

Les traitements de substitution en Belgique

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

Pr. Isidore PELC
Pablo NICAISE
Philippe CORTEN
Isabelle BERGERET
Iseult BAERT
Lucía ÁLVAREZ IRUSTA
Pr. Joris CASSELMAN
Karolien MEUWISSEN

TABLE DES MATIERES – INHOUDSTAFEL

SAMENVATTING IN HET NEDERLANDS – RÉSUMÉ EN NÉERLANDAIS

Première partie : Introduction générale

Deel I : Algemene inleiding

1. Introduction – *Inleiding*
2. Contexte de la recherche – *Context van het onderzoek*
 - 2.1. Petit historique des traitements de substitution en Belgique – *Klein historisch overzicht van substitutiebehandelingen in België*
 - 2.2. Vers une évaluation des traitements de substitution en Belgique – *Naar een evaluatie van substitutiebehandelingen in België*

Deuxième partie : Etude quantitative du déroulement des traitements de substitution en Belgique

Deel II : Kwantitatieve studie van het verloop van substitutiebehandelingen in België

1. Introduction – *Inleiding*
 - 1.1. Hypothèses – *hypothesen*
 - 1.2. Objectifs – *Doelstellingen*
2. Présentation du questionnaire SEQ – *Presentatie van de SEQ vragenlijst*
 - 2.1. Le "Questionnaire Patient" – *De 'Patiënt Vragenlijst'*
 - 2.2. La "Fiche Technique" – *De 'Technische Fiche'*
3. Constitution de l'échantillon de patients – *Samenstelling van de steekproef van patiënten*
4. Méthodologie statistique – *Statistische methodologie*
5. Résultats de la première passation – *Resultaten van de eerste afname*
 - 5.1. Mode de passation du "Questionnaire Patient" – *Afname modaliteiten van de 'Patiënt Vragenlijst'*
 - 5.2. Les produits utilisés – *De gebruikte producten*
 - 5.2.1. LES PRODUITS DE SUBSTITUTION – *SUBSTITUTIEPRODUCTEN*
 - 5.2.2. LES MEDICATIONS ASSOCIEES – *GEASSOCIËERDE MEDICATIES*
 - 5.2.3. L'HEROÏNE – *HEROÏNE*
 - 5.2.4. AUTRES SUBSTANCES ET COMPORTEMENTS LIÉS AUX ADDICTIONS – *ANDERE MIDDELEN EN GEDRAGINGEN DIE BETREKKING HEBBEN TOT DRUGAFHANKELIJKHEDEN*
 - 5.2.5. SYNTHÈSE – *SYNTHESE*

- 5.3. Le cadre du traitement – *Het kader van de behandeling*
 - 5.3.1. LE CADRE THERAPEUTIQUE VU PAR LE MEDECIN –
HET THERAPEUTISCH KADER VANUIT HET STANDPUNT VAN DE GENEESHEER
 - 5.3.2. LE CADRE THERAPEUTIQUE VU PAR LE PATIENT –
HET THERAPEUTISCH KADER VANUIT HET STANDPUNT VAN DE PATIËNT

- 5.4. Les objectifs du traitement – *De doelstellingen van de behandeling*
 - 5.4.1. LES OBJECTIFS DU MEDECIN –
DOELSTELLINGEN VAN DE GENEESHEER
 - 5.4.2. LES OBJECTIFS DU PATIENT – *DOELSTELLINGEN VAN DE PATIËNT*
 - 5.4.3. CORRELATIONS ENTRE LES OBJECTIFS DES MEDECINS ET DES PATIENTS –
CORRELATIES TUSSEN DOELSTELLINGEN VAN GENEESHEREN EN PATIËNTEN

- 5.5. La trajectoire des patients – *Het traject van de patiënten*
- 5.6. Qualité de Vie – *Levenskwaliteit*

- 5.7. Caractéristiques particulières à des sous-groupes de l'échantillon –
Specifieke kenmerken van bepaalde subgroepen van de steekproef
 - 5.7.1. CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES – *REGIONALE KENMERKEN*
 - 5.7.2. CARACTÉRISTIQUES SELON LES CATÉGORIES DE MÉDECINS – *KENMERKEN VOLGENS CATEGORIEËN VAN GENEESHEREN*
 - 5.7.3. CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES – *INDIVIDUELE KENMERKEN*
 - 5.7.4. ANALYSES PARTICULIÈRES – *SPECIFIEKE ANALYSES*
 - 5.7.5. STATISTIQUES APPROFONDIES – *MEER UITGEWERKTE STATISTIEKEN*

- 6. Résultats de la seconde passation – *Resultaten van de tweede afname*
 - 6.1. Introduction – *Inleiding*
 - 6.2. Méthodologie statistique – *Statistische methodologie*
 - 6.3. Résultats – *Resultaten*
 - 6.3.1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON –
BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF
 - 6.3.2. "PARTICIPANTS" ET "NON-PARTICIPANTS" À LA DEUXIÈME PASSATION –
'DEELNEMERS' EN 'NIET DEELNEMERS' AAN DE TWEDE AFNAME
 - 6.3.3. LES CHANGEMENTS ATTENDUS – *VERWACHTE VERANDERINGEN*

