débuté leur addiction depuis 1993. Il est 4.35 fois plus probable (Risque Relatif) pour les usagers les plus anciens de s'être injectés.

Nous tenons à souligner une différence entre communautés. Comme le précise le double graphique suivant, les patients flamands n'ont pas évolué de façon significative sur la réduction du partage, alors que tel est bien le cas pour les patients de Wallonie-Bruxelles.

Graph 2.3.2.5 : Partage de la seringue ou du matériel selon le début de la toxicomanie par Communauté



Les patients de Wallonie-Bruxelles ont une plus forte probabilité (Risque Relatif de 3.26 ; soit 226% de chance en plus) de n'avoir jamais partagé d'ustensiles chez les usagers plus récents depuis 1993 (41% de partage) par rapport à la période antérieure (69%).

Chez les patients de Flandre, il y a encore 63% d'expérience de partage chez ceux qui ont débuté leur addiction depuis 1993 et l'évolution n'est pas significative par rapport aux patients avec une addiction plus ancienne.

L'enseignement à tirer de cette analyse de la réduction des risques est l'existence d'un processus naturel qui démarre avec le désenchantement du sida et se poursuit encore après, en concernant aussi ceux qui poursuivent l'usage par injection par la réduction du partage. Le bémol est apporté par l'évolution moins favorable pour les usagers en Flandre, ce qui serait à comprendre par le retard de la délivrance de méthadone.

2.4. L'usage de la Méthadone au « noir » :

Tableau 2.4 : Usage de méthadone « au noir »

	n	% brut	% net
Non	249	61,0	61,9
Oui, métha au noir	153	37,5	38,1
Total	402	98,5	100,0
Manquant	6	1,5	
Total	408	100,0	

La proportion élevée de 38.1% d'essais de méthadone non prescrite ne doit pas faire oublier qu'il s'agit d'un usage le plus généralement très ponctuel. Beaucoup ont indiqué « quelques fois » et rares sont les longues durées de plus d'un mois.

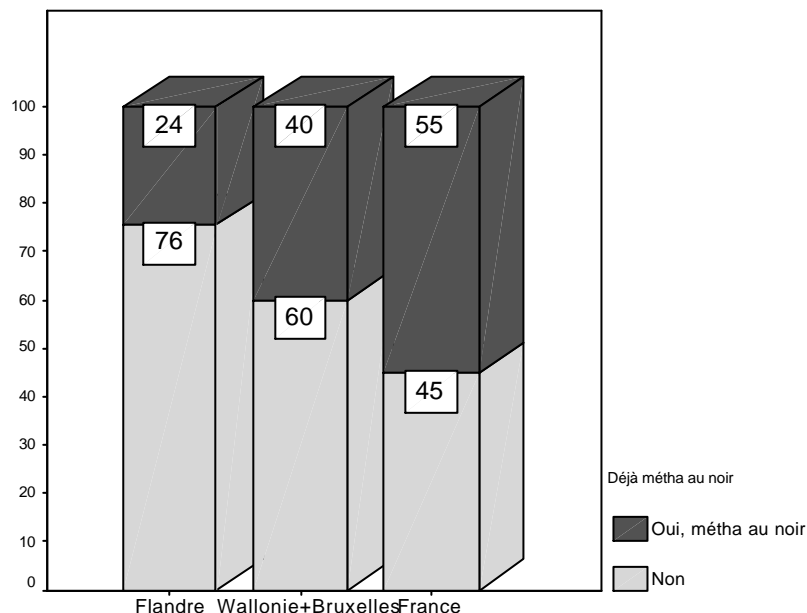
2.4.1. Usage de méthadone « au noir » selon la Communauté

Tableau 2.4.1 : Usage de Méthadone au noir selon la communauté

			Communauté			Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
A déjà utilisé de la méthadone au noir	Non	n	68	158	22	248
		%	75,6%	60,1%	44,9%	61,7%
	Oui, métha au noir	n	22	105	27	154
		%	24,4%	39,9%	55,1%	38,3%
Total		n	90	263	49	402
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p <.001 Différence entre Flandre et Wallonie-Bruxelles p <.01 ; Odds : 2.054

Graphe 2.4.1 : Usage de Méthadone au noir selon la communauté



p =.001

L'usage de la méthadone sans prescription a été la plus répandue chez les patients de France, ce qui se comprend aisément étant donné les contraintes sur la prise en charge en cure substitutive dans ce pays.

Nous fournissons ici pour la première fois une comparaison entre l'usage au noir dans les deux communautés belges.

Le constat est net : il est deux fois plus probable pour un patient de Wallonie-Bruxelles par rapport à un patient de Flandre d'avoir déjà utilisé de la méthadone du marché noir.

2.4.2. Usage de méthadone « au noir » selon l'année de début de l'usage d'héroïne

Tableau 2.4.2 : Usage de Méthadone au noir selon l'année de début de l'usage d'héroïne

			Année début héroïne		Total
			-1992	1993-2002	
A déjà utilisé de la méthadone au noir	Non	n	110	128	238
		%	54,5%	67,7%	60,9%
	Oui, métha au noir	n	92	61	153
		%	45,5%	32,3%	39,1%
Total		n	202	189	391
		%	100,0%	100,0%	100,0%

p = .007 ; Odds : .57 / inv: 1.75

En comparant les deux groupes « historiques » du début de l'addiction, nous constatons que l'usage de la méthadone sans prescription a concerné 45.5% des usagers anciens et un tiers des usagers plus récents. Même avec 75% de chance en plus de ne pas avoir utilisé la méthadone « au noir » chez ceux qui ont commencé après la Conférence de Consensus sur la méthadone, on aurait pu s'attendre à un effet plus important de la libéralisation de la délivrance de méthadone sur une réduction de l'usage sans prescription.

2.4.3. Chronologie de l'usage de la méthadone « au noir » et prescrite

Tableau 2.4.3 : Chronologie de l'usage au noir

	n	% brut	% net
Pas de métha noire	250	61,3	65,8
métha noire après métha prescrite	29	7,1	7,6
métha noire avant métha prescrite	53	13,0	13,9
métha noire simultanément	48	11,8	12,6
Total	380	93,1	100,0
Manquant	28	6,9	
Total	408	100,0	

Le tableau 2.4.3 fait ressortir l'antériorité de l'usage de méthadone au noir par rapport à la première cure substitutive : 53/130 patients, soit 40.8% des patients qui ont une expérience de la méthadone du marché noir, l'ont utilisée avant d'avoir eu une prescription d'un médecin.

Ce tableau a été construit à partir des âges de début de la méthadone prescrite et au noir. Pour 48 patients (36.9%) le même âge pour les deux a été indiqué, ce que nous avons qualifié d'usage simultané.

Dans ce cas, il est toutefois probable que la méthadone non prescrite a précédé de peu la prescription par un médecin.

2.4.4. Les motifs du recours à la méthadone « au noir »

Sur la motivation à recourir à de la méthadone non prescrite, plus de 48% indiquent « pour éviter par moi-même d'utiliser l'héroïne », ce qui reste de l'ordre de l'auto médication plus qu'un usage comme drogue.

Mais de façon plus ambiguë il y a aussi près de 38% des usagers de méthadone au noir qui précisent « parce que l'héroïne était trop chère.. »

L'analyse du motif d'usage « au noir » en fonction du début de l'addiction est très significative.

Tableau 2.4.4.1. : Motif de type « auto médication » de l'usage de la méthadone « au noir » selon l'année de début de l'usage d'héroïne (parmi les usagers « au noir »)

			Année de début de l'héroïne		Total
			-1993	1994-2002	
Usage au noir par Auto médication	Autre motif	n	53	17	70
		%	60,2%	36,2%	51,9%
	Eviter par moi-meme de reprendre de l'héroïne	n	35	30	65
		%	39,8%	63,8%	48,1%
Total		n	88	47	135
		%	100,0%	100,0%	100,0%

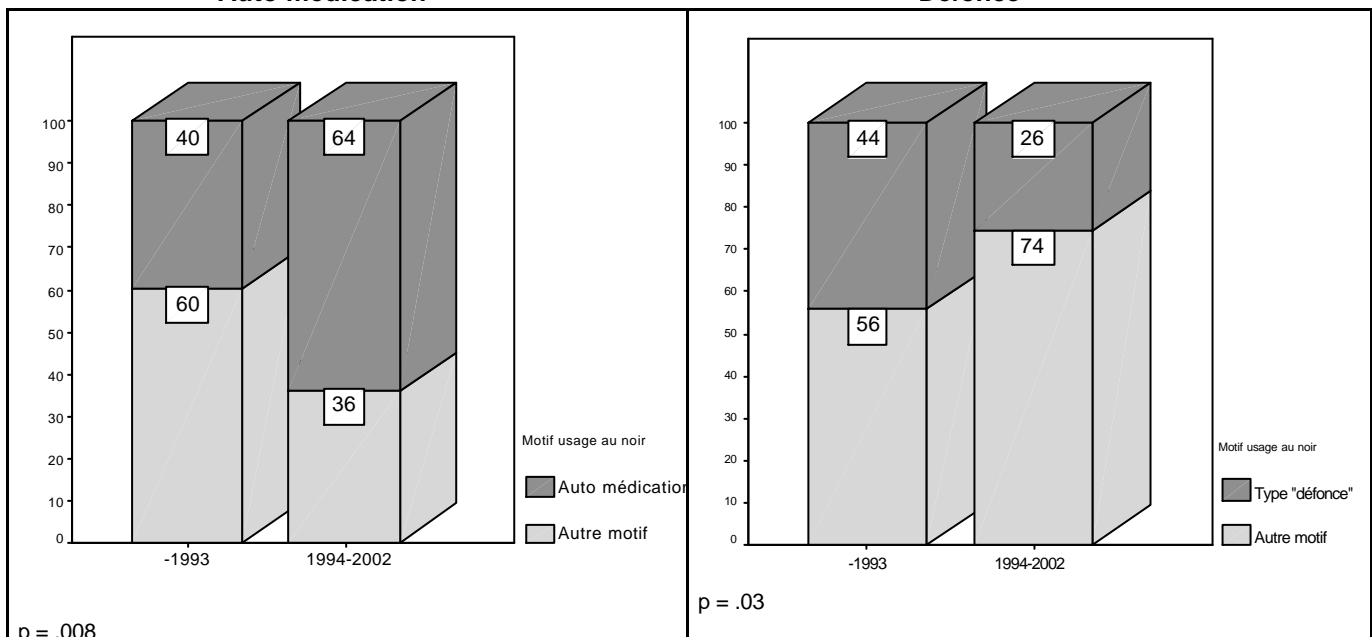
p = .008 ; Odds : 2.67 (IC à 95% : 1.29 à 5.56)

Tableau 2.4.4.2. : Motif de type « ambigu » de l'usage de la méthadone « au noir » selon l'année de début de l'usage d'héroïne (parmi les usagers « au noir »)

			Année de début de l'héro		Total
			-1993	1994-2002	
Motif de l'usage au noir de type "défoncé"	Autre motif	n	49	35	84
		%	55,7%	74,5%	62,2%
	manque d'argent pour héroïne	n	39	12	51
		%	44,3%	25,5%	37,8%
Total		n	88	47	135
		%	100,0%	100,0%	100,0%

p = .03 ; Odds : .431 (Inverse : 2.32)

Graphe 2.4.4. : Evolution du motif de l'usage de Méthadone « au noir »



Les deux Tableaux 2.4.4.1 et 2.4.4.2 font surgir une inversion temporelle de la motivation à recourir à la méthadone sur le marché noir. **Les usagers récents par rapport à ceux « d'avant le Consensus sur la Méthadone » ont une probabilité de 2.67 à l'avoir plus**

utilisée par souci d'automédication (63.8%). Ils ont aussi une probabilité moindre (2.32 fois moins probable) de l'avoir utilisée « comme drogue ».

Le recours au marché noir de la méthadone a donc globalement diminué chez les usagers post Consensus, mais surtout la motivation n'est plus la même : la méthadone même « au noir » est plus considérée comme un médicament. L'extension libéralisée de la méthadone s'est accompagnée chez les usagers d'héroïne d'une modification du sens donné à cette substance.

2.5. Aspects « économiques » pour l'utilisateur

Tableau 2.5.1 :

Part des ressources consacrée aux drogues

	Nombre	% brut	% net
Moins d'un tiers	67	37,4	45,0
Moins de la moitié	26	14,5	17,4
Plus de la moitié	34	19,0	22,8
Presque tout	22	12,3	14,8
Total	149	83,2	100,0
Manquant	30	16,8	
Total	179	100,0	

Près de 38% consacraient plus de la moitié de leurs revenus aux drogues.

Toutefois, le fait d'y consacrer moins du tiers des ressources est le cas le plus fréquent pour près d'un patient sur deux.

Tableau 2.5.2 : Motivation « instrumentale » de la cure actuelle

	n	% brut	% net
Non	163	40,0	50,0
Motif de la cure : Dépenses en drogue(s)	163	40,0	50,0
Total	326	79,9	100,0
Manquant	82	20,1	
Total	408	100,0	

Dans un cas sur deux les patients s'accordent à considérer l'aspect financier comme une motivation de la cure. Les patients flamands (54.8%), francophones (48.4%) ou français (50%) ne se distinguent pas par leur motivation instrumentale vis-à-vis de la cure actuelle.

La motivation « instrumentale » de la cure est-elle liée à un apport différent de celle-ci pour le patient ? L'hypothèse serait qu'une telle orientation de nature plus superficielle devrait avoir un impact défavorable sur la cure.

Pour vérifier l'effet d'une motivation liée à la réduction de la dépense, nous anticipons sur le chapitre 9, qui présente la construction des gains ou apports de la cure substitutive pour le patient. Trois dimensions ou facteurs ont été retenus dans l'analyse factorielle : l'apport en mieux-être mental, la prise de recul par rapport aux drogues et enfin l'amélioration des rapports avec la Justice.

Chaque patient reçoit une cote sur chacune des dimensions et dans le cas présent, nous vérifions comment se classent les patients qui se déclarent ou non motivés par la réduction des dépenses liées aux drogues.

Nous n'observons aucune relation entre une orientation instrumentale vis-à-vis de la cure et son apport sur aucune des dimensions retenues. Les résultats présentés dans le précédent rapport ne peuvent donc être retenus.

3. Passé institutionnel : Maison d'Accueil et Prison

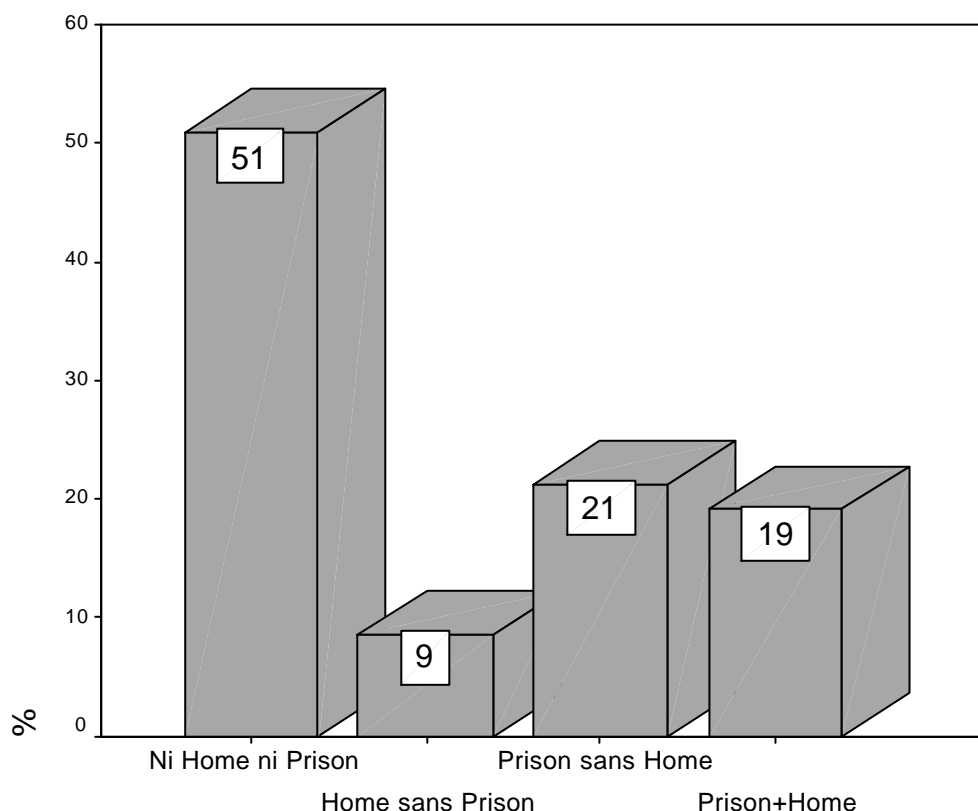
Près de la moitié (49.1%) des sujets ont une expérience d'une institution totale, maison d'accueil ou prison.

L'importance du placement en maison d'accueil pour 27.8% constitue une surprise de ces résultats. Une telle importance des homes et maisons d'accueil, comme passage obligé pour plus d'un quart des patients doit être souligné. Les implications de cette situation sont claires au plan de la prévention : les homes sont des lieux privilégiés dans lesquels les interventions préventives devraient être développées.

Tableau 3.1 : Les instances pré-thérapeutiques et « totales » (%)

	n	% brut	% net
Ni Home ni Prison	205	50,2	50,9
Home sans Prison	35	8,6	8,7
Prison sans Home	86	21,1	21,3
Prison+Home	77	18,9	19,1
Total	403	98,8	100,0
Manquant	5	1,2	
Total	408	100,0	

Graphe 3.1: Les institutions totales pré-thérapeutiques (%)



Le Graphe 3.1. précise la combinaison de l'expérience de la prison et du « home » : il y a une forte attraction entre les deux instances.

19% ont fait l'expérience des deux institutions.

21% ont été incarcérés sans avoir connu le « home » et 9% le « home » sans la prison.

Seuls un peu plus de la moitié de la population des patients n'a jamais fait l'expérience d'aucune des deux institutions.

4. Présent et Passé thérapeutique : trajectoires et « carrière »

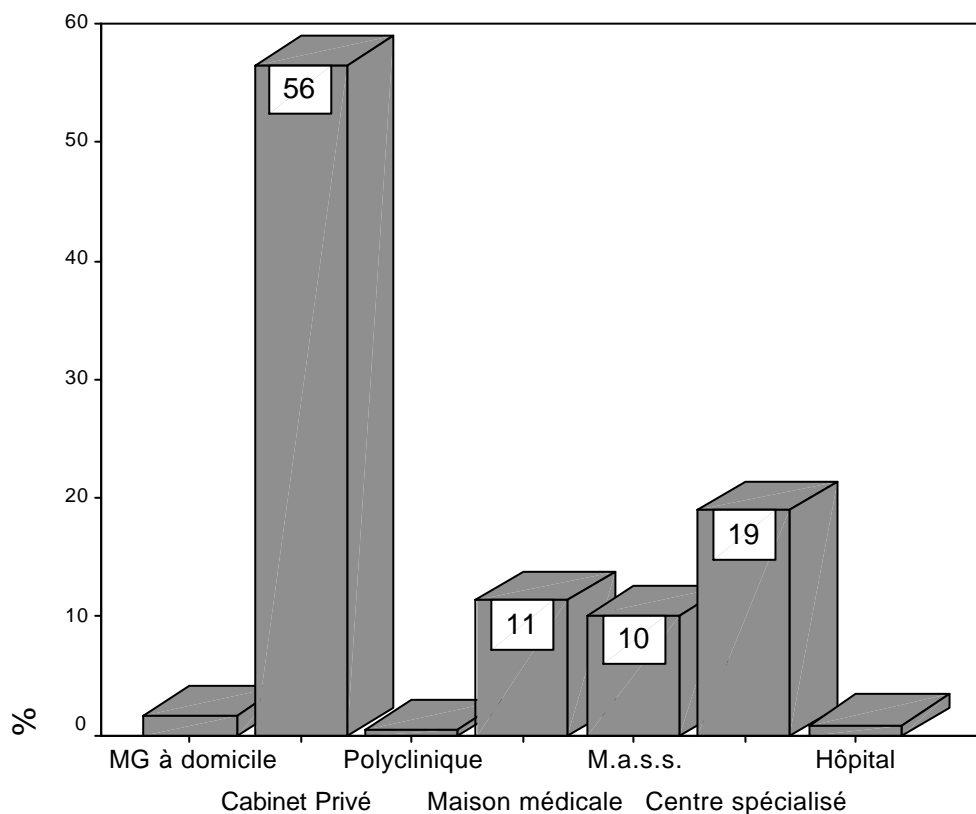
4.1. La cure actuelle

Plus de la moitié des patients (58.6%) ont leur consultation médicale en pratique privée (dont 1.7% reçoivent le médecin à domicile et 0.5% en Polyclinique). Les centres spécialisés représentent 19% et les Mass, 10.1%. Les maisons médicales ont une place non négligeable avec 11.3% des patients. La consultation s'effectue en hôpital pour 1% des patients.

Tableau 4.1 : Lieu de consultation du médecin

	n	% brut	% net
MG à domicile	7	1,7	1,7
Cabinet Privé	229	56,1	56,4
Polyclinique	2	,5	,5
Maison médicale	46	11,3	11,3
Maison d'accueil socio-sanitaire	41	10,0	10,1
Centre spécialisé	77	18,9	19,0
Hôpital	4	1,0	1,0
Total	406	99,5	100,0
Manquant	2	,5	
Total	408	100,0	

Graphe 4.1 : Lieu de consultation du médecin



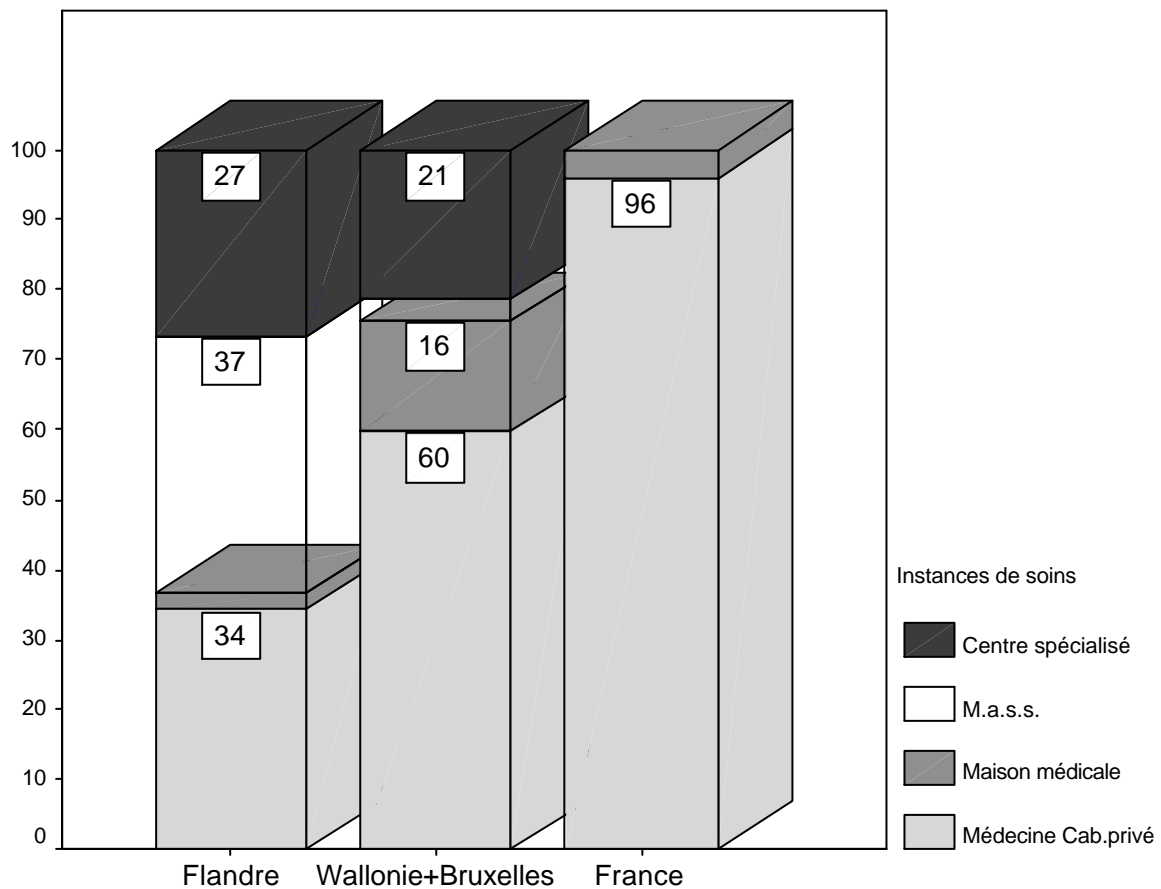
La réalité des types de prise en charge « institutionnelles » présentée ici correspond à une situation globale de l'échantillon sans tenir compte des fortes spécificités communautaires.

Sachant que les patients français se dirigent plus vers la médecine privée et que la prise en charge en centres spécialisés est plus répandue en Flandre, il était important de répartir le lieu de consultation par communauté pour rester fidèle à la réalité du terrain.

Tableau 4.1.1 : Lieu de consultation du médecin selon la communauté

			Communauté			Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
Type de lieu de consultation médecin	MG à domicile	n		7		7
		%		2,6%		1,7%
	Cabinet Privé	n	31	150	48	229
		%	34,4%	56,4%	96,0%	56,4%
	Polyclinique	n		2		2
		%		,8%		,5%
	Maison médicale	n	2	42	2	46
		%	2,2%	15,8%	4,0%	11,3%
Maison d'accueil socio-sanitaire	n	33	8		41	
	%	36,7%	3,0%		10,1%	
Centre spécialisé	n	24	53		77	
	%	26,7%	19,9%		19,0%	
Hôpital	n		4		4	
	%		1,5%		1,0%	
Total		n	90	266	50	406
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p < .001

Graphe 4.1.1 : Lieu de consultation (simplifié) du médecin selon la communauté

p < .001

Le Graphe 4.1.2 présente une version simplifiée du type d'instance de soins en regroupant sous la catégorie « cabinet privé » les consultations en *polyclinique* ou *au domicile du patient*. Les quelques prises en charge en hôpital sont incluses dans la catégorie *Centre spécialisé*.

Ainsi que prévu, nous retrouvons les grandes orientations communautaires dans l'organisation ou la sélection de la prise en charge en cures substitutives.

A deux patients près en maison médicale, tous les patients de France sont pris en charge en cabinet privé.

Dans notre échantillon, le lieu de consultation modal des patients de Flandre est la Maison d'Accueil Socio Sanitaire (Mass) avec 36.7%, suivi de la cure en Cabinet privé (34.4%). Les maisons médicales sont fort peu représentées (2.2%).

Chez les patients de Wallonie-Bruxelles, la prise en charge en Cabinet privé est dominante avec 59% (en incluant 2.6% de médecins généralistes consultant leur patient à leur domicile, situation qui n'a pas été rencontrée en Flandre), suivie des Centres spécialisés (20%) et des Maisons médicales (16%). Les cures en Mass sont très peu représentées avec 3%, ce qui constitue certainement un sous représentation dans cet échantillon.

4.2. Cure actuelle et passé institutionnel pré-thérapeutique

**Tableau 4.2.1 : Cure actuelle et incarcération passée
Patients de Belgique uniquement**

			Type d'instances de soins				Total
			Médecine Cab.privé	Maison médicale	M.a.s.s.	Centre spécialisé	
A déjà été en prison	Non	n	114	25	31	36	206
		%	60,0%	56,8%	75,6%	44,4%	57,9%
	Oui	n	76	19	10	45	150
		%	40,0%	43,2%	24,4%	55,6%	42,1%
Total		n	190	44	41	81	356
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p = .009

Les patients actuellement en cure en Centre spécialisé sont une majorité à avoir été incarcérés.

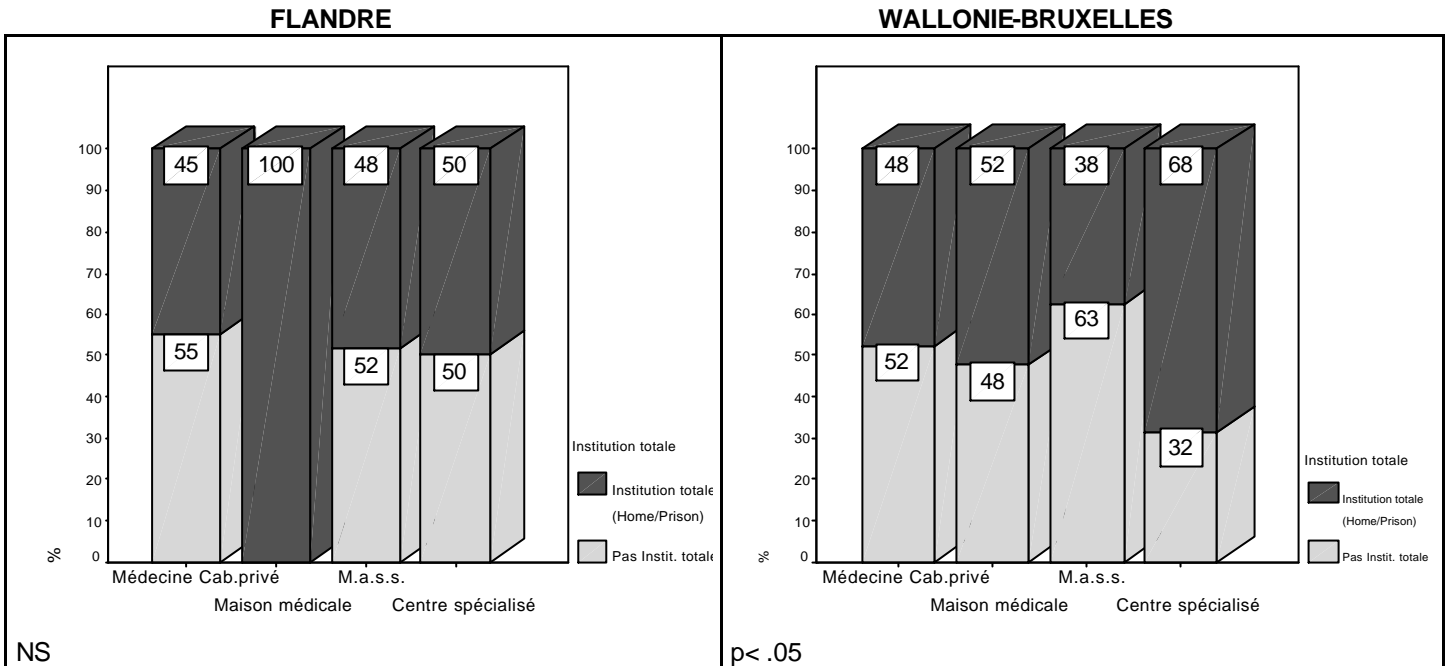
Ce qui surprend ici c'est la faible proportion d'incarcération parmi les patients des Mass (24.4%), alors que les proportions sont nettement plus élevées parmi les patients en Cabinet privé (40%) ou en Maison médicale (43.2%). Le faible passé d'incarcération des patients dans les Mass de Flandre explique ce résultat particulier Lorsque nous effectuons des analyses séparées par Communauté la signification statistique est toutefois insuffisante.

Tableau 4.2.2 : Passé en institution totale selon le lieu de soins actuel

			Expérience Institution totale (pré-thérapeutique)		Total
			Pas institution totale	Institution totale (Home/Prison)	
Type d'instances de soins	Médecine Cab.privé	n	135	103	238
		%	56,7%	43,3%	100,0%
	Maison médicale	n	21	25	46
		%	45,7%	54,3%	100,0%
M.a.s.s.	n	22	19	41	
	%	53,7%	46,3%	100,0%	
Centre spécialisé	n	30	51	81	
	%	37,0%	63,0%	100,0%	
Total	n	208	198	406	
	%	51,2%	48,8%	100,0%	

p = .01

Graphe 4.2 : Passé en institution totale selon le lieu de soins actuel par Communauté



Chez les patients de Wallonie-Bruxelles, on constate une légère différence de passé en institution totale selon le lieu de soins, avec la proportion la plus élevée 68% pour les patients des Centres spécialisés.

4.3. Cure actuelle et passé thérapeutique

Le passé thérapeutique des patients actuellement en cure est complexe. Les Tableaux 4.3.1. à 4.3.3. mettent en évidence cette complexité de parcours, pour l'ensemble des patients résidant en Belgique, ceux de Flandre et de Wallonie-Bruxelles.

La lecture des tableaux est simple : chaque colonne indique le lieu de la cure actuelle et il suffit de lire en ligne les proportions des patients qui ont eu les diverses prises en charge.

Nous constatons globalement pour l'ensemble des patients de Belgique que seul le **sevrage** antérieur se distribue de façon différente ($p < .05$) selon les prises en charge actuelles. Et ce qui surprend c'est l'écart le plus élevé constaté entre la cure en maison médicale (proportion la plus élevée de sevrages antérieurs : 54.5%) et la cure actuelle en Cabinet privé (35.3% de sevrages antérieurs).

Pour les autres types de soins passés, surtout l'hospitalisation pour drogues et la Communauté thérapeutique, des tendances non significatives sont observées.

Tableau 4.3.1 : Prises en charge antérieures (en ligne) selon la cure actuelle (en colonne)- % Ensemble des patients résidant en Belgique

	<i>Médecin Cabinet Privé</i>	<i>Maison médicale</i>	<i>Maison d'accueil socio sanitaire</i>	<i>Centre spécialisé</i>	<i>Total</i>	<i>p</i>
<i>(nombre)</i>	<i>(190)</i>	<i>(44)</i>	<i>(41)</i>	<i>(81)</i>	<i>(356)</i>	
Traitement Antérieur						
Sevrage hospitalier	35.3	54.5	41.5	48.8	41.4	.049
Hospitalisation-drogue-Autre	18.9	36.4	19.5	18.8	21.1	.07 (NS)
Hospitalisation non drogue	43.2	54.5	34.1	43.2	43.5	NS
Communauté thérapeutique	24.2	27.3	43.9	25.9	27.2	.08 (NS)
Autre Centre spécialisé	22.2	13.6	26.8	29.6	23.4	NS

L'expérience de l'hôpital est fréquente. Si 41.4% ont déjà eu au moins un sevrage en milieu hospitalier, 43.5% ont eu une hospitalisation le plus souvent pour une opération ou une prise en charge de maladie infectieuse. Plus d'un patient sur quatre a une expérience de la Communauté thérapeutique et un peu moins en centre spécialisé.

La lecture selon la cure actuelle donne par exemple pour celle en Cabinet privé, dans l'ordre décroissant d'expérience : 43.2% ont déjà été hospitalisés (non drogue), 35.3% ont eu un sevrage hospitalier, 24.2% ont déjà eu une prise en charge en Centre résidentiel ou en Communauté thérapeutique, 22% ont été dans un Centre spécialisé (autre que résidentiel) et 18.9% traités en Hôpital pour problème de drogues (mais autre que sevrage).

Etant donné les différences dans l'offre de soins selon les Communautés, il est nécessaire de comparer le passé thérapeutique entre elles et aussi considérer chacune de façon séparée.

Tableau 4.3.2 : Prises en charge antérieures selon la communauté - %

	<i>FLANDRE</i>	<i>WALLONIE- BRUXELLES</i>	<i>France</i>	<i>TOTAL</i>	<i>P Total</i>	<i>P FIA /W-B</i>
<i>(nombre)</i>	<i>(87)</i>	<i>(296)</i>	<i>(50)</i>			
Traitement antérieur						
Sevrage hospitalier	43.2	40.8	18.	38.5	.006	NS
Hospitalisation-drogue-Autre	17.8	22.3	9.8	19.7	NS	NS
Hospitalisation non drogue	40.	44.7	27.5	41.5	.06(NS)	NS
Communauté thérapeutique	42.2	22.2	2.	24.1	.001	.001
Autre Centre spécialisé	32.6	20.3	3.9	20.9	.001	.02

Tableau 4.3.3 : Prises en charge antérieures (en ligne) selon la cure actuelle (en colonne)- Patients de Flandre %

	<i>Médecin Cabinet Privé</i>	<i>Maison d'accueil socio sanitaire</i>	<i>Centre spécialisé</i>	<i>Total</i>	<i>p</i>
<i>(nombre)</i>	<i>(32)</i>	<i>(32)</i>	<i>(23)</i>	<i>(87)</i>	
Traitement antérieur					
<i>Sevrage hospitalier</i>	45.2	36.4	45.8	43.3	NS
<i>Hospitalisation-drogue-Autre</i>	12.9	21.2	12.5	17.8	.01
<i>Hospitalisation non drogue</i>	48.4	39.4	29.2	40.	NS
<i>Communauté thérapeutique</i>	41.9	39.4	41.7	42.2	NS
<i>Autre Centre spécialisé</i>	36.7	27.3	33.3	32.6	NS

En Flandre, étant donné le nombre réduit de cas lorsque nous « éclatons » les résultats par modalité de soins, les résultats sont présentés à titre documentaire.

Bien évidemment, une telle analyse mériterait d'être reproduite sur un échantillon représentatif des modalités de soins.

L'hospitalisation pour problème de drogues (hors sevrage) est toutefois distribuée de façon différentielle ($p = .01$) parmi les patients des lieux de consultation actuels. Elle concerne plus les patients des Mass que ceux des autres types de soins.

L'analyse « verticale » pour les patients des Mass donne, par exemple, les résultats suivants : 39.4% ont déjà eu une hospitalisation (non drogue), autant ont été en Communauté thérapeutique, 36.4% ont déjà eu un sevrage hospitalier et 27.3% ont été traités dans un autre Centre spécialisé.

Tableau 4.3.4 : Prises en charge antérieures (en ligne) selon la cure actuelle (en colonne)- % Patients de Wallonie-Bruxelles

	<i>Médecin Cabinet Privé</i>	<i>Maison médicale</i>	<i>Centre spécialisé</i>	<i>Total</i>	<i>p</i>
<i>(nombres)</i>	<i>(201)</i>	<i>(44)</i>	<i>(51)</i>	<i>(296)</i>	
Traitement antérieur					
<i>Sevrage hospitalier</i>	33.3	52.4	50.	40.8	.02
<i>Hospitalisation-drogue-Autre</i>	20.1	33.3	21.4	22.3	NS
<i>Hospitalisation non drogue</i>	42.1	54.8	49.1	44.7	NS
<i>Communauté thérapeutique</i>	20.8	23.8	19.3	22.2	.04
<i>Autre Centre spécialisé</i>	19.5	11.9	28.1	20.3	NS

Dans la Communauté française, le sevrage hospitalier antérieur et l'expérience de la Communauté thérapeutique ont été utilisés de façon différente par les patients actuellement en cure dans les divers types de prises en charge. Alors que dans les centres spécialisés et les maisons médicales le sevrage hospitalier a été déjà réalisé par plus de la moitié des patients, en Cabinet privé seulement un tiers des patients en ont fait l'expérience.

Les patients en **Cabinet privé** dans la Région Wallonie-Bruxelles sont 42.1% à avoir déjà été hospitalisés (non drogue), 33.3% ont eu un sevrage, 20.8% ont été en Centre résidentiel ou Communauté thérapeutique, 20.1% une hospitalisation pour problème de drogues et 19.5% ont déjà été traités dans un Centre spécialisé.

4.4. L'entrée dans le champ thérapeutique

**Tableau 4.4. : Type de premiers soins pour usage de drogues
Ensemble de l'échantillon**

	n	% brut	% net
Médecin en pratique privée	181	44,4	47,9
Maison médicale	32	7,8	8,5
Centre résidentiel (ou CT)	26	6,4	6,9
Centre spécialisé	85	20,8	22,5
Service hospitalier	54	13,2	14,3
Total	378	92,6	100,0
Manquant	30	7,4	
Total	408	100,0	

Près de la moitié (47.9%) des patients sont entrés dans le champ thérapeutique par la médecine en pratique privée, qui joue donc comme attendu son rôle de première ligne.

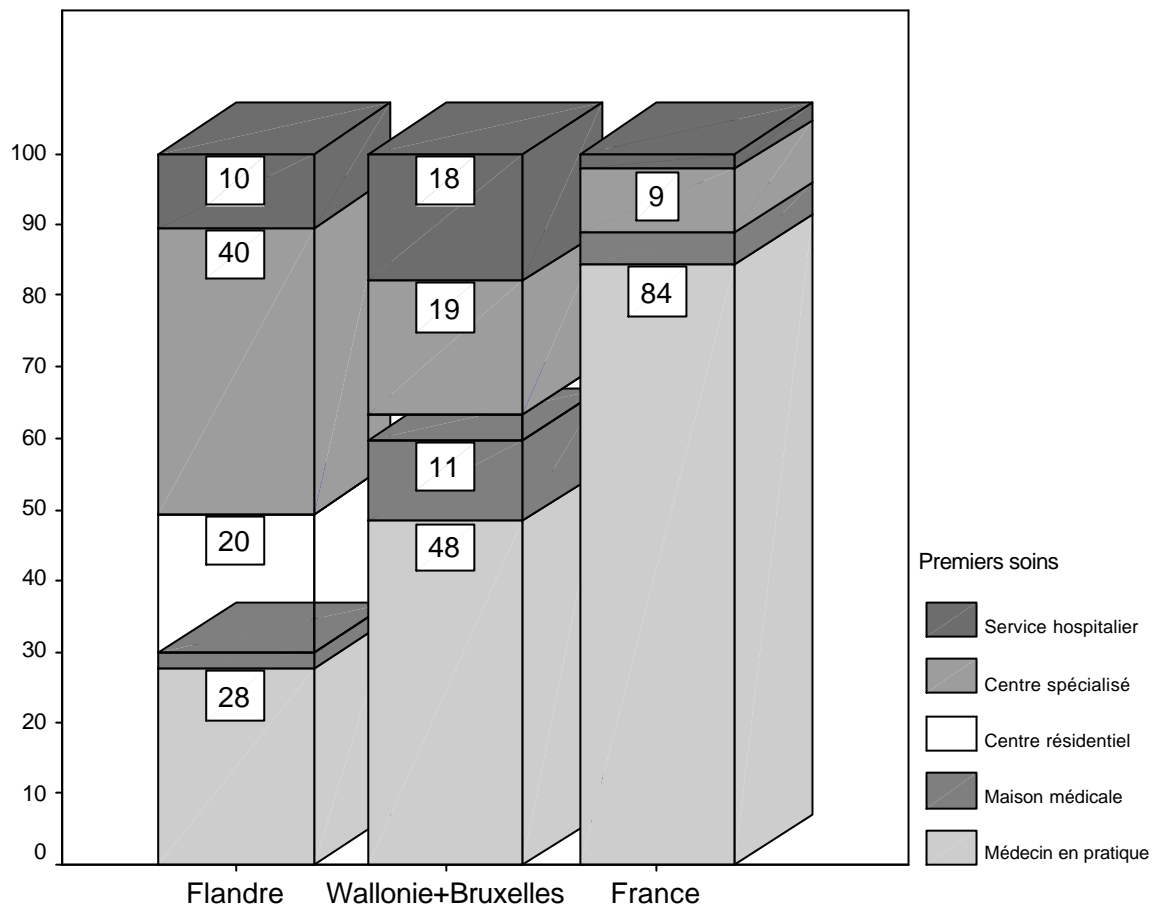
Les centres spécialisés représentent toutefois près de 30% des entrées dans le champ (dont 6.9% les Communautés thérapeutiques).

**Tableau 4.4.1 : Type de premiers soins pour usage de drogues
selon la communauté**

			Communauté			Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
Type de premiers soins pour usage de drogues	Médecin en pratique privée	n	24	119	38	181
		%	27,6%	48,4%	84,4%	47,9%
	Maison médicale	n	2	28	2	32
		%	2,3%	11,4%	4,4%	8,5%
	Centre résidentiel (ou CT)	n	17	9		26
		%	19,5%	3,7%		6,9%
	Centre spécialisé	n	35	46	4	85
		%	40,2%	18,7%	8,9%	22,5%
	Service hospitalier	n	9	44	1	54
		%	10,3%	17,9%	2,2%	14,3%
Total		n	87	246	45	378
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p < .001

Graphe 4.4.1 : Type de premiers soins pour usage de drogues selon la communauté



$p < .001$

Pour les usagers d'héroïne, la porte d'entrée dans le champ toxico-thérapeutique est très différente selon la Communauté.

Dans la Communauté française, près de la moitié des patients ont commencé par une cure en Cabinet privé (seulement 27.6% en Flandre), alors qu'en Flandre 40.2% ont commencé leur parcours de soins en Centre spécialisé.

Autre différence majeure : l'importance de la Communauté thérapeutique comme porte d'entrée en Flandre (19.5%), alors que cette option est très rare dans la Communauté française (3.7%).

L'immense majorité des patients de France ont commencé par une prise en charge en Cabinet privé (84.4%).

4.5. Deux propositions de représentation des trajectoires

Deux méthodes simplifiées pour aborder le difficile problème des trajectoires sont présentées ici.

La première méthode propose de compter les types d'orientation déjà utilisées par le patient. Un indice de variété des prises en charge qui pourrait certes encore évoluer en y ajoutant par exemple le nombre de rencontres de soins...

La seconde approche est le croisement de l'instance thérapeutique d'entrée avec la cure actuelle. Elle ne tient donc pas compte des étapes intermédiaires. Cela permet toutefois de vérifier l'« attraction » des instances de soins et l'évolution globale de la « carrière » thérapeutique.

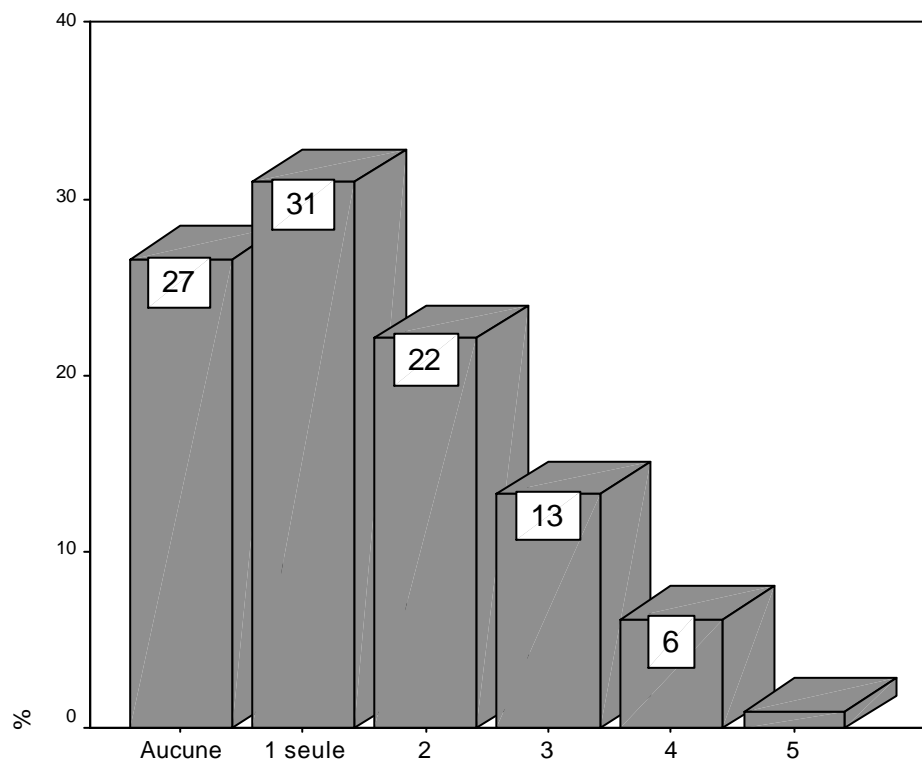
4.5.1. La variété des prises en charge thérapeutiques et institutionnelles

Nous considérons dans un premier temps les divers types d'instances de soins qui ont été impliquées depuis son début dans la carrière thérapeutique du sujet. Il y a en tout les possibilités suivantes : 1. Sevrage hospitalier ; 2. Autre hospitalisation que sevrage, mais liée à l'usage de drogues ; 3. Hospitalisation non liée à l'usage de drogues ; 4. Séjour en Centre résidentiel (ou Communauté thérapeutique) ; 5. Traitement dans un autre Centre spécialisé. L'indice utilisé est la somme de ces prises en charge avec un maximum de 5.

Tableau 4.5.1: Nombre d'instances de soins antérieures

	n	% brut	% net
,00	108	26,5	26,5
1,00	126	30,9	31,0
2,00	90	22,1	22,1
3,00	54	13,2	13,3
4,00	25	6,1	6,1
5,00	4	1,0	1,0
Total	407	99,8	100,0
Manquant	1	,2	
Total	408	100,0	

Graphe 4.5.1: Nombre d'instances de soins antérieures (% des patients)



27% n'ont connu aucune prise en charge en institution de soins avant la cure actuelle. Parmi ces patients sans instance de prise en charge antérieure on trouvera aussi des patients avec prise en charge uniquement en pratique privée. Les cures antérieures en pratique privée ne sont pas comptabilisées ici.

Près du tiers des patients ont fait l'expérience d'un seul type d'instance de soins, mais on trouve aussi 20% à avoir connu au moins trois types de prises en charge institutionnelle.

La proportion élevée de ceux qui n'ont connu aucune instance thérapeutique antérieure reflète aussi l'importance de la cure substitutive (actuelle) comme porte d'entrée du champ toxico thérapeutique pour une part importante des patients.

Cette importance peut être précisée, car la question a été posée de la nature substitutive des premiers soins reçus par le patient pour son usage de drogues.

Le tableau 4.5.2 détaille ainsi en fonction du type des premiers soins reçus s'il s'agissait d'une cure substitutive ou non.

Si 50% sont actuellement pris en charge en pratique privée plus du tiers ont aussi débuté leur « carrière » thérapeutique par la médecine en pratique privée.

La maison médicale, porte d'entrée du champ toxico-thérapeutique à 13% reste le mode actuel de prise en charge à 14%.

L'hôpital représentait l'entrée pour 12% et est virtuellement absent (1 seul cas, classé en Centre spécialisé) comme cadre actuel de cure.

36% des patients sont actuellement en cure dans un centre spécialisé ou une Mass, instances qui représentaient aussi 37% des modalités d'entrée dans le champ.

Une analyse combinant entrée/cure actuelle est proposée plus loin et permettra de dresser une carte des trajectoires aux deux moments extrêmes.

4.5.2. Nature substitutive des premiers soins pour usage de drogues

**Tableau 4.5.2 : Nature substitutive des premiers soins pour usage de drogues
Ensemble des patients**

			Premiers soins = cure substitutive		Total
			Non	Oui, cure substitutive	
Type de premiers soins pour usage de drogues	Médecin en pratique privée	n	48	111	159
		%	30,2%	69,8%	100,0%
	Maison médicale	n	9	19	28
		%	32,1%	67,9%	100,0%
	Centre résidentiel (ou CT)	n	10	10	20
	%	50,0%	50,0%	100,0%	
	Centre spécialisé	n	19	52	71
		%	26,8%	73,2%	100,0%
	Service hospitalier	n	26	25	51
		%	51,0%	49,0%	100,0%
Total			n	112	217
			%	34,0%	66,0%
					100,0%

p = .02

L'entrée dans le champ toxico thérapeutique s'est fait pour 2/3 des patients directement par une cure substitutive.

Les différences dans l'orientation substitutive aux premiers soins sont significatives à p = .02.

On aurait pu s'attendre à de plus fortes différences entre les orientations thérapeutiques, surtout pour une première prise en charge.

En tant que premiers lieux de soins, les Centres spécialisés, les médecins en pratique privée et les maisons médicales, ont proposé plus que les autres directement une prise en charge de type substitutif.

A l'inverse, les Communautés thérapeutiques et les hôpitaux ont moins proposé en première instance une telle prise en charge. Malgré tout on trouve dans ces deux derniers types de soins la moitié des premiers soins orientés sur la substitution.

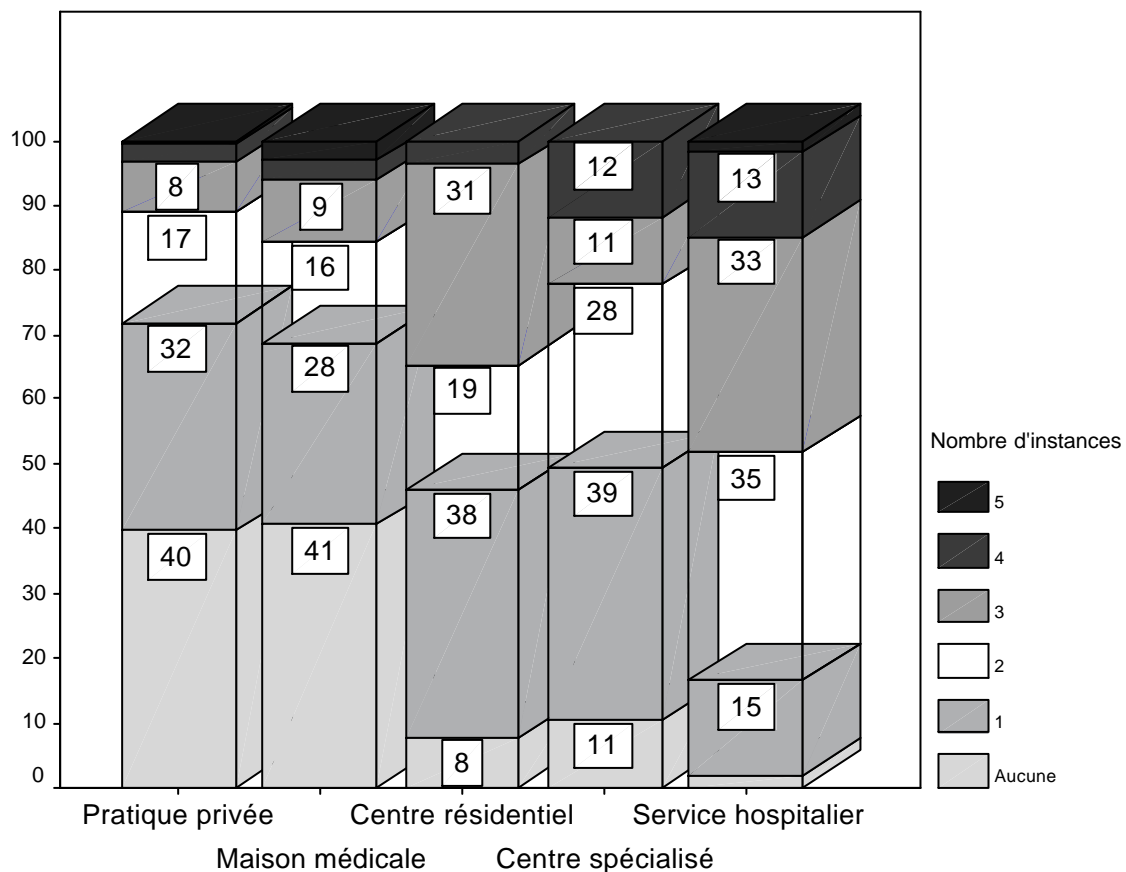
4.5.3. Nombre d'instances de soins antérieures selon la communauté

Tableau 4.5.3 : Nombre d'instances de soins antérieures selon la communauté

	Communauté			Total		
	Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France			
Nombre d'instances de soins antérieures	,00	n	15	67	26	108
		%	16,7%	25,2%	51,0%	26,5%
1,00	n	25	80	21	126	
	%	27,8%	30,1%	41,2%	31,0%	
2,00	n	26	62	2	90	
	%	28,9%	23,3%	3,9%	22,1%	
3,00	n	17	35	2	54	
	%	18,9%	13,2%	3,9%	13,3%	
4,00	n	5	20		25	
	%	5,6%	7,5%		6,1%	
5,00	n	2	2		4	
	%	2,2%	,8%		1,0%	
Total	n	90	266	51	407	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

p < .001

Graph 4.5.3 : Variété des types de prises en charge institutionnelles antérieures selon le type d'entrée dans le « système » de soins



p<.001

La trajectoire est plus complexe en variété d'instances de soins différentes lorsque l'entrée se fait par hôpital. L'entrée par centre résidentiel se distingue aussi par une forte complexité du parcours.

Les maisons médicales et la pratique privée en entrée, avec des scores quasi identiques, favorisent une moins forte variété de prises en charge jusqu'à la cure actuelle.

4.6. Autre approche de la trajectoire : Type d'instance d'entrée (première prise en charge) et devenir actuel (lieu actuel de consultation)

4.6.1. Trajectoire simplifiée : Croisement entre l'entrée dans le champ et la cure actuelle

L'association entre le premier contact de soins et la position actuelle du patient recouvre une dynamique se déroulant sur près d'une dizaine d'années entre 22 ans (premiers soins) et 31.5 ans (cure actuelle). Seuls deux moments extrêmes sont isolés dans cette trajectoire simplifiée.

La construction d'un indice plus complexe doit être envisagée.

En tenant compte de cette prudence méthodologique, cet indice de trajectoire permet de prendre acte d'attractions spécifiques entre la première et la dernière cure.

Le parcours aux extrêmes montre une attraction 1. De la pratique privée vers la pratique privée. 2. De centres spécialisés (non résidentiels) à centres spécialisés ou Mass. 3. Des services hospitaliers vers centres spécialisés ou maisons médicales.

Globalement la porte d'entrée ouvre sur le maintien dans le même type d'instance de soins, ce qui relève d'une fidélité à la première instance. Il y a toutefois une nette attraction vers la pratique privée dont il faut rendre compte dans les types de trajectoires.

Tableau 4.6.1: Trajectoire simplifiée entre l'entrée dans le champ et la prise en charge actuelle

			Type d'instances de soins actuels				Total
			Médecine Cab.privé	Maison médicale	M.a.s.s.	Centre spécialisé	
Type de premiers soins pour usage de drogues	Médecin en pratique privée	n	133	16	9	23	181
		% Ligne	73,5%	8,8%	5,0%	12,7%	100,0%
		% Colonne	60,7%	36,4%	22,5%	30,7%	47,9%
	Maison médicale	n	13	13	1	5	32
		% Ligne	40,6%	40,6%	3,1%	15,6%	100,0%
		% Colonne	5,9%	29,5%	2,5%	6,7%	8,5%
	Centre résidentiel (ou CT)	n	14	2	4	6	26
		% Ligne	53,8%	7,7%	15,4%	23,1%	100,0%
		% Colonne	6,4%	4,5%	10,0%	8,0%	6,9%
	Centre spécialisé	n	38	5	19	23	85
		% Ligne	44,7%	5,9%	22,4%	27,1%	100,0%
		% Colonne	17,4%	11,4%	47,5%	30,7%	22,5%
Service hospitalier	n	21	8	7	18	54	
	% Ligne	38,9%	14,8%	13,0%	33,3%	100,0%	
	% Colonne	9,6%	18,2%	17,5%	24,0%	14,3%	
Total	n	219	44	40	75	378	
	% Ligne	57,9%	11,6%	10,6%	19,8%	100,0%	
	% Colonne	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

p < .001

La prise en charge actuelle n'est pas indépendante du mode d'entrée dans le champ toxico-thérapeutique.

La trajectoire la plus fréquente est celle d'une entrée et d'un aboutissement actuel en pratique privée, car elle concerne plus de 35% de l'ensemble des patients. Cette filière la plus «soft » est donc aussi la plus fréquente.

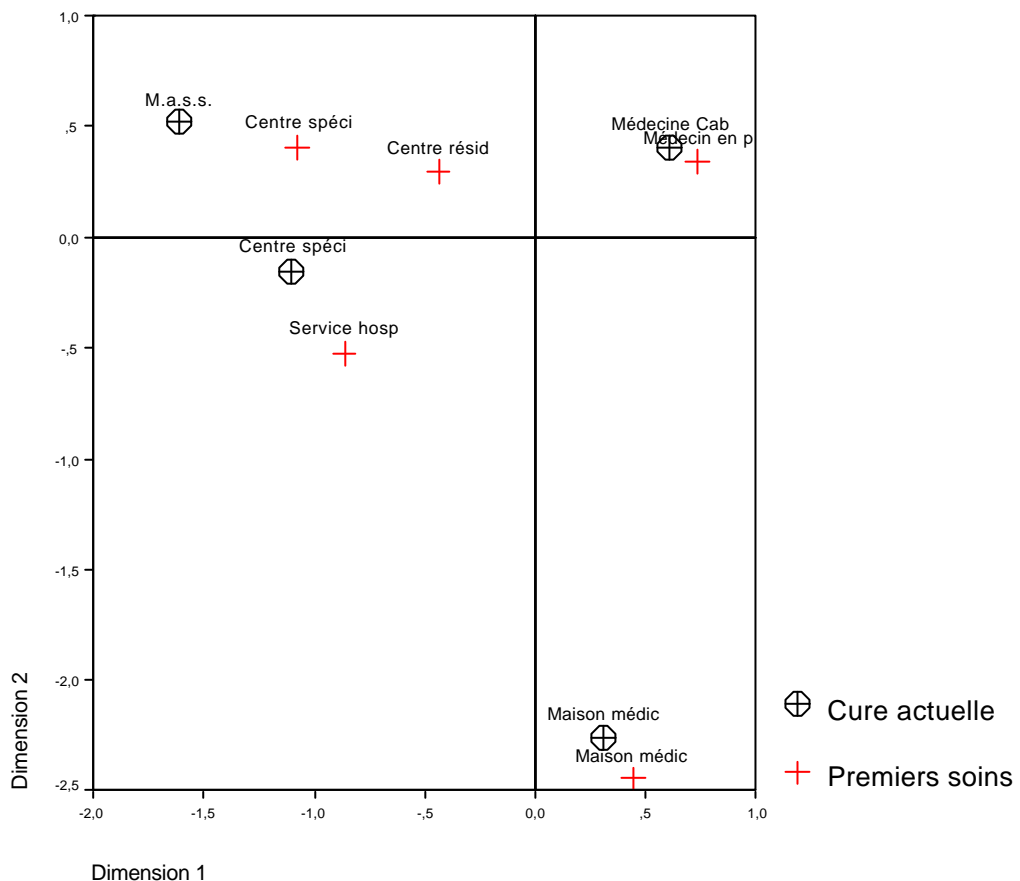
L'entrée par service hospitalier aboutit plus qu'attendu en centre spécialisé. Rappelons que nous venons de voir que ce mode d'entrée par hôpital est le début d'une trajectoire plus complexe que d'autres. On qualifiera donc l'entrée par un service hospitalier d'amorce d'une filière lourde.

L'entrée en maison médicale se poursuit au stade actuel par un maintien dans la même orientation de soins ou aussi en médecine privée.

La représentation spatiale des attractions met en valeur l'auto attraction en pratique privée, mais aussi celle en maison médicale.

Elle rend compte d'une opposition majeure entre pratique privée et centres spécialisés qui structure la première dimension. La deuxième dimension distingue fortement l'auto attraction en maison médicale.

Espace 4.6.1 : Représentation spatiale des correspondances entre premiers soins et cure actuelle



Il est donc assez probable d'entrer en pratique privée comme aussi en maison médicale **et d'y rester**. Le devenir d'une entrée en centre résidentiel est plus la pratique privée que la Mass.

L'entrée en Service hospitalier se distingue des autres avec un devenir en maison médicale ou dans une moindre mesure en CSP.

Il y a une nette opposition entre CSP et Maison médicale qui structure l'espace par l'axe principal. Le deuxième axe est plus marqué par la polarisation Service hospitalier à l'entrée par rapport à la pratique privée.

La construction d'une typologie de trajectoires de soins est encore un chantier dans cette étude, car les éléments disponibles dont il est possible de tenir compte sont nombreux.

En reprenant le tableau croisé « Soins en entrée/ cure actuelle », nous proposons de distinguer :

Synthèse : Types empiriques de trajectoires

1. **Pratique privée vers pratique privée : 35% de l'ensemble des patients ;**
2. **Centres spécialisés, hôpital (et Maison médicale) vers eux-mêmes : 22.% ;**
3. **Centres spécialisés, hôpital (et Maison médicale) vers pratique privée : 19.1% ;**
4. **Pratique privée vers Centres spécialisés (et Maison médicale) : 12.7% ;**
5. **Centres spécialisés, hôpital vers Maison médicale : 3.9% ;**
6. **Service hospitalier, Maison médicale vers Centre spécialisé : 8.3%.**

Une telle typologie est ici très empirique et mériterait des améliorations. Il faudrait faire apparaître la variété ou aussi la fréquence des cures, s'il s'agit d'une première cure substitutive ou non, etc...

4.6.2. Analyse par couples : Premiers soins / Cure actuelle

Pour faire l'essai d'un dernier type d'analyse, nous avons transformé les variables des instances de soins à l'entrée et actuelles en dichotomies pour observer toutes les associations. Ceci permet d'exprimer les relations en terme de probabilité qu'un patient entrant par une certaine instance de soins se retrouve actuellement dans une autre (ou la même)

Tableau 4.6.2 : Relations significatives entre les premiers soins et la prise en charge actuelle

PREMIERS SOINS	SOINS ACTUELS	P	Odds (Risque Relatif)	Odds inverse
<i>Pratique Privée</i>	<i>Pratique Privée</i>	.001	4.07	
<i>Pratique Privée</i>	<i>Maison médicale</i>	.03	.495	2.02
<i>Pratique Privée</i>	<i>M.a.s.s</i>	.001	.276	3.62
<i>Pratique Privée</i>	<i>Centre spécialisé</i>	.001	.391	2.56
<i>Hôpital</i>	<i>Pratique Privée</i>	.001	.390	2.56
<i>Hôpital</i>	<i>Centre spécialisé</i>	.01	2.27	
<i>Centre spécialisé</i>	<i>Pratique Privée</i>	.005	.501	1.99
<i>Centre spécialisé</i>	<i>M.a.s.s</i>	.001	4.04	
<i>Maison médicale</i>	<i>Pratique Privée</i>	.04	.465	2.15
<i>Maison médicale</i>	<i>Maison médicale</i>	.001	6.95	

Dans le tableau l'expression *odds inverse* permet une formulation plus aisée de la moindre probabilité de l'association. Par exemple quand on constate que l'odds (ou le risque relatif) entre

pratique privée comme premiers soins et maison médicale actuellement est de .495, il est plus facile avec l'odds inverse de l'exprimer comme : « il est deux fois (2.02) plus probable pour un patient, qui a comme premiers soins une prise en charge en pratique privée, de ne pas être actuellement dans une Maison médicale ».

Sur les 20 relations possibles entre soins au début et actuellement, seulement la moitié est significative et reprise dans le tableau. Ainsi, il n'y a aucune relation entre Communauté thérapeutique au début et une quelconque instance de soins actuelle. Il n'y a pas de relation entre Hôpital (début) et Maison médicale ou M.a.s.s, ni entre Centre spécialisé (début) et Maison médicale ou Centre spécialisé. Il n'y a pas non plus de relation entre Maison médicale (début) et M.a.s.s ou Centre spécialisé.

Le tableau permet de préciser ce que nous avons déjà perçu avec d'autres analyses et des formulations fortes peuvent être émises : 1. Le fait, par exemple, d'entrer dans le champ toxico thérapeutique par une Maison médicale implique qu'il est presque sept (6.95) fois plus probable que l'on sera encore en cure en Maison médicale actuellement.

2. Dans le cas d'un début en Pratique privée, il est plus de quatre fois plus probable d'être encore actuellement pris en charge par un médecin généraliste en cabinet privé (il s'agit de médecine générale à 90%- voir l'enquête pharmaciens : rapport intermédiaire de février 2002, disponible sur demande à yves.ledoux@coditel.net).

Par contre si on a débuté par un cabinet privé, il est moins probable d'être en cure dans n'importe quelle autre instance de soins actuellement.

On aurait pu s'attendre à une filière unissant Cabinet privé et Maison médicale, or en fait, c'est le contraire qui se manifeste : si on commence en Pratique privée il est 2.02 fois moins probable d'aboutir en Maison médicale et si, inversement on débute en Maison médicale, il est 2.15 fois moins probable de terminer par une cure en Pratique privée.

Constatons que le champ thérapeutique d'apparence chaotique, semble au contraire être « orienté ». D'une part, une attraction vers la pratique privée dans la dynamique de la trajectoire du sujet est observée et de l'autre se manifeste une « auto attraction » des modalités de soins, les plus fortes étant celles des Maisons médicales et de la Pratique privée vers elles-mêmes.

5. L'expérience de la méthadone :

5.1. Nombre de médecins prescripteurs depuis le début de l'usage de méthadone

Tableau 5.1 : Nombre de médecins prescripteurs de méthadone depuis la première prescription

	n	% brut	% net
1 seul	137	33,6	34,6
2 médecins	151	37,0	38,1
3 médecins	60	14,7	15,2
4 médecins	17	4,2	4,3
5 médecins	13	3,2	3,3
6 et +	18	4,4	4,5
Total	396	97,1	100,0
Manquant	12	2,9	
Total	408	100,0	

Seuls 12.1% des patients ont eu 4 médecins ou plus qui leur ont prescrit de la méthadone depuis leur première rencontre avec le médicament.

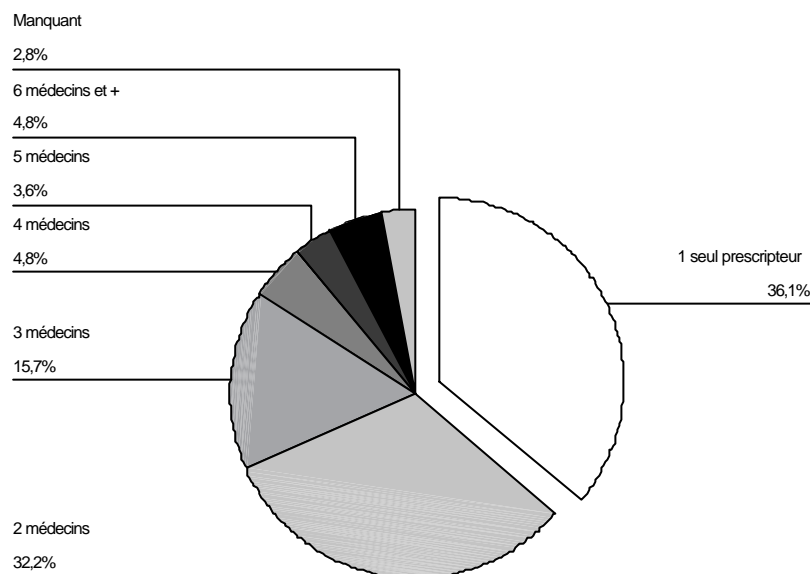
72.7% des patients n'ont pas eu plus de deux médecins prescripteurs.

Ce résultat tend à rassurer sur la réalité du shopping médical ou d'une crainte spécifique que le système libéral de dispensation entraîne une multiplication de prises en charge en « papillonnant » de l'une à l'autre.

La fidélité des patients est plus forte que la dissipation en un grand nombre de médecins.

Les 4.5% de patients avec plus de 6 médecins depuis le début de leur expérience de la méthadone correspondent à ce qu'au niveau des institutions de soins on qualifie de « revolving door patients », les patients qui suscitent une charge de travail de soins importante tout en étant peu nombreux. L'emballage de prises en charge substitutives est donc peu élevé, contrairement à certaines hypothèses à l'évidence pessimistes.

Graphe 5.1 : Nombre de médecins prescripteurs de méthadone depuis la première prescription



5.2. Nombre de médecins prescripteurs au cours de l'année écoulée

Tableau 5.2 : Nombre de médecins consultés pour une prescription de méthadone en 2001

	n	% brut	% net
1 seul médecin	342	83,8	86,1
2	45	11,0	11,3
3	9	2,2	2,3
5 médecins	1	,2	,3
Total	397	97,3	100,0
Manquant	11	2,7	
Total	408	100,0	

Si le nombre total de médecins sur toute la « carrière » est une donnée fondamentale de la compliance thérapeutique, sur une période plus courte d'une année, nous tenons compte aussi des aléas de la disponibilité du prescripteur (période de vacances avec changement temporaire de prescripteur) mais aussi d'éventuelles difficultés entraînant un changement de prescripteur : Seuls 13.9 % ont eu plus d'un médecin sur l'année écoulée, ce qui est relativement peu. Nous confirmons ici aussi une **grande stabilité** dans la singularité du contact entre le patient et son médecin prescripteur.

5.3. Nombre d'officines de pharmacie fréquentées au cours de l'année écoulée

Tableau 5.3 : Nombre d'officines fréquentées pour une délivrance de méthadone en 2001

	n	% brut	% net
1 seule officine	337	82,6	84,9
2	53	13,0	13,4
3	4	1,0	1,0
4	1	,2	,3
5	1	,2	,3
7	1	,2	,3
Total	397	97,3	100,0
Manquant	11	2,7	
Total	408	100,0	

On observe une situation similaire à celle de la fréquentation des médecins en ce qui concerne le nombre des officines de pharmacie visitées au cours de l'année 2001 pour une délivrance de méthadone. 15.3% des patients ont fréquenté plus d'une officine. Si on tient compte de la période de vacances au cours de laquelle des pharmacies sont fermées, ce qui oblige certains patients à changer d'officine, sans que cela ne mette en cause leur compliance, la différence avec le résultat observé pour la fréquentation des médecins est ténue. En croisant les deux fréquentations de médecin(s) et pharmacien(s), on obtient un équilibre : 76.1% ont fréquenté un seul médecin et une seule pharmacie ;

8.9% plus d'un médecin, mais une seule officine ;

10.1% un seul médecin et plus d'une officine ;

3.5% 2 médecins et 2 officines ; 1.4% 2 médecins ou plus et 2 officines ou plus

Il est donc difficile d'affirmer une moins grande stabilité de la relation avec le pharmacien par rapport à celle entretenue avec le médecin. C'est seulement parmi environ 10% des patients que l'on devrait trouver un relâchement du lien avec le pharmacien et encore la période de vacances annuelles vient brouiller le tableau...

Ces résultats sont utiles par rapport au travail de suivi des patients que nous réalisons à partir de l'observation en officine car ils confirment globalement la validité de la procédure utilisée.

5.4. Carrière de la Prescription de méthadone

5.4.1. Les âges de début

Tableau 5.4.1 : Age au début de l'usage de méthadone, âge au début de la cure actuelle et âge actuel du patient

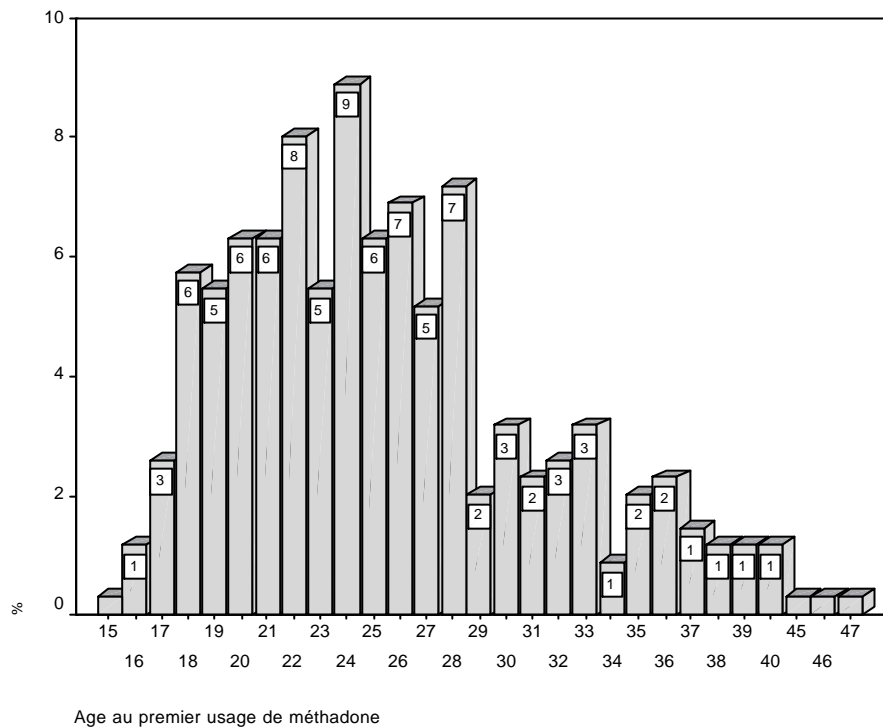
	Age au premier usage de méthadone	Age au début de la cure actuelle	Age du patient
N	397	391	408
Manquant	11	17	0
Moyenne	25,68	28,1074	31,54
Médiane	25,00	27,3400	31,00
E-type	5,86	6,2320	6,73
Minimum	15	16,00	17
Maximum	47	48,50	52
Percentiles 25	21,00	23,4000	26,00
50	25,00	27,3400	31,00
75	29,00	32,0000	36,00

L'âge actuel (déjà analysé) est présenté dans le tableau pour faciliter l'interprétation.

Si les patients ont 31 ans et demi en moyenne au moment de l'étude, leur première expérience de la méthadone se situe vers 25 ans et demi et leur cure actuelle a débuté vers 28 ans.

Nous avons constaté un total de 14 patients (3.6%) avec un début de l'usage de méthadone avant l'âge de 18 ans. En croisant avec le début de l'usage de méthadone au noir, nous avons retrouvé 3 patients avec un premier usage de méthadone sans prescription médicale (dont le seul patient de 15 ans -flamand- à son premier usage). Les non-réponses doivent faire considérer ce nombre comme un minimum. Les prescriptions à des mineurs sont donc rares et à part 1% à 16 ans (à une exception près il s'agit de patients de Flandre : voir pyramides des âges), il s'agit surtout de jeunes dans leur dix-septième année.

Graphe 5.4.1 : Age au premier usage de méthadone (n = 348)



Les résultats présentés au tableau et graphe qui précèdent concernent l'ensemble de l'échantillon de patients de Belgique : ils recouvrent des différences entre communautés dont il faut tenir compte.

5.4.1.1. Age au début de l'usage de méthadone, âge au début de la cure actuelle et âge actuel du patient selon la communauté

Tableau 5.4.1.1 : Age au début de l'usage de méthadone, âge au début de la cure actuelle et âge actuel du patient selon la communauté

		Age au premier usage de méthadone ^a	Age au début de la cure actuelle ^b	Age du patient ^c
Flandre	Moyenne	23,96	26,3596	29,21
	N	90	89	90
	E-type	5,33	6,1092	6,81
Wallonie+Bruxelles	Moyenne	25,98	28,5748	32,57
	N	259	257	267
	E-type	6,08	6,3848	6,74
France	Moyenne	27,25	28,8952	30,29
	N	48	45	51
	E-type	4,91	4,9326	5,26
Total	Moyenne	25,68	28,1074	31,54
	N	397	391	408
	E-type	5,86	6,2320	6,73

a. p = .002

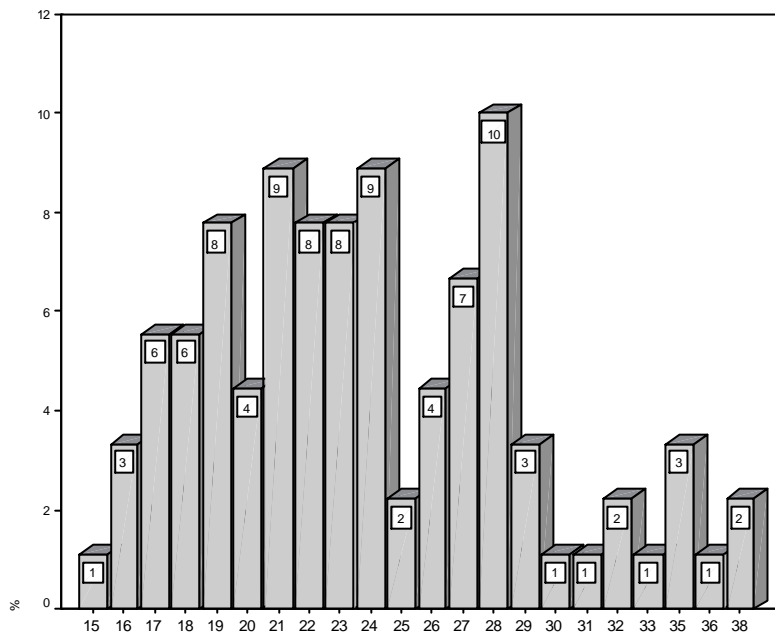
b. p =.01

c. p < .001

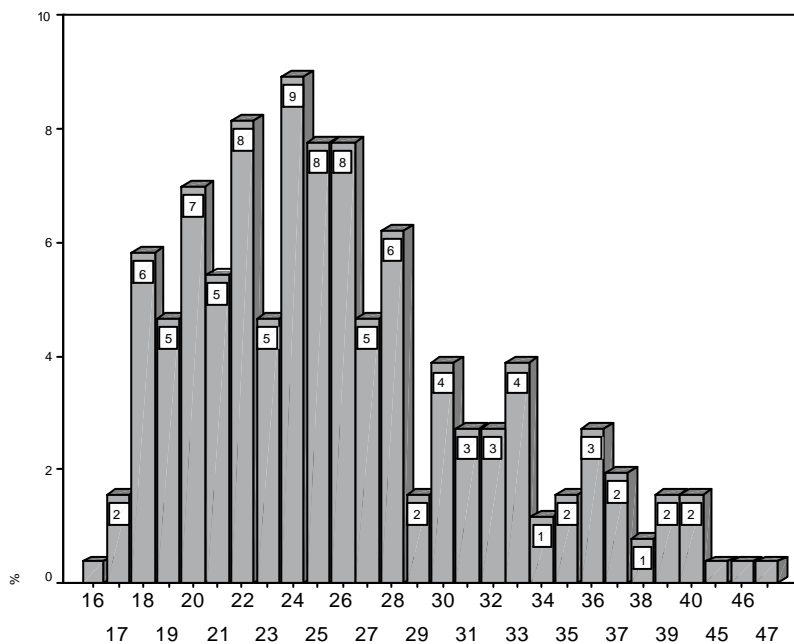
Le fait que les patients de Flandre soient actuellement plus jeunes de plus de 3 ans par rapport aux francophones rend prévisible leur contact plus précoce avec la méthadone. En effet, ils ont débuté vers 24 ans et sont dans leur traitement actuel depuis l'âge de 26 ans et quelques mois, soit deux ans plus tôt que leurs confrères francophones. La différence entre Flandre et Wallonie-Bruxelles est même plus significative pour le début de la cure actuelle avec $p = .005$ que ne le reflète le tableau qui inclut les patients de France. Ces derniers sont plus jeunes que les francophones de Belgique, ont un contact plus tardif avec la méthadone, mais un début de la cure actuelle identique.

Ces différences nous incitent à présenter les pyramides des âges de début de la méthadone pour chaque communauté de Belgique, pour clarifier les distributions.

Graphe 5.4.1.1 : Age au premier usage de méthadone des patients de Flandre (n = 90)



Graphe 5.4.1.2 : Age au premier usage de méthadone des patients de Wallonie-Bruxelles (n = 258)



En faisant attention aux différences d'échelle entre les deux diagrammes, on constate facilement l'existence d'une importante «queue» de la distribution au-delà de 30 ans chez les patients francophones qui explique en partie la différence de moyenne, mais aussi les 10% de patients flamands de moins de 18 ans à leur premier usage de méthadone (2% seulement chez les francophones).

5.4.2. La latence des soins et de l'usage de méthadone selon la Communauté

Tableau 5.4.2 : Ages de début et « latences » de soins selon la Communauté

Communauté		Age au début de l'héro ^a	Age aux premiers soins pour usage de drogues ^b	Age au premier usage de méthadone ^c	Age au début de la cure actuelle ^d	Latence des premiers soins ^e	Latence de la méthadone ^f
Flandre	Moyenne	20,35	21,39	23,95	26,3820	1,4940	3,5886
	N	88	87	90	89	84	88
	E-type	4,47	4,80	5,33	6,1087	2,7015	3,6163
Wallonie+Bruxelles	Moyenne	20,40	23,13	25,93	28,5648	2,8644	5,4965
	N	257	247	261	258	241	254
	E-type	5,38	6,09	6,05	6,3707	4,5023	5,0458
Total	Moyenne	20,39	22,68	25,42	28,0050	2,5102	5,0056
	N	345	334	351	347	325	342
	E-type	5,16	5,83	5,93	6,3677	4,1528	4,7878

a. p = NS

b. p = .01

c. p = .006

d. p = .005

e. p < .01

f. p < .001

Le Tableau 5.4.2. précise par Communauté les latences de la première demande de soins et du début de l'usage de méthadone par rapport au début de l'addiction. Alors que les patients actuels des deux Communautés ont débuté leur addiction au même âge, les premiers soins et encore plus l'usage de méthadone sont nettement plus précoces en Flandre. Un patient de Flandre n'aura attendu que 1 an et demi pour une première prise en charge alors qu'un patient de Wallonie-Bruxelles n'aura eu ses premiers soins que près de 3 ans après le début de son addiction. En ce qui concerne le début de la cure substitutive, elle aura débuté 3 ans et demi après le début de l'addiction en Flandre et 5 ans et demi après dans la Communauté française.

5.4.3. Les durées de l'addiction et du traitement

Tableau 5.4.3.1. : Durées de la carrière de l'addiction et du traitement- En années

		Durée de la "carrière" de l'addiction	Durée depuis le premier traitement	Durée de l'expérience de méthadone	Durée de la prescription de méthadone-méd. actuel	Durée nette (sans les arrêts) de l'expérience de la méthadone
N		393	378	400	390	399
Moyenne		11,0254	8,7229	5,9310	3,44	5,1919
Médiane		10,0000	8,0000	5,0000	2,00	4,0000
E-type		6,2421	6,0666	4,4223	3,46	4,0608
Minimum		1 an	0,25 an	0,1 an	0,08 an	0,8 an
Maximum		33 ans	35 ans	25 ans	24 ans	24 ans
Percentiles	25	6,0000	4,0000	2,2500	1,00	2,0000
	50	10,0000	8,0000	5,0000	2,00	4,0000
	75	15,0000	12,0000	9,0000	5,00	7,6667

La carrière totale de l'addiction depuis le début de l'usage d'héroïne est de 11 ans.

Un quart des patients a 6 ans ou moins d'usage d'héroïne et à l'opposé un quart a 15 années ou plus (« Percentiles »).

Près de 9 années se sont écoulées depuis la première prise en charge.

Pour le quart inférieur des patients il s'est écoulé à 4 ans ou moins et pour le quart supérieur 12 années ou plus.

Deux années et trois mois environ séparent le début de l'addiction et la première prise en charge.

Cette période recouvre essentiellement la période de « lune de miel » avec l'héroïne. Période inaccessible aux professionnels de la Santé, si ce n'est par les dispositifs de réduction des dommages.

On notera toutefois qu'une trentaine de patients ont indiqué avoir reçu des soins avant le début de l'usage d'héroïne, pour un autre problème lié à l'usage de drogues.

La durée de l'expérience de la méthadone est d'un peu moins de 6 ans. Un quart des patients reçoit la méthadone depuis moins de deux ans et trois mois et le quart le plus élevé depuis 9 années ou plus.

Nous avons établi la durée nette de l'expérience de la méthadone en retirant la durée totale des arrêts de cure et d'usage de la méthadone. L'écart n'est pas aussi spectaculaire qu'on aurait pu le craindre : 8 mois environ en moyenne d'arrêt d'utilisation de la méthadone. La durée « réelle » de l'usage du substitut s'établit donc à 5 ans et environ 2 mois.

Le médecin actuel prescrit la méthadone depuis environ 3 ans et demi. Un quart des patients a moins d'une année de prise en charge avec le médecin actuel et le quart supérieur est en traitement depuis 5 ans ou plus

Tableau 5.4.3.2 : Durées de la carrière de l'addiction et du traitement selon la Communauté - En années

Communauté		Durée de la "carrière" de l'addiction	Durée depuis le premier traitement	Durée de l'expérience de la méthadone	Durée de la prescription de méthadone-méd. actuel	Durée nette (sans les arrêts) de l'expérience de la méthadone
Flandre	Moyenne	8,9425	7,8779	5,3989	2,70	4,4787
	N	87	86	90	89	89
	E-type	5,8157	6,1625	4,9758	3,24	4,2456
Wallonie+Bruxelles	Moyenne	12,2101	9,5577	6,6755	4,01	5,8719
	N	257	247	261	257	261
	E-type	6,4271	5,9370	4,2968	3,62	4,0927
France	Moyenne	8,5102	5,7556	2,9429	1,56	2,8654
	N	49	45	49	44	49
	E-type	3,9324	5,5315	1,9983	1,41	1,9920
Total	Moyenne	11,0254	8,7229	5,9310	3,44	5,1919
	N	393	378	400	390	399
	E-type	6,2421	6,0666	4,4223	3,46	4,0608

Toutes différences significatives à $p < .001$

Toutes les différences entre les Communautés en ce qui concerne les durées de carrière sont significatives.

Elles sont semblables à la différence d'âge actuelle des patients de Wallonie-Bruxelles et de Flandre pour la durée de l'addiction, puisque l'âge de début de l'usage d'héroïne est identique, soit un écart de plus de 3 ans.

La durée de la carrière de soins est de 9 ans et demi pour les francophones et de moins de 8 ans en Flandre. Les patients de France sont plus récents avec moins de 6 ans de soins. Il est intéressant de comparer la durée de la cure avec le médecin actuel par rapport à la durée totale de l'expérience de la méthadone. Chez les patients de Wallonie-Bruxelles le rapport cure actuelle(4ans) / total expérience de la méthadone (6.7 ans) est de 60% alors qu'en Flandre elle est plus faible avec 50% (2.7ans / 5.4 ans). Autrement dit la fidélisation par rapport au médecin actuel est plus élevée dans la Communauté française. Il y aurait moins de mouvements d'entrée/sortie chez les médecins parmi les patients de Wallonie-Bruxelles.

5.4.4. Evolution de la carrière d'usage et de soins depuis la Conférence de Consensus sur la méthadone (C.C.M.) en Flandre et en Wallonie-Bruxelles

5.4.4.1. Ages de début et « latences » des soins avant et après la C.C.M. en Flandre

Avant/après CCM		Age au début de l'héro	Age aux premiers soins pour usage de drogues	Age au premier usage de méthadone	Age au début de la cure actuelle	Latence des premiers soins	Latence de la méthadone
-1993	Moyenne	20,05	21,87	25,59	29,5947	2,5263	5,5385
	N	39	39	39	38	38	39
	E-type	4,34	5,00	5,63	6,0334	3,1256	4,2787
1994-2002	Moyenne	20,59	20,88	22,63	23,9102	,6413	2,0367
	N	49	46	49	49	46	49
	E-type	4,61	4,68	4,83	5,0746	1,9455	1,9135
Total	Moyenne	20,35	21,34	23,94	26,3931	1,4940	3,5886
	N	88	85	88	87	84	88
	E-type	4,47	4,83	5,38	6,1706	2,7015	3,6163

p < .001 ; sauf "Age au début de l'héro" (NS), "Age aux premiers soins" (NS) et "Age au premier usage de méthadone" : p = .009

Pour des âges de début de l'addiction et des premiers soins identiques avant et après la C.C.M., les patients de Flandre connaissent depuis 1994 une précocité spectaculaire de la cure substitutive : ils ont seulement un peu plus de 22 ans et demi à la première cure substitutive (25 ans et demi avant la C.C.M.) et la latence de la cure substitutive n'est plus que de 2 ans, alors qu'elle était de plus de 5 ans et demi pour la période antérieure. On relèvera aussi la rapidité du premier contact avec les soins en moyenne une demi-année après le début de l'addiction. Ceci est cependant lié à un nombre important de patients ayant eu des soins pour usage de drogues avant leur addiction à l'héroïne.

5.4.4.2. Ages de début et « latences » des soins avant et après la C.C.M. - Wallonie-Bruxelles

Avant/après CCM		Age au début de l'héro	Age aux premiers soins pour usage de drogues	Age au premier usage de méthadone	Age au début de la cure actuelle	Latence des premiers soins	Latence de la méthadone
-1993	Moyenne	19,39	23,29	26,60	29,9612	3,8047	7,1742
	N	168	160	165	162	160	165
	E-type	4,40	6,29	6,08	6,1974	4,7411	5,2152
1994-2002	Moyenne	22,30	22,88	24,69	26,0325	1,0070	2,3862
	N	89	81	89	89	81	89
	E-type	6,46	5,82	6,09	5,9694	3,2978	2,7288
Total	Moyenne	20,40	23,15	25,93	28,5681	2,8644	5,4965
	N	257	241	254	251	241	254
	E-type	5,38	6,13	6,14	6,3894	4,5023	5,0458

p < .001 ; sauf "Age au premier usage de méthadone" : p = .01 et "Age aux premiers soins" (NS)

Les écarts en fonction de la C.C.M. sont aussi très significatifs pour les patients de Wallonie-Bruxelles.

On remarque d'abord une évolution très importante : **l'âge de début de l'héroïne a beaucoup progressé. Il était de 19 ans et quelques mois pour les patients qui ont débuté leur addiction avant 1994 et de 22 ans et quelques pour les patients avec une addiction plus récente.**

Une telle situation n'est pas sensible en Flandre. Ce qui nous indique un « creux de la vague » dans la Communauté française et une situation épidémique inchangée en Flandre.

Les écarts de latence des premiers soins et de la méthadone sont ainsi accentués en W-B avec celui du début de l'addiction. Il fallait plus de 7 ans (après le début de la toxicomanie) dans la période précédant la C.C.M. pour avoir accès à la méthadone, depuis le « Consensus » moins de 2 ans et demi sont nécessaires. L'écart dans l'accès aux premiers soins est aussi remarquable : il fallait presque 4 ans auparavant et seulement un an depuis 1994. La remarque d'une première demande de soins antérieure à l'addiction pour certains patients est aussi valable ici.

Il n'y a plus actuellement de différence entre Flandre et W-B dans la rapidité de l'accès à la méthadone.

6. L'usage actuel : L'héroïne, les drogues, les médicaments, l'alcool et la méthadone

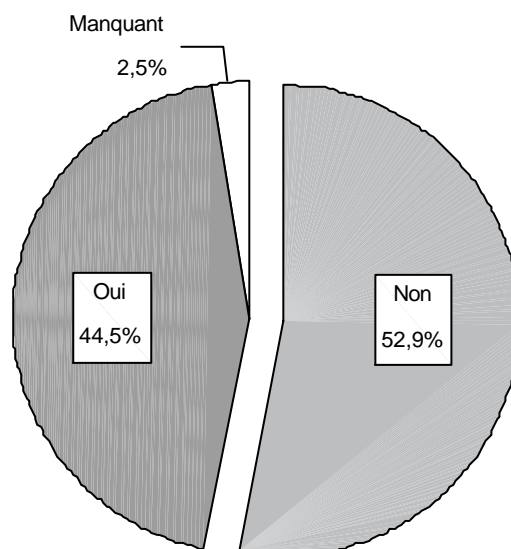
6.1. La poursuite de l'usage d'héroïne

6.1.1. Usage d'héroïne au cours des 3 derniers mois

Tableau 6.1.1 : A utilisé l'héroïne depuis 3 mois

Ensemble de la Population				Patients de Belgique			
	n	% brut	% net		Nombre	% brut	% net
Non	227	55,6	57,8	Non	188	52,7	54,0
Oui	166	40,7	42,2	Oui	160	44,8	46,0
Total	393	96,3	100,0	Total	348	97,5	100,0
Manquant	15	3,7		Manquant	9	2,5	
Total	408	100,0		Total	357	100,0	

Graph 6.1.1 : A utilisé l'héroïne depuis 3 mois (Patients de Belgique)



Plus de 42% des patients de l'ensemble de l'échantillon ont utilisé l'héroïne au cours de ces trois derniers mois. **Si on excepte les patients de France, la proportion de résidents en Belgique qui poursuivent l'usage est de 44.5% (avec 2.5% de données manquantes) ou 46% (en excluant les données manquantes).**

6.1.1.1. Poursuite de l'usage d'héroïne selon la Communauté

Tableau 6.1.1.1 : Poursuite de l'usage d'héroïne selon la Communauté

			Communauté			Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
A utilisé l'héroïne depuis 3 mois	Non	n	39	149	38	226
		%	43,8%	57,5%	84,4%	57,5%
	Oui	n	50	110	7	167
		%	56,2%	42,5%	15,6%	42,5%
Total		n	89	259	45	393
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$p < .001$ // Différ.FL/W-B : $p = .02$ Odds : .576 (Inv: 1.74)

Les différences selon les Communautés sont statistiquement significatives.

Les patients de France poursuivent moins que les autres un usage d'héroïne (seulement 15.6%). L'hypothèse un peu provocatrice que les patients de France étant donné leur motivation et l'effort pour venir en Belgique trouver une cure inaccessible dans leur pays, atteindraient un niveau d'amélioration très favorable, semble ici confirmée. Les caractéristiques de ces patients doivent pourtant nous inciter à rendre l'hypothèse plus complexe. Si les patients de France ont des résultats très positifs, c'est aussi grâce à leur situation plus favorable avant leur cure en Belgique, notamment en ce qui concerne leur intégration sociale.

La poursuite de l'usage d'héroïne (56.2%) est plus probable chez les patients de Flandre que chez les patients de Wallonie-Bruxelles (42.5%) : Le risque relatif est de 1.74. Autrement dit, il y a 74% de « chance » en plus qu'un patient de Flandre continue à utiliser l'héroïne pendant la cure substitutive par rapport à un patient francophone.

Ce résultat est à verser au débat sur la situation épidémique en Flandre et à une plus grande mobilité des patients dans leur utilisation de l'offre de soins.

Nous verrons aussi plus loin que ceci n'implique pas des résultats plus négatifs en ce qui concerne les mesures de bien-être des patients flamands. Au contraire les patients de Flandre ont, par exemple, une satisfaction globale dans leur vie quotidienne plus élevée.

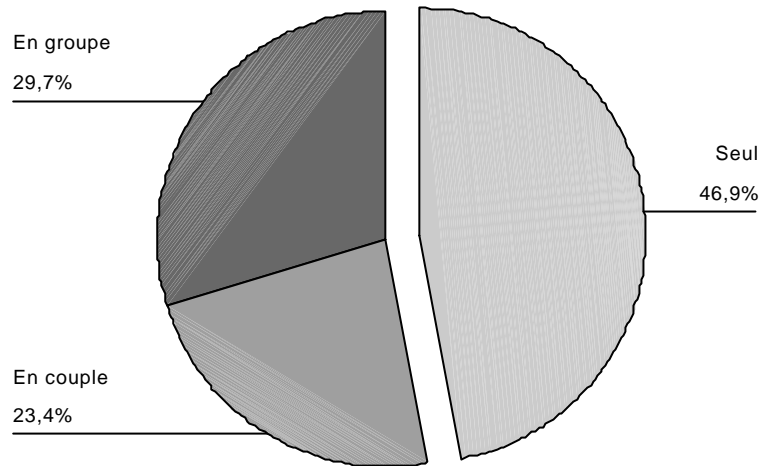
6.1.2. Partage de l'usage d'héroïne

Tableau 6.1.2 : Usage d'héroïne avec qui ?

	n	% brut	% net
Seul	68	16,7	46,9
En couple	34	8,3	23,4
En groupe	43	10,5	29,7
Total	145	35,5	100,0
Manquant	263	64,5	
Total	408	100,0	

47% des patients qui ont utilisé l'héroïne la consomment uniquement en solitaire et ¼ en couple et près de 30% en groupe. Près de 11% parmi l'ensemble des patients utilisent donc en groupe l'héroïne au moment de l'étude. Cette partie non négligeable de la population est ainsi toujours sérieusement à risque.

Graphe 6.1.2 : Partage de l'usage d'héroïne (%)

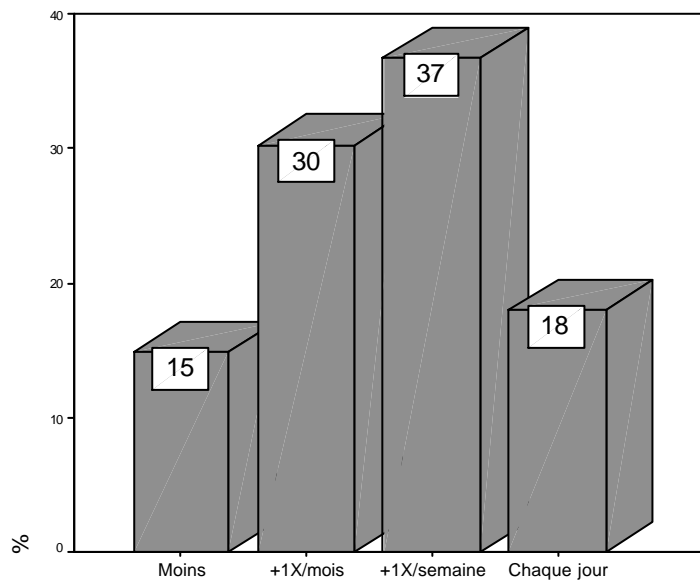


6.1.3. Fréquence de la poursuite de l'usage d'héroïne

Tableau 6.1.3. : Fréquence de l'usage actuel d'héroïne

	n	% brut	% net
Moins de 1x/mois	23	5,6	14,8
+1X/mois	47	11,5	30,3
+1X/semaine	57	14,0	36,8
Chaque jour	28	6,9	18,1
Total	155	38,0	100,0
Manquant	253	62,0	
Total	408	100,0	

Graphe 6.1.3.: Fréquence de l'usage d'héroïne chez les consommateurs actuels (%)



Si l'usage se poursuit chez plus de 40% des patients, elle se poursuit cependant à une fréquence généralement moins que quotidienne. Seuls 18.1% des usagers continuent chaque jour à utiliser l'héroïne, ce qui ne représente plus que 6.9% de l'ensemble des patients. Il reste toutefois encore près de 37% parmi ceux qui continuent ou 14% de l'ensemble des patients qui utilisent plus d'une fois par semaine (mais pas quotidiennement). Il y a donc plus de 20% de l'ensemble des patients qui a maintenu au moins un lien hebdomadaire avec l'héroïne.

Aucune différence significative n'a été observée quant à la fréquence d'usage d'héroïne selon la communauté.

6.1.4. Evolution globale de l'usage d'héroïne ressentie par le patient

Tableau 6.1.4. : Evolution de l'usage d'héroïne

	n	% brut	% net
N'a pas changé	8	2,0	3,7
A diminué	202	49,5	94,4
A augmenté	4	1,0	1,9
Total	214	52,5	100,0
Manquant	194	47,5	
Total	408	100,0	

La perception du patient est très positive sur l'évolution de sa consommation d'héroïne, puisque rares sont ceux qui estiment que leur usage n'a pas diminué. Eviter un usage quotidien est sans doute déjà une victoire pour certains.

6.1.5. Usage actuel de l'héroïne par injection

Tableau 6.1.5.: Usage actuel de l'héroïne par IV

	n	% brut	% net
non	141	34,6	84,4
oui	26	6,4	15,6
Total	167	40,9	100,0
Manquant	241	59,1	
Total	408	100,0	

Seuls 6.4% de l'ensemble des patients et 15.6% des usagers actuels utilisent la voie intraveineuse.

6.1.5.1. Usage de l'héroïne par injection selon la Communauté

Tableau 6.1.5.1. : Usage actuel de l'héroïne par IV selon la Communauté

			Communauté		Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	
Utilise hero par IV	non	n	37	97	134
		%	74,0%	88,2%	83,8%
	oui	n	13	13	26
		%	26,0%	11,8%	16,3%
Total		n	50	110	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$p = .02$ / Odds : .381 (Inv: 2.62)

Donc, par rapport aux patients francophones, non seulement **les patients de Flandre** ont une plus forte probabilité de continuer à prendre de l'héroïne (Tableau 6.1.1.1.), mais, parmi ceux-ci, il est plus de deux fois et demi plus probable qu'ils **l'utilisent par injection** !

Cette relation concerne toutefois uniquement la poursuite de l'usage de l'héroïne par IV et non la poursuite globale de l'usage de l'injection. La distinction est importante car certains patients ne s'injectent que la cocaïne. Si nous prenons en compte la poursuite globale de l'injection toutes drogues confondues, la différence entre les patients de Flandre et de Wallonie-Bruxelles s'estompe.

6.1.6. Chronologie de la fin de l'injection

Tableau 6.1.6 : Chronologie de la fin de l'injection selon l'usage de méthadone

	n	% brut	% net
Pas d'arrêt de l'IV	40	9,8	9,8
Arrêt IV avant début méthadone	31	7,6	7,6
Arrêt depuis début méthadone	41	10,0	10,1
Arrêt IV depuis début cure actuelle	53	13,0	13,0
Arrêt indéterminé dans le temps	22	5,4	5,4
Jamais IV	220	53,9	54,1
Total	407	99,8	100,0
Manquant	1	,2	
Total	408	100,0	

7.6% des usagers avaient abandonné l'injection avant leur premier contact avec la méthadone et au moins près de la moitié des usagers par IV ont stoppé après le début de l'usage de méthadone.

Parmi ces derniers (94 patients dont on sait qu'ils ont abandonné depuis le début de la prise de méthadone) 53 patients soit 56.3% l'ont fait au cours de la cure actuelle. Pour 22 patients (5.4% de l'ensemble des répondants), il ne fut pas possible de préciser le moment de l'arrêt de l'IV.

Dans une perspective de réduction des dommages, les cures substitutives à la méthadone démontrent leur importance. N'oublions pas non plus, que la cure substitutive d'un usager d'héroïne qui ne s'est jamais injecté permet aussi, dans bien des cas, d'éviter le recours à l'injection.

Tableau 6.1.6.1 : Poursuite de l'usage par IV (toutes drogues) parmi les patients qui ont déjà utilisé par IV

	n	% brut	% net
Arrêt IV	146	35,8	78,5
Poursuite IV	40	9,8	21,5
Total	186	45,6	100,0
Manquant	222	54,4	
Total	408	100,0	

Près d'un patient sur dix continue à utiliser la voie intraveineuse (usage depuis 3 mois) alors que 46% ont déjà utilisé l'IV. Cette évolution est spectaculaire et met en évidence sans doute l'apport le plus remarquable de la prise en charge substitutive (avec le bémol concernant ceux qui ont arrêté avant le début de l'usage de méthadone).

Cette dimension de l'abandon du recours à l'injection est à analyser pour mettre en évidence les facteurs qui y contribuent.

Nous allons constater que la poursuite de l'usage par IV est fortement liée à la consommation de **cocaïne**, mais uniquement pour les patients de Wallonie-Bruxelles.

6.2. L'usage de la cocaïne

6.2.1. Usage actuel (depuis 3 mois) de la cocaïne

L'usage de cocaïne par les patients en cure substitutive est une réalité connue des intervenants. Il est d'autant plus important de le documenter, car le constat fait ici confirme une interaction avec la poursuite de l'usage d'héroïne.

Tableau 6.2.1 : Poursuite de l'usage de cocaïne

	n	% brut	% net
Non	280	68,6	71,2
Oui	113	27,7	28,8
Total	393	96,3	100,0
Manquant	15	3,7	
Total	408	100,0	

28.8% des patients ont consommé de la **cocaïne** depuis 3 mois. Nous n'avons pas observé de différence significative entre les communautés.

6.2.2. Usage par injection de la cocaïne

Tableau 6.2.2 : Usage par IV de la cocaïne

	n	% brut	% net
Non	84	20,6	74,3
Oui	29	7,1	25,7
Total	113	27,7	100,0
Manquant	295	72,3	
Total	408	100,0	

L'usage par IV concerne un quart (29/ 113) des usagers récents de cocaïne.

Il faut toutefois préciser que certains injecteurs ne s'injectent que la cocaïne.

Sur les 40 patients qui recourent encore à l'IV, 14 ne s'injectent que de la cocaïne, soit plus du tiers des usagers par IV. Le tableau 6.2.2.1 met en évidence la spécificité communautaire de cet usage : on ne la retrouve que chez les patients de Wallonie-Bruxelles.

Tableau 6.2.2.1 : Usage par IV de la cocaïne sans usage de l'héroïne par IV

			Communauté		Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	
Poursuite de l'IV pour coke seulement	IV héro et/ou coke	n	13	13	26
		%	100,0%	48,1%	65,0%
	IV Coke sans IV héro	n		14	14
		%		51,9%	35,0%
Total		n	13	27	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%

p = .001

Ceci explique pourquoi la poursuite de l'usage par IV ne distingue pas les communautés de Belgique alors que les patients de Flandre ont un risque spécifique de poursuivre l'usage d'héroïne par IV.

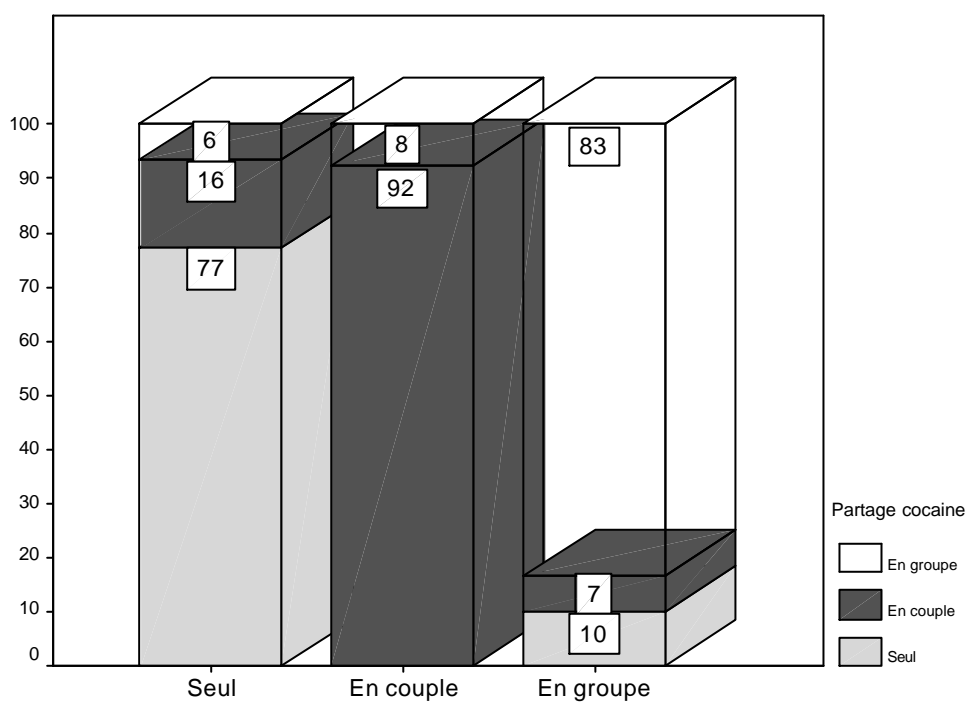
6.2.3. Partage de l'usage de cocaïne

Tableau 6.2.3 : Usage de cocaïne : avec qui ?

	n	% brut	% net
Seul	37	9,1	37,8
En couple	28	6,9	28,6
En groupe	33	8,1	33,7
Total	98	24,0	100,0
Manquant	310	76,0	
Total	408	100,0	

L'usage en solitaire de la cocaïne est une modalité qui concerne près de 38% des usagers actuels de cocaïne. Une majorité donc utilise la cocaïne avec d'autres : il s'agit d'une indication du caractère épidémique de l'usage de cocaïne car s'inscrivant dans une démarche de rencontre avec d'autres usagers.

Graph 6.2.3.1 : Relation entre le partage de l'usage d'héroïne et de cocaïne



Partage de l'héroïne
p<.001

Les usages d'héroïne et de cocaïne sont quasiment indissociables dans leur mode d'usage partagé avec d'autres. On notera en particulier que, si on utilise l'héroïne en couple, la cocaïne sera utilisée de la même façon à 92%. L'aspect plus convivial de l'usage de cocaïne apparaît néanmoins de façon marginale: si on utilise l'héroïne en étant seul, dans

23% des cas on utilisera la cocaïne avec d'autres. Ce tableau n'est évidemment valable que pour les 72 patients qui utilisent encore les deux substances depuis 3 mois, c'est-à-dire 18% de l'ensemble des patients.

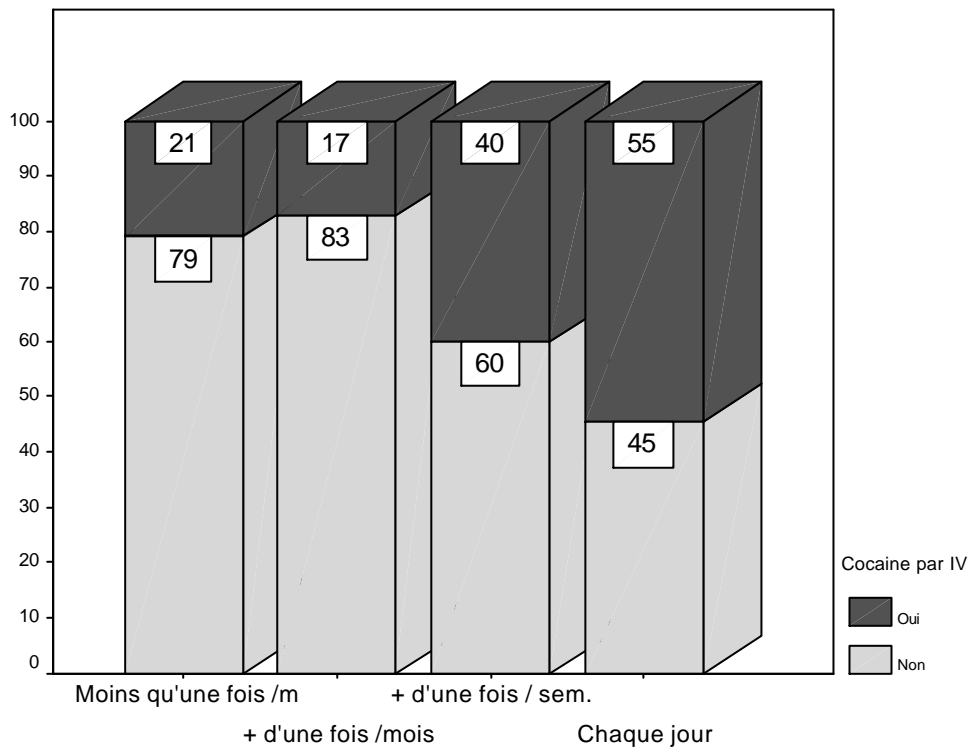
6.2.4. Fréquence de l'usage actuel de cocaïne

Tableau 6.2.4 : Fréquence de l'usage actuel de cocaïne

	n	% brut	% net
Moins qu'une fois /mois	41	10,0	38,0
Plus d'une fois par mois	36	8,8	33,3
Plus d'une fois par semaine	20	4,9	18,5
Chaque jour	11	2,7	10,2
Total	108	26,5	100,0
Manquant	300	73,5	
Total	408	100,0	

La fréquence d'utilisation de la cocaïne est faible avec 38% des usagers qui consomment moins d'une fois par mois (pour ceux qui poursuivent l'héroïne, la proportion était de 14.8%). L'aspect d'un usage plus récréatif de la cocaïne que l'héroïne est ici renforcé. 28.7% consomment plus d'une fois par semaine, ce qui représente un peu moins de 8% de l'ensemble des patients.

Graph 6.2.4.1 : Relation entre le mode et la fréquence d'usage de la cocaïne (%)



$p = .03$

L'usage par IV de cocaïne est lié à une fréquence d'usage plus élevée.

Une majorité d'usagers quotidiens utilisent la voie intraveineuse.

Une telle relation significative n'a pas été trouvée en ce qui concerne l'usage d'héroïne.

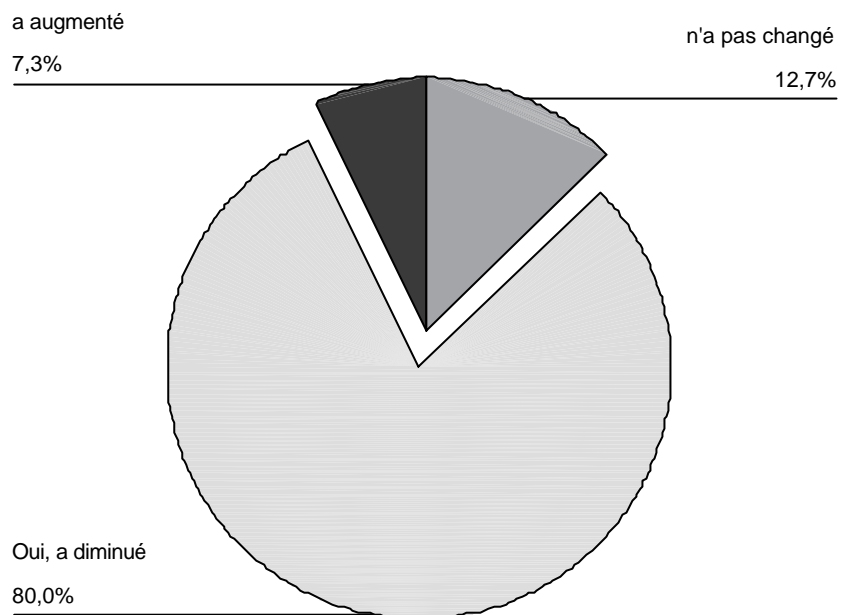
Peut-être s'agit-il d'un effet de la cure substitutive ?

6.2.5. Perception de l'évolution de l'usage de cocaïne

Tableau 6.2.5 : Perception de l'évolution de l'usage de cocaïne

	n	% brut	% net
n'a pas changé	19	4,7	12,7
Oui, a diminué	120	29,4	80,0
a augmenté	11	2,7	7,3
Total	150	36,8	100,0
Manquant	258	63,2	
Total	408	100,0	

Graphe 6.2.5 : Perception de l'évolution de l'usage de cocaïne



Si 80 % des usagers de **cocaïne** déclarent avoir réduit leur consommation, cette proportion reste moins élevée que les 93 % d'usagers d'héroïne. Le pourcentage d'augmentation ressentie est faible. Malgré les problèmes de combinaisons avec la cocaïne, la grande majorité a une perception positive de l'évolution de sa consommation.

6.3. L'usage des autres drogues

**Tableau 6.3.1 : Drogues et psychotropes actuellement (depuis 3 mois) utilisées
(en % du nombre de patients dans chaque Communauté)**

Drogue	Flandre	Wallonie- Bruxelles	France	Total	P	Total FL /	P W-B
Nombre de patients	89	259	45	393		348	
Cannabis	59.1	63.9	46.8	60.8	08 (NS)	60.8	NS
Extasy	6.8	7.	8.9	7.2	NS	7.2	NS
Alcool	63.2	54.9	46.7	55.8	NS	55.8	NS
Benzodiazépines (réponse patient)	21.6	26.	0	22.	.001	22.	NS
Benzodiazépines (comptage)(*)	28.9	38.6	0	36.2	.001	36.6	.08
Flunitrazépam (*)	1.1	7.8	0	5.2	.01	5.9	.02
Antidépresseur(*)	21.1	25.1	0	21.	.001	24.1	NS
Amphétamines	2.3	5.	2.2	4.1	NS	4.3	NS
Tabac	91.9	93.2	89.1	92.4	NS	92.4	NS
Cocaïne	37.1	27.	22.2	29.6	NS	28.8	.07 (NS)
Héroïne	56.2	42.5	15.6	46.	.001	42.5	.02

* - L'usage de benzodiazépines est soit la réponse du patient à un tableau où tous les usages sont demandés soit l'indication par le patient d'une prescription reçue par le même médecin qui prescrit la méthadone ou un autre médecin. Le nom du médicament a été demandé et les réponses ont été corrigées. La première ligne (réponse patient) est interprétable comme une indication de ce que le patient considère comme un usage équivalent à un usage de drogues. Les usages de Flunitrazépam et d'Antidépresseur ont aussi été comptabilisés sans réponse directe du patient.

Le tableau 6.3.1 détaille l'usage des usages de drogues et de psychotropes depuis 3 mois, par Communauté, chez les patients en cure substitutive. Les deux dernières colonnes spécifient les résultats globaux des patients résidant en Belgique (donc à l'exclusion de ceux de France) et la signification statistique de la différence entre les deux Communautés de Belgique.

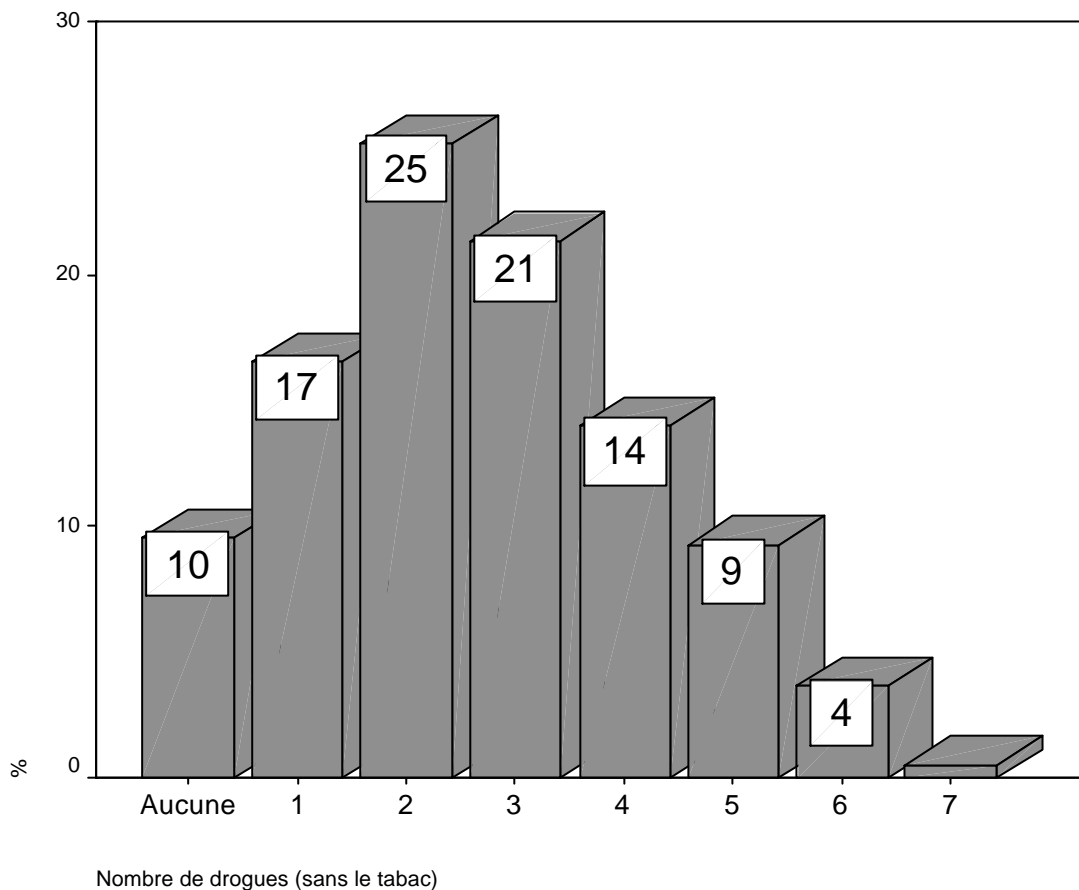
Dans le cas des patients de France nous n'avons trouvé aucun usage de benzodiazépines ou d'antidépresseurs, ce qui indiquerait l'absence de prescription des ces psychotropes par leur médecin belge, ainsi que l'absence de recours à un autre médecin pour ces patients. Pour ces substances il est donc utile de se référer à l'avant dernière colonne du tableau pour avoir une indication de la prévalence globale de l'usage des patients belges.

Le constat général est l'absence de différence de prévalence de l'usage entre les Communautés pour toutes les substances à part pour l'héroïne et dans une moindre mesure pour la cocaïne (voir analyse 6.1 et 6.3) avec une tendance non significative. L'usage de tabac concerne quasiment l'ensemble des patients.

Le cannabis et l'alcool sont utilisés par une majorité de patients, les benzodiazépines et les antidépresseurs par moins d'un quart et le flunitrazépam, les amphétamines et l'extasy par moins de 10%.

6.3.2. Nombre de drogues utilisées depuis 3 mois

**Graphe 6.3.2 : Nombre de drogues utilisées depuis 3 mois (%)
Patients résidant en Belgique**



Le Graphe 6.3.2 fournit une indication plus globale sur l'association des usages de drogues indiqués dans le Tableau 6.3.1. en précisant le nombre de drogues utilisées depuis 3 mois (en %). Dans ce graphe l'usage de tabac n'est pas pris en considération. Parmi les patients de Belgique, **10% n'ont utilisé aucune drogue**. Pour un patient sur 10 une abstinence totale est donc possible. La catégorie modale est de deux drogues utilisées depuis 3mois.

Près de la moitié des patients utilisent 3 drogues ou plus.

6.4. Les co-prescriptions

**Tableau 6.4.1 : Le médecin actuel prescrit aussi un autre médicament
Ensemble des patients**

	n	% brut	% net
Non	236	57,8	58,1
Oui	170	41,7	41,9
Total	406	99,5	100,0
Manquant	2	,5	
Total	408	100,0	

Près de 42% des patients ont une autre prescription que la méthadone chez le médecin avec lequel se déroule la cure substitutive.

Tableau 6.4.2 : Prescription chez un autre médecin (Ensemble des patients)

	n	% brut	% net
Je ne vais pas chez un autre médecin	383	93,9	94,6
Oui	22	5,4	5,4
Total	405	99,3	100,0
Manquant	3	,7	
Total	408	100,0	

Le nombre de patients qui fréquentent un autre médecin (que celui avec lequel se déroule la cure substitutive) est réduit et représente 5.4% des patients (**5.9%** si on ne tient compte que des **patients de Belgique**). Bien entendu, parmi ces patients, tous ne vont pas seulement chez un autre médecin pour une autre prescription, mais pour des soins de médecine générale.

6.5. La prescription de benzodiazépines

Tableau 6.5 : Benzodiazépines prescrites par le médecin prescripteur de méthadone ou au total (y compris avec autre médecin conjointement)

Prescription par le prescripteur de méthadone				Prescription totale			
	Nombre	% brut	% net		Nombre	% brut	% net
Non	238	66,7	67,2	Non	226	63,3	63,8
Oui	116	32,5	32,8	Oui	128	35,9	36,2
Total	354	99,2	100,0	Total	354	99,2	100,0
Manquant	3	,8		Manquant	3	,8	
Total	357	100,0		Total	357	100,0	

Près de 33% (29% du total de l'échantillon avec les patients de France) des patients ont une prescription de BZD par le médecin qui leur prescrit la méthadone et près de 36% (32% du total de l'échantillon avec les patients de France) en incluant les benzodiazépines recherchées ailleurs chez un autre médecin simultanément (12 patients soit 3.3% des patients).

6.6. Prescription d'antidépresseur(s)

Près d'un quart des patients de Belgique (Tableau 6.6.) ont une prescription d'antidépresseur.

On connaissait intuitivement l'importance de l'utilisation de benzodiazépines chez les patients en cure substitutive. L'importance de l'usage d'antidépresseurs est moins connue, mais concerne donc de nombreux patients.

Tableau 6.6 : Prescription d'antidépresseur

	Nombre	% brut	% net
Non	268	75,1	75,9
Oui	85	23,8	24,1
Total	353	98,9	100,0
Manquant	4	1,1	
Total	357	100,0	

6.7. Le dosage actuel de méthadone : Quels effets sur l'usage de drogues ?

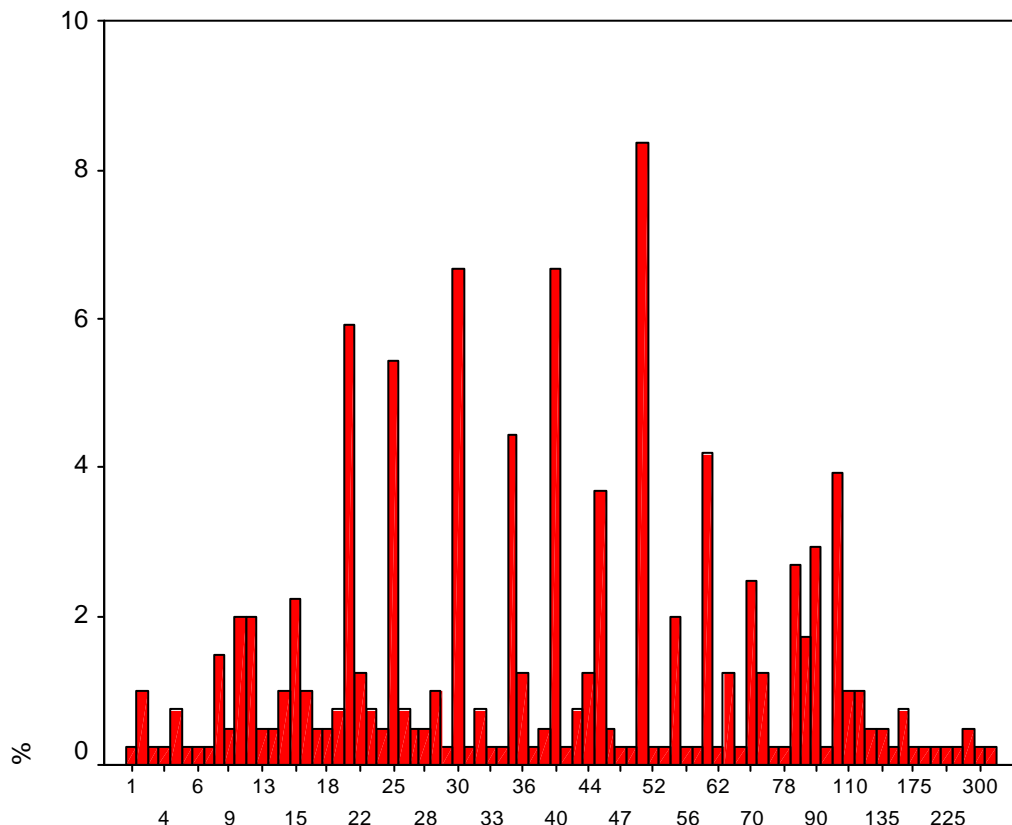
6.7.1. Le dosage actuel de méthadone

Tableau 6.7.1 : Le dosage actuel de méthadone

Dosage actuel de la méthadone-mg		
N		406
	Manquant	2
Moyenne		49,72
Médiane		40,00
E-type		43,40
Minimum		1
Maximum		375
Percentiles	25	25,00
	50	40,00
	75	60,00

Le dosage de méthadone est assez faible globalement avec une moyenne inférieure à celle préconisée dans la littérature scientifique anglo-saxonne (60 mg). Seuls 25% des patients ont 60 mg ou plus. La moyenne se situe en dessous de 50 mg avec toutefois de fortes variations. Un quart a moins de 20 mg, ce qui semble indiquer une voie de dosages dégressifs. On trouve cependant quelques cas de dosages très élevés (jusque 375 mg) qui peuvent faire débat. Notons que des dosages extrêmes sont surtout tentés de façon provisoire. Or ici, nous avons constaté qu'il s'agit d'une volonté manifeste du médecin. En effet, plusieurs patients du même prescripteur reçoivent des dosages très élevés. C'est cet aspect systématique qui pose question.

Graph 6.7.1 : Répartition des dosages (avec extrêmes)



6.7.2. Dosage de la méthadone selon la Communauté

Tableau 6.7.2 : Dosage de méthadone selon la Communauté (moyennes)

Dosage actuel de la méthadone-mg			
Communauté	Moyenne	N	Ecart-type
Flandre	37,76	89	27,33
Wallonie+Bruxelles	50,83	266	46,53
France	64,80	51	44,43
Total	49,72	406	43,40

p = .001 / Comparaison Flandre-WB : p = .01

Le dosage de méthadone varie de façon importante selon la Communauté. Les patients de France reçoivent le dosage le plus élevé (64.8 mg), suivis des patients de Wallonie-Bruxelles (50.8 mg) et enfin les patients de Flandre ont des dosages très bas (37.8 mg).

Tableau 6.7.2.1 : Dosage actuel (en catégories) selon la Communauté

			Communauté			Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	France	
DOSAGE	-25mg	n	37	73	9	119
		% Colonne	41,6%	27,4%	17,6%	29,3%
	26-50	n	35	107	18	160
		% Colonne	39,3%	40,2%	35,3%	39,4%
	51+	n	17	86	24	127
		% Colonne	19,1%	32,3%	47,1%	31,3%
Total		n	89	266	51	406
		% Ligne	21,9%	65,5%	12,6%	100,0%
		% Colonne	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p = .003

Le Tableau 6.7.2.2 exprime les différences de dosage entre les Communautés en catégories.

Près de la moitié des patients de France ont plus de 51 mg par jour et à l'opposé près de 42% des patients de Flandre ont moins de 25 mg. La catégorie modale pour les patients de Wallonie-Bruxelles se situe entre 26 mg et 50 mg (40.2%).

Tableau 6.7.2.1.1 : Dosage actuel (en catégories) chez les patients de moins de 25 ans dans chaque Communauté

			-25 ans par Communauté		Total
			-25 ans FL	-25 ans W-B	
DOSAGE	-25mg	n	18	8	26
		% Ligne	69,2%	30,8%	100,0%
		% Colonne	60,0%	22,2%	39,4%
	26-50	n	8	18	26
		% Ligne	30,8%	69,2%	100,0%
		% Colonne	26,7%	50,0%	39,4%
	51+	n	4	10	14
		% Ligne	28,6%	71,4%	100,0%
		% Colonne	13,3%	27,8%	21,2%
Total		n	30	36	66
		% Ligne	45,5%	54,5%	100,0%
		% Colonne	100,0%	100,0%	100,0%

p = .007

Une comparaison du dosage pour la même classe d'âge de moins de 25 ans entre les Communautés de Belgique met en évidence pour les patients les plus jeunes (dont la durée de l'addiction doit être sensiblement identique) un écart étonnant dans le dosage. 60% des patients de Flandre les plus jeunes ont moins de 25mg de méthadone alors que ce dosage n'est prescrit qu'à 22.2% des jeunes patients de Wallonie-Bruxelles. Un patient sur deux dans cette classe d'âge reçoit entre 26mg et 50mg dans la Communauté française alors qu'à peine plus d'un quart ont un tel dosage en Flandre.

En conclusion sur les différences de dosage entre Communautés, les orientations thérapeutiques dans l'utilisation du médicament semblent ressortir de cadres de référence professionnels assez éloignés. Existe-t-il beaucoup d'exemples de posologies de médicaments aussi variables selon l'appartenance régionale du praticien ?

6.7.3. Dosage actuel de la méthadone et poursuite de l'usage d'héroïne

**Tableau 6.7.3.1 : Dosage actuel et poursuite de l'usage d'héroïne
Ensemble des patients de Belgique**

Dosage actuel de la méthadone-mg

A utilisé l'héroïne	Moyenne	N	E-type
Non	48,25	187	49,91
Oui	47,58	159	33,76
Total	47,94	346	43,19

NS

Contrairement aux attentes et aux données fournies par la recherche internationale (Bach, P.B. and Lantos J., 1999 ; Caplehorn J.R.M, et al., 1993) **la poursuite de l'usage d'héroïne est ici indépendante du dosage**, en tout cas du dosage actuel.

Vérification a été faite dans chaque Communauté : aucun effet du dosage sur une réduction de l'usage d'héroïne n'a pu être mis en évidence.

Les résultats suivants sont beaucoup plus troublants, puisque parmi ceux qui poursuivent l'usage d'héroïne, les patients qui s'injectent l'héroïne ont des dosages de méthadone plus élevés que ceux qui ne s'injectent pas.

**Tableau 6.7.3.2 : Dosage actuel et usage d'héroïne (depuis 3 mois) par injection ou non
Ensemble des patients de Belgique**

Dosage actuel de la méthadone-mg

Utilise hero par IV	Moyenne	N	Ecart-type
non	44,01	134	27,47
oui	66,68	25	53,57
Total	47,58	159	33,76

p = .002

**Tableau 6.7.3.3 : Dosage actuel et usage d'héroïne (depuis 3 mois) par injection ou non
par Communauté**

Patients de Flandre				Patients de Wallonie-Bruxelles			
Dosage actuel de la méthadone-mg				Dosage actuel de la méthadone-mg			
Utilise hero par IV	Moyenne	N	Ecart-type	Utilise hero par IV	Moyenne	N	Ecart-type
non	33,69	37	28,69	non	47,95	97	26,08
oui	55,92	13	31,07	oui	78,33	12	70,17
Total	39,47	50	30,63	Total	51,29	109	34,61
p = .02				p = .004			

L'usage par IV de l'héroïne parmi tous les patients qui poursuivent un usage d'héroïne est donc lié à un dosage plus élevé de méthadone. Résultat plus que paradoxal, pour lequel nous n'avons pas d'explication. Dire que des patients « plus lourds » reçoivent un dosage plus élevé, ne répond pas entièrement au problème. Où se situe alors l'impact du dosage élevé ?

Admettons encore une absence d'effet du dosage par rapport à l'usage d'héroïne (tableau 6.7.3.1), puisque le dosage tend à être réduit pendant la cure avec l'amélioration du patient. Un patient qui a stoppé l'usage d'héroïne et qui est considéré comme allant mieux par le médecin va souvent bénéficier d'une réduction de dosage. Du moins, il s'agit-là d'une observation souvent faite sur le terrain. Si nous mesurons la relation entre dosage et héroïne à un moment donné les patients qui ont stoppé l'héroïne et ont un dosage (plus) faible vont intervenir dans le calcul global de la relation dosage / usage et tendre à annuler l'effet. A ce stade, ce serait une hypothèse à faire, en tout cas.

Mais que parmi tous ceux qui poursuivent l'usage, l'injection (tableaux 6.7.3.2 et 6.7.3.3) soit présente chez les patients qui ont des dosages aussi élevés par comparaison avec ceux qui n'utilisent pas l'injection, et ce dans les deux Communautés où les médecins ont des pratiques de dosages aussi différentes, est très troublant.

Nous observons des résultats semblables en ce qui concerne l'usage actuel ou récent de la cocaïne.

L'usage (depuis 3 mois) de cocaïne (quel que soit le mode d'usage) a aussi une tendance à être lié à un dosage plus élevé de méthadone. La relation n'est cependant statistiquement significative qu'en Flandre (p=.02).

**Tableau 6.7.3.4 : Dosage de la méthadone selon l'usage ou non de la cocaïne
Ensemble des patients de Belgique**

Dosage actuel de la méthadone-mg			
Usage de cocaïne	Moyenne	N	Ecart-type
Non	48,27	278	43,00
Oui	54,25	113	45,79
Total	50,00	391	43,85

p = NS (non significatif)

**Tableau 6.7.3.5 : Dosage de la méthadone selon l'usage ou non de la cocaïne
par Communauté**

Patients de Flandre				Patients de Wallonie-Bruxelles			
Dosage actuel de la méthadone-mg				Dosage actuel de la méthadone-mg			
Usage de cocaïne	Moyenne	N	Ecart -type	Usage de cocaïne	Moyenne	N	Ecart -type
Non	32,07	55	18,75	Non	49,10	188	45,24
Oui	45,67	33	35,44	Oui	58,35	70	51,04
Total	37,17	88	26,91	Total	51,61	258	46,96
p = .02				NS			

Les dosages plus élevés de méthadone semblent donc concerner des patients qui ont plus de difficultés dans leur usage de drogues en général et de cocaïne en particulier. L'effet de blocage de la méthadone ne concerne de toute façon que l'usage d'opiacés.

Toutefois les tableaux suivants concernant l'usage de cocaïne par injection prolongent ceux concernant l'héroïne et fournissent éventuellement une voie explicative.

Tableau 6.7.3.6 : Dosage de la méthadone selon l'usage par IV ou non de la cocaïne Ensemble des patients de Belgique

Dosage actuel de la méthadone-mg			
Cocaïne par IV	Moyenne	N	E-type
Non	46,29	74	33,15
Oui	74,52	29	67,20
Total	54,24	103	46,79

p = .005

Tableau 6.7.3.7 : Dosage de la méthadone selon l'usage par IV ou non de la cocaïne par Communauté

Patients de Flandre				Patients de Wallonie-Bruxelles			
Dosage actuel de la méthadone-mg				Dosage actuel de la méthadone-mg			
Cocaïne par IV	Moyenne	N	Ecart-type	Cocaïne par IV	Moyenne	N	Ecart-type
Non	41,60	25	35,51	Non	48,68	49	31,99
Oui	58,37	8	34,28	Oui	80,67	21	75,94
Total	45,67	33	35,44	Total	48,68	70	51,01
NS				p = .01			

L'usage par IV de la cocaïne est lié à des dosages plus élevés de méthadone. L'écart de dosages semble très important et est très significatif sur l'ensemble de la population.

La question qui se pose et l'hypothèse qui serait émergente concerne l'interaction entre héroïne et cocaïne. La relation entre dosage élevé de méthadone et poursuite de l'usage d'héroïne par injection ne pourrait-elle pas être liée à l'utilisation de cocaïne et en particulier son mode d'usage par IV ? Autrement dit ce serait la consommation de cocaïne qui viendrait brouiller les pistes en ce qui concerne l'effet du dosage sur l'usage d'héroïne et son injection.

6.7.4. L'évolution du dosage de méthadone et son effet

Tableau 6.7.4.1 : L'évolution simplifiée du dosage

	n	% brut	% net
Réduction	160	39,2	64,8
Augmentation (ou idem)	87	21,3	35,2
Total	247	60,5	100,0
Manquant	161	39,5	
Total	408	100,0	

Le rôle du dosage actuel n'étant pas résolu, nous avons tenté une analyse de celui de l'évolution du dosage. Nous avons utilisé l'évaluation du pharmacien. Donc ce sont les

patients qui ont répondu au questionnaire auto-administré tout en bénéficiant d'une évaluation du dosage de méthadone au début de leur contact avec l'officine qui sont étudiés ici.

Le Tableau 6.7.4.1. indique que près de 2/3 de ces patients ont bénéficié d'une réduction de dosage de la méthadone alors que 35.2% ont un dosage inchangé ou une augmentation.

L'évolution simplifiée du dosage a alors été croisée avec la poursuite ou non de l'usage d'héroïne et aussi avec l'usage de cocaïne.

Tableau 6.7.4.2 : L'évolution simplifiée du dosage et la poursuite de l'usage d'héroïne

			Evolution du dosage en 2 catégories		Total
			Réduction	Augmentation (ou idem)	
A utilisé l'héroïne depuis 3 mois	Non	n	71	54	125
		% Ligne	56,8%	43,2%	100,0%
		% Colonne	52,2%	67,5%	57,9%
	Oui	n	65	26	91
		% Ligne	71,4%	28,6%	100,0%
		% Colonne	47,8%	32,5%	42,1%
Total	n	136	80	216	
	% Ligne	63,0%	37,0%	100,0%	
	% Colonne	100,0%	100,0%	100,0%	

p = .02 / Odds : .526 (inv: 1.90)

Le Tableau 6.7.4.2. fournit une première indication de l'effet de la réduction du dosage sur la poursuite de l'usage d'héroïne. Les résultats sont troublants. La réduction du dosage semble avoir pour effet d'augmenter l'usage d'héroïne ! 32.5% des patients qui n'ont pas eu de modification du dosage ou une augmentation de celui-ci, ont utilisé l'héroïne depuis 3mois. Mais 47.8% de ceux qui ont eu une réduction du dosage ont poursuivi un usage d'héroïne. La relation est significative à p = .02 et la probabilité d'une poursuite de l'usage avec une réduction du dosage est de 90%. (Odds : 1.90).

Un résultat qui doit être confirmé et l'analyse poursuivie pour vérifier plus précisément les facteurs intervenants, mais qui, si l'analyse est reproduite, mérite une information sur les risques liés aux réductions de dosage.

Tableau 6.7.4.3 : L'évolution simplifiée du dosage et l'usage de cocaïne

			Evolution du dosage en 2 catégories		Total
			Réduction	Augmentation (ou idem)	
Usage de Cocaïne depuis 3 mois	Non	n	105	52	157
		% Ligne	66,9%	33,1%	100,0%
		% Colonne	77,8%	65,0%	73,0%
	Oui	n	30	28	58
		% Ligne	51,7%	48,3%	100,0%
		% Colonne	22,2%	35,0%	27,0%
Total	n	135	80	215	
	% Ligne	62,8%	37,2%	100,0%	
	% Colonne	100,0%	100,0%	100,0%	

p = .04 / Odds : 1.88 (de 1.02 à 3.48)

L'effet d'une réduction du dosage est ici inverse sur l'usage de cocaïne à ce que nous venons de montrer concernant la poursuite de l'usage d'héroïne. **35% de ceux qui ont eu une augmentation ou le même dosage, ont utilisé la substance pour 22% de ceux qui ont eu une réduction du dosage.** La probabilité est quasi identique à celle de l'analyse précédente, mais dans l'autre sens. On constate toutefois que la signification statistique n'est que de $p = .04$. De ce fait l'intervalle de confiance du Risque Relatif incite à la prudence.

7. Les mesures de bien-être

Plusieurs indices ont été construits pour préciser le bien-être du patient : une mesure globale de satisfaction, une mesure de bien-être (inverse d'une tendance à la dépression : WHO, 1995), une question directe sur le sentiment d'être « stabilisé » et une version originale en auto-évaluation de l'échelle Evolutox (Remy, Ledoux, 2001) qui détaille un ensemble d'éléments positifs retenus par le patient comme bénéfique de la cure...A ces dimensions qualitatives viennent s'ajouter les effets comportementaux (abandon ou non de l'usage d'héroïne, de cocaïne ou d'autres drogues...).

7.1. L'indice de satisfaction.

La question 44 du questionnaire propose 10 items portant sur des dimensions variées de l'existence du sujet : le mode de vie en général*, le travail, le logement*, le quartier*, les amis*, l'aspect physique*, l'usage de drogues*, la santé* et enfin la satisfaction vis-à-vis du pharmacien et du médecin.

Les 7 items marqués * ont été retenus et additionnés pour constituer l'indice de satisfaction qui est une production originale de cette étude.

La satisfaction du travail ne concerne qu'une minorité de patients qui ont effectivement une occupation professionnelle et celles relatives aux praticiens relève d'une autre dimension et n'ont donc pas été retenus.

L'Alpha de Cronbach (mesure de l'inter corrélation, donc de la cohérence de l'indice) est correct avec une valeur de **.74** (la valeur souhaitable doit être au minimum de .70).

Les items sont cotés de 1 (pas du tout satisfait) à 5 (très satisfait) et la valeur maximale possible de l'indice est donc de 35.

**Tableau 7.1. : Valeur globale de l'indice de satisfaction
Patients de Belgique**

SATIS5		
N		272
	Manquant	85
Moyenne		21,3162
Médiane		22,0000
E-type		5,1022
Minimum		7,00
Maximum		34,00
Percentiles	25	18,0000
	50	22,0000
	75	25,0000

La valeur moyenne de la satisfaction est de 21.3 et un quart des patients ont un indice de satisfaction cotant moins de 18 et un quart plus de 25.

7.2. Une mesure de bien-être : l'Indice de l'Organisation Mondiale de la Santé

La question 45 reprend 5 items proposés par un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (W.H.O., 1998⁶) pour constituer un indice de bien-être. Au cours de ces deux dernières semaines : Je me suis senti joyeux et de bonne humeur ; je me suis senti calme

et détendu ; je me suis senti actif et vigoureux ; je me suis réveillé frais et dispos ; ma vie quotidienne a été remplie de choses qui m'intéressent. La cotation va de : A aucun moment (valeur 1) à Tout le temps (valeur 5). La valeur maximale possible est de 25 et celle de l'Alpha de Cronbach est excellente avec **.85**.

**Tableau 7.2. : Valeur globale de l'indice de bien-être
Patients de Belgique**

INVDEPR5		
N		327
	Manquant	30
Moyenne		12,6239
Médiane		12,0000
E-type		4,4387
Minimum		5,00
Maximum		24,00
Percentiles	25	9,0000
	50	12,0000
	75	16,0000

La valeur moyenne de l'indice de bien-être est de 12.6 ; un quart des patients ont moins de 9 sur cette mesure et un quart a 16 et plus.

7.3. Différences entre les Communautés sur les indices de satisfaction et de bien-être

Une comparaison des valeurs moyennes des indices selon les communautés met en évidence des valeurs plus faibles pour les patients de la Communauté française.

⁶ World Health Organisation : WHO Info Package : Mastering depression in primary care, Version 2.2. 1998.

Tableau 7.3. : Comparaison des indices de satisfaction et de bien-être

Communautés		Satisfaction	Bien-etre
Flandre	Moyenne	23,1964	13,7059
	N	56	85
	E-type	4,4166	4,0615
Wallonie+Bruxelles	Moyenne	20,8287	12,2438
	N	216	242
	E-type	5,1637	4,5103
France	Moyenne	24,7576	15,0238
	N	33	42
	E-type	3,4006	3,9969
Total	Moyenne	21,6885	12,8970
	N	305	369
	E-type	5,0567	4,4515

$p < .001$ pour les deux indices / La comparaison Flandre / Wallonie-Bruxelles est significative à $p = .002$ pour l'Indice de satisfaction et à $p = .009$ pour l'Indice de bien-etre. L'écart entre les deux Communautés de Belgique, mesurée par l'Eta est de .188 pour la satisfaction et de .145 pour le bien-etre

Les patients de France ont des indices significativement plus élevés que les patients des deux Communautés de Belgique. **Les patients de Flandre sont aussi plus satisfaits et ont un meilleur indice de bien-être que les patients de Wallonie-Bruxelles.**

7.4. Le paradigme de l'efficacité de la cure substitutive : L'Alliance Thérapeutique

7.4.1. Le concept d'Alliance thérapeutique

Nous proposons un concept central pour comprendre l'efficacité de la cure substitutive : l'Alliance Thérapeutique. Retenons brièvement la pérennité du concept depuis les travaux précurseurs de Luborsky en 1976, encore marqué par son application à l'évaluation de la psychothérapie, jusqu'à une monographie importante du NIDA en 1997 qui propose d'aller au-delà de l'Alliance thérapeutique, en reconnaissant sa haute valeur explicative pour comprendre ce qui se produit dans la boîte noire de la cure.

Ce qui est fondamental, c'est de réintégrer dans l'analyse le sens donné à la cure par les protagonistes : le patient, qui, lorsqu'il s'accorde avec son thérapeute, est capable d'un investissement producteur de changement. Le médecin, qui doit se connecter au patient en gagnant sa confiance, et apprendre à entraîner l'adhésion en démontrant une bonne volonté spécifique et un désir respectueux d'aider. Tenir compte de la relation thérapeutique en tentant de la rendre opérationnelle de façon empirique devient crucial dans l'évaluation des cures substitutives et relègue même aux oubliettes du positivisme-mécanisme les explications par le dosage de méthadone ou par le type institutionnel de soins (par exemple «expliquer» l'amélioration par une trajectoire thérapeutique ou plus simplement par le dosage prescrit).

Pour assurer qu'il ne s'agit pas d'une pétition de principe simplement polémique, les effets respectifs du dosage ou des trajectoires institutionnelles ont été testés face au rôle de l'Alliance thérapeutique.

L'Alliance thérapeutique, mesurée sur base d'un indice proposé par L.D.Johnson, Duncan B.L. et S.D.Miller de l' « Institute for the study of Therapeutic Change » de Chicago⁷ (Miller S.D., Duncan B.L., Johnson L.D., 2002), démontre dans les analyses multivariées qui ont été produites dans le cadre de cette étude, son impact sur les différentes dimensions de l'apport de la cure. Autrement dit une amélioration de l'Alliance produit des effets favorables sur les améliorations ressenties par le patient. Elle joue en tout cas très fortement sur le mieux-être mental du patient (Dimension première de l'apport de la cure), sur le recul par rapport aux drogues (Dimension 2) et plus faiblement sur la troisième dimension, celle de l'amélioration des rapports à la Justice.

L'Alliance apparaît comme une condition nécessaire à l'amélioration ressentie dans la cure.

Elle fonctionne aussi comme indice synthétique de l'amélioration du patient tant elle se confond avec les autres mesures de bien-être, l'indice de satisfaction générale ou la mesure du bien-être. Bref, l'indice de l'Alliance thérapeutique (Alpha de Cronbach : .92) s'avère un outil puissant qu'il soit de nature « causale », ce que le design de l'enquête ne tentait pas de mettre en évidence ou non (mais participant nécessairement à une modélisation des facteurs de l'amélioration ressentie par le patient).

Elle n'épuise pas la complexité de la relation thérapeutique mais en indique une limite efficace : il faut qu'une reconnaissance de l'autre (ici le thérapeute) corresponde à ce que le patient conçoit comme position de celui sensé aider. Cela passe par des accords sur les objectifs, le contenu et d'une façon inévitablement empathique. La simple reconnaissance technique d'une compétence professionnelle ne suffit pas : il s'agit bien de relations interpersonnelles que le colloque singulier de la rencontre renforce. Cette rencontre avec le thérapeute constitue l'épine dorsale de la cure et se produit dans une majorité de cas.

Une certaine « fidélité » dans cette relation s'établit et accompagne le mieux-être ressenti par le patient. Une forte alliance accompagne aussi une représentation sociale de soi plus positive (se sent respecté comme un citoyen comme les autres). Ceci reflète une dimension de normalisation sociale ou de réintégration normative de l'Alliance thérapeutique dans le processus de la cure substitutive.

⁷ . L'indice est composé de 14 items Citons entre autres : Mon médecin est honnête et sincère, Je me sens plein d'espoir après la consultation ; La manière de traiter mon problème me convient ; Mon médecin me comprend ; Mes objectifs sont importants pour le médecin ; Je prends plaisir à me rendre chez mon médecin....(voir le tableau des dimensions de l'analyse factorielle). Tous les items sont cotés de 1 à 5.

Tableau 7.4.1: Dimensions de l'analyse factorielle de l'Alliance thérapeutique

Poids des dimensions : % de la variance expliquée	Dimension		
	Attentes satisfaites 26.1%	Personnalisation 20.3	Respect 17.8
La manière de traiter mon problème me convient	,810	,133	,245
Mes objectifs sont importants pour le médecin	,734	,184	,182
Accord sur les consignes	,704	,214	,131
Les consultations se déroulent selon mes attentes	,648	,189	,273
Je me sens plein d'espoir après la consultation	,565	,546	7,53E-02
Mon médecin est honnête et sincère	,543	,375	,510
Mon médecin me comprend	,511	,376	,457
La cure substitutive m'est utile	,484	,155	,436
Pas de cure avec autre médecin	4,079E-02	,779	,237
Mon médecin je l'ai choisi, j'y tiens	,154	,696	,358
Mon médecin est plus qu'un simple prescripteur	,353	,693	,251
Je prends plaisir à me rendre chez mon médecin	,436	,669	-1,1E-02
Je me sens accepté par mon médecin	,225	,172	,835
Mon médecin me respecte	,209	,239	,833

Méthode d'extraction: Analyse en Composante Principale.

Méthode de Rotation: Varimax avec Normalisation de Kaiser.

Dans un souci de préciser les dimensions de l'Alliance nous avons réalisé une analyse factorielle des 14 items la composant. Trois facteurs sont retenus et présentés dans le Tableau 7.4.1.

Nous avons qualifié la première dimension de l'Alliance d'*Attentes satisfaites* avec comme premier item le plus corrélé avec ce facteur « *la manière de traiter mon problème me convient* ». Le patient reconnaît que ses objectifs sont pris en compte par le médecin, qu'il est d'accord sur les consignes du médecin, que les consultations se déroulent selon ses attentes... Cette première dimension de l'Alliance exprime 26% de la variance.

Le deuxième facteur, est qualifié de *Personnalisation* (vient en second mais exprime un pourcentage élevé de 20.3% de la variance et est donc assez proche de la première dimension). Le patient n'envisage pas de cure avec un autre médecin, il l'a choisi et il y tient. Le patient ne le considère pas comme un simple prescripteur. Enfin, le patient exprime aussi son plaisir à se rendre chez le médecin et il se sent plein d'espoir après la consultation (cet item est presque commun à la première dimension). Bref ce que manifeste cette dimension, c'est surtout la relation privilégiée qui s'établit pour le patient avec son médecin.

La dernière dimension de l'Alliance celle du *Respect* recouvre aussi le fait de se sentir accepté par son médecin. Ce facteur est plus faible avec 17% de la variance expliquée.

Cette décomposition factorielle est un apport original de l'étude et permet de préciser dans certaines analyses l'accent spécifique de l'Alliance thérapeutique. Les trois facteurs fournissent chacun un score par patient et sont introduits en complément du score global de l'Alliance (obtenu en additionnant les cotes de chaque item, de 1 à 5).

7.4.2. Valeur de l'Indice d'Alliance thérapeutique

Tableau 7.4.2: Valeur de l'Indice d'Alliance thérapeutique

ALLI55		
N		360
	Manquant	48
Moyenne		57,6611
Médiane		60,0000
E-type		10,0154
Minimum		15,00
Maximum		70,00
Percentiles	25	52,0000
	50	60,0000
	75	66,0000

La mesure globale de l'Alliance thérapeutique a dans notre échantillon un maximum de 70 (cote maximale possible) et un minimum de 15. La mesure a été réalisée sur 360 patients. Il faut que le patient ait répondu aux 14 items, sinon l'indice est manquant. La valeur moyenne est de 57.66 avec une médiane assez proche de 60. On constate que 25% des patients ont une Alliance de plus de 66 et autant de patients ont une cote de moins de 52.

L'Alliance thérapeutique a été mise à contribution dans plusieurs analyses, simples comparaisons entre groupes, mais aussi multivariées.

7.4.3. Différences entre les Communautés sur l'Alliance thérapeutique et ses dimensions

Il n'y a pas de différence significative entre les Communautés sur l'Indice global de l'Alliance thérapeutique.

Si la valeur globale de l'Alliance est semblable pour les Communautés, lorsque nous détaillons ses dimensions, nous constatons sur le premier facteur des Attentes satisfaites que les patients de France ont la cote la plus élevée. Cela suffit pour induire une différence significative globale entre Communautés sur cette dimension (alors qu'il n'y a aucune différence entre Communautés de Belgique).

Les patients de France sont donc particulièrement satisfaits de l'opportunité thérapeutique que leur offre leur médecin belge.

Tableau 7.4.3 : Valeur globale et Dimensions de l'Alliance thérapeutique selon la Communauté

Communauté		Alliance thérapeutique	Dimension 1 (Alliance) : Attentes satisfaites ^a	Dimension 2 (Alliance): Rapports personnels au médecin	Dimension 3 (Alliance) : Ressent Respect du médecin
Flandre	Moyenne	57,6145	-9,445E-03	-1,521E-02	-2,409E-02
	N	83	86	86	86
	E-type	10,4832	,9525852	,9109100	1,0009179
Wallonie+Bruxelles	Moyenne	57,4790	-9,107E-02	3,850E-02	2,571E-02
	N	238	251	251	251
	E-type	10,1081	1,0535373	1,0136898	1,0527272
France	Moyenne	58,8718	,5145843	-,1816491	-9,524E-02
	N	39	46	46	46
	E-type	8,4579	,9203158	1,3137659	,9905358
Total	Moyenne	57,6611	1,553E-16	5,204E-17	-3,973E-16
	N	360	383	383	383
	E-type	10,0154	1,0322040	1,0322040	1,0322040

a. p = .001

7.4.4. L'Alliance thérapeutique et ses dimensions selon l'expérience de la méthadone « au noir » et la motivation de son usage

Tableau 7.4.4.1 : L'Alliance thérapeutique et ses dimensions selon l'expérience de la méthadone « au noir »

A déjà utilisé de la méthadone au noir		Alliance thérapeutique ^a	Dimension 1 (Alliance) : Attentes satisfaites ^b	Dimension 2 (Alliance): Rapports personnels au médecin ^c	Dimension 3 (Alliance) : Ressent Respect du médecin
Non	Moyenne	59,2477	9,521E-02	,1502240	1,5924E-02
	N	218	233	233	233
	E-type	9,2104	,9807542	1,0240689	,9573767
Oui, métha au noir	Moyenne	55,1143	-,1624897	-,2389722	-3,3970E-02
	N	140	147	147	147
	E-type	10,7577	1,1002300	1,0120718	1,1483217
Total	Moyenne	57,6313	-4,480E-03	-3,335E-04	-3,3775E-03
	N	358	380	380	380
	E-type	10,0351	1,0348484	1,0356464	1,0342301

a. p <.001

b. p=.01

c. p<.001

Le fait d'avoir déjà utilisé de la méthadone sans prescription est lié dans la cure actuelle à un déficit d'Alliance thérapeutique. La cote globale de l'Alliance est de 55.1 pour 59.2 chez les patients qui n'ont jamais utilisé de la méthadone « au noir » (différence significative à p<.001). Ces patients se distinguent aussi sur deux dimensions de l'Alliance, la *Satisfaction des Attentes* dans les soins et encore plus dans les *Rapports personnels* avec le médecin.

Nous avons déjà analysé les motifs de la prise de méthadone sans prescription en mettant en évidence deux orientations de base du sujet, soit une auto-médication avec la méthadone ou son usage plus ambigu (comme drogue).

Est-ce que le déficit d'Alliance thérapeutique pour les patients qui ont déjà fait l'expérience de la méthadone «au noir » est lié à une motivation de type «défonce » ou au contraire à l'expérience de l'automédication ou est-ce que les deux types de motivation y contribuent de façon semblable?

Contrairement à nos attentes l'utilisation ambiguë de la méthadone du marché noir n'a aucun effet sur l'Alliance thérapeutique. L'expérience passée de la méthadone plutôt en tant que drogue ne réduit pas le niveau d'Alliance thérapeutique actuelle. Par contre, comme précisé dans le Tableau 7.4.4.2, l'orientation passée de type auto-médication, le fait de tenter d'éviter par soi-même de reprendre de l'héroïne, a un impact négatif sur l'Alliance thérapeutique avec le médecin.

Tableau : 7.4.4.2 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon l'usage de méthadone « au noir » par auto-médication

Auto-médication / autres patients		Alliance thérapeutique ^a	Dimension 1 (Alliance) : Attentes satisfaites	Dimension 2 (Alliance): Rapports personnels au médecin ^b	Dimension 3 (Alliance) : Ressent Respect du médecin
Pas de métha "au noir" ou autre motif	Moyenne	58,1163	-1,226E-02	8,570E-02	8,092E-03
	N	301	322	322	322
	E-type	9,6880	1,0303656	1,0150763	1,0195286
Eviter par moi-meme de reprendre de l'héroïne	Moyenne	55,3390	6,470E-02	-,4523771	-4,272E-02
	N	59	61	61	61
	E-type	11,3512	1,0480583	1,0115981	1,1045950
Total	Moyenne	57,6611	1,553E-16	5,204E-17	-3,973E-16
	N	360	383	383	383
	E-type	10,0154	1,0322040	1,0322040	1,0322040

a. p =.05

b. p <.001

Le Tableau 7.4.4.2. permet de préciser que c'est surtout au niveau de la Personnalisation de la relation thérapeutique que le problème se pose. **Les patients qui ont tenté par eux-mêmes d'utiliser la méthadone dans une finalité thérapeutique ont plus de difficultés à établir des relations privilégiées avec un médecin.**

Ce déficit d'Alliance dans les rapports personnels avec le médecin s'observe aussi (voir Tableau 7.4.4.3 en ANNEXE) parmi les utilisateurs de méthadone du marché noir, en comparant les utilisateurs entre eux selon leur motivation.

Parmi les 130 sujets qui ont déjà pris de la méthadone sans prescription, les 61 qui l'ont fait par « automédication » ont de moins bons rapports personnels avec le médecin (p =.01) que les autres usagers «au noir ».

Cette analyse souligne **à quel point il faut accorder de l'importance aux attitudes et motivations des patients et ne pas se contenter des dimensions objectives classiques** pour comprendre le fonctionnement de la cure substitutive.

7.4.5. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon les conduites dommageables

Tableau 7.4.5 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon le Partage des ustensiles liés à l'injection (parmi les utilisateurs IV)

Partage des ustensiles liés à l'injection		Alliance thérapeutique ^a	Dimension 1 (Alliance) : Attentes satisfaites ^b	Dimension 2 (Alliance) : Rapports personnels au médecin ^c	Dimension 3 (Alliance) : Ressent Respect du médecin
Jamais partagé	Moyenne	58,9825	,1360511	,1807486	-,1183541
	N	57	64	64	64
	E-type	9,9597	1,0151616	,9928737	1,0732514
A partagé seringue ou matériel	Moyenne	55,2929	-,2856123	-,1402365	6,502E-02
	N	99	103	103	103
	E-type	11,5902	1,1180701	,9861770	1,1543154
Total	Moyenne	56,6410	-,1240168	-1,722E-02	-5,256E-03
	N	156	167	167	167
	E-type	11,1332	1,0961361	,9981062	1,1242248

a. $p < .05$

b. $p = .01$

c. $p < .05$

Le mode d'usage par IV ou non n'a pas d'impact sur l'Alliance thérapeutique ni aucune de ses dimensions. Nous ne présentons pas le Tableau correspondant dont les différences ne sont pas significatives.

Cette absence de lien entre mode d'usage par IV ou fumette et Alliance avec le médecin est rassurante, car sinon une grande partie des patients auraient des difficultés dans leur relation thérapeutique.

Par contre, le Tableau 7.4.5. met en évidence, parmi les sujets qui ont une expérience de l'injection, **l'impact négatif sur l'Alliance thérapeutique des pratiques dommageables du partage des ustensiles liés à l'injection.**

Non seulement ceux qui partageaient leurs ustensiles ont une Alliance thérapeutique globale plus faible ($p < .05$) que les autres injecteurs, mais ils manifestent aussi moins d'Attentes satisfaites ($p = .01$) par rapport aux soins actuels et ont des Rapports personnels au médecin plus difficiles ($p < .05$).

Ce groupe d'une centaine de patients (un quart de l'ensemble des patients) constitue donc un défi pour le médecin, vis-à-vis de ses capacités à créer une relation thérapeutique avec le patient.

7.4.6. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon l'expérience du décès du père

La relation thérapeutique et l'Alliance avec le médecin constituent un rapport à l'autre qui, pour l'usager de drogues, est beaucoup plus profond qu'un simple échange de services. Il est probable que cette relation a un sens pour le sujet que peu d'autres pathologies mobilisent dans le contact avec le praticien.

Le Tableau 7.4.6. éclaire une dimension quasi ontologique de la relation thérapeutique.

Tableau 7.4.6 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon l'expérience du décès du père

Décès du père		Alliance thérapeutique ^a	Dimension 1 (Alliance) : Attentes satisfaites	Dimension 2 (Alliance) : Rapports personnels au médecin	Dimension 3 (Alliance) : Respect du médecin ^b
Non	Moyenne	56,9051	-2,964E-02	-4,86599E-02	-6,715E-02
	N	274	289	289	289
	E-type	10,2699	1,0311734	1,0643934	1,0984449
Père décédé	Moyenne	59,9647	8,337E-02	,1388898	,2097969
	N	85	93	93	93
	E-type	8,7837	1,0384205	,9143997	,7668194
Total	Moyenne	57,6295	-2,125E-03	-2,99988E-03	2,757E-04
	N	359	382	382	382
	E-type	10,0114	1,0327186	1,0318845	1,0335436

a. $p = .01$

b. $p = .02$

Les patients dont le père est décédé établissent une Alliance thérapeutique plus intense avec le médecin. La relation est significative à $p = .01$.

Constatons aussi que la seule dimension de l'Alliance qui se renforce chez les patients qui ont perdu leur père est la troisième. Très peu d'analyses qui ont été effectuées avec ces données parviennent à la faire fluctuer, or ici nous obtenons un impact significatif à $p = .02$. Cette troisième dimension est celle du respect, du sentiment d'être accepté par le médecin, mais aussi (se reporter au Tableau de construction factorielle des dimensions de l'Alliance) elle recouvre une reconnaissance par le patient de qualités d'honnêteté, de sincérité, de compréhension chez le médecin. Une question se pose dès lors : **le médecin deviendrait-il une figure paternelle de substitution ?**

7.4.7. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon la poursuite de l'usage d'héroïne

Jusqu'ici l'utilisation faite de l'Alliance thérapeutique s'est concentrée sur des caractéristiques passées du patient, ce qui permet de distinguer ce qui influence positivement ou non la mise en place d'une Alliance thérapeutique avec le médecin. Nous pouvons aussi l'utiliser dans une optique plus prospective ou causale (bien que l'étude ne soit pas longitudinale) en faisant l'hypothèse que la création d'une bonne Alliance thérapeutique joue un rôle dans les améliorations vécues par le patient pendant sa cure actuelle.

Parmi les critères d'évaluation de la cure substitutive, l'abandon de l'usage d'héroïne constitue une dimension importante, même si on ne doit pas uniquement prendre en compte l'arrêt total de l'usage et que dans bien des cas une réduction ou un espacement des prises constitue déjà une avancée.

Nous avons donc comparé les niveaux d'Alliance en fonction de la déclaration du patient qu'il avait ou non utilisé l'héroïne depuis trois mois.

Le Tableau 7.4.7. confirme l'hypothèse de l'impact fondamental de l'Alliance thérapeutique sur l'amélioration vécue par le patient pendant sa cure, avec ici un indicateur qui n'est pas seulement subjectif.

Tableau 7.4.7 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon la poursuite de l'usage d'héroïne

A utilisé l'héroïne depuis 3 mois		Alliance thérapeutique ^a	Dimension 1 (Alliance) : Attentes satisfaites ^b	Dimension 2 (Alliance) : Rapports personnels au médecin ^c	Dimension 3 (Alliance) : Ressent Respect du médecin
Non	Moyenne	59,6162	,1424652	,1342002	2,793E-02
	N	198	210	210	210
	E-type	9,4135	1,0076041	1,0443604	1,0491595
Oui	Moyenne	54,8581	-,2181961	-,1957352	-5,332E-02
	N	155	162	162	162
	E-type	10,2244	1,0478681	1,0016512	1,0365884
Total	Moyenne	57,5269	-1,460E-02	-9,481E-03	-7,451E-03
	N	353	372	372	372
	E-type	10,0459	1,0394752	1,0376228	1,0430807

a. $p < .001$

b. $p = .001$

c. $p = .002$

Les patients qui ont arrêté l'héroïne ont un niveau global d'Alliance thérapeutique significativement plus élevé (Moy. : 59.6 par rapport à Moy. 54.8 ; $p < .001$).

Deux des trois dimensions de l'Alliance confirment la différence entre ceux qui poursuivent ou non l'usage d'héroïne. Nous faisons l'hypothèse que c'est la création et le maintien d'une Alliance thérapeutique qui permet au patient d'améliorer sa situation. Dans le cas présent la direction de l'effet ne semble pas poser autant de difficultés du type « l'œuf ou la poule » que dans d'autres analyses. Il semble plus difficile d'admettre que les patients qui abandonnent l'usage d'héroïne vont ensuite développer une meilleure Alliance thérapeutique. Bien entendu, il serait préférable d'avoir une perspective longitudinale pour confirmer cela.

La relation thérapeutique et son rapport au cadre « institutionnel » dans lequel elle se déploie méritent des analyses approfondies. Ce qui a été montré ici correspond à une orientation de recherche qui ne se maintient pas « à la surface » des instances thérapeutiques et tente d'ouvrir « la boîte noire » des soins.

La structuration spécifique du « champ toxico thérapeutique » belge avec un poids spécifique de la médecine générale (position qui fut conquise et portée par la force sociale des médecins eux-mêmes) devait trouver des outils adaptés : l'échelle de l'Alliance thérapeutique satisfait à un besoin.

7.4.8. Analyse multivariée de l'Alliance thérapeutique

Tableau 7.4.8 : Régression linéaire itérative de l'Alliance thérapeutique

Coefficients de la Régression linéaire itérative de l'Alliance thérapeutique

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
13	(Constant)	51,301	5,204		9,858	,000
	Nombre de drogues	-,639	,314	-,105	-2,039	,042
	Entente avec la personne cohabitante	1,443	,700	,096	2,062	,040
	Actuellement en cure en Centre spécialisé	-2,639	1,058	-,115	-2,494	,013
	Indice de satisfaction	,267	,109	,123	2,445	,015
	Revenus du CPAS	3,353	1,209	,130	2,773	,006
	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	2,465	,480	,259	5,139	,000
	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	1,504	,455	,160	3,308	,001
	A déjà utilisé de la méthadone au noir	-2,039	,950	-,101	-2,147	,032
	Age du patient	,198	,068	,142	2,930	,004
	A déjà été en prison	-2,674	,974	-,137	-2,745	,006
	Actuellement: usage par injection	-3,352	1,598	-,102	-2,097	,037

a. Variable dépendante : Alliance thérapeutique / n = 356 / R² = .303

Mode d'emploi de la régression linéaire (Notule méthodologique)

L'explication de la variable dépendante (ici la satisfaction générale du patient) est bien entendu multi factorielle et c'est l'ensemble des facteurs retenus qui fournit la clé et non plus chacun séparément comme dans les tableaux croisés ou les comparaisons de moyennes.

Les facteurs retenus forment une équation avec les coefficients non standardisés. On multiplie la valeur de chaque variable telle qu'elle a été mesurée par le coefficient non standardisé et l'équation obtenue est égale à la valeur de la satisfaction.

La régression est dite linéaire car la variable dépendante est quantitative et non pas mesurée en catégories.

La régression linéaire est surtout utilisée avec les coefficients standardisés (les Bêta). Ceux-ci précisent alors le poids relatif de chaque facteur en standardisant les mesures utilisées et on peut donc les comparer entre eux.

Pour qu'un facteur soit retenu, il faut aussi qu'il ait une signification statistique inférieure à .05. La dernière colonne du tableau donne les valeurs des significations statistiques. On constate par exemple dans le Tableau 7.5 que le dernier facteur « le patient se sent en état de travailler » est retenu à p = .039. Ce qui est moins significatif que l'Alliance thérapeutique, par exemple, dont la signification est notée .000 (ou p < .001).

La procédure de régression utilisée ici est itérative, ce qui signifie pratiquement que les résultats sont nettoyés des variables non significatives. Donc parmi toutes les variables introduites au départ dans l'analyse le tri se fait automatiquement de ne garder que celles qui ont une signification inférieure à p < .05.

Une dernière mesure est essentielle dans les résultats d'une régression linéaire : le R². Il s'agit d'une mesure de la force de l'équation. Au plus elle est élevée, au plus l'équation prédit correctement la valeur de la variable dépendante.

La force de la régression avec un R² de .303 est importante. Elle permet une synthèse robuste des facteurs qui contribuent à l'amélioration de l'Alliance thérapeutique.

Nous retrouvons, comme dans toutes les analyses de ce type, des facteurs de nature diverse, selon leur position vis-à-vis de la variable dépendante, « antérieurs », co-occurents ou « postérieurs » à la variable dépendante. La question de la causalité reste toujours posée.

Le modèle retenu met ainsi en valeur des caractéristiques «anciennes» portées par les patients ou en tout cas qui ne peuvent avoir été suscitées par la variable dépendante :

Le fait *d'avoir été incarcéré* (Bêta = - .137) ou *d'avoir déjà utilisé de la méthadone « au noir »* (Bêta = - .101) en sont une illustration. Ces deux facteurs sont en relation négative avec l'Alliance. Une certaine dimension de la déviance du patient rendrait l'établissement d'une relation thérapeutique positive plus difficile. Dans le cas de l'usage au noir de la méthadone, il s'agit de reconnaître que ce n'est pas seulement l'aspect du contact avec l'illicite ou la sociopathie qui intervient ici, mais un double rapport possible à la méthadone qui la fait sortir de son statut de médicament pour la faire devenir une drogue comme les autres ou qui favorise une appropriation par le patient avec en parallèle une dés-appropriation du médecin (auto-médication). Ces aspects sont analysés ailleurs dans l'étude.

D'autres facteurs (non suspects de « collusion ») interviennent de façon positive, eux, dans le développement de l'Alliance : *l'âge du patient* (Bêta = .142) et le fait d'avoir comme *source de revenus le CPAS* (Bêta = .130). Que la relation thérapeutique se bonifie avec l'âge du patient est un signe de son mûrissement. On pourrait croire qu'il s'agit d'un effet de la durée de la prise en charge. Il n'en est rien. Les durées de prise en charge ou d'expérience de la méthadone ont été introduites dans l'analyse et n'ont pas été retenues. Que les patients bénéficiant de l'aide sociale du CPAS parviennent à mieux établir une relation thérapeutique, est plus délicat à interpréter : on peut s'en réjouir dans une perspective de rôle social de la cure substitutive, mais il y a peut-être aussi un effet du statut d'assisté qui renforce une dépendance ou une acceptation passive de l'autorité médicale.

Une variable retenue dans l'analyse a éventuellement un statut mixte par rapport à l'influence de la variable dépendante, c'est-à-dire serait elle-même modifiée par le développement de l'Alliance : il s'agit des *relations avec le partenaire ou l'entente avec la personne co-habitante* (Bêta = .096). Relations thérapeutiques et relations affectives s'épaulent mutuellement : le développement de liens affectifs positifs rejaillit sur ceux entretenus avec le médecin et de la même façon le fait d'améliorer l'Alliance avec le thérapeute améliore les capacités du patient à consolider des liens affectifs.

Les caractéristiques explicatives de l'Alliance proposées jusqu'ici concernent le patient. Etant donné la méthode utilisée nous n'avons qu'un nombre réduit de critères descriptifs du médecin. Toutefois ont été introduites au départ de l'analyse de régression des éléments tels que le fait que le médecin soit le premier ou non, le premier traitement (lieu de soins) reçu par le patient et surtout le lieu de soins actuel, donc le cadre de travail du médecin. Une seule dimension a été retenue dans l'équation de régression : la *cure actuelle en Centre spécialisé* (Bêta = - .115). Le signe négatif indique une relation négative entre la prise en charge en Centre spécialisé et le développement de l'Alliance thérapeutique. Précisons que les Mass ont été codées à part. Il est tentant de voir dans le processus de l'Alliance une relation de transfert qui ne s'établit qu'entre le patient et le thérapeute dans un colloque singulier. Dans ce cas il faut bien entendu que des conditions d'intensité de la relation seraient remplies et qu'il n'y ait pas trop de « bruit » ou d'interférences extérieures dans ce processus. Peut-être que les Centres spécialisés remplissent moins ces conditions ? Mais dans ce cas, pourquoi les Mass seraient-elles à part ? L'analyse en termes de lieux de soins est un exercice très délicat et il serait désagréable de se trouver taxé de vouloir distribuer des satisfecit à l'une ou l'autre modalité de prise en charge lorsque l'on connaît le souci de l'immense majorité des praticiens à œuvrer dans l'intérêt principal du patient.

Une dimension est assez nettement liée à l'Alliance thérapeutique dans le sens d'une conséquence du développement de l'Alliance: l'usage actuel de drogues. Dans la régression nous en retrouvons deux caractéristiques : le ***nombre de drogues actuellement utilisées*** (Bêta = - .105) et ***l'usage actuel de l'injection*** (Bêta = - .102). Par contre on notera que par rapport à chaque drogue spécifique actuelle aucune relation avec l'Alliance n'a été retenue. Pourquoi ne pas envisager le rôle protecteur d'un renforcement de l'Alliance avec le médecin vis-à-vis de la poly-toxicomanie et de la conduite dommageable de l'injection ?

Il nous reste enfin à examiner les derniers facteurs co-occurents de l'Alliance thérapeutique présents dans l'équation de régression: ***l'Indice global de Satisfaction*** (Bêta = .123) et les dimensions de l'Apport de la cure, ***l'Apport au plan de la Santé mentale*** (Bêta = .259) et le ***Recul vis-à-vis des drogues*** (Bêta = .160).

Les dimensions de l'Apport de la cure substitutive sont explicitées au chapitre 9.

L'Apport au plan de la Santé mentale de la cure actuelle est le facteur le plus important de l'équation de régression. Cette dimension des soins actuels dont bénéficie le patient a été construite à partir de l'indice d'apport de la cure substitutive (Ledoux Y., Rémy C., 2003) et est lui-même une transformation en version auto-administrée de l'échelle de gravité de la toxicomanie (Rémy C., Ledoux Y., 2001) utilisée par des médecins⁸ pour évaluer le devenir de leurs patients.

Cette première dimension obtenue par analyse factorielle regroupe en fait (voir le Tableau 9.1) ce que le patient ressent comme bénéfique de la cure par rapport à la déprime, les angoisses, le dynamisme, la capacité de faire des projets et l'estime de soi.

⁸ Une vingtaine de médecins du Réseau d'Aide aux Toxicomanes (R.A.T), premiers utilisateurs, mais aussi dans une extension internationale soutenue par l'Union Européenne, le réseau de médecins généralistes de Luxembourg, le Centre Jüngen und Drogen Hellep et la Fondation IDH/ SSLMG de Luxembourg, le Centre Baudelaire de Metz (France), le Centre Baudelaire de Thionville (France), le CSST de Vilerupt (France) et l'AFAT, CSST de Nancy (France).

C'est donc cet ensemble de bénéfices ressentis de la prise en charge actuelle qui constitue le premier facteur de l'Alliance thérapeutique. Les deux sont certainement liés de façon indissoluble et le choix de la direction de l'impact est à ce stade sujet à discussion.

La relation étroite entre l'Alliance et la Satisfaction globale du patient dans sa vie quotidienne est une surprise agréable de cette étude, car elle confirme l'espoir que nous avons placé dans l'importance de la relation thérapeutique comme creuset de l'amélioration ressentie par le patient avec la cure substitutive. Au-delà de toute technique de dosage du médicament (qui introduite dans l'analyse, n'est pas retenue), la satisfaction du patient est accrue conjointement avec une amélioration de la relation avec le médecin prescripteur (terme décidément impropre puisque justement c'est au-delà de la prescription que se noue l'amélioration). Encore une fois, on peut admettre, dans un premier temps, que les deux dimensions s'épaulent : si le patient a de nouvelles sources de satisfaction dans sa vie quotidienne, son Alliance peut s'en ressentir positivement. Mais cette direction de l'effet est, convenons-en, discutable. De plus, pour confirmer une hypothèse causale de l'Alliance thérapeutique sur la Satisfaction dans la vie quotidienne du sujet, l'analyse qui suit (chapitre 7.5), consacrée à « l'explication » de la Satisfaction, fait ressortir comme premier facteur l'Alliance thérapeutique !

7.5. Analyse multivariée de l'Indice de Satisfaction Régression linéaire itérative de l'Indice de Satisfaction

Tableau 7.5 : Facteurs retenus de la Satisfaction du patient (Patients de Belgique)

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
8	(Constant)	15,399	2,301		6,691	,000
	Alliance thérapeutique	9,07E-02	,023	,197	3,885	,000
	Travail légal	1,334	,519	,138	2,569	,011
	Médecin actuel est le premier	1,055	,447	,116	2,359	,019
	A utilisé l'héroïne depuis 3 mois	-1,356	,451	-,150	-3,007	,003
	Wallonie-Brxl / Flandre	-1,227	,506	-,120	-2,425	,016
	Entente avec les parents	,351	,155	,111	2,264	,024
	Dépend CPAS	-1,407	,614	-,118	-2,293	,022
	En état de travailler	1,048	,506	,106	2,071	,039

R² = .21

L'analyse de régression a produit une équation explicative de l'Indice de Satisfaction qui est assez forte (la mesure du R² est de .21, ce qui est valable).

Le facteur le plus important qui explique la satisfaction du patient est **l'Alliance thérapeutique** (Bêta = .197). Autrement dit la satisfaction globale du patient s'explique le mieux par l'Alliance qui s'est créée entre lui et son médecin. La puissance explicative de cette alliance thérapeutique est remarquable, car elle dépasse même l'impact de l'insertion socioprofessionnelle sur la satisfaction.

Ensuite c'est donc l'exercice d'un **travail légal** qui explique la satisfaction (Bêta = .138). Ce résultat était prévisible : l'insertion socioprofessionnelle est fondamentale dans le bien-être du sujet, et on devrait ajouter, que l'on soit d'ailleurs patient en cure substitutive ou citoyen lambda (la démonstration devrait être faite dans l'enquête en population générale). Une deuxième dimension de la cure substitutive est ensuite retenue dans l'équation explicative : le fait de n'avoir eu qu'un seul médecin dans son expérience de la cure substitutive, **le médecin actuel est le premier** (Bêta = .116). Cette caractéristique de la cure complète l'Alliance thérapeutique et exprime aussi la fidélité du patient envers son thérapeute.

Le quatrième facteur retenu est la **poursuite de l'usage d'héroïne** (usage dans les 3 derniers mois). On note un signe négatif devant le Bêta (Bêta = -15), ce qui signifie que le facteur a une relation inverse avec la variable dépendante. Donc la poursuite de l'usage d'héroïne prédit une diminution de la satisfaction générale du patient. Et bien sûr, de façon inverse pour qu'il y ait une augmentation de la satisfaction du patient il faut que le patient ait arrêté de consommer de l'héroïne.

Un autre facteur « négatif » de la satisfaction est proposé : le fait d'appartenir à la **Communauté française** par rapport à la Flandre. Le signe négatif dépend du codage de cette variable (Flandre cotée 1 et Wallonie-Bruxelles cotée 2). Le fait d'être un patient dans la Communauté française (Bêta = - .12) implique une moindre satisfaction que pour un patient de Flandre.

La satisfaction est aussi fonction de **l'entente avec les parents** qui est retenue avec un Bêta = .111. Le patient avec une meilleure entente avec ses parents aura une meilleure satisfaction générale.

Un autre indice de l'insertion sociale est présent dans l'équation explicative : avoir comme **source de revenus le CPAS**. La relation avec la satisfaction est négative : Bêta = - .118.

Le dernier facteur à passer la barrière de la signification statistique est le fait pour le patient de **se sentir en état de travailler** (Bêta = .106).

La satisfaction générale du patient est donc fonction d'un ensemble de caractéristiques qui peuvent se classer en plusieurs domaines de l'existence du sujet :

1. La relation avec le médecin (Alliance et être toujours en cure avec son premier médecin prescripteur)
2. Le travail (avoir un travail légal, se sentir en état de travailler et ne pas dépendre du CPAS)
3. Arrêter l'héroïne
4. Avoir une bonne entente avec ses parents
5. Appartenir à la Communauté flamande plutôt qu'à la Communauté française.

Cette dernière caractéristique étant non modifiable par la volonté du patient, elle n'a pas une grande portée heuristique. Elle signifie un écart culturel dans la satisfaction générale qu'il sera intéressant de tester en population générale lors de la poursuite de l'étude.

8. L'effet des trajectoires thérapeutiques

L'effet des trajectoires ou de l'expérience du champ thérapeutique est assez difficile empiriquement à mettre en évidence. Il semble que fondamentalement la trajectoire thérapeutique ne différencie pas les patients sur leur niveau présent de bien-être, de satisfaction, de consommation de drogues ou d'alliance thérapeutique avec leur médecin actuel. La règle générale serait que le passé thérapeutique ne renseigne pas sur le vécu présent du patient.

Ce résultat global provient de l'examen d'un grand nombre de caractéristiques liées à l'utilisation du champ thérapeutique (Tableau 8.1).

La vérification d'une association avec la situation actuelle du patient, par contre, met en évidence des différences en fonction de la cure suivie.

8.1. Poursuite de l'usage d'héroïne et « carrière thérapeutique »

Par rapport à la poursuite de l'usage d'héroïne, le tableau 8.1. (pages suivantes) vérifie un grand nombre de moments thérapeutiques ou de niveaux de carrière qui en définitive ne sont PAS liés à l'usage récent d'héroïne.

D'autres associations, telles que les trajectoires simplifiées ou la variété des types d'instances de soins, ont été vérifiées en association avec la poursuite de l'usage d'héroïne (tableaux non présentés) pour confirmer une absence d'impact des options thérapeutiques proposées.

La « carrière » thérapeutique ne permet PAS de prédire l'usage actuel d'héroïne.

8.2. Mesures de bien-être et Cadre thérapeutique actuel

Tableau 8.2 : Cadre thérapeutique actuel et mesures de bien-être (Patients de Belgique)

Type d'instances de soins		Satisfaction ^a	Bien-être ^b	Je suis encore loin d'être stabilisé ^c	Je me sens accepté socialement /citoyen comme les autres ^d	Alliance ^e
Médecine Cab.privé	Moyenne	21,2692	12,5455	2,8626	3,6703	58,5398
	N	156	176	182	182	176
	E-type	5,2577	4,6951	1,3616	1,2836	9,7920
Maison médicale	Moyenne	<u>18,7576</u>	11,5385	3,2927	<u>3,1316</u>	<u>55,0541</u>
	N	33	39	41	38	37
	E-type	4,9310	4,4239	1,0546	1,1664	10,1597
M.a.s.s.	Moyenne	23,9259	12,9737	2,5263	3,9706	61,0882
	N	27	38	38	34	34
	E-type	3,9703	3,3490	1,4470	1,1411	9,8761
Centre spécialisé	Moyenne	21,6964	13,2027	2,6438	3,5000	54,6622
	N	56	74	73	74	74
	E-type	4,6198	4,2683	1,2733	1,3268	10,5132
Total	Moyenne	21,3162	12,6239	2,8293	3,6006	57,5140
	N	272	327	334	328	321
	E-type	5,1022	4,4387	1,3303	1,2787	10,1901

a. $p = .001$

b. NS

c. $p = .03$

d. $p = .03$

e. $p = .003$

Par rapport à la cure actuelle, on observe plusieurs relations statistiques avec les indices de bien-être, sauf avec l'indice WHO (bien-être/tendances dépressives).

Les patients actuellement en Maison d'Accueil Socio Sanitaire ont une satisfaction plus forte, déclarent moins ne pas encore être stabilisés, se déclarent plus acceptés socialement comme des citoyens comme les autres et ont une plus forte alliance thérapeutique. Les résultats obtenus avec l'échantillon réduit en juin 2003 sont largement confirmés et renforcés ici : on peut présenter **les patients des Mass comme plus satisfaits de leur existence, plus stabilisés, se sentant mieux considérés socialement et ayant une plus forte alliance thérapeutique...**

Ces résultats combinés à ceux plus négatifs des patients en maison médicale peuvent surprendre bien qu'ils concernent surtout les patients de Flandre (peu de patients des Mass francophones ont participé à l'étude).

Notons que la prise en charge en pratique privée donne le ton général avec des résultats dans la moyenne.

8.3. Mesures de bien être et complexité de la carrière de soins

Tableau 8.3 : Matrice des corrélations des Mesures de bien être et des indices de la complexité de la carrière de soins

		Nombre total de médecins (métha)	Nombre d'instances de soins antérieures	Indice de Satisfaction	Indice de bien-etre	Indice global d'Alliance thérapeutique	Dimension 1 (Alliance) : Attentes satisfaites	Dimension 2 (Alliance): Rapports personnels au médecin	Dimension 3 (Alliance) : Ressent Respect du médecin
Nombre total de médecins (métha)	Corrélation Pearson p N	1,000 224							
Nombre d'instances de soins antérieures	Corrélation Pearson p N	,290** ,000 224	1,000 6919						
Indice de Satisfaction	Corrélation Pearson p N	-,206** ,007 173	-,239** ,000 305	1,000 305					
Indice de bien-etre	Corrélation Pearson p N	-,127 ,068 207	-,050 ,343 369	,447** ,000 293	1,000 369				
Indice global d'Alliance thérapeutique	Corrélation Pearson p N	-,200** ,005 197	-,118* ,025 360	,287** ,000 280	,204** ,000 337	1,000 360			
Dimension 1 (Alliance) : Attentes satisfaites	Corrélation Pearson p N	-,095 ,171 210	-,116* ,024 383	,269** ,000 295	,280** ,000 356	,672** ,000 360	1,000 383		
Dimension 2 (Alliance): Rapports personnels au médecin	Corrélation Pearson p N	-,144* ,037 210	-,003 ,951 383	,077 ,188 295	,080 ,130 356	,564** ,000 360	,000 1,000 383	1,000 383	
Dimension 3 (Alliance) : Ressent Respect du médecin	Corrélation Pearson p N	-,058 ,406 210	-,081 ,113 383	,111 ,056 295	-,046 ,390 356	,491** ,000 360	,000 1,000 383	,000 1,000 383	1,000 383

** . Corrélation significative à 0.01

* . Corrélation significative à 0.05

Des corrélations relativement fortes sont observées entre la complexité de la carrière de soins en types de prises en charge et les niveaux de satisfaction ou d'alliance thérapeutique. On retiendra notamment que :

1. La satisfaction décroît avec le nombre de type de soins utilisés dans le champ thérapeutique ($r = -.24$) ou le nombre de médecins prescripteurs de méthadone ($r = -.21$).
Ce résultat indique de façon claire que les patients avec le parcours de soins le plus complexe sont ceux qui ont moins de chance d'aller bien au stade actuel.
2. L'indice de bien-être est moins sensible à la complexité du parcours et uniquement –mais sans atteindre un niveau significatif- au nombre de médecins prescripteurs de méthadone.

Tableau 8.1 : Anciennetés dans la carrière toxicomane et thérapeutique selon l'usage actuel d'héroïne (1)

A utilisé l'héroïne depuis 3 mois		Durée de la "carrière" de l'addiction	Age au début de l'héro	Durée depuis le premier traitement	Durée de l'expérience de méthadone	Durée de la prescription de méthadone -méd. actuel	Durée totale des interruptions de méthadone (mois)	Durée nette de l'usage de méthadone -Total	Latence des premiers soins	Latence de la méthadone	Age au premier usage de méthadone
Non	Moyenne	11,4185	20,24	8,8107	6,4968	3,78	18,3357	69,1435	2,8781	4,8234	25,16
	N	184	184	173	185	182	91	185	171	182	184
	E-type	6,3911	4,61	5,8904	4,9110	3,70	24,1813	53,8520	4,0644	4,7987	5,65
Oui	Moyenne	11,2662	20,55	9,3922	6,1538	3,53	18,3528	62,0865	2,1464	5,1888	25,87
	N	154	155	153	158	156	95	157	148	154	156
	E-type	6,5510	5,79	6,2157	4,0523	3,44	32,5017	45,3991	4,2498	4,7573	6,18
Total	Moyenne	11,3491	20,38	9,0836	6,3388	3,67	18,3445	65,9039	2,5386	4,9908	25,48
	N	338	339	326	343	338	186	342	319	336	340
	E-type	6,4552	5,18	6,0429	4,5325	3,58	28,6568	50,2009	4,1609	4,7762	5,90

Tableau 8.1 (suite) : Anciennetés dans la carrière institutionnelle et thérapeutique selon l'usage actuel d'héroïne (2)

A utilisé l'héroïne depuis 3 mois		Age premier séjour en home	Durée séjour en home (mois)	Age à la fin des études	Age du premier séjour en prison	Durée de l'incarcération (mois)	Age au premier sevrage	Age au dernier sevrage	Durée des séjours en centre résidentiel-mois	Age au premier séjour en centre résidentiel	Age au dernier séjour en centre résidentiel	Durée des séjours en centre spécialisé-mois	Age au premier séjour en centre spécialisé	Age au dernier séjour en centre spécialisé
Non	Moyenne	14,69	49,49	18,32	20,52	32,07	23,67	27,16	8,1941	23,50	26,34	20,27	22,60	27,29
	N	54	50	173	73	72	64	58	46	46	41	23	30	28
	E-type	9,59	61,39	3,51	4,47	44,69	5,61	7,06	11,6399	6,14	6,74	43,49	4,31	5,28
Oui	Moyenne	14,17	47,34	17,76	21,49	29,01	23,63	27,48	7,4526	23,10	25,13	11,74	24,68	27,77
	N	49	47	147	68	65	71	65	38	41	39	40	41	35
	E-type	6,60	52,20	2,75	4,44	35,04	5,93	6,77	9,8316	5,30	6,07	29,02	7,14	7,81
Total	Moyenne	14,44	48,45	18,06	20,99	30,62	23,65	27,33	7,8587	23,31	25,75	14,85	23,80	27,56
	N	103	97	320	141	137	135	123	84	87	80	63	71	63
	E-type	8,27	56,84	3,19	4,46	40,28	5,76	6,88	10,8020	5,73	6,41	34,90	6,16	6,76

Aucune relation significative entre l'usage actuel d'héroïne et la « carrière » d'usage, institutionnelle ou thérapeutique n'est relevée

3. L'Alliance thérapeutique est, comme prévisible, sensible aux nombres de médecins ($r = -.20$; $p = .005$) et à la complexité du parcours ($r = -.18$; $p = .02$). Ceci souligne l'impact de la relation avec le médecin prescripteur de méthadone et la complexité du parcours de soins sur une désaffection vis-à-vis de la relation thérapeutique actuelle.
4. L'Alliance thérapeutique est fortement corrélée avec la satisfaction ($r = .29$; $p < .001$) et le bien-être ($r = .20$; $p < .001$). La qualité de la relation avec le médecin augmente 'ou diminue) parallèlement à la satisfaction et au bien-être.
5. Le découpage de l'Alliance thérapeutique en 3 dimensions permet de préciser :
 - 5.1. Le rôle de la complexité du parcours thérapeutique sur un émoussement de la satisfaction des attentes vis-à-vis du médecin actuel ($r = -.11$; $p = .02$). Plus le patient aura connu de types de prises en charge, moins il sera satisfait du contenu de sa cure actuelle.
 - 5.2. Quant à l'impact du nombre de médecins, il se manifeste essentiellement sur la dimension des rapports personnels avec le médecin actuel ($r = -.14$; $p = .03$). Au plus le patient aura connu de médecins, au moins il établira de relation personnalisée avec son médecin actuel.
 - 5.3. Le fait de ressentir un respect ou d'être accepté par son médecin actuel est indépendant du nombre de médecins ou de la complexité du parcours.

9. L'apport de la cure substitutive pour le patient : Le mieux-être mental, le recul vis-à-vis des drogues et la mise en ordre avec la Justice.

Le questionnaire reprend un instrument utilisé dans une enquête réalisée depuis deux ans en collaboration entre le Réseau d'Aide aux Toxicomanes et plusieurs centres spécialisés de France (Projet RAT-GEERMM-Europe), traduction en miroir pour le patient d'une grille de lecture médicale. Cet indice de gravité utilisé dans l'étude prospective du R.A.T –Instrument Evolutox (Remy C., Ledoux Y., 2001). Cet instrument servit de base d'une mesure de la gravité de la toxicomanie et de son évolution. La transformation actuelle en une version auto-administrée est un apport de l'étude actuelle. Nous proposons de l'appeler le Methadone Maintenance Benefit Scale ou en français l'Echelle d'Apport de la Cure Substitutive (Ledoux Y., Rémy C., 2003).

12 propositions quant à l'apport de la cure ont été retenues car concernant tous les patients. Le libellé des 12 propositions se retrouve dans le tableau 9.1. Elles concernent selon nous des bénéfices fondamentaux qu'un patient est capable de retirer d'une cure substitutive. Depuis un abandon de l'usage d'héroïne jusqu'à une capacité accrue sur le plan des activités ou une amélioration de son bien-être mental, les propositions couvrent un large spectre de bénéfices à retirer par le patient.

Tableau 9 : L'Echelle globale d'Apport de la Cure Substitutive

indice d'apport de la cure (12 items)		
N		271
	Manquant	137
Moyenne		46,1476
Médiane		48,0000
E-type		9,3484
Percentiles	25	40,0000
	50	48,0000
	75	53,0000

Pour obtenir cette échelle simple à utiliser pour le patient il convient cependant de noter que nous avons réduit le nombre d'items à 12, le questionnaire en proposant 16. Toutefois des non-réponses ont été constatées de façon assez logique. Ainsi lorsqu'il est demandé si la cure a permis l'abandon de l'injection, les patients qui n'y ont jamais recouru ne peuvent

y répondre. On pourrait certes introduire cet item uniquement pour ceux qui ont eu une expérience de l'injection et diviser l'indice par le nombre d'items. Une analyse de cet ordre sera présentée ultérieurement. Il nous est apparu comme plus maniable d'enlever les items qui concernaient des sous-groupes spécifiques pour construire une échelle plus « généraliste ».

La somme des 12 items (cote maximale de 60) fournit une mesure globale présentée dans le Tableau 9. La moyenne est de 46.1 avec un quart des patients se situant en dessous de 40 et le quart supérieur au-dessus de 53.

La cohérence interne de l'échelle, mesurée avec l'alpha de Cronbach est élevée avec **.85**.

La facilité d'utilisation de l'échelle nous incite à la proposer dans tous les contextes de soins. En effet elle est parfaitement maniable en médecine générale, par exemple en la remettant au patient qui attend dans la salle d 'attente.

Une analyse factorielle des propositions d'amélioration (de 1 –pas du tout- à 5 tout - à- fait d'accord) a été réalisée (avec rotation Varimax). Le tableau 9.1 présente les trois facteurs retenus dans l'analyse. Le premier facteur a une importance de 29% dans l'explication de la variance globale, le deuxième explique 19% de la variance et le troisième, 13%.

La première dimension est celle qualifiable d'**amélioration du bien-être mental** (fin de l'angoisse, meilleure idée de soi-même, capacité accrue à faire des projets, se sentir moins déprimé, se sentir plus dynamique).

La deuxième dimension est plus classique puisqu'elle recouvre la **distanciation par rapport aux drogues**. Ce recul vis-à-vis des drogues passe d'abord par celui vis-à-vis du « milieu » et de l'arrêt de l'usage d'héroïne depuis plus de 3 mois. Trouver une liberté par rapport à la drogue est le troisième item composant cette dimension. S'y associe aussi le fait de ne plus devoir se « débrouiller » pour avoir sa drogue.

Le dernier facteur retenu est celui qui concerne une **amélioration vis-à-vis de la Justice et le fait d'éviter l'incarcération**.

Tableau 9.1. : Les dimensions de l'apport de la cure substitutive

	Dimension		
	Dimension 1 : Apport en Santé Mentale 29%	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues 19%	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice 13%
Poids des dimensions : % de la variance expliquée			
Permis de me sentir moins déprimé	,844	,102	,115
Permis de ne plus être angoissé	,831	7,697E-02	6,013E-02
Arrivé à avoir une meilleure idée de moi-même	,797	,199	,125
Permis de pouvoir faire des projets	,728	,145	,168
Ai retrouvé mon dynamisme	,665	,340	3,745E-02
Permis d'être plus disponible pour activités	,527	,422	,162
Je suis arrivé à prendre du recul par rapport à milieu	,160	,754	-2,061E-02
Je suis arrivé à arrêter complètement l'héroïne>3mois	6,137E-02	,754	-4,246E-02
Je suis arrivé à trouver ma liberté par rapport à la drogue	,218	,710	,162
Ne plus me "débrouiller" pour trouver l'argent de la drogue	,251	,498	,301
Permis d'éviter la prison	3,305E-02	,134	,858
Permis de me mettre en règle avec la Justice	,241	-2,481E-03	,796

Méthode d'extraction: Analyse en Composante Principale.

Méthode de Rotation : Varimax avec Normalisation de Kaiser.

Les 3 dimensions dégagées par analyse factorielle synthétisent donc les apports de la cure substitutive du point de vue du patient. Le bien-être mental est à l'évidence l'apport principal.

Nous évoquons l'utilisation de l'échelle pour les patients en cabinet privé : cette proposition est encore renforcée par l'importance de la dimension de l'apport en Santé mentale, plus difficile d'accès en médecine générale.

Bien entendu l'échelle est utilisable de façon diachronique pour mettre en évidence les évolutions pendant la cure.

Par ailleurs, combinée avec l'évaluation du médecin par l'instrument Evolutox (Rémy C., Ledoux Y., 2001), l'échelle apporterait un croisement de regards enrichissant.

L'extraction des facteurs fournit à chaque patient une cote ou un score sur chaque dimension extraite. Ceci permet dès lors de considérer ces 3 dimensions comme des caractéristiques du patient.

Il est alors tentant d'utiliser ces scores comme variables dépendantes dans de nouvelles analyses pour tenter de mettre en évidence des associations fortes, éventuellement « explicatives », avec ce qu'apporte la cure aux patients.

Le chapitre 9.2. fournit une analyse des quelques associations entre les dimensions de l'apport de la cure et des caractéristiques du patient, de son passé thérapeutique, de la cure actuelle ou encore de ses relations affectives.

9.2. Analyse des apports de la cure.

9.2.1. L'Indice global d'apport de la cure, les Dimensions de l'apport de la cure, leur inter corrélations et le Sentiment de stabilisation

Tableau 9.2.1 : Corrélations de Pearson de l'Indice global et des Dimensions de l'apport de la cure avec le Sentiment de stabilisation

		Indice d'apport de la cure (12 items)	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
Je suis encore loin d'être stabilisé	Corrélation de Pearson	-,292	-,289	-,201	,055
	p	p<.001	p<.001	p<.001	NS
	n	264	363	363	363

Un item du questionnaire proposait de façon directe : « Je suis encore loin d'être stabilisé », coté de 1 à 5 et donc la stabilisation s'apprécie ici dans une formulation négative.

Le Tableau 9.2.1. montre comme attendu que les patients se sentent d'autant plus stabilisés qu'ils ont bénéficié d'un apport plus important de la cure. Les corrélations sont fortes et significatives à p<.001. La troisième dimension de l'apport, sur le plan des relations avec la Justice n'est pas du tout corrélée.

Ce résultat n'est pas uniquement tautologique, car il renforce la validité de la mesure de l'Indice d'apport de la cure. L'apport global se confond ici avec celui de l'apport en bien-être mental de la cure substitutive, les corrélations étant quasi identiques. Ceci confirme la dimension de l'apport en Santé mentale de la cure comme une dimension fondamentale pour le patient. En tout cas le patient considère plus sa stabilisation par rapport à son bien-être mental que sous l'angle de son rapport à l'usage de drogues.

9.2.2. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon la Communauté de Belgique

Les données du Tableau 9.2.2 mettent en évidence une absence de différence de l'apport global de la cure qui masque en fait des différences dans le type spécifique d'apport.

Tableau 9.2.2 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon la Communauté de Belgique

Communauté		indice d'apport de la cure (12 items)	Dimension 1 : Apport Santé Mentale ^a	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues ^b	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
Flandre	Moyenne	45,9846	,2880041	-,3967930	8,974E-02
	N	65	86	86	86
	E-type	10,4455	,9541981	1,1188033	1,1140767
Wallonie+Bruxelles	Moyenne	45,6441	-,1997584	6,303E-02	5,371E-02
	N	177	245	245	245
	E-type	9,3883	1,0602249	1,0210198	,9760733
Total	Moyenne	45,7355	-7,30E-02	-5,64E-02	6,307E-02
	N	242	331	331	331
	E-type	9,6626	1,0543002	1,0648955	1,0121164

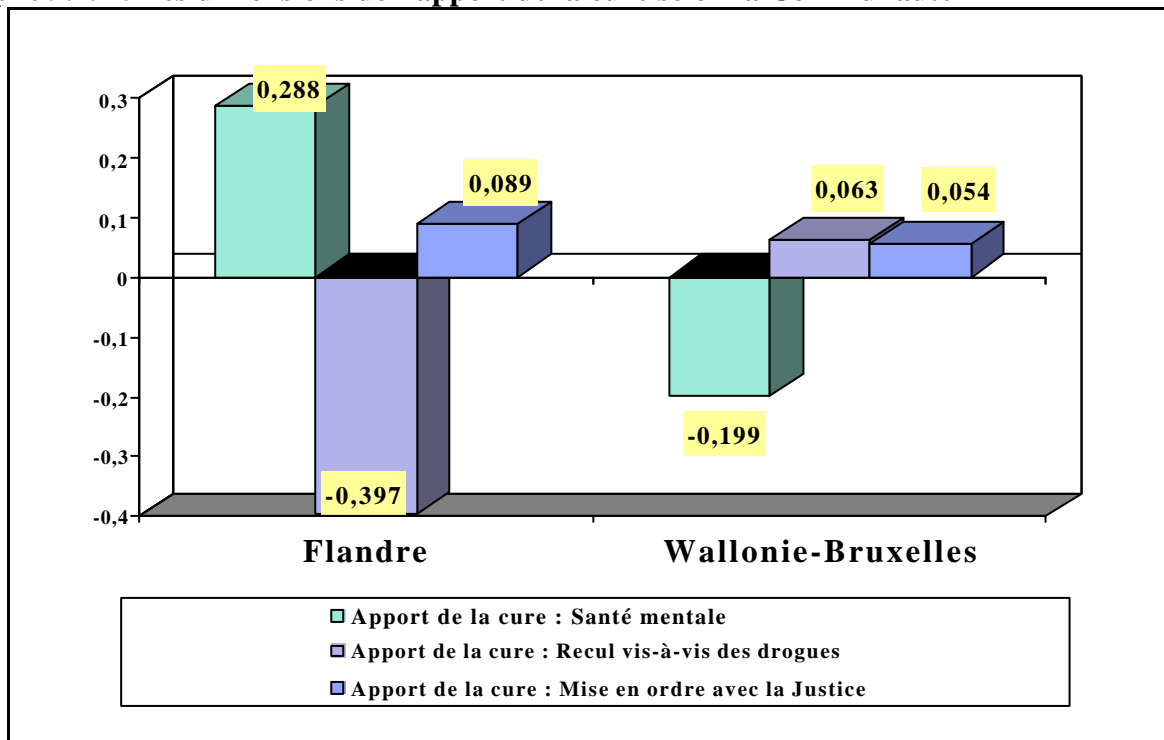
a. $p < .001$

b. $p = .001$

Les patients flamands se distinguent par un apport de la cure plus important en Santé mentale et par un moindre apport dans le recul vis-à-vis des drogues. Aucune différence globale ou par rapport de mise en ordre avec la Justice n'est constatée.

Nous confirmons donc la spécificité de la poursuite de l'usage de drogues observée chez les patients de Flandre, bien que ceci s'accompagne d'un sentiment plus élevé de bien-être psychique induit par le traitement actuel que chez les patients de Wallonie-Bruxelles. Ceux-ci ont donc plus le sentiment d'avoir amélioré leur rapport aux drogues avec la cure actuelle.

Graphe 9.2.2 : Les dimensions de l'apport de la cure selon la Communauté



9.2.3. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Age

Tableau 9.2.3 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Age

AGE		Indice d'apport de la cure (12 items) ^a	Dimension 1 : Apport Santé Mentale ^b	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
-25	Moyenne	48,1961	,2963568	-3,68E-02	-3,97E-02
	N	51	72	72	72
	E-type	8,2195	1,0164729	,8663375	,9971626
25-30	Moyenne	46,5443	-1,32E-02	,1044777	-7,99E-03
	N	79	106	106	106
	E-type	8,8706	1,0514788	,9829005	1,0731519
31-35	Moyenne	46,4800	-6,08E-02	-2,02E-02	,1159399
	N	75	106	106	106
	E-type	10,0045	1,0772768	1,0203172	,9730570
36-40	Moyenne	45,6316	,1123229	6,707E-02	-8,06E-02
	N	38	57	57	57
	E-type	9,4566	,8931031	1,0898037	,9641442
41+	Moyenne	41,1071	-,5377156	-,2730730	-,1079393
	N	28	37	37	37
	E-type	9,4451	,9556697	1,4155765	1,3087113
Total	Moyenne	46,1476	1,683E-16	-1,04E-16	-1,96E-16
	N	271	378	378	378
	E-type	9,3484	1,0390263	1,0390263	1,0390263

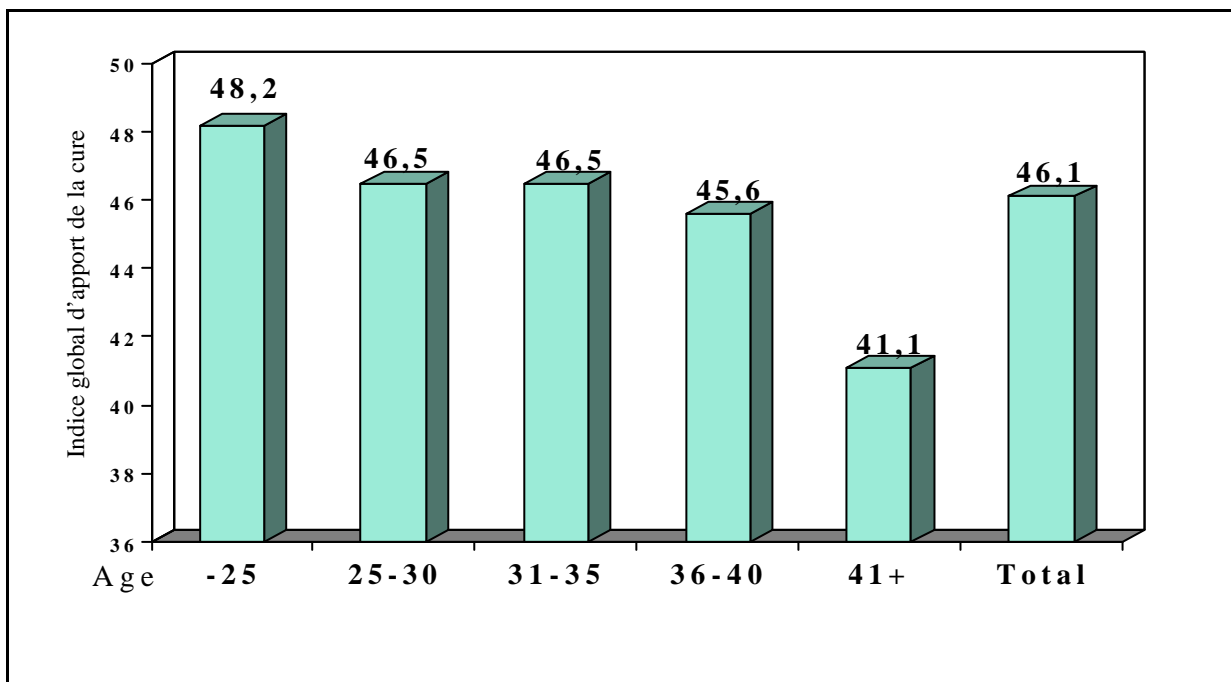
a. $p = .02$

b. $p = .002$

L'apport global de la cure varie selon l'âge. Le Graphe 9.2.3 permet de mieux visualiser les résultats présentés dans la première colonne du Tableau 9.2.3.

En ce qui concerne la deuxième colonne du Tableau 9.2.3, la Dimension de l'apport en Santé mentale varie selon l'âge ($p = .002$) avec un meilleur apport pour les moins de 25 ans et aussi pour les patients de 36 ans à 40 ans.

Graphe 9.2.3 : Indice global de l'apport de la cure selon l'Age



Les moins de 25 ans expriment un apport global de la cure plus élevé et s'opposent aux plus de 41 ans, qui de façon très nette se situent à un niveau fort bas. Entre ces deux extrêmes, l'apport de la cure est quasi identique. Les patients âgés éprouvent donc des difficultés spécifiques vis-à-vis de leur cure substitutive. Ceci ne doit sans doute pas être négligé sur un plan clinique.

9.2.4. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le mode de vie du patient

Tableau 9.2.4.1 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon la vie commune avec une personne abstinente de drogues.

Vit avec une personne abstinente de drogue		Indice d'apport de la cure (12 items) ^a	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues ^b	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
Autre	Moyenne	45,5324	-1,88650E-02	-6,695E-02	-1,2155E-02
	N	216	302	302	302
	E-type	9,5406	1,0590543	1,0776704	1,0597487
Vit avec abstinente	Moyenne	48,5636	7,496372E-02	,2660573	4,8302E-02
	N	55	76	76	76
	E-type	8,1916	,9582279	,8221353	,9573213
Total	Moyenne	46,1476	1,682682E-16	-1,041E-16	-1,9559E-16
	N	271	378	378	378
	E-type	9,3484	1,0390263	1,0390263	1,0390263

a. p = .03

b. p = .01

L'apport global de la cure est plus élevé pour les patients qui vivent avec une personne abstinente. L'effet de ce mode de vie est spécifiquement positif sur le recul vis-à-vis des drogues. Autrement dit **la cure est d'autant plus efficace sur le plan de la réduction de l'usage de drogues que le patient vit en couple avec une personne abstinente de drogues.** Dans ce cas, le couple potentialise positivement le traitement.

Tableau 9.2.4.2 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon la disqualification parentale du patient.

A des enfants et ne vit pas avec		Indice d'apport de la cure (12 items) ^a	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues ^b	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
vit avec ses enfants	Moyenne	47,5000	-,1126878	,2733208	,1157776
	N	46	76	76	76
	E-type	8,3260	1,1219033	,8864469	1,0706978
ne vit pas av. ses enf.	Moyenne	43,7705	-,1285823	-,1898600	6,514E-02
	N	61	81	81	81
	E-type	9,4559	,9674564	1,0688752	,9083628
Total	Moyenne	45,3738	-,1208882	3,4355E-02	8,965E-02
	N	107	157	157	157
	E-type	9,1368	1,0417185	1,0087618	,9873881

a. p = .03

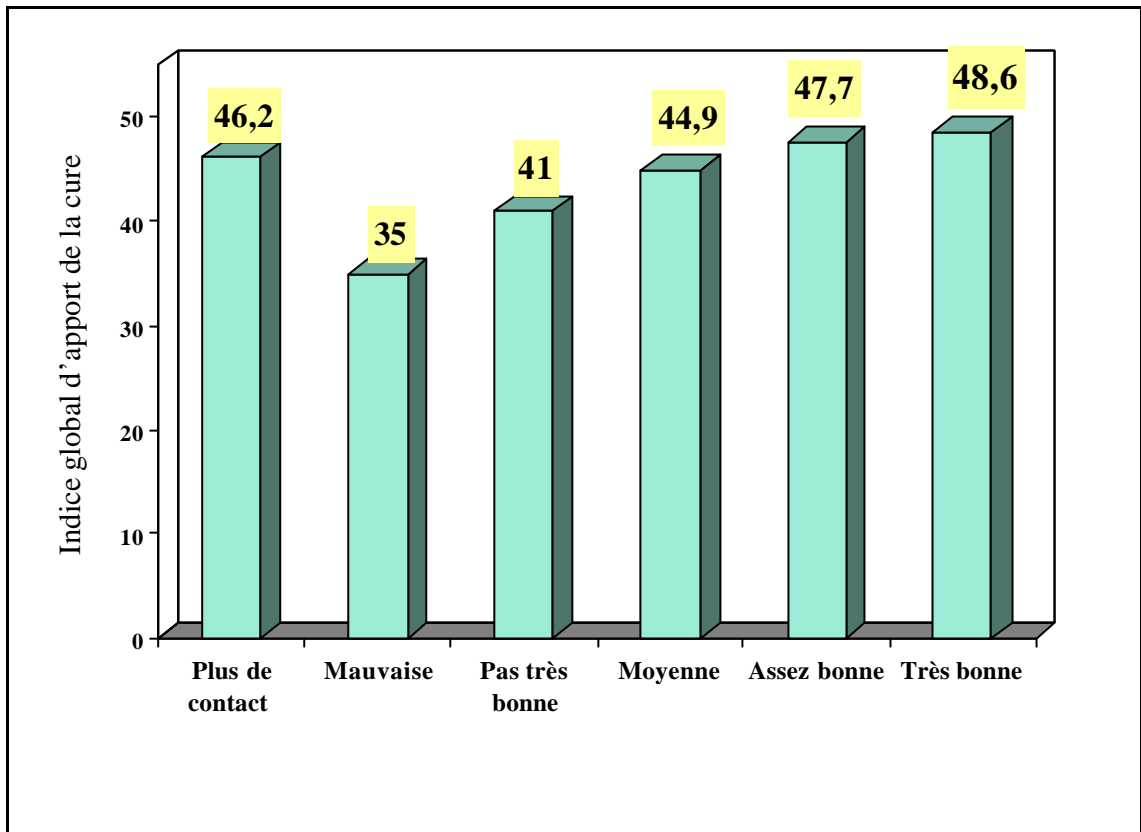
b. p = .004

Sont comparés dans le Tableau 9.2.4.2. uniquement les patients qui ont des enfants selon qu'ils vivent ou non avec eux. Lorsque le patient ne vit pas avec ses enfants l'apport de la cure est plus faible. Cette réduction provient du recul vis-à-vis des drogues qui est moins important pour ceux dont la parentalité a été en quelque sorte disqualifiée.

Bien entendu l'interprétation de ce résultat n'est pas univoque : si on a retiré les enfants de ces patients (mais nous manquons de précision sur les causes de l'absence des enfants) c'est peut-être que des mesures de protection des enfants s'imposaient face à leur consommation de drogues. Ou alors, ce résultat indique le mal-être spécifique de ces patients qui s'exprime par une immersion plus forte dans l'addiction. Il est d'ailleurs probable que ces deux hypothèses se conjuguent.

9.2.5. Indice global de l'apport de la cure selon la relation avec les parents

Graphe 9.2.5: Indice global d'apport de la cure selon la Relation avec les Parents



Le Graphe 9.2.5. exprime de façon très linéaire la relation étroite ($p < .001$) qui unit l'apport global de la cure pour le patient et ses relations avec ses parents. Plus elles sont mauvaises, moins le patient ressentira de bénéfice de la cure.

Il est aussi intéressant de noter que l'absence de contact avec les parents est liée à un apport de la cure de niveau moyen, comme si sortir de la relation se révélait préférable.

9.2.6. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon les dimensions thérapeutiques

9.2.6.1. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Alliance thérapeutique

Tableau 9.2.6.1 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Alliance thérapeutique (en deux groupes : Alliance faible+moyenne / Forte Alliance)

		Indice d'apport de la cure (12 items)	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
Alliance faible à moyenne / forte Alliance					
Alliance faible à moyenne	Moyenne	44,3711	-,1495912	-,1278853	-,1059293
	N	194	257	257	257
	Ecart-type	9,1712	1,0729997	1,0563014	1,1066829
Alliance forte	Moyenne	51,5833	,3266333	,4098152	,3237525
	N	60	89	89	89
	Ecart-type	6,8254	,8332878	,7969222	,7414322
Total	Moyenne	46,0748	-2,709E-02	1,042E-02	4,596E-03
	N	254	346	346	346
	Ecart-type	9,1896	1,0367688	1,0224129	1,0413423

Toutes différences significatives à $p < .001$

L'Alliance thérapeutique a été rendue dichotomique (selon le quartile supérieur) en distinguant la forte Alliance. On constate que toutes les mesures de l'apport de la cure sont très significatives en fonction des deux groupes d'Alliance thérapeutique. Autrement dit une forte Alliance thérapeutique va permettre de prédire un apport élevé de la cure pour le patient, que ce soit au plan de la Santé mentale, du Recul vis-à-vis des drogues ou de la Mise en ordre avec la Justice.

La qualité de la relation thérapeutique est au cœur de l'amélioration ressentie par le patient.

9.2.6.2. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le dosage de méthadone

Tableau 9.2.6.2 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le dosage de méthadone

DOSAGE		indice d'apport de la cure (12 items)	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
-25mg	Moyenne	46,4675	3,937E-02	,1076714	-,1037422
	N	77	106	106	106
	E-type	8,9921	1,0206732	1,0303327	1,2141657
26-50	Moyenne	46,4082	-2,695E-02	-,1203288	,1746010
	N	98	128	128	128
	E-type	9,6322	1,0357652	1,0703445	,8679309
51+	Moyenne	43,9104	-,2659008	-,1595272	,1018000
	N	67	95	95	95
	E-type	10,3334	1,1100900	1,0944725	,9388355
Total	Moyenne	45,7355	-7,458E-02	-5,819E-02	6,3900E-02
	N	242	329	329	329
	E-type	9,6626	1,0572245	1,0677479	1,0151253

AUCUNE différence statistiquement significative

L'analyse des effets du dosage de méthadone sur l'apport de la cure est d'une netteté indiscutable : aucun effet n'est observé. Comparée à l'analyse précédente qui démontre l'impact de la relation avec le praticien sur toutes les dimensions de l'amélioration ressentie par le patient, l'absence totale de l'effet du dosage de la méthadone doit faire réfléchir.

L'intérêt porté au dosage, pour ne pas dire le caractère monopolisateur des discussions autour du dosage dans la littérature scientifique (D'unno Th., Pollock H.A., 2002 ; Lowinson J.H. et al., 1997 ; Maddax J.M., et al., 1997 ; Magura S., Rosenblum A., 2001 ; Strain E.C., et al., 1993 ; Wasserman D.A. et al., 1998- cités à la rubrique 8.2 de la première partie), laisse rêveur au vu des résultats présentés ici et incite à prendre du recul par rapport aux commentaires comparatifs réalisés à la rubrique 8.2 de la première partie du présent rapport. On pourrait encore objecter que la mesure du dosage actuel ne serait pas un bon indicateur étant donné le design transversal de l'étude, mais que c'est l'évolution du dosage qui importe.

Pour vérifier cette hypothèse critique, nous avons construit une mesure binaire en comparant le dosage de début du contact dans l'officine (relevée par le pharmacien) et le dosage actuel : les dosages réduits d'un côté et les dosages identiques ou plus élevés de l'autre. Ces deux groupes ont alors été comparés sur les dimensions de l'apport de la cure.

9.2.6.3. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'évolution du dosage de méthadone

Tableau 9.2.6.3 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'évolution du dosage de méthadone

Evolution du dosage en 2 catégories		Indice d'apport de la cure (12 items)	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
Réduction	Moyenne	46,9808	-7,352E-02	,1515036	9,5027E-02
	N	104	147	147	147
	E-type	9,0231	1,0135679	1,0787854	,9816516
Augmentation (ou pas chgmt)	Moyenne	46,4211	6,994E-02	-8,5666E-02	-1,8316E-03
	N	76	109	109	109
	E-type	9,5419	1,0268328	,9501720	,9482118
Total	Moyenne	46,7444	-1,244E-02	5,0521E-02	5,3787E-02
	N	180	256	256	256
	E-type	9,2236	1,0197086	1,0307764	,9668668

Pas de Relation significative. Recul drogue : $p = .07$

Aucun effet statistiquement significatif n'est observé de l'évolution du dosage depuis le début du contact du patient dans l'officine sur l'apport de la cure substitutive pour le patient. On notera malgré tout une légère tendance à une amélioration du recul vis-à-vis des drogues avec une réduction du dosage, mais la différence ne passe pas la limite d'acceptation statistique avec $p = .07$.

Le rôle du dosage de méthadone dans la cure substitutive est ici encore mis en question, mais cette fois, par rapport à une auto-évaluation du patient de l'apport de la cure.

Une autre question qui intéresse aussi les praticiens est celle de l'apport de la cure pour le patient en fonction du type de soins reçus. Les résultats sont présentés avec précaution, le but n'étant pas de décerner des bons ou mauvais points.

Il est évident que les patients ressentent un bénéfice plus ou moins important en fonction de leur situation de départ. Il faudrait donc poursuivre l'analyse par rapport à chaque type de soins de façon longitudinale et comparer alors les changements induits.

9.2.6.4. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le lieu de la consultation

Tableau 9.2.6.4 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le lieu de la consultation - Patients de Belgique

Type d'instances de soins		indice d'apport de la cure (12 items) ^a	Dimension 1 : Apport Santé Mentale ^b	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
Médecine Cab.privé	Moyenne	44,5410	-,1307365	-9,328E-02	1,194E-02
	N	122	179	179	179
	E-type	9,9230	1,0333184	1,0701223	1,0393893
Maison médicale	Moyenne	46,1304	-,3884416	,2262525	,1843218
	N	23	38	38	38
	E-type	9,8641	1,0084998	,9702393	,8993032
M.a.s.s.	Moyenne	49,8000	,4084431	-,1994191	,2510386
	N	30	37	37	37
	E-type	9,5967	,8851876	1,0743534	,9882611
Centre spécialisé	Moyenne	45,9552	-1,457E-02	-4,161E-02	3,178E-02
	N	67	77	77	77
	E-type	8,7895	1,1337856	1,0878881	1,0147196
Total	Moyenne	45,7355	-7,303E-02	-5,644E-02	6,307E-02
	N	242	331	331	331
	E-type	9,6626	1,0543002	1,0648955	1,0121164

a. $p = .06$ (NS)

b. $p = .007$

Une analyse comparative a été réalisée en fonction des lieux de consultation du patient. Le Tableau 9.2.6.4 précise l'apport de la cure selon les types de soins. Nous constatons que la différence sur l'indice global n'atteint pas un seuil statistique significatif ($p = .06$). Aucune différence n'est observée pour le recul vis-à-vis des drogues ou les rapports avec la Justice.

Toutefois une différence dans l'apport en Santé mentale atteint un niveau statistiquement significatif de $p = .007$. Les patients des Mass ont un bénéfice en Santé mentale sensiblement plus élevé que ceux des autres lieux de soins.

Précisons malgré tout que l'analyse a été répétée avec tous les patients de l'échantillon (avec les patients de France) : les différences dans l'apport global sont alors encore moins significatives et celles de l'apport en Santé mentale se réduisent à $p = .02$. Il s'agit donc encore de rester prudent, car soit il s'agit d'un effet de perturbation des patients de France (qui s'améliorent plus en cabinet privé, ce qui réduit les écarts) soit d'un effet d'une augmentation de la taille de l'échantillon, ce qui rendrait instables ces résultats.

Les comparaisons sont, bien entendu, effectuées pour tous les patients des lieux de soins sans tentative de comparer des types de patients « semblables » (mais encore faudrait-il les définir). Des prolongements à l'analyse devraient être envisagés à cet égard.

9.2.6.5. Effet de l'arrêt (et la reprise) de la méthadone au cours de la carrière thérapeutique sur l'apport de la cure

Tableau 9.2.6.5 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'arrêt (et la reprise) de la méthadone au cours de la carrière thérapeutique

A arrêté de prendre de la méthadone		Indice d'apport de la cure (12 items) ^a	Dimension 1 : Apport Santé Mentale ^b	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues ^c	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
Non	Moyenne	47,7699	,1365498	,1414506	2,818E-02
	N	113	162	162	162
	E-type	9,2312	1,0079329	1,0026532	1,0406874
Oui	Moyenne	44,8526	-,1143621	-,1110261	-2,183E-02
	N	156	213	213	213
	E-type	9,2610	1,0531278	1,0605309	1,0464996
Total	Moyenne	46,0781	-5,9682E-03	-1,956E-03	-2,273E-04
	N	269	375	375	375
	E-type	9,3432	1,0399534	1,0421118	1,0428932

a. p =.01

b. p =.02

c. p =.02

Plus de la moitié des patients ont discontinué leur usage de méthadone au cours de leur carrière thérapeutique. Le Tableau 9.2.6.5 montre que les patients qui ont fait des essais d'arrêt de la méthadone ont moins de bénéfice ressenti de la cure actuelle que les patients qui ont poursuivi l'usage de méthadone sans discontinuer.

Ceci est valable à la fois pour l'apport global et pour les dimensions de Santé mentale et de Recul vis-à-vis des drogues.

Le caractère saccadé de certaines carrières d'usage de la méthadone n'est donc pas un bon pronostic pour le vécu de la cure actuelle par le patient.

9.2.7. Analyse multivariée de l'apport de la cure (Indice global)

Une analyse de régression linéaire itérative a été réalisée avec comme variable dépendante l'indice global d'apport de la cure. Cette analyse est fondée sur des principes identiques à ceux explicités au chapitre 7.5. Cette analyse (comme la précédente) a été réalisée avec l'option la plus habituellement utilisée de la «mean substitution», c'est-à-dire avec remplacement des données manquantes par la moyenne des données présentes, ce qui permet de maintenir le nombre total de sujets dans l'analyse.

Tableau 9.2.7 : Résultats de la Régression linéaire itérative de l'Indice global d'apport de la cure (n=356)

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
9	(Constant)	28,518	3,611		7,897	,000
	Alliance thérapeutique	,236	,039	,287	6,014	,000
	Indice de bien-etre	,291	,092	,155	3,152	,002
	Indice de satisfaction	,291	,090	,163	3,228	,001
	Motif ambigu d'usage de méthadone au noir	-3,294	1,101	-,135	-2,992	,003
	Actuellement en Cabinet privé	-2,292	,722	-,144	-3,175	,002
	Entente avec les parents	,858	,260	,152	3,306	,001
	Agé de 41 ans et plus	-3,234	1,120	-,133	-2,889	,004
	Expérience Institution totale (pré-thérapeutique)	2,091	,749	,131	2,791	,006
	Ne vit pas avec ses enfants	-1,727	,862	-,093	-2,004	,046

$R^2 = .31 / n = 356$

La force de l'analyse est excellente avec $R^2 = .31$ et le premier facteur retenu, *l'Alliance thérapeutique* contribue déjà à lui seul pour un tiers ($R^2 = .127$). Cette analyse confirme par analyse multivariée ce qui avait déjà été mis en avant dans les analyses univariées : le rôle majeur de l'Alliance thérapeutique dans le bénéfice retiré par le patient de la cure substitutive. Le coefficient Bêta de .287 est de loin le plus élevé de tous les facteurs retenus.

Deux autres indices construits dans l'étude se classent en tête des facteurs retenus : *l'indice W.H.O du bien-être* (Bêta = .155) et celui de *la Satisfaction* (Bêta = .163). Il ne s'agit pas à proprement parler de facteurs explicatifs mais co-émergents. Plus le patient retirera de bénéfices de la cure, plus il ressentira bien-être et satisfaction dans sa vie quotidienne. On notera la cohérence des résultats à cet égard. Ces résultats confirment donc aussi l'intérêt de notre échelle d'apport de la cure substitutive (Ledoux, Rémy, 2003) améliorée dans le cadre de cette étude par rapport aux essais réalisés dans le cadre du *Groupe d'Etude et de Recherche Rhin Meuse Moselle*.

Face à l'impact dans l'analyse de régression de ces trois premiers facteurs (qui contribuent ensemble à un $R^2 = .219$) les autres pourraient apparaître comme secondaires.

Ils méritent toutefois une lecture attentive car elles caractérisent de fait des apports spécifiques à l'amélioration ou à la détérioration du vécu du patient et ont un intérêt clinique.

L'entente avec les parents (voir le Graphe qui lui est consacrée) avec un Bêta = .152 constitue une dimension peu attendue comme facteur de l'amélioration. Comme souvent deux hypothèses sont envisageables : le soutien affectif des parents contribue aux bénéfices retirés de la cure, à moins bien entendu qu'on ne considère l'amélioration du vécu du patient comme rejaillissant sur ses relations avec ses parents. Quoi qu'il en soit, les relations avec les parents ont une place importante dans le vécu des patients en cure substitutive.

Le type d'orientation thérapeutique est présent dans l'équation avec la *cure en Cabinet privé* (Bêta = -.144). La relation est négative, donc les patients dans cette modalité de soins ressentent un moindre apport de la cure substitutive par rapport aux patients des autres types de prise en charge. Nous avons constaté dans les analyses univariées que les résultats dans les Mass étaient favorables, ici c'est à une inversion de la sélection des modalités que l'on assiste. Nous proposons ces résultats sans édulcoration mais en conseillant la prudence dans leur maniement.

Les patients les plus âgés, précisément les *patients âgés actuellement de plus de 41 ans* (Bêta = -.133) ressentent moins d'apport de la cure.

Nous avons déjà constaté que le motif de l'utilisation passée de méthadone sans prescription était une caractéristique importante à prendre en compte, ici le fait d'avoir eu un *motif ambigu* (« *comme drogue* ») *dans l'usage au noir de méthadone* est un facteur retenu comme explicatif d'un moindre apport de la cure (Bêta = -.135). Cela confirme que le sens que le patient donne à la méthadone (médicament ou drogue) constitue une dimension de l'efficacité de la cure substitutive.

L'expérience passée de l'Institution totale joue un rôle positif (Bêta = -.131) dans l'apport de la cure actuelle. Ce résultat est appréciable pour apprécier globalement l'impact social des cures substitutives : les patients qui ont subi les contraintes de la vie en home ou de l'incarcération bénéficient plus que les autres de la délivrance de méthadone.

Enfin, le fait de *ne pas vivre avec ses enfants* (Bêta = -.093) est le dernier facteur retenu dans l'équation explicative de l'apport de la cure pour le patient. Nous avons déjà discuté cette dimension de la vie quotidienne des patients. Elle interfère donc avec la cure substitutive de façon négative.

La même analyse a été réalisée pour les patients de chaque Communauté de Belgique, pour mettre en évidence des facteurs spécifiques ou une autre organisation de leur valeur explicative.

9.2.7.1. Régression linéaire de l'indice global de l'apport de la cure. Patients de Wallonie-Bruxelles (n=266)

Coefficients de la Régression linéaire^{a,b}

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
8 (Constant)	30,752	3,866		7,955	,000
Indice de satisfaction	,340	,098	,207	3,470	,001
Alliance thérapeutique	,155	,045	,194	3,483	,001
Indice de Bien-etre	,273	,105	,154	2,614	,009
Entente avec les parents	1,068	,296	,198	3,608	,000
Agé de plus de 41 ans	-3,758	1,228	-,166	-3,061	,002
Motif ambigu à la prise "au noir" de méthadone	-3,555	1,215	-,155	-2,927	,004
Actuellement en Cabinet privé	-1,972	,833	-,127	-2,368	,019
A déjà été en Communauté thérapeutique	1,976	,985	,108	2,006	,046

a. Dependent Variable: Indice d'apport de la cure (12 items)

b. = Wallonie+Bruxelles

La valeur du R² est sensiblement identique à l'analyse précédente : R² = .287.

Les trois premiers facteurs sont identiques (valeur globale du R² = .195). Toutefois l'Alliance thérapeutique est classée en deuxième position (Bêta = .194), derrière l'Indice global de Satisfaction (Bêta = .207).

Pour les autres facteurs, il y a surtout la disparition de la disqualification parentale du patient et le remplacement de l'expérience de la vie en Institution totale (pré-thérapeutique) par celle en Communauté thérapeutique (Bêta = .108). Ce qui relève malgré tout d'une dimension parallèle : l'expérience de contraintes liées à une vie quotidienne gérée en dehors de soi. La liberté retrouvée dans la cure substitutive stimule donc ces patients.

La reproduction de la même analyse chez les patients de Flandre renforce le nœud de notre présentation, c'est-à-dire l'impact de l'Alliance thérapeutique.

9.2.7.2. Régression linéaire de l'indice global de l'apport de la cure. Patients de Flandre (n =90)

Modèle		Coefficients non standardisés	Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Beta		
1 ^b	(Constante)	18,812		4,036	,000
	Alliance thérapeutique	,472	,536	5,922	,000
2 ^c	(Constante)	34,461		5,768	,000
	Alliance thérapeutique	,412	,467	5,427	,000
	Usage par IV actuellement	-9,413	-,328	-3,808	,000
3 ^d	(Constante)	24,830		3,788	,000
	Alliance thérapeutique	,465	,527	6,221	,000
	Usage par IV actuellement	-9,257	-,322	-3,914	,000
	A déjà eu un sevrage en service hospitalier	4,444	,249	3,000	,004

b. $R^2 = .287$

c. $R^2 = .390$

d. $R^2 = .449$

L'équation finale (modèle 3) de la régression linéaire a un $R^2 = .449$, soit une valeur explicative très forte.

Trois facteurs seulement sont retenus : le premier est *l'Alliance thérapeutique*, qui contribue seul à un R^2 de .287 pour l'équation et a un Bêta de .527. A elle seule l'Alliance pour les patients de Flandre « explique » autant les bénéfices retirés par le patient de la cure que tous les facteurs retenus par la régression chez les patients de Wallonie-Bruxelles.

Le deuxième facteur est le fait de **ne pas recourir actuellement à l'injection** (Bêta = -.322). Ce facteur n'est donc pas retenu dans l'analyse sur les patients francophones. L'usage par injection joue donc un rôle spécifique dans une réduction de l'apport de la cure ressenti par les patients de Flandre. Le troisième facteur est l'expérience d'un *Sevrage hospitalier* (Bêta = .249). Il s'agit là d'un autre facteur spécifique aux patients de Flandre. Le fait d'avoir eu un sevrage stimule une amélioration des bénéfices retirés de la cure substitutive.

Ces analyses de régression ont une force suffisante pour être utilisées comme résumés de l'explication ou de dimensions «cachées» ou latentes de l'amélioration de l'existence du patient grâce à la cure.

C'est évidemment la relation thérapeutique et la mesure de l'Alliance entre le patient et son médecin qui permet le mieux de comprendre l'amélioration globale ressentie par le patient.

La question de l'amélioration de cette Alliance thérapeutique pour accroître les bénéfices retirés de la cure est donc posée. Est-elle modifiable par un processus de formation des médecins ? Que faudrait-il faire intervenir dans la relation pour l'améliorer ? Les patients peuvent-ils bénéficier d'une intervention qui serait en mesure d'y contribuer ?

Beaucoup reste donc à faire sur ce nouveau terrain qui n'a été que partiellement défriché dans cette étude.

Sur un mode plus opérationnel, à la fois la mesure de l'Alliance thérapeutique et l'indice global de l'apport de la cure (qui est aussi un instrument simple à utiliser avec seulement 12 items) mériteraient d'être diffusés et utilisés, quel que soit le contexte des soins.

Il suffit de les remettre au patient qui y répond facilement en quelques minutes. On obtient ainsi tel qu'il le ressent, une indication globale (qui peut éventuellement se décomposer en trois dimensions) de la relation thérapeutique vécue par le patient et d'autre part de ce que la cure lui apporte. Aux praticiens de compléter par d'autres critères pour obtenir une indication précieuse de l'impact de leur prise en charge.

10. La relation du patient avec le pharmacien

La relation qui s'établit entre le patient en cure substitutive et le pharmacien d'officine est encore mal connue, et à notre connaissance n'a pas fait l'objet d'études spécifiques. Or, tout porte à croire, lorsque l'on s'entretient avec des patients, qu'elle est beaucoup plus centrale dans leur quotidien, que ne le laisserait supposer cette absence de recherche en la matière. La focalisation sur les relations avec le monde médical et thérapeutique tend à occulter celles qui se développent avec un praticien dont la position dans le champ toxico thérapeutique est relativement récente (du moins dans sa volonté de s'y faire reconnaître comme acteur à part entière). Si le pharmacien n'a en effet qu'un pouvoir de délivrance et non de prescription, on aurait tort cependant d'escamoter son importance dans le rapport avec le patient.

Ce chapitre sera consacré à une première analyse de ces relations, en partant du point de vue du patient. Nous reprendrons certaines analyses multivariées, surtout par rapport aux bénéfices de la cure substitutive retirés par le patient et nous y introduirons les dimensions de la relation patient-pharmacien. Ceci confirmera l'importance de la place occupée par le pharmacien dans la cure substitutive. Ensuite nous analyserons de façon encore exploratoire la congruence entre le ressenti du patient vis-à-vis du pharmacien et celui du pharmacien envers le patient.

10.1. Construction par analyse factorielle des dimensions de la relation du patient avec le pharmacien

Une analyse factorielle en composantes principales a été réalisée sur toutes les attitudes du patient vis-à-vis du pharmacien et de la délivrance de méthadone en officine.

L'ensemble de ces attitudes figure dans le Tableau 10. Elles sont au nombre de 29 et de nombreux éléments du vécu du patient dans sa fréquentation de l'officine sont couverts. Nous avons aussi tenté de trouver des correspondances entre le questionnaire destiné à l'évaluation par le pharmacien et celui rempli de façon autonome par le patient, afin de permettre un regard croisé sur une base qui ne soit pas trop dissemblable.

Le Tableau 10.1 permet (malgré une lecture difficile étant donné le grand nombre d'items introduits, on nous l'excusera) de vérifier la construction des dimensions ou facteurs fondamentaux de la relation patient-pharmacien. Un total de 8 dimensions a été retenu.

La première dimension est qualifiée de « **Reconnaissance du rôle du pharmacien dans la cure** ». Ce facteur exprime 15.6% de la variance. Les items retenus sont : Le patient reconnaît recevoir de bons conseils du pharmacien ; Le patient aborde tous les sujets avec le pharmacien ; Le patient aime bien discuter avec le pharmacien ; Le pharmacien s'intéresse à ce que le patient devient ; Le patient a une relation de confiance avec le pharmacien ; Le pharmacien joue un rôle dans le traitement ; Le patient se sent à l'aise dans l'officine ; Le patient estime que le pharmacien le respecte... Ces attitudes sont donc les plus fortement corrélées avec la première dimension. Elles nous permettent de donner un nom à ce facteur. Nous avons privilégié l'aspect du rôle dans le traitement, mais on pourrait aussi lui donner la même appellation que celle donnée au premier facteur de l'analyse factorielle des attitudes du pharmacien (voir Tableau, page), c'est-à-dire l'**empathie**, ressentie ici par le patient. Les deux facteurs sont symétriques et l'analyse en 10.5. démontrera leur inter-corrélation. On notera aussi que ce facteur est en relation négative avec les items suivants : « le pharmacien ne sert à rien d'autre qu'à délivrer le médicament » et « je fais peur au pharmacien » ou encore « j'énervé parfois le pharmacien ». Ce qui confirme la dimension empathique et l'importance du pharmacien aux yeux du patient que recouvre cette dimension fondamentale.

La deuxième dimension (8.3% de la variance) regroupe, elle, des attitudes qui reflètent des difficultés dans la fréquentation de l'officine : je gêne les autres clients ; j'énervé parfois le pharmacien ; la délivrance n'est pas assez confidentielle ; j'ai fréquenté plusieurs pharmacies avant d'en trouver une dans laquelle je me sens à l'aise... Par contre l'attitude suivante est la plus fortement en relation négative : « je me sens à l'aise dans l'officine ».

Tout ceci nous conduit à qualifier cette deuxième dimension de la relation du patient au pharmacien de « *malaise dans la fréquentation de l'officine* »

Tableau 10.1 : Les dimensions de la relation du patient avec le pharmacien

Facteurs de la relation du patient avec le pharmacien (après rotation varimax) - Simplification des dimensions de 29 items

Poids de facteurs après rotation-% de la variance :	Dimensions							
	Reconnais- sance du rôle du pharmacien dans la cure 15.6%	Malaise dans la fréquentation de l'officine 8.3%	Critique de l'organisation de la délivrance 6.4%	Complian- -ce /Obser- -vance 6%	Relationnel difficile 5.6%	Pression sur dosage 5.5%	Absence de fidélité 5%	Changement d'organisation souhaité 4.4%
Je reçois de bons conseils du pharmacien	,767	6,743E-02	-,208	-2,2E-02	2,258E-02	1,0E-01	3,1E-02	4,664E-03
J'aborde tous les sujets avec le pharmacien	,728	-,121	7,985E-02	-,116	-1,709E-02	-4,9E-02	7,3E-03	-4,722E-02
J'aime bien discuter avec le pharmacien	,704	1,637E-03	-7,098E-02	,140	-7,717E-02	-1,8E-02	8,6E-03	1,597E-02
Le pharmacien s'intéresse à ce que je deviens	,699	-,210	,104	-5,0E-02	8,621E-02	5,6E-02	-4,0E-02	-,160
J'ai une relation de confiance	,669	-,155	-7,117E-03	5,70E-02	-9,163E-02	-5,6E-02	-1,0E-02	8,074E-02
Le pharmacien joue un rôle dans mon traitement	,649	9,215E-02	-,101	,137	9,119E-02	3,9E-02	-,196	-,159
Je me sens à l'aise dans la pharmacie	,539	-,467	-,154	,163	2,823E-03	3,2E-02	2,7E-02	-4,455E-02
Le pharmacien me respecte	,508	-,127	-6,268E-02	,270	-,250	-4,0E-02	-,161	,295
Je gêne les autres clients	-,106	,701	,263	-2,5E-02	-8,334E-02	,174	-,158	-6,909E-02
J'énerve parfois le pharmacien	-,247	,644	,157	-7,7E-02	,279	-5,2E-02	8,9E-02	-,248
La délivrance de méthadone n'est pas assez confidentielle dans l'officine	-9,033E-02	,560	,271	-1,7E-02	-1,200E-02	8,8E-02	3,8E-02	,188
J'ai fréqu.plus.offic.avant de trouver un à l'aise	,141	,514	-,256	-8,2E-02	9,342E-02	-5,4E-02	,193	,235
Les horaires ne me conviennent pas	8,388E-02	,124	,775	-,112	3,132E-02	6,7E-02	2,6E-02	5,029E-02
Je dois attendre trop longtemps mon tour	-8,734E-02	,212	,592	-3,5E-02	,156	9,3E-02	,162	-,154
Le pharmacien ne sert à rien d'autre que de fournir des médicaments	-,412	7,448E-02	,447	-8,1E-02	3,068E-02	-,108	7,5E-02	,169
Je respecte les horaires	,147	3,564E-02	-,189	,787	6,632E-03	-,125	-5,9E-02	9,442E-02
Je paie normalement	-7,683E-02	-,114	7,478E-02	,746	-,208	-1,2E-02	,120	-,105
Je suis bien accueilli à la pharmacie	,396	-,270	-,146	,541	1,895E-02	-3,6E-02	-,234	7,675E-02
Le pharmacien me pousse à diminuer mes doses	,168	-7,296E-02	4,384E-02	-,109	,766	,178	-,103	9,148E-02
Venir à la pharmacie me gêne pour mon travail	-,179	,194	,406	1,54E-02	,482	-6,1E-02	2,0E-03	,230
Je fais peur au pharmacien	-,424	,288	,122	-,117	,445	3,7E-02	,156	-9,326E-02
Le pharmacien a parfois un coup de colère	-,117	,393	9,087E-02	-,199	,439	-6,5E-02	,336	-,247
Je demande au pharmacien de diminuer la dose	3,967E-02	4,729E-02	1,569E-02	-5,4E-02	-4,103E-02	,849	,100	2,850E-02
Je demande au pharmacien d'augmenter la dose	3,879E-03	5,661E-02	7,958E-02	-7,7E-02	,178	,839	-2,4E-02	-4,509E-02
Je reste m pharma si je change de méd	,243	3,400E-02	-2,717E-02	7,97E-02	2,147E-02	-,113	-,660	-4,357E-02
Je compte changer de pharmacie	-,196	7,195E-02	,342	2,22E-03	,239	7,6E-02	,590	-1,405E-02
Le pharm.m'aide pour éviter dommages	,297	5,775E-02	-1,357E-02	7,33E-02	-,122	-7,7E-02	,554	2,026E-02
Je préférer venir une fois par semaine	-5,390E-02	4,626E-03	3,561E-02	1,86E-02	2,345E-02	-2,2E-03	2,7E-02	,758
Je dois sortir avant de recevoir-gêne	-,306	,376	1,548E-02	-2,6E-02	,215	-1,8E-02	4,2E-02	,434

Méthode d'extraction: Analyse en composante principale. Méthode de rotation: Varimax avec Normalisation de Kaizer.

Le troisième facteur construit dans l'analyse factorielle comprend les items : Les horaires ne me conviennent pas ; je dois attendre trop longtemps mon tour ; le pharmacien ne sert à rien d'autre que de fournir les médicaments...C'est donc essentiellement une «*Critique dans l'organisation de la délivrance dans l'officine* » qui s'exprime dans cette dimension (6.4% de la variance).

La quatrième dimension est plus liée aux attitudes suivantes : je respecte les horaires ; je paie normalement ; je suis bien accueilli dans la pharmacie...C'est donc surtout l'aspect de *compliance* du patient qui transparait dans ce facteur (6%).

En bref les quatre facteurs suivants ont été qualifiés de *Relationnel difficile* – je fais peur au pharmacien ; le pharmacien a parfois un coup de colère (5.6%), *Pression sur le dosage* – demander d'augmenter ou de diminuer les doses (5.5%), *Absence de fidélité* – je compte changer d'officine (5%) et *Changement d'organisation souhaitée* – je préférerais venir une fois par semaine (4.4%).

On doit préciser aussi que le facteur *Relationnel difficile* comprend l'item : le pharmacien me pousse à diminuer les doses, ce qui semble visiblement être mal perçu. Et d'une façon encore plus problématique le facteur *Absence de fidélité* est aussi fortement corrélé avec le « pharmacien m'aide à prévenir les dommages ». Ceci met en évidence la prudence dont doit faire preuve le pharmacien pour ne pas apparaître trop interventionniste.

L'analyse a ensuite procédé à la construction de scores pour chaque patient sur chacune des dimensions obtenues dans cette analyse factorielle. Ces facteurs deviennent alors des variables comme les autres à «croiser » ou à faire intervenir dans les analyses. Nous en présentons deux : une analyse multivariée et une analyse de corrélations.

10.2. Analyse multivariée de l'Apport de la cure avec les dimensions de la relation au pharmacien

Les 8 facteurs qui viennent d'être présentés ont été introduits dans la régression logistique de l'apport de la cure. Les mêmes variables indépendantes ont été utilisées que celle de l'analyse de régression présentée en 9.2.6

Tableau 10.2 : Régression linéaire itérative de l'Apport de la cure avec les dimensions de la relation au pharmacien - Ensemble des patients de Belgique (n=356)

**Coefficients de la Régression linéaire itérative^a
(avec introduction des dimensions de la relation au pharmacien)**

Modèle ^b	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
14 (Constant)	33,201	3,592		9,242	,000
Indice de satisfaction	,295	,087	,165	3,403	,001
Reconnaissance du rôle du pharmacien dans la cure	1,492	,350	,188	4,260	,000
Indice de bien-être	,282	,089	,151	3,183	,002
Entente avec les parents	,901	,251	,160	3,589	,000
Agé de plus de 41 ans	-3,541	1,079	-,145	-3,282	,001
Compliance dans la fréquentation de l'officine	,995	,358	,125	2,778	,006
Actuellement en Cabinet privé	-2,472	,697	-,155	-3,549	,000
Motif ambigu de la prise de méthadone "au noir"	-3,821	1,077	-,157	-3,547	,000
Critique de l'organisation de la délivrance	-,870	,355	-,109	-2,450	,015
Alliance thérapeutique	,183	,039	,223	4,677	,000
Expérience Institution totale (pré-thérapeutique)	1,912	,737	,120	2,595	,010
Ne vit pas avec ses enfants	-1,988	,837	-,107	-2,374	,018

a. Dependent Variable: Indice d'apport de la cure (12 items) / n = 356

b. $R^2 = .367$

Nous constatons que **l'introduction des dimensions de la relation au pharmacien contribue à améliorer la force de l'analyse de régression** qui atteint ici un R^2 de .367.

Globalement l'Alliance reste le facteur le plus important dans le bénéfice global retiré de la cure par le patient (Bêta = .223), mais son poids semble avoir été un peu réduit dans l'équation par rapport à l'analyse précédente. Le deuxième facteur en importance (Bêta = .188) est... la première dimension de la relation au pharmacien, ce que nous avons appelé la **reconnaissance du rôle du pharmacien** dans la cure (qualifiée aussi d'empathie avec le pharmacien). De plus, deux autres dimensions de la relation au pharmacien ont été retenues dans l'équation: la **Compliance** dans la fréquentation de l'officine (Bêta = .125)-3^{ème} facteur de la relation- et la **Critique de l'organisation de la délivrance** de la méthadone, dans une direction négative, bien entendu (Bêta = - .109)-4^{ème} facteur de la relation avec le pharmacien.

Les autres facteurs sont identiques à l'analyse effectuée sans les dimensions de la relation au pharmacien, avec seulement des valeurs des coefficients modifiées, le plus souvent très légèrement.

On notera que le seul facteur dont le poids diminue le plus sensiblement est l'Alliance thérapeutique qui d'un Bêta = .287 dans la régression précédente descend à Bêta = .223.

Les commentaires que nous avons faits par rapport à la régression précédente restent donc valables et il suffit d'ajouter les 3 dimensions de la relation au pharmacien aux 9 anciens facteurs.

La relation au pharmacien d'officine prend donc une place non négligeable dans la cure substitutive telle que la vit le patient.

Les résultats sont ici particulièrement équilibrés, puisque l'Alliance thérapeutique avec le médecin le facteur principal, est talonné par la première dimension du rapport au pharmacien, les indices de satisfaction et de bien-être, un mélange de caractéristiques personnelles du patient (dont l'entente avec les parents), et encore deux dimensions de la relation avec le pharmacien.

Ces résultats démontrent l'importance à accorder au vécu du patient dans ses relations avec le pharmacien et ses interactions dans l'officine. Par ailleurs, il semble bien qu'on ait trop escamoté l'impact de ces dimensions de la cure substitutive jusqu'à présent. Du moins dans la réalité actuelle de la cure substitutive telle qu'elle s'est développée de façon originale en Belgique.

La poursuite du travail d'analyse ne peut faire l'impasse sur la prise en compte des dimensions relationnelles qui ont été produites dans l'analyse factorielle présentée dans le Tableau 10.2. Toutes les analyses de régression doivent ainsi être reproduites en introduisant ces dimensions.

Ce que nous proposerons au lecteur dans une publication ultérieure.

Nous souhaitons conclure l'analyse des données de ce rapport par une approche croisée des dimensions présentées ici avec celles proposées dans l'analyse de l'évaluation du pharmacien.

10.3. L'évaluation croisée de l'attitude du pharmacien vis-à-vis du patient et l'attitude du patient concernant ses relations avec le pharmacien et la délivrance de méthadone

Tableau 10.3.: Corrélations entre les attitudes du patient (en colonne) et celles du pharmacien (en ligne) n = 282

		Reconnais- sance du rôle du pharmacien dans la cure	Malaise dans la fréquentation de l'officine	Critique de l'organisation de la délivrance	Compliance dans la fréquentation de l'officine	Relationnel difficile avec le pharmacien	Pressions sur le dosage	Absence de fidélité	Changement d'organisation souhaitée
Empathie du pharmacien	Corrélation Pearson	,243**	-,061	,002	,070	,098	,031	-,064	-,116
	p	,000	,308	,967	,239	,102	,608	,287	,052
	N	282	282	282	282	282	282	282	282
Désenchantement	Corrélation Pearson	,043	,156**	,034	-,138*	,127*	,035	,175**	,022
	p	,468	,009	,573	,020	,033	,560	,003	,715
	N	282	282	282	282	282	282	282	282
Séparation	Corrélation Pearson	-,043	,114	-,056	-,026	,049	,039	-,011	,045
	p	,475	,057	,346	,664	,409	,518	,851	,447
	N	282	282	282	282	282	282	282	282
Proactif	Corrélation Pearson	,002	,145*	,039	-,193**	-,056	-,071	,036	,058
	p	,979	,015	,512	,001	,352	,234	,547	,329
	N	282	282	282	282	282	282	282	282
Relation thérapeutique	Corrélation Pearson	,188**	,000	-,050	-,061	,111	,082	-,017	,059
	p	,002	,996	,400	,305	,063	,172	,780	,326
	N	282	282	282	282	282	282	282	282
Prescrire Héroïne	Corrélation Pearson	,087	,101	,095	-,170**	,081	-,106	-,013	-,123*
	p	,146	,089	,111	,004	,177	,076	,829	,039
	N	282	282	282	282	282	282	282	282

** Corrélation significative à $p < 0.01$

* Corrélation significative à $p < 0.05$

La construction des dimensions de l'attitude du patient vis-à-vis du pharmacien et de la délivrance en officine permet une analyse originale, celle de croiser ces sets d'attitudes des patients avec celles obtenues dans l'évaluation réalisée par le pharmacien concernant ces mêmes patients.

Ce croisement a été obtenu pour $n = 282$ patients.

Le Tableau 10.3 fournit les corrélations de Pearson et leur signification statistique entre les attitudes des patients, à lire en colonne, et celles des pharmaciens, en ligne.

On obtient des corrélations significatives entre certaines dimensions, ce qui signifie alors que les attitudes des patients et des pharmaciens sont cohérentes, soit parce qu'elles changent dans le même sens soit parce qu'elles sont dans un rapport inverse.

La première dimension en ligne et en colonne, ce qui constitue pour les pharmaciens comme pour les patients le premier facteur, se traduisant comme le plus important obtenu par analyse factorielle, c'est *l'empathie (ou la proximité affective) du pharmacien* et la *reconnaissance par le patient du rôle tenu par le pharmacien dans sa cure*. Ou de façon équivalente à la dimension de l'attitude du pharmacien, une reconnaissance par le patient d'une attitude empathique vis-à-vis de lui. **La corrélation est excellente avec $r = .243$ ($p < .001$).** Ce résultat est fondamental, car à lui seul, il démontre l'adéquation globale entre les positions respectives du praticien et du patient.

La deuxième dimension est celle du *Désenchantement* du pharmacien par rapport à la situation du patient et dans la relation du patient au pharmacien, le deuxième facteur est celui du *malaise dans*

la fréquentation de l'officine. Le Tableau 10.3 présente une corrélation entre ces deux dimensions de $r = .156$ ($p = .009$).

Alors que les dimensions positives d'empathie ont une forte corrélation, les dimensions négatives de désenchantement/malaise, sont moins fortement corrélées. Lorsque les uns ont une attitude positive vis-à-vis des autres, il est donc plus rare de trouver un désaccord, que dans le cas d'attitudes négatives.

En poursuivant la lecture du tableau, on peut constater que l'attitude de Désenchantement du pharmacien est aussi fortement liée à *l'Absence de fidélité* du patient $r = .175$ ($p = .003$), au *Relationnel difficile* ($r = .127$; $p = .03$) et dans une direction négative à la *Compliance du patient dans l'officine* ($r = -.138$; $p = .02$).

La dimension du désenchantement exprimée par le pharmacien trouve donc un écho remarquable dans le vécu des relations du patient avec le pharmacien et ce à plusieurs niveaux. Plus le pharmacien est désabusé, moins le patient est compliant, plus il ressent un malaise dans ses interactions dans l'officine, plus il exprime des difficultés relationnelles et moins il est fidèle à son pharmacien. On peut donc se fier au désenchantement du pharmacien comme indice de difficultés du patient (que l'on a vu pour une d'entre elles –la compliance- intervenir aussi dans l'apport de la cure pour le patient)

L'attitude proactive du pharmacien intervient aussi globalement de façon négative dans les représentations du patient : elle est en effet négativement corrélée avec *la compliance du patient* ($r = -.193$; $p = .001$) et c'est aussi la corrélation qui vient en second en intensité parmi celles du tableau.

L'autre dimension liée à l'attitude proactive du pharmacien est le *malaise dans la fréquentation de l'officine* ($r = .145$; $p = .01$). Plus le pharmacien se sent obligé de restituer les limites et de rappeler les accords pris lors de l'instauration de la cure, plus le patient vivra difficilement ses relations avec le pharmacien.

La *relation thérapeutique* exprimée par le pharmacien est corrélée fortement (3^{ème} intensité du tableau) avec la première dimension du *rôle du pharmacien dans la cure* ou de l'empathie que le patient ressent ($r = .188$; $p = .002$). Ce résultat est aussi particulièrement satisfaisant et rassure sur la notion de relation thérapeutique formulée par le pharmacien. Si lorsque le pharmacien pense exercer une telle relation, elle est vécue par le patient avec empathie, le rôle du pharmacien est donc significativement légitimée par le patient.

La dernière attitude du pharmacien, relativement problématique, puisqu'elle suppose de sortir du cadre de la substitution actuelle, en *rejetant la méthadone au profit de la prescription d'héroïne*, correspond chez le patient à une *moindre compliance du patient* ($r = -.170$; $p = .004$) , mais aussi à un *moindre souhait de changement d'organisation de la délivrance* ($r = -.123$; $p = .03$). Dans ce dernier cas avec un sens négatif l'interprétation de ce facteur s'avère difficile et demande une lecture attentive des items qui le composent (en inversant les signes). La moindre compliance par contre met en évidence que les patients concernés sont plus irréguliers et certainement d'un abord plus difficile.

Cette analyse croisée des attitudes des patients et des pharmaciens aboutit au constat d'une grande congruence, et ce, sur les dimensions les plus fortes. Les regards des uns réfléchissent donc étonnamment bien le regard des autres.

Ce qui est confirmé c'est la perception positive par le patient de la relation thérapeutique exprimée par le pharmacien, une très forte conjonction des empathies mutuelles, la perception négative par le patient de l'attitude proactive ou devrait-on plutôt dire de la volonté d'interventionnisme du pharmacien et enfin d'un désenchantement bien partagé dans certains cas.

11. Synthèse de l'étude « Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique »

Auteur : Yves Le doux

(Promoteur : Jean-Paul Brohée ; Association Pharmaceutique Belge – APB-2004)

Nous présentons ici une synthèse en deux parties, la première consacrée à l'évaluation réalisée par le pharmacien d'officine, la deuxième présentant une analyse de l'auto évaluation des patients eux-mêmes.

A. Evaluation réalisée par les pharmaciens

L'évaluation par les quelques 300 pharmaciens de plus de 1200 patients a mis en évidence

1. Les caractéristiques **socio-démographiques** des pharmaciens qui délivrent et celles des patients en cure substitutive. Les différences entre Communautés sont majeures : patients plus jeunes avec donc une moindre ancienneté de la toxicomanie en Flandre (30,2 ans en moyenne pour 32,5 ans dans la Région Wallonie-Bruxelles). Les deux Provinces de Flandre (Occidentale et Orientale) ont une forte proportion (autour de 45%) de patients de moins de 25 ans. A l'autre extrême, les patients de la Région bruxelloise sont les plus âgés du pays (48% ont plus de 35 ans). Etant donné la relation étroite entre l'âge des patients et l'ancienneté de la toxicomanie, la proportion de patients âgés (les plus de 41 ans, par exemple) fournit une indication sur les provinces dans lesquelles l'usage d'opiacés est le plus ancien : Bruxelles, Anvers, le Limbourg et Liège, alors que les deux Flandres auraient été concernées le plus récemment par un développement de l'usage d'opiacés.

2. La **durée du contact** du patient en officine est en moyenne de 32 mois (plus du tiers des patients ont moins d'un an et 21% plus de 4 ans de contact). En Flandre, 45% des patients ont moins d'un an de contact (10% ont plus de 4 ans) et 32% dans la Communauté française (25% avec plus de 4 ans de contact). Une comparaison avec la durée du traitement avec le médecin actuel est indispensable : une durée moyenne de 44 mois est observée. Dans 44% des cas, la durée en officine est inférieure à celle de la prise en charge médicale actuelle, mais dans près de 30% des cas le patient vient dans l'officine depuis plus longtemps que chez son médecin actuel. Dans ces situations, le pharmacien d'officine constitue donc un ancrage de la continuité des soins.

3. Le **dosage** de la méthadone prescrite est de 47.2 mg en moyenne (E-type : 45.1 ; n=1042). En Flandre le dosage est plus faible avec 34.7mg (48.9mg dans la Communauté française). Il s'agit donc de dosages faibles, que des experts étrangers ne manqueront pas de critiquer. Les effets bénéfiques de dosages de 60mg ou plus sont relevés dans la plupart des études, tant au point de vue de la rétention en traitement, que de l'impact sur la réduction de la poursuite de l'usage d'héroïne. Un des paradoxes du traitement substitutif en Belgique ne serait-il pas que la « prudence » qui accompagne la libéralisation de cette orientation thérapeutique ne produise un effet pervers, en n'empêchant que trop faiblement la poursuite des comportements d'addiction ? Les accidents mortels au Limbourg au début de l'année 2003, pour lesquels on a rapidement conclu à l'implication de thérapeutes ne peuvent-ils pas tout aussi bien s'interpréter à la lumière de dosages trop faibles ? Ce paradoxe de la prudence nous semble une dimension fondamentale de l'approche sociale de la clinique et de ses effets. Etant donné la nature de la toxicomanie, l'excès de rigueur et de contrôle dans la prise en charge de ces patients, motivée par le souci apparemment légitime de leur protection, conduit à un effet contraire : une recherche d'échappatoire (rupture de la relation thérapeutique), de détournement ou plus simplement l'usage d'autres substances. Les conséquences en sont parfois dramatiques. Sans tomber dans le « tout laisser faire », la prise en charge des problèmes d'addiction force à la souplesse, à la négociation et au compromis des professionnels. Tout effort pédagogique pour éviter une vision trop simpliste de la protection de l'usager mérite ainsi d'être poursuivi, malgré les résistances de nature essentiellement idéologiques.

4. Les **modalités de supervision de la délivrance de méthadone**, qui reflètent à la fois des représentations et attitudes de la profession de pharmacien, mais aussi celles du corps médical, n'échapperaient pas non plus au paradoxe de la prudence. Ceci ne sera cependant démontré que dans la suite de l'étude. En attendant une analyse approfondie, le rapport actuel présente une approche descriptive des différences entre les Communautés dans les pratiques de délivrance du médicament qui permet néanmoins de prévoir une confirmation ultérieure du paradoxe de la prudence. Il ressort de la comparaison, le développement d'une supervision extrêmement forte en Flandre où 60% des patients reçoivent la méthadone quotidiennement (moins de 9% dans la Communauté française) et 41.3% prennent le médicament sur place (3.1% dans la Communauté française). La forme de la préparation présente aussi une spécificité communautaire, avec 80% de méthadone en sirop en Flandre et 77% en gélules à Bruxelles et en Wallonie. L'étude met aussi en évidence l'existence d'un rôle de tiers dans la délivrance de la méthadone. Quoique ces différences trouvent aussi leur origine dans les différences épidémiologiques de la toxicomanie entre les deux Communautés, un test de la forte supervision a été réalisé pour situer l'impact de l'âge et de l'ancienneté par rapport à l'appartenance communautaire : le rôle de cette dernière est neuf fois plus important que celui de l'ancienneté de la toxicomanie. Autrement dit les aspects culturels de la politique des soins substitutifs sont plus fondamentaux que les aspects objectifs de la toxicomanie. De telles différences dans l'organisation de la délivrance de la méthadone devraient en toute logique avoir des effets sur la situation des patients. Or, nous sommes contraints de constater que, dans une acception traditionnelle qui privilégierait un contrôle plus strict de l'accès au médicament, les effets ne sont pas ceux attendus. L'étude permet, dans sa deuxième partie consacrée à l'analyse du protocole auto-administré, de mettre en évidence une tendance des patients de Flandre à conserver au moins autant que ceux de Wallonie-Bruxelles des comportements à risque tels que la poursuite de l'usage d'héroïne ou même plus fréquemment que ceux-ci, un usage par injection. L'usage de cocaïne est aussi très prévalent chez les patients de Flandre. Bref, il ne semble pas que les restrictions à l'accès au médicament en Flandre se traduisent par un effet particulièrement favorable sur la situation des patients. Nous affirmons ceci sans volonté polémique aucune, mais dans un souci de souligner le paradoxe fondamental, spécifique au problème de l'addiction.

5. Les **difficultés rencontrées dans l'accueil en officine** des patients avec cure substitutive ne peuvent être éludées. Certains pharmaciens sont très réticents à accueillir ces patients. Sur 800 pharmaciens qui ont répondu au questionnaire descriptif, une trentaine ont indiqué ne pas vouloir (ou ne plus vouloir) accueillir ces patients. Les raisons évoquées sont surtout l'insécurité et les perturbations engendrées dans la clientèle. Ceci n'est pas le propre de la profession puisque le nombre de médecins qui prescrivent un traitement de substitution reste aussi relativement faible en Belgique (selon nos estimations, entre 1500 et 2000), malgré une prise en charge d'un seul patient chez de nombreux praticiens. L'APB comme les autres organisations professionnelles encouragent toutefois l'accueil en officine des patients en cure substitutive. Pour analyser la situation vécue par les pharmaciens, un indice des problèmes présentés par le patient (ne paie pas normalement, gêne les autres clients...) a permis de mettre en évidence qu'un tiers de l'échantillon est concerné. Un nombre optimum de patients par officine, qui réduit la probabilité de rencontre de problèmes comportementaux, est observé : avec de 4 à 5 patients en cure substitutive, les problèmes rencontrés sont significativement moins fréquents.

La co-prescription de benzodiazépines (Risque relatif : 1.66) et surtout celle de flunitrazépan constitue un facteur de risque (Risque relatif : 2.39) de tels problèmes comportementaux. La mesure de l'existence de problèmes comportementaux est un indicateur qui n'épuise pas l'évaluation de la situation du patient, mais constitue un indicateur intéressant, car il se situe en dehors des cadres usuels de l'évaluation.

6. Le type de **rapports qui s'établissent entre le pharmacien et le patient** a été étudié ici pour la première fois. Il n'y a en effet pas d'exemple dans la littérature de prise en compte de ces relations. En réalisant une analyse à partir du point de vue du pharmacien, son attitude se caractérise en première instance par une dimension d'empathie envers le patient en cure substitutive. A cette attitude répond en écho (avec une corrélation de $r = .24$), la dimension première de celle du patient, obtenue dans le protocole auto-administré, que nous avons qualifiée de reconnaissance du rôle du pharmacien dans la cure. Ceci souligne l'existence d'une relation entre pharmacien et patient, qu'il faut qualifier, faute d'un vocabulaire spécifique, de relation d'aide ou thérapeutique. De façon inverse au « désenchantement » des pharmaciens vis-à-vis de certains patients, répond le « malaise » de ces derniers ainsi que leur « absence de fidélité » ou de « compliance (ou observance) » (avec une corrélation de $r = .18$) dans leur fréquentation de l'officine. Bref, il existe un parallélisme en positif ou négatif entre les attitudes des uns vis-à-vis des autres.

L'attitude des pharmaciens de Flandre se distingue par une tendance à plus vouloir intervenir dans la prise en charge et ils se définissent aussi plus par une relation thérapeutique avec le patient. On notera que des distinctions d'attitudes apparaissent aussi jusqu'au niveau de la localisation par Province. Les pharmaciens de la Région de Bruxelles-Capitale ont ainsi la plus forte empathie envers leurs patients, suivis de ceux du Brabant flamand. Les pharmaciens les plus "désenchantés" se retrouvent au Luxembourg, à Anvers et en Flandre Occidentale.

En ce qui concerne l'attitude selon le degré de supervision, la prise quotidienne en officine ne garantit pas plus d'empathie de la part du pharmacien, mais bien plus de désenchantement. Bien entendu les pharmaciens sont alors plus proactifs et ont une relation qu'ils définissent comme plus thérapeutique, et une configuration identique s'observe avec les patients qui prennent le médicament dans l'officine. Une forte supervision s'accompagne donc d'un set d'attitudes congruent chez le pharmacien qui tend à soutenir et renforcer cette pratique. La situation dans la Communauté française est très éloignée de ce modèle de stricte supervision, malgré des recommandations d'autorités médicales ou de la pharmacie, la pratique des intervenants tend à valoriser la relation de confiance et en tout cas à ne pas poser a priori la défiance comme base de la relation avec le patient. Ceci n'empêche pas des déceptions et l'étude confirme un accroissement du désenchantement selon la durée de la prise en charge. Toutefois l'empathie ou la proximité affective du pharmacien croît, elle aussi, avec la durée. L'évolution des attitudes du pharmacien selon la durée du contact respecte ainsi la réalité des améliorations ou détériorations des situations individuelles des patients, sans qu'il ne soit possible d'observer, par exemple, de lassitude généralisée chez les pharmaciens.

7. Nous réservons pour la suite de l'étude l'analyse de l'estimation de la proportion de patients pour lesquels les pharmaciens ont une appréciation défavorable ou favorable, avec des mesures de l'évolution des patients dans les suivis qui seront réalisés.

8. L'étude fournit pour la première fois des précisions sur une population qui a échappé jusqu'à présent à tout recensement : **les patients domiciliés en France** qui traversent la frontière et, avec une prescription d'un médecin belge, obtiennent la méthadone dans une pharmacie du Hainaut (essentiellement). Le nombre de ces patients a fluctué selon la réaction des autorités face à la concentration de ces patients chez quelques praticiens. Autour de l'année 2000, le nombre a certainement atteint près de 2000 patients et actuellement il a sans doute diminué de moitié. L'évolution de la politique des soins en France, avec une plus grande disponibilité de la méthadone, serait bien entendu propre à réduire ce phénomène. Le soutien de réseaux transfrontaliers avec une conjonction d'efforts de praticiens belges et français reste à l'ordre du jour.

B. Auto-évaluation des patients en cure substitutive

Une auto-évaluation, grâce à un protocole très détaillé (étant donné son volume, il n'a pas été joint au présent rapport, mais peut-être obtenu en écrivant à yves.ledoux@coditel.net), a été réalisée par 400 patients en cure substitutive. Cette partie importante de l'étude nécessitait un effort particulier de la part des répondants pour remplir une telle anamnèse transmise par leur pharmacien. Le protocole utilisé a été testé par deux « focus groups » de pharmaciens et de patients. Il a fort bien été accueilli par les patients et on peut même parler d'un rôle « thérapeutique » de l'instrument qui a permis au patient de faire le point et de prendre du recul sur sa situation tout en lui donnant une parole souvent confisquée. Certains accents des commentaires rédigés dans les parties « ouvertes » du questionnaire ont révélé une dimension humaine de l'expérience de la « maladie » et fait surgir un autre paradoxe de la cure substitutive ou de la « maintenance » : le dilemme de la maladie chronique. Autant pour les experts de la toxicomanie, celle-ci est à classer parmi les maladies chroniques, les perturbations biochimiques de la prise d'héroïne se révélant rapidement avoir des effets irréversibles, autant pour le patient qui s'est engagé dans une cure, il apparaît impensable de se considérer comme voué à « maintenir » à vie l'utilisation d'un substitut opiacé. En cela le traitement dans le sens que lui donne le patient, diffère profondément des autres maladies chroniques (le diabète, par exemple). Les arrêts de cure sont souvent illustratives, moins d'une « rechute » au sens habituel, que, dans un premier temps en tout cas, d'un sursaut volontaire à tenter de s'en sortir en quittant le cercle perçu comme fermé sur lui-même de la substitution. Environ 30% des patients ont tendance à se plaindre de la longueur du traitement ou d'une difficulté à arrêter celui-ci. Certains adressent sous forme de supplique une demande « d'autre chose », en fait de trouver un autre médicament. Ceci permet de légitimer, pour un nombre non négligeable de patients, la substitution de la méthadone par un médicament hybride (agoniste et antagoniste) tel le Subutex®. Un suivi des passages de la méthadone au Subutex® mériterait de se développer, ainsi que la précision des facteurs spécifiques favorables à une telle orientation clinique, les études scientifiques étant encore muettes à cet égard.

1. Qualité des relations avec le médecin et le pharmacien

En donnant la parole aux patients, la méthode utilisée dans l'étude se conforme à la réalité observée dans la pratique thérapeutique : **ce qui signe le succès d'un traitement dépend en grande partie de l'implication du patient, de son observance et de la qualité de la relation avec le médecin.** Quant à l'impact de la relation avec le pharmacien, aucune étude ne l'avait encore abordée. Or le développement en Belgique de l'accès en médecine libérale à la méthadone nécessite une présence de première ligne du pharmacien d'officine. Il fallait donc se donner les moyens méthodologiques d'étudier les relations du patient en cure substitutive avec le médecin mais aussi avec le pharmacien. Pour mesurer « ce qui se passe » entre le patient et le médecin, un instrument proposé (disponible en français et traduit en néerlandais par Jan Lagrain) par l'Institute for the Study of Therapeutic Change de Chicago a permis de quantifier l'Alliance thérapeutique du patient. Cette notion clé est largement mise à l'épreuve dans l'évaluation des psychothérapies et fournit de façon synthétique la mesure du succès d'un traitement dans lequel l'implication du patient est cruciale. L'étude confirme de façon étonnamment forte le rôle joué par l'Alliance thérapeutique dans l'apport de la cure pour le patient (voir plus loin « Douzième constat »). A tel point que la mesure de cette Alliance peut quasiment se substituer à toute autre pour indiquer si le traitement est plus ou moins une réussite ! La **relation avec le pharmacien**, et notamment la dimension de la reconnaissance de son rôle par le patient, se situe immédiatement à la suite de l'Alliance avec le médecin pour « expliquer » l'apport de la cure pour le patient. Ce travail sur la relation avec le pharmacien, qui ponctue en point d'orgue le rapport, est encore exploratoire et le développement d'une échelle propre, semblable à celle de l'Alliance thérapeutique est envisagée. Quoiqu'il en soit, l'étude démontre qu'il est impossible aujourd'hui d'évaluer l'impact d'une cure substitutive sans tenir compte de « ce qui se passe » entre le patient et le pharmacien.

Ceci devrait contribuer à légitimer la reconnaissance sociale du pharmacien pour son rôle dans le traitement de substitution, ce qui se traduirait concrètement par un honoraire spécifique.

2. Nouveautés concernant les caractéristiques des patients en cure substitutive.

Les aspects historiques individuels antérieurs et postérieurs au développement de la toxicomanie ont été repérés avec précision. Il est apparu fondamental de reconstruire l'origine sociale des patients, de comprendre son lieu et mode de vie, mais aussi de retracer le parcours souvent complexe des personnes au travers des institutions « totales » (c'est-à-dire celles qui prennent complètement en charge le vécu quotidien, du home à la prison en passant par l'hôpital psychiatrique) dans lesquelles de nombreux patients ont vécu et de suivre leur parcours thérapeutique, avec une chronologie des types de soins entrepris.

Premier constat : l'origine sociale des patients, contrairement à ce que l'on entend souvent sur la toxicomanie qui toucherait tous les milieux sociaux, est très fortement marquée par une **appartenance au milieu ouvrier** (près de 2/3 des patients ont un père ouvrier). Cette origine ouvrière constitue, par sa prévalence massive, une découverte importante de l'étude. Elle permet d'envisager de nouvelles hypothèses sociologiques sur l'origine de la toxicomanie à l'héroïne, notamment la fragilisation des familles ouvrières après la période des « trente glorieuses », avec une décomposition des solidarités sociales de la classe ouvrière et un repli familial. Les rapports entre l'origine sociale et le niveau scolaire atteint indiquent une forte « reproduction » pour les francophones alors que les patients de Flandre semblent parvenir à une mobilité ascendante. Il y aura lieu de vérifier dans la poursuite de l'étude si cela correspond à une dimension sociologique différente de ce qui est observé dans la population générale

Deuxième constat : Près de la moitié des patients vivent en couple, et dans ce cas pour **38% le partenaire est « toxicomane » mais presque toujours en cure substitutive** lui aussi. Il y a donc chez près de 18% de l'ensemble des patients une dimension « de couple » dans le traitement. Dimension qui ne devrait pas échapper aux cliniciens. Le soutien d'un partenaire abstinant est apporté fort heureusement pour 43.5% des patients. L'étude vérifie aussi à quel point l'entente avec le partenaire constitue une dimension de la qualité de vie et de l'amélioration vécue grâce au traitement. Ici comme à d'autres moments, il est difficile de trancher sur l'origine causale. Est-ce l'amélioration qui favorise l'entente avec le partenaire ou celle-ci qui soutient l'amélioration ? La comparaison inter-communautaire fait ressortir un plus grand isolement (40%) des patients de Wallonie-Bruxelles, en partie lié à leur âge et à une évolution de la toxicomanie qui pousse aux ruptures affectives.

Troisième constat : La situation sociale actuelle des patients est dominée par **l'absence d'insertion professionnelle** pour 64% avec une forte différence selon la Communauté. 74% des patients de Wallonie-Bruxelles et 55.6% des patients de Flandre sont sans emploi. La situation d'exclusion sociale est donc assez virulente pour les patients francophones. Les patients de France (que nous évoquerons plus loin) se distinguent de façon spectaculaire en étant seulement 25% à ne pas travailler. Le fort taux d'occupation de ces patients caractérise donc les patients qui recherchent depuis la France une maintenance à la méthadone. Le dispositif de soins français devrait tenir compte de la situation de ces personnes, qui, insérées socialement, recherchent une possibilité de sauvegarder leur statut, en adoptant une procédure beaucoup plus souple de délivrance de la méthadone à leur égard.

Un premier résultat négatif de la cure substitutive est l'absence d'évolution favorable de l'insertion professionnelle des patients selon la durée de la cure. Si la cure substitutive ne contribue pas à l'acquisition d'un emploi, il reste néanmoins possible, qu'elle évite de le perdre au patient qui en a déjà un. Des efforts importants devraient toutefois encore se développer pour favoriser l'emploi des patients, puisque la cure elle-même n'y contribue pas directement. La situation se complique encore malheureusement, par l'existence d'une proportion importante de patients, 31.5% du côté francophone et 25% des patients flamands, qui ne se sentent pas en état de travailler et 12% des

francophones et 13.6% des patients flamands qui déclarent ne pas souhaiter travailler. Cette désaffection du travail augmente même avec la durée du traitement. Le sentiment d'exclusion sociale croît ainsi avec la durée de la cure substitutive. Ceci rétrécit d'autant plus la marge de manœuvre pour favoriser l'emploi des patients.

Quatrième constat : Les patients ont un lourd passé de prise en charge totale en institution fermée. Si 40% ont connu la prison et 28% le home, 19% ont connu les deux.

Au total, on constate que la moitié des patients a une expérience de l'une ou l'autre institution "totale".

La prévention la plus efficace doit donc s'orienter dans les institutions de protection de la jeunesse, pour éviter l'emballlement comportemental qui conduit à la toxicomanie. Si on considère la prison comme une «école du crime», l'école de la toxicomanie se déploie certainement dans ces institutions. Beaucoup plus, nécessairement (voir le phénomène de «reproduction», évoqué plus haut), que dans les écoles secondaires (et surtout en section humanités), où trop de campagnes de prévention ont tendance à disperser leurs efforts. Toute proposition structurée de prévention de l'usage de drogues dans les institutions de protection de la jeunesse devrait donc recevoir un soutien des autorités compétentes.

3. Situation actuelle du traitement en Belgique

Premier constat : La **médecine générale en cabinet privé** est devenue la modalité majoritaire où se prescrit la méthadone. Pour adopter une formule imagée : la méthadone est soluble en médecine générale. Plus dans la Communauté française (56.4% - sans tenir compte des patients de France qui sont presque tous pris en charge en médecine générale) qu'en Flandre (34.4%). Dans cette dernière Communauté les Maisons d'Accueil socio-sanitaire constitueraient la prise en charge modale avec 37%. Précisons que nous parlons par extension de médecine générale, puisque dans 10% des cas il s'agit d'un spécialiste en cabinet privé. Les maisons médicales avec près de 16% jouent un rôle non négligeable en Communauté française. Nous n'avons pas été en mesure de distinguer la prise en charge par des médecins en réseau ou pratiquant de façon isolée. Les réseaux de médecins en cabinet privé constituent cependant une modalité fondamentale pour favoriser la formation continue et les échanges entre praticiens. Les conclusions émises en 1997 lors du Suivi de la Conférence de Consensus (Ministère de la Santé) ne sont pas obsolètes à cet égard.

Deuxième constat : Les **cures en Centre spécialisé (mais pas dans les M.A.S.S.) ont des patients avec le passé institutionnel le plus chargé**, avec près de deux tiers qui ont déjà eu un séjour en institution totale. Il n'y a quasiment pas de différence sur ce point entre la médecine générale et les M.A.S.S. (environ 45% de passé institutionnel lourd), ce qui peut surprendre.

Troisième constat : En ce qui concerne le passé thérapeutique selon la modalité actuelle, l'étude tente diverses approches méthodologiques pour étudier la dynamique du recours aux soins. Une telle analyse n'ayant encore jamais été tentée en Belgique, il s'agit donc de résultats à manier avec prudence et nécessitant une confirmation avec d'autres échantillons. Dans un premier temps, on peut tenir compte de l'ensemble des types de soins antérieurs. En comparant les modalités de soins actuelles selon la présence ou l'absence dans le passé des types de soins effectués on constate que les différences sont peu significatives. Ce qui signifie qu'en adoptant cette approche qui cumule tous les traitements suivis, les circuits de soins ne se distinguent donc pas de façon nette les uns des autres. En comparant par communauté, on notera toutefois globalement en Flandre une prise en charge plus fréquente antérieure en Communauté thérapeutique (42% pour seulement 22% chez les francophones) et aussi en centre spécialisé (33% pour 20% en Communauté française). On dira alors que le «circuit» en Flandre est composé d'instances de soins plus «lourdes» ou si on préfère d'institutions de prises en charge plus totales. N'oublions pas que les patients de Flandre sont plus jeunes et ont moins d'ancienneté dans la toxicomanie que les francophones. Ceci aurait pu entraîner une prise en charge cumulée moins importante en Flandre, or c'est l'inverse qui se produit, à la fois en types d'instances de soins fréquentées et aussi en nombre. Donc : plus de traitements différents et plus «lourds» en Flandre que chez les francophones alors que les patients

sont plus jeunes. A moins de considérer que malgré tout les patients de Flandre seraient différents par leur « gravité » de la toxicomanie, ce qui ne se vérifie pas sur des mesures sociales, il faut bien se rendre à l'évidence d'un « effet de dispositif de soins ». On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une conséquence du retard dans la diffusion de l'utilisation de la méthadone et de la moindre volonté d'implication des médecins généralistes flamands dans la prise en charge substitutive de patients toxicomanes.

Pour revenir à l'analyse du passé thérapeutique selon les types de soins actuels, les résultats incitent en tout cas à la **prudence avant d'affirmer que les patients de telle ou telle modalité sont des patients plus « lourds »**. La situation est très embrouillée et on assiste à des circulations entre les modalités thérapeutiques qui ne semblent pas répondre à une rationalité particulière. Un peu comme si beaucoup de patients « essayaient » ce qui existe, poussés par des opportunités plus que par quelque schéma organisé. Il nous semble donc assez illusoire de vouloir construire des circuits de soins ou en tout cas, on constate que la réalité ne correspond pas à un telle rationalité (voir le cinquième constat).

Quatrième constat : Si la médecine générale est majoritaire, en regardant l'ensemble des traitements à un moment donné, elle l'est presque tout autant avec 48% au niveau de **l'entrée dans le « circuit de soins »** au début de la carrière thérapeutique des patients. Autrement dit la médecine générale est à la fois dans un cas sur deux la première ligne et dans plus d'un cas sur deux tout autant la troisième ligne ! De plus, l'entrée dans le circuit de soins s'est fait directement par une cure substitutive pour 2/3 des patients. Ce qui suffirait à démontrer l'importance acquise par la méthadone en Belgique dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés.

Cinquième constat : En poursuivant l'analyse des trajectoires de soins, nous avons observé que plus d'un quart (27%) des patients sont au moment de l'étude à leur première prise en charge, 31% à leur deuxième, 22% à leur troisième et 20% en ont eu quatre ou plus. Mais ce qui est important à souligner, c'est surtout le rapport observé entre la porte d'entrée dans le « circuit » et le nombre de prises en charge différentes ultérieures ou encore la nature de celles-ci. Tout d'abord en ce qui concerne la complexité des trajectoires, **une entrée par une maison médicale ou par un médecin en pratique privée favorise une moins grande variété de soins ultérieurs**. Ensuite, en ce qui concerne la poursuite des soins selon leur type, 73.5% des patients qui ont commencé en pratique privée sont au moment de l'évaluation toujours en pratique privée. Il est 4 fois plus probable d'être entré par la pratique privée, si on y suit une cure au moment de l'évaluation. Un tiers de l'ensemble des patients a ce type de trajectoire. Par ailleurs, la force d'attraction de la pratique privée est encore manifeste avec 19% qui y aboutissent en commençant par un autre type de prise en charge. De même, les maisons médicales ont aussi une très forte auto-attraction : il est près de sept fois plus probable en étant suivi actuellement en maison médicale, d'y avoir commencé son parcours de soins. Par contre la pratique privée et les maisons médicales ne « s'attirent » pas et au contraire il est deux fois moins probable de se trouver dans l'un(e) en ayant débuté par l'autre.

En ce qui concerne les centres spécialisés ou les M.A.S.S., nous observons une forte attraction mutuelle (4 fois plus probable de passer de l'un à l'autre), alors que c'est l'inverse vis-à-vis de la pratique privée. On pourrait à première vue estimer que cela reflète une gravité différente de la toxicomanie, qui découpe le champ thérapeutique en institutions « lourdes » (M.A.S.S, centres spécialisés), maisons médicales et cabinets privés. Nous ne pouvons pas confirmer sur base de l'étude cette conception de bons sens. En effet, nous ne constatons pas une « gravité » spécifique des patients des M.A.S.S., par exemple. Ceux-ci se distinguent des autres modalités de cure par :

1. Une proportion de patients plus réduite d'incarcération antérieure (22.4% , alors qu'elle est de 53.2% dans les autres centres spécialisés).
2. Une moindre proportion d'usage de la méthadone au noir (24.4% pour 51.2% dans les maisons médicales).
3. Pour les autres caractéristiques qui distinguent les types de prise en charge : la latence de la première prescription de méthadone, l'usage actuel d'amphétamines ou de XTC ou l'indice des problèmes comportementaux en officine, les patients des MASS sont dans la moyenne (alors que ceux des maison médicales ont les situations les plus défavorables). Si tendance à la

gravité de la situation de patientèles il y a, quoi que ces éléments ne constituent pas une échelle de gravité, ce serait plutôt pour ces patients des maisons médicales.

On doit donc sortir d'une vision de bon sens qui classerait les types de soins selon des critères à priori de « lourdeur » ou de gravité. Il y aurait une **relative uniformisation des patientèles**, et la circulation des patients dépendrait de facteurs externes, ou d'une attirance pour un type de structure d'accueil, indépendamment de la « gravité » de leur cas.

Ce résultat, ne simplifie pas la politique des soins dans le domaine ! Toutefois, cette étude ne prétend pas clore le débat. Il serait souhaitable de réaliser une étude évaluative des différences à l'admission des patientèles des différentes modalités de soins avec un bon instrument incluant un indice de gravité (Evolutox⁹, par exemple) et sur un échantillon plus vaste.

Sixième constat : Le nombre de médecins prescripteurs de méthadone depuis la première rencontre avec le médicament est réduit : 73% des patients n'ont pas eu plus de deux médecins (35% n'en ont eu qu'un seul). Seuls 4.5% ont connu plus de 6 médecins. Le « papillonnage » entre de nombreux médecins pour obtenir la méthadone est donc un phénomène rare et la « fidélité » est très nettement la règle. Au cours d'une année (l'année écoulée), 86% des patients n'ont eu qu'un seul médecin prescripteur. Autrement dit, 14% de patients ont changé de médecin dans l'année et seulement 2.6% en ont eu 3 ou plus.

Nous ne confirmons donc pas des inquiétudes souvent exprimées de « shopping » médical et de situation anarchique dans le recours au corps médical pour obtenir des prescriptions. Si ceci existe, c'est de façon marginale, ce que seul un enregistrement national des patients parviendra à délimiter et à éviter en avertissant les praticiens concernés.

Par rapport à la stabilité de la fréquentation de l'officine de pharmacie, la situation ne semble pas se distinguer fortement de ce qui est observé par rapport au médecin. Au cours de l'année écoulée, 85% des patients n'ont fréquenté qu'une seule officine et 1.3% des patients 3 officines ou plus.

Septième constat : La carrière de l'usage de la méthadone se caractérise comme suit : Le début de l'usage de méthadone est de deux ans plus précoce en Flandre (24 ans en moyenne) que dans la Communauté française (26 ans). Une analyse détaillée de la distribution permet de constater 10% de patients flamands avec un début avant 18 ans (2% seulement chez les francophones). 11% des patients en Flandre ont commencé après 30 ans, mais 28% des francophones. Ceci est d'autant plus remarquable que le début de l'usage d'héroïne est identique dans les deux Communauté, c'est-à-dire à 20,4 ans en moyenne. Les premiers soins (quels qu'ils soient) sont aussi beaucoup plus précoces en Flandre (21.4 ans pour 23 ans dans la Communauté française). La latence des premiers soins en Flandre est donc moitié plus courte que celle des patients francophones. Ceci complète donc le portrait des soins en Flandre par rapport à la Communauté française : non seulement les patients y ont un nombre plus important d'épisodes thérapeutiques, plus de soins en institutions, mais aussi un début de carrière thérapeutique plus précoce.

Au moment de l'évaluation, la durée de l'usage d'héroïne est de 9 ans en Flandre pour plus de 12 ans dans la Communauté française. L'expérience de la méthadone (sans les arrêts éventuels) est de 5.4 ans en Flandre et 6.7 ans chez les francophones.

Huitième constat : Nous avons divisé la population en deux groupes selon un début de la toxicomanie avant et après la Conférence de Consensus sur la méthadone, pour dégager de façon grossière une **périodisation historique de la toxicomanie** et mettre en évidence le rôle de l'extension de la disponibilité de la méthadone. Une première différence épidémiologique importante surgit selon la Communauté : **chez les francophones le début de l'usage d'héroïne est passé de 19.4 ans avant 1994 à 22.3 ans après. Cette évolution est bien entendu très favorable. En Flandre, aucune évolution significative de l'âge de début** (20.5 ans après 1994) n'est constatée. Les usagers d'héroïne les plus récents ont donc commencé plus jeunes en Flandre que dans la Communauté française.

Avant le Consensus sur la méthadone, il fallait à un patient francophone 7 années après le début de la toxicomanie pour avoir accès à la méthadone (5 ans et demi pour un patient flamand), moins de 2 ans et demi, depuis (2 ans pour un patient flamand).

⁹ (Rémy C. et Ledoux Y., 2001)

Neuvième constat : La **poursuite de l'usage d'héroïne** constitue une part incontournable de toute évaluation des cures substitutives. L'usage d'autres substances est aussi souvent abordé. Dans l'étude, il s'agit bien entendu des réponses données spontanément par les patients et non de résultats de prélèvements biologiques. La question portait sur l'usage au cours des 3 derniers mois et **46% des patients de Belgique** – en excluant les 2.5% de données manquantes- ont répondu qu'ils avaient utilisé de l'héroïne (42% au total en incluant les patients originaires de France). **Les résultats sont moins favorables pour les patients de Flandre avec 56.2% d'utilisateurs et 42.5% pour les francophones.** Le risque relatif est de 1.74 pour un usage d'héroïne par un patient flamand comparé à un francophone. On notera que la fréquence de l'usage rapportée par les patients est hebdomadaire ou quotidienne pour 21% de l'ensemble (55% de ceux qui ont utilisé depuis 3 mois). Par ailleurs 5.6% déclarent consommer moins d'une fois par mois. S'il faut comparer ces résultats à d'autres études dont l'usage est demandé pour le mois écoulé, on prendra comme base 42% - 5.6%, soit 36.4%. Ceci semble un résultat global honorable de la cure, mais nous réservons une analyse comparative pour des prolongements de l'étude. Par ailleurs seuls 5.6% des consommateurs d'héroïne ont déclaré que leur consommation n'avait pas diminué ou avait augmenté (1.9%), tous les autres mettent en avant une diminution de l'usage d'héroïne.

Etant donné les préoccupations justifiées de réduction des risques, le **mode d'usage actuel par voie intraveineuse** ou non a été vérifié : 16.3% des patients belges qui poursuivent un usage d'héroïne ont recours à l'injection, ce qui représente **7.5% de l'ensemble des patients belges.**

Toutefois, ceci ne comprend pas les patients qui continuent à utiliser un usage par IV pour la cocaïne, alors que l'héroïne est consommée en fumette. En tenant compte de ces patients, le taux d'usage par IV se situe à 11.5% de l'ensemble des patients de Belgique (avec les patients de France, la proportion globale est de 9.8%).

Comparé aux données fournies par les unités de soins sur la prévalence de l'usage par voie intraveineuse des patients au moment de leur admission qui se situe entre 40% et 50% (Sleiman, 2003), le résultat présenté ici indique donc une forte **réduction** de ce mode d'usage.

Nous avons vu que les patients de Flandre poursuivaient plus que les francophones un usage d'héroïne et il faut aussi souligner que ces patients recourent plus au mode d'usage par IV. 14.6% des patients de Flandre utilisent l'héroïne par IV pour 5% des francophones. Le risque relatif est de 3.24 pour un tel mode d'usage chez les patients de Flandre par rapport à ceux de la Communauté française.

L'usage de cocaïne concerne 29% de l'ensemble des patients. Une tendance à une plus forte prévalence (à $p = .07$) s'observe aussi en Flandre avec 37.1% pour 27% dans la Communauté française. Toutefois aucun patient de Flandre n'utilise la voie intraveineuse seulement pour la cocaïne.

Les autres substances sont utilisées avec les prévalences suivantes (au cours des 3 derniers mois) : Tabac, 92.4% ; Cannabis, 60.8% ; Alcool, 55.8% ; Benzodiazépines, 36.6% ; Antidépresseurs, 24.1% ; Ecstasy, 7.2% ; Flunitrazépam, 5.9% (différence significative entre Communautés : 7.8% pour les patients francophones et seulement 1.1% en Flandre) et Amphétamines, 4.3%. Pour la consommation d'alcool, des mesures plus précises en terme de Quantités/Fréquences seront présentées dans les prolongements de l'étude.

Si près d'un patient sur deux utilise 3 drogues ou plus (en excluant le tabac), il y a néanmoins **10% qui n'en consomment aucune.**

Dixième constat : Une **absence de relation significative a été vérifiée entre le dosage de méthadone et l'usage (47.7mg) et l'absence d'usage (48.2mg) d'héroïne.** Ce résultat est très surprenant par rapport à ceux des études internationales et à l'hypothèse souvent confirmée d'un blocage du recours à l'héroïne à des dosages élevés de méthadone. De plus, nous faisons un constat tout aussi troublant vis-à-vis de **l'usage par voie intraveineuse (66.7mg chez les injecteurs et 44mg chez les non injecteurs) ou aussi une tendance envers de la consommation de cocaïne (54.3mg chez les usagers et 45.2mg chez les non-usagers de cocaïne – $p=.07$).** La

relation n'est totalement significative qu'en Flandre (45.7mg pour les usagers de cocaïne et 32mg pour les autres), tandis que chez les francophones, c'est l'usage de cocaïne par injection qui est lié à des dosages plus élevés de méthadone. Face à de tels résultats, cohérents dans une direction inattendue, certains trouveront une explication dans l'hypothèse que des cas « plus lourds » reçoivent des dosages plus élevés. Mais alors où se trouverait l'effet bénéfique d'un dosage plus élevé ? Etant donné la nature transversale de ces données, tous les patients à des niveaux divers d'évolution sont étudiés de façon simultanée, nous mélangeons des situations opposées, car selon ce que nous connaissons des pratiques cliniques, certains patients en voie de stabilisation bénéficient d'une réduction de dosage, alors que d'autres face à de nouvelles difficultés reçoivent un dosage augmenté. De plus des augmentations ou diminutions à partir de niveaux de base différents n'ont sans doute pas une signification identique. Peut-être que la « moyenne » de toutes ces situations produit une image globale qui n'a plus de sens ? Nous avons tenté pour surmonter notre malaise, de dynamiser les données en tenant compte du dosage en début de contact avec l'officine et du dosage actuel, en divisant la population (valable uniquement pour 247 patients évalués par le pharmacien qui ont aussi répondu au questionnaire auto-administré) en deux groupes selon une réduction du dosage depuis le début de la cure actuelle ou une augmentation (et stabilisation) du dosage de la méthadone. **Contrairement à la perspective admise que réduire le dosage accompagne une amélioration, nous observons au contraire qu'elle se traduit par un usage d'héroïne plus prévalent (47.8% par rapport à 32.5% d'usage d'héroïne chez ceux qui ont eu une augmentation ou un maintien du dosage de méthadone).** Ceci alerte sur les risques liés à la réduction du dosage et représente un résultat plus conforme, en fait, aux études existantes. Nous n'avons pas encore poursuivi l'analyse en détaillant les niveaux de dosage de départ. Le problème du dosage est donc encore loin d'avoir trouvé une explication satisfaisante. **On peut en tout cas se demander si globalement les dosages en général sont bien ajustés en Belgique.** Ou alors le mode de prise en charge est si important que l'explication d'une amélioration pour le patient se situe tout simplement ailleurs que dans un effet de dosage de la méthadone. Cet « ailleurs » c'est selon nous la relation thérapeutique entretenue entre le patient et son médecin (soutenue par celle avec le pharmacien). Ce serait alors au niveau de l'Alliance thérapeutique qui se crée entre thérapeute et patient que tout se joue vraiment. L'intérêt porté au dosage ne serait qu'une façon trop mécaniciste d'appréhender la clinique, car un dosage élevé non accompagné par une bonne alliance thérapeutique, ne donnerait de toutes façons pas de résultats satisfaisants.

Onzième constat : Les **mesures du bien-être des patients font apparaître des différences entre communautés** avec une satisfaction globale et une mesure des tendances dépressives, telles que les patients de Flandre ont des niveaux significativement plus favorables. Nous ne pensons pas que le bien-être du patient ne se réduise ici à l'effet de la cure, mais reflète aussi une dimension culturelle beaucoup plus générale. Une comparaison avec la situation en population générale, prévue dans la poursuite de l'étude devrait permettre de confirmer notre position.

Douzième constat : **L'Alliance thérapeutique** a déjà été évoquée, mais nous tenons à souligner son importance pour aider à la compréhension du traitement et de ses difficultés. La mesure qui en a été faite permet de distinguer de nombreuses situations favorables ou non au traitement. Ainsi **l'usage passé de la méthadone au noir et surtout lorsque le sens donné à cet usage est une auto-médication, les anciennes pratiques à risques d'échanges d'ustensiles d'injection, la poursuite de l'usage d'héroïne sont tous liés à un déficit de l'Alliance thérapeutique actuelle.** Par contre le décès du père correspond à une meilleure Alliance avec le médecin, ce qui ouvre des perspectives de réflexion sur la figure paternelle du médecin.

Une analyse de régression de l'Alliance a aussi résumé un ensemble de facteurs dont le plus favorable est l'apport de la cure substitutive sur le plan de la santé mentale. Elle est donc très nettement liée au bien-être ressenti par le patient grâce à la cure. D'où notre souhait de voir s'étendre l'utilisation de cet instrument dans l'évaluation de la clinique.

Treizième constat : Pour mesurer le vécu de la cure substitutive par le patient, un instrument original a été créé **l'échelle d'apport de la cure** (à partir d'une transformation en auto-passation pour le patient d'un instrument élaboré pour une évaluation par des médecins). Cet instrument permet de situer les patients sur 3 dimensions de la cure : l'Apport en Santé mentale 2. Le recul vis-à-vis des drogues et 3. La mise en ordre avec la Justice. Grâce à son utilisation, nous avons montré que 1. Les patients de Flandre se distinguaient par un moindre recul par rapport aux drogues, alors que les patients de Wallonie-Bruxelles par un moindre apport en santé mentale.

2. Les patients les plus jeunes (moins de 25 ans) ressentaient un apport global plus important, mais qu'il n'y avait pas de progression selon l'âge 3. Le fait de vivre avec une personne abstinentes ou de vivre avec ses enfants améliore le recul vis-à-vis des drogues. 4. L'apport global de la cure est lié à une amélioration des relations avec les parents. 5. L'apport global de la cure et toutes ses dimensions sont liées positivement à l'Alliance thérapeutique. 6. Ni l'Apport de la cure, ni aucune des ses dimensions ne sont liés au dosage de la méthadone, ni de façon significative à l'évolution de celui-ci. Ceci confirme les observations précédentes et l'absence de lien entre le dosage et l'amélioration (ici celle ressentie par le patient).

Quatorzième constat : Les **rapports du patient avec le pharmacien** ont été décomposés en plusieurs dimensions : la reconnaissance du rôle du pharmacien dans la cure, le malaise ressenti dans la fréquentation de l'officine, la critique de l'organisation de la délivrance, la compliance (observance), les difficultés relationnelles, la pression exercée sur le dosage, l'absence de fidélité. Ces dimensions constituent une première étape pour la construction d'un indice global, sur le modèle de l'alliance thérapeutique. En attendant, nous avons tenté de situer la relation avec le pharmacien par rapport à l'Alliance thérapeutique. Une analyse de régression de l'apport de la cure a mis en évidence que la reconnaissance du rôle du pharmacien se situe en deuxième position après l'Alliance thérapeutique avec le médecin. Elle a un impact supérieur à l'indice de bien-être, l'indice de satisfaction globale, l'entente avec les parents ou encore l'absence de prise de méthadone au noir en tant que drogue...

Le rapport entretenu avec le pharmacien d'officine constitue donc une dimension méconnue de la cure substitutive. L'étude a ainsi contribué à faire surgir l'importance de cette relation dans le vécu du patient. Ceci doit permettre à la profession de faire enfin reconnaître son rôle complémentaire à celui du thérapeute dans l'amélioration de la situation vécue par les patients. Il s'agit certainement d'une spécificité du dispositif développé en Belgique, qui encouragera les pharmaciens qui hésitent encore à participer à la prise en charge de toxicomanes et donnera aux collègues dans d'autres pays une perspective nouvelle sur la profession et sa dimension de santé publique ou tout simplement humaine.

12. Conclusions et perspectives

Ce travail constitue un effort d'éclaircissement de la situation vécue par les patients en cure substitutive. Si une relative lumière a été posée sur leur passé, chaotique ou en tout cas complexe, tant dans les handicaps successifs de fréquentes défaillances familiales et de marquages institutionnels précoces que dans des trajectoires thérapeutiques pendant près de 10 ans, l'analyse de ce qui influence leur situation présente est encore un chantier ouvert.

Les éléments sociographiques visaient, avec la présentation du passé institutionnel et thérapeutique, à une meilleure compréhension des « ressources » disponibles dans la population de patients en cure substitutive. Il convient en effet de mieux approcher les ressources ou, devrait-on dire, les nombreux manques dont souffrent ces populations. Exclusions successives et handicaps divers, tant dans les relations familiales que dans l'exclusion scolaire, font aboutir à 32 ans en moyenne, à ce qu'un tiers de la population ne dépasse pas le niveau d'études primaires. Près de deux tiers de ces patients ont une origine ouvrière, et parmi les patients de Belgique seulement un tiers exercent une activité professionnelle. Sans oublier...une proportion semblable d'un tiers ne se sentant pas en mesure de travailler.

Même si des différences importantes existent entre les Communautés, avec une situation plus favorable sur beaucoup de ces aspects en Flandre, une forte désinsertion sociale marque cette population dont le passé institutionnel ne favorise pas le rétablissement social. Attendre de la cure substitutive une réinsertion sociale est, dans de telles conditions, utopique.

Ce qui surprend de prime abord c'est le faible impact du lourd passé institutionnel et thérapeutique sur ce qui se produit « ici et maintenant » dans leur condition de patient en cure substitutive. Cette absence de conditionnement (mis à part le caractère négatif d'une forte complexité des types d'instances traversées) ouvre donc le champ libre à une relative fraîcheur dans la prise en charge thérapeutique actuelle, puisque peu conditionnée par le passé. Non les jeux ne sont pas déjà faits.

Faire intervenir de nouveaux concepts censés être en mesure de nous faire approcher ce qui intervient dans les changements vécus par les patients, à été une préoccupation de cette étude.

Il fallait dans un premier temps disposer **d'une mesure et d'un instrument de mesure** des améliorations retirées de la cure. Cet instrument de l'indice d'apport de la cure a été développé et testé dans cette étude. Il a fourni les fondations grâce auxquelles il devenait envisageable de construire des hypothèses sur l'impact des caractéristiques personnelles, thérapeutiques ou autres.

Notre analyse a ainsi porté sur la relation thérapeutique, formalisée par un paradigme déjà fort prisé pour évaluer les psychothérapies, et que nous avons mis à contribution dans l'explication du processus d'amélioration vécu par le patient : l'Alliance thérapeutique. Non seulement nous souhaitons proposer ce paradigme en tant que marqueur (cause) de l'efficacité de la cure, mais de plus, dans la mesure où nous avons montré que ce paradigme recouvre en grande partie la réalité complexe de l'amélioration vécue par le patient, nous devons tenir compte de sa capacité à devenir la *mesure* même de l'amélioration !

Enfin, nous avons aussi constaté, que cette étude, en permettant pour la première fois de mettre en évidence la relation au pharmacien d'officine et de la faire intervenir dans le processus thérapeutique, aboutissait à prendre en compte son impact dans le vécu du patient, avec une force qui en surprendra plus d'un.

Le rôle du pharmacien d'officine dans la cure substitutive est encore à explorer, mais ce qui a été produit dans l'étude confirme ce que nous suspicions : dans le système actuel en Belgique d'accès à la méthadone, la relation au pharmacien devient pour le patient une partie intégrale du processus de soins.

13. Références

Bach P.B. and Lantos J. Methadone dosing, heroin affordability, and the severity of addiction. Am. J. Public Health, 1999, 89 (5), pp.662-5.

Ball J., Ross A. The effectiveness of Methadone Maintenance Treatment : Patients, Programs, Services and Outcome. New York. Springer-Verlag. 1991.

Caplehorn R.M., Bell J., Kleinbaum D.G., Gebiski V.J. Methadone dose and heroin use during maintenance treatment. Addiction. 1993, 88, pp. 119-124.

D'Aunno Th., Pollock H.A. Changes in Methadone treatment Practices. Results from a National panel study 1998-2000. Jama. 2002, 288, pp. 850-856.

Festinger L. A theory of Cognitive dissonance. Stanford. C.A. Stanford University Press, 1957.

Ledoux Y. Le devenir de patients en cure substitutive au Réseau d'Aide aux Toxicomanes. Les dimensions de l'efficacité substitutive.

In, Actes du Séminaire « Evaluation et Promotion de la Qualité des Soins aux toxicomanes. Substitutions en Europe, Projet de Recherche-Action. », sous l'Egide de l'Union européenne. Luxembourg. 10 mars 2001, 48 p., pp 22-45. 2001.

Lewinson J.H., Payte J.T., Salsitz E., Joseph H., Marion I.J., Dole V.P. Methadone Maintenance in : Lowinson J.H. et al., eds. Substance abuse : a comprehensive textbook. Baltimore. Williams and Wilkins. 1997, pp. 404-15.

Maddax J.M., Prihoda T.J., Prihoda T.J., Vogtsberger K.N. The relationship of methadone dose and other variables to outcomes of methadone maintenance. Am. J. Addict. 1997, 6, pp. 246-255.

Martin D. J., Garske J. P., & Davis M. K. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000, 68, 438-450.

Miller S.D., Duncan B.L., Johnson L.D. The Undiscovered Country, Institute for the Study of Therapeutic Change, Chicago, Illinois. 2002. Texte disponible sur le site de l'ISTC. *En communiquant par E-Mail, les instruments en anglais et français peuvent être obtenus.*

Noirfalisse I. Le pharmacien et les traitements de substitution. Mémoire en Sciences Pharmaceutiques. Université de Liège. Liège. 1994. 77 p.

Remy C. Allocution d'ouverture : L'outil d'évaluation qualitative, une "colonne vertébrale" pour construire un réseau d'accueil et de soins aux toxicomanes. In, Actes du Séminaire « Evaluation et Promotion de la Qualité des Soins aux toxicomanes. Substitutions en Europe, Projet de Recherche-Action. », sous l'Egide de l'Union européenne 10 mars 2001. 48 pages, pp 1-11. 2001.

Sleiman, S. (2003). Belgian National Report on drugs. 34-35.

Strain E.C., Stitzer M.L., Liebsin I.A., Bigelow G.E. Methadone dose and treatment outcome. Drug Alcohol Dependence. 1993, 33, pp. 105-117.

Wasserman D.A., Weinstein M.G., Havassy B.E. Hall S.M. Factors associated with lapses to heroin use during methadone maintenance. Drug Alcohol Dependence. 1998, 52, pp. 183-192.

World Health Organisation : WHO Info Package : Mastering depression in primary care, Version 2.2. 1998.

ANNEXES

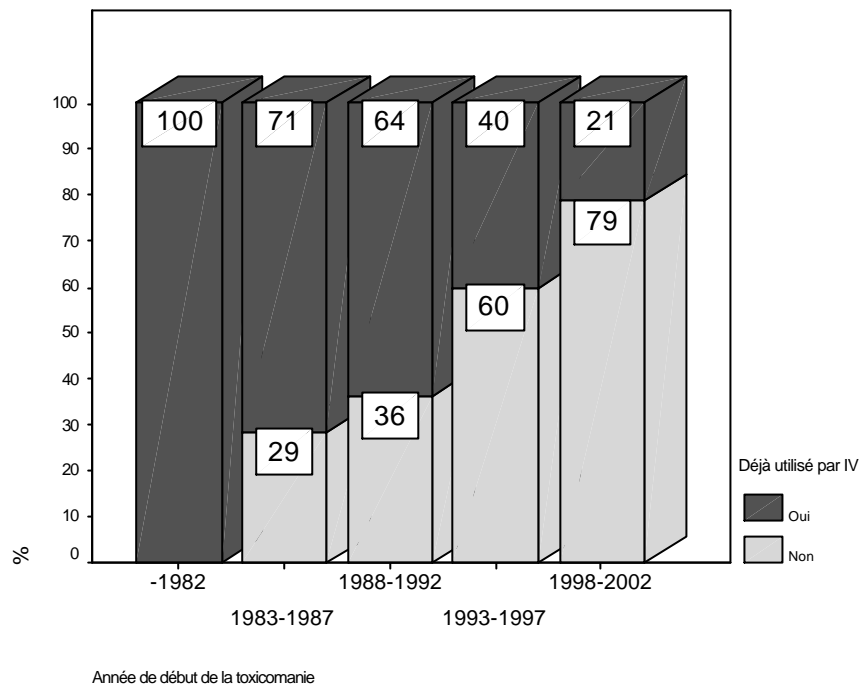
1. Résumé des actions entreprises.

- Juillet 2002. Organisation de "*focus-groups*" avec des patients et des pharmaciens en vue de tester et d'améliorer les projets de questionnaires.
- Août 2002. Réalisation de trois *questionnaires* :
 Un questionnaire général (quantités de méthadone, nombre de patients...)
 Un questionnaire spécifique pour évaluer la relation entretenue par le Pharmacien avec chaque patient, mais aussi la situation de ce dernier et son évolution depuis le début du contact à l'officine..
 Un questionnaire auto-administré à remplir par le patient lui-même.
 Ces instruments ont été préparés en français et traduits en néerlandais.
- Septembre 2002. *Envoi national des trois types de questionnaires* par le biais des "Nouvelles brèves" – "Korte Berichten" à tous les membres APB (+ de 4000 Pharmaciens) avec une synthèse explicative ainsi que les lettres d'accompagnement destinées aux pharmaciens et aux patients.
Envoi national des questionnaires par le biais "listes de retraits" du "Service de Contrôle des Médicaments" (version simplifiée des "Nouvelles brèves" – "Korte Berichten" destinée aux non-membres de l'APB.
Envoi des textes explicatifs par le biais de l'OPHACO à leurs affiliés.
Mise en ligne des lettres d'accompagnement, des articles et des questionnaires sur le site "apb.be") avec possibilité de télécharger les questionnaires.
- Octobre 2002 *Réalisation d'une plaquette simplifiée* à l'usage des pharmaciens sur le bon usage des questionnaires.
Présence d'un représentant du projet de recherche sur le stand de l'APB durant les trois jours de l'exposition "farma2002". Réalisation d'une animation "power point" déroulant en continu et d'affiches explicatives. Remise de questionnaires et explications aux personnes intéressées.
Publication d'un rappel soulignant l'intérêt de l'enquête dans les Nouvelles Brèves – Korte Berichten. Et sur le site APB.
Envoi de lettres aux directeurs d'Offices de tarification (O.T.) les remerciant d'avoir accepté de rassembler et de faire suivre à l'APB les questionnaires reçus des pharmaciens affiliés à leurs offices.
Début de la réception des questionnaires remplis par les pharmaciens d'officine.
- Novembre 2002 *Envoi de lettres aux Présidents des Unions Professionnelles* locales et aux directeurs d'Offices de tarification leur demandant de promouvoir l'enquête auprès de leurs membres.
Envoi d'un courrier au Président de la SSPF (Société Scientifique des Pharmaciens Francophones) lui demandant de promouvoir l'enquête, verbalement et à l'aide d'un "transparent" projeté lors de leurs soirées scientifiques.
- Décembre 2002 *Poursuite de la réception des questionnaires et de l'informatisation.*

- Janvier 2003 *Visites d'officines avec un nombre élevé de patients en cure substitutive
Envoi de questionnaires auto-administrés aux officines participantes en
fonction du nombre de patients.
Encodage et début de l'analyse des données.*
- Mai- 2003 *Lancement du suivi des patients*
- Août 2003 *Poursuite des retours de questionnaires (en particulier les questionnaire
patients et les questionnaires de suivi), encodage et analyse des données*

2. Tableaux référencés dans le Rapport

Graphe 2.3.1.5.1 : Evolution historique de l'usage par IV (Flandre)



$p < .001$

Graphe 2.3.1.5.2 : Evolution historique de l'usage par IV (Wallonie-Bruxelles)

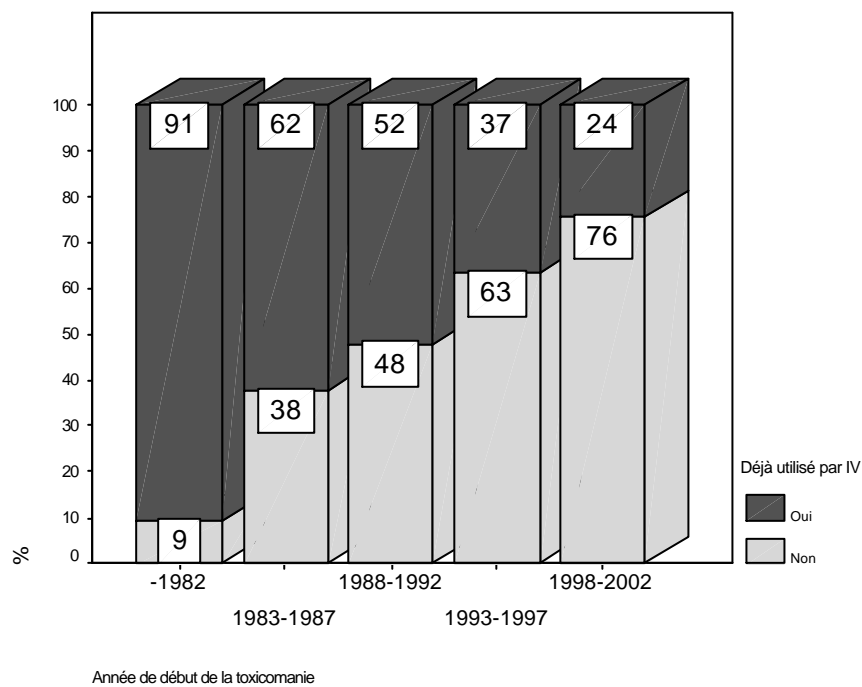


Tableau 5.5.5 : Caractéristiques temporelles de la carrière de l'addiction et du traitement selon la classe d'âge - En années

AGE		Durée de la "carrière" de l'addiction	Durée depuis le premier traitement	Durée de l'expérience de méthadone	Durée de la prescription de méthadone-méd. actuel	Durée nette (sans les arrêts) de l'expérience de la méthadone	Age aux premiers soins pour usage de drogues
-25	Moyenne	4,7467	3,5205	2,6046	1,37	2,3353	19,06
	N	75	73	76	74	76	73
	E-Type	2,4720	2,1464	1,8497	1,28	1,7820	2,35
25-30	Moyenne	8,7778	6,9225	4,7317	2,44	3,9669	21,13
	N	108	100	109	107	108	101
	E-Type	3,1897	3,5333	3,0897	2,00	2,7669	3,38
31-35	Moyenne	12,5047	9,6038	6,5866	4,11	5,6930	23,29
	N	107	106	112	107	112	106
	E-Type	4,6508	5,0269	3,5467	3,21	3,3049	5,17
36-40	Moyenne	15,1639	12,7193	8,4590	5,23	7,7008	25,25
	N	61	57	61	60	61	57
	E-Type	5,7480	6,3097	5,4485	4,36	4,9024	6,10
41+	Moyenne	18,2381	14,4048	9,6429	5,34	8,5312	29,33
	N	42	42	42	42	42	42
	E-Type	7,7956	8,2286	5,6819	5,14	5,3841	8,81
Total	Moyenne	11,0254	8,7229	5,9310	3,44	5,1919	22,86
	N	393	378	400	390	399	379
	E-Type	6,2421	6,0666	4,4223	3,46	4,0608	5,88

Toutes les différences entre classe d'âge significatives à $p < .001$

Tableau 5.5.6: Caractéristiques temporelles de la carrière de l'addiction et du traitement selon la classe d'âge - En années. Patients de Flandre

AGE		Durée de la "carrière" de l'addiction	Durée depuis le premier traitement	Durée de l'expérience de méthadone	Durée de la prescription de méthadone-méd. actuel	Durée nette (sans les arrêts) de l'expérience de la méthadone	Age aux premiers soins pour usage de drogues
-25	Moyenne	4,0345	3,2167	2,2133	1,12	1,9931	18,98
	N	29	30	30	30	30	30
	E-type	2,6791	2,2579	1,8991	1,14	1,7681	2,30
25-30	Moyenne	8,0417	7,8182	4,4200	2,54	3,4089	20,09
	N	24	22	25	25	24	23
	E-type	2,8663	2,7712	3,1875	1,66	2,4364	3,16
31-35	Moyenne	12,4375	9,4706	7,1176	3,63	5,9853	23,65
	N	16	17	17	17	17	17
	E-type	3,4053	3,3749	3,4800	2,94	3,3242	4,00
36-40	Moyenne	10,6000	8,1111	7,8000	3,10	7,1333	29,33
	N	10	9	10	10	10	9
	E-type	3,5963	3,9511	4,3410	3,07	3,6216	4,33
41+	Moyenne	20,3750	21,8750	13,7500	7,19	10,4896	20,38
	N	8	8	8	7	8	8
	E-type	5,8782	7,0597	8,4304	7,80	8,0468	6,80
Total	Moyenne	8,9425	7,8779	5,3989	2,70	4,4787	21,39
	N	87	86	90	89	89	87
	E-type	5,8157	6,1625	4,9758	3,24	4,2456	4,80

Toutes les différences entre classes d'âge significatives à $p < .001$

Tableau 5.5.7 : Caractéristiques temporelles de la carrière de l'addiction et du traitement selon la classe d'âge - En années. Patients de Wallonie-Bruxelles

AGE		Durée de la "carrière" de l'addiction	Durée depuis le premier traitement	Durée de l'expérience de méthadone	Durée de la prescription de méthadone-méd. actuel	Durée nette (sans les arrêts) de l'expérience de la méthadone	Age aux premiers soins pour usage de drogues
-25	Moyenne	5,0270	3,7500	2,9284	1,67	2,5682	18,91
	N	37	34	37	37	37	34
	E-type	2,3861	1,9472	1,8580	1,42	1,8522	2,25
25-30	Moyenne	9,3077	7,1331	5,4654	2,73	4,5929	21,01
	N	65	62	65	64	65	62
	E-type	3,2303	3,6518	2,9777	2,24	2,8358	3,56
31-35	Moyenne	13,1688	10,1351	7,0213	4,54	6,0150	22,68
	N	77	74	80	77	80	74
	E-type	4,8569	4,6621	3,5531	3,31	3,3847	4,81
36-40	Moyenne	16,3556	13,9318	9,2391	6,09	8,4004	24,18
	N	45	44	46	45	46	44
	E-type	5,6494	6,1470	5,5825	4,51	5,0608	6,04
41+	Moyenne	18,0909	12,9697	8,8485	5,03	8,2240	31,06
	N	33	33	33	34	33	33
	E-type	8,0287	7,4140	4,4238	4,55	4,5788	7,72
Total	Moyenne	12,2101	9,5577	6,6755	4,01	5,8719	23,13
	N	257	247	261	257	261	247
	E-type	6,4271	5,9370	4,2968	3,62	4,0927	6,09

Toutes les différences entre classes d'âge significatives à $p < .001$

Tableau : 7.4.4.3. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions
selon l'usage de méthadone « au noir » par auto-médication (Usagers « au noir » uniquement)

Méthadone "au noir" par auto-médication	Alliance thérapeutique	Dimension 1 (Alliance) : Attentes satisfaites	Dimension 2 (Alliance): Rapports personnels au médecin ^a	Dimension 3 (Alliance) : Ressent Respect du médecin	
Autre motif	Moyenne	55,8000	-,2640755	-2,43536E-02	-2,102E-02
	N	65	69	69	69
	E-type	9,5036	1,1505672	,9538509	1,0849483
Eviter par moi-meme de reprendre de l'héroïne	Moyenne	55,3390	6,4702E-02	-,4523771	-4,272E-02
	N	59	61	61	61
	E-type	11,3512	1,0480583	1,0115981	1,1045950
Total	Moyenne	55,5806	-,1098029	-,2251954	-3,120E-02
	N	124	130	130	130
	E-type	10,3830	1,1116859	1,0007748	1,0900065

a. $p = .01$