- 7. Conclusions – *Besluiten*
 - 7.1. Patients compliants – *Medewerkende patiënten*
 - 7.2. Très grande diversité des pratiques – *Zeer grote diversiteit van praktijken*
 - 7.3. Les dimensions du traitement et les objectifs –
De dimensies van de behandeling en de doelstellingen
 - 7.4. Qualité de Vie-Abstinence-Santé –
Levenskwaliteit-Abstinentie-Gezondheid
 - 7.5. Nouveaux patients-Anciens patients-Patients de longue durée –
Nieuwe patiënten-Oude patiënten-Lange tijd in behandeling
 - 7.6. Contrôles – *Controles*
 - 7.7. Variables qui pourraient être éliminées –
Variabelen die kunnen worden weggelaten

Troisième partie : Etude qualitative du déroulement des traitements de substitution en Belgique

Deel III : Kwalitatieve studie van het verloop van substitutiebehandelingen in België

1. Introduction – *Inleiding*

2. Rappel méthodologique – *Herhaling van de methodologie*

- 2.1. Les interviews – *Interviews*
- 2.2. Les *Focus Groups* – *Focus Groepen*
- 2.3. Méthode d'analyse – *Methode van analyse*

3. Descriptif général des catégories de médecins –

Algemene beschrijving van categorieën van geneesheren

- 3.1. Les médecins en Cabinet Privé – *Geneesheren met een privaat praktijk*
 - 3.1.1. PLACE DES PATIENTS EN SUBSTITUTION PARMIS LA PATIENTÈLE GÉNÉRALE – *PLAATS VAN SUBSTITUTIEPATIËNTEN TEN OPZICHTE VAN ANDERE PATIËNTEN*
 - 3.1.2. ADAPTATION MUTUELLE ET ÉTABLISSEMENT D'UN CADRE – *WEDERZIJDSE AANPASSING EN OPPUNTSTELLING VAN EEN KADER*
 - 3.1.3. LES PHARMACIENS ET LA DÉLIVRANCE DU MÉDICAMENT – *APOTEKERS EN DE AFLEVERING VAN HET GENEESMIDDEL*
- 3.2. Les médecins d'institution – *Geneesheren werkzaam in instellingen*
 - 3.2.1. CONTEXTE INSTITUTIONNEL – *INSTITUTIONELE CONTEXT*
 - 3.2.2. ENTRÉE EN CONTACT ET ÉTABLISSEMENT D'UN CADRE – *CONTACTNAME EN OPPUNTSTELLING VAN EEN KADER*
 - 3.2.3. LE RAPPORT AUX PHARMACIENS – *BETREKKINGEN MET APOTEKERS*

4. Le rapport aux produits (drogues, médicaments)-les objectifs du traitement – *Omgaan met de middelen (drugs, geneesmiddelen)-Doelstellingen van de behandeling*

- 4.1. Les drogues, les opiacés – *Drugs, opiaten*
- 4.2. Les objectifs du traitement de substitution – *Doelstellingen van substitutiebehandeling*
 - 4.2.1. L'ABSTINENCE – *ABSTINENTIE*
 - 4.2.2. LA MAINTENANCE – *ONDERHOUDSBEHANDELING*

4.3. Méthadone, buprénorphine – *Methadon, buprenorphine*

5. Le déroulement du traitement – *Het verloop van de behandeling*

- 5.1. Le contrôle – *Controle*
- 5.2. Le dosage – *Dosering*
- 5.3. Bon sens clinique et spécularité des relations – *Klinisch gezond verstand en het speculatieve van relaties*
- 5.4. Les médecins et les intervenants psycho-sociaux – *De geneesheren en de psychosociale hulpverleners*
- 5.5. Ordre et désordres, stabilisation et rapport aux normes sociales – *Orde en wanorde, stabilisatie en verhouding tot sociale normen*

6. Les toxicomanes / la toxicomanie – *De drugafhankelijken / de drugafhankelijkheid*

7. L'organisation pratique – *Praktisch organisatie*

7.1. Produits éligibles pour les traitements de substitution –

Verkiesbare producten voor substitutiebehandelingen

7.2. Conditions de délivrance et d'administration du médicament –

Afleverings- en toedieningsvoorwaarden van het geneesmiddel

7.3. L'enregistrement du traitement – *Registratie van de behandeling*

7.4. Nombre de patients par médecin – *Aantal patiënten per geneesheer*

7.5. Accompagnement et formation continue des médecins –

Begeleiding en continue opleiding van de geneesheren

7.6. Relations entre les médecins en cabinet privé et les institutions spécialisées / les réseaux de soins –

Betrekkingen tussen geneesheren met een privaat praktijk en de gespecialiseerde instellingen / de zorg netwerken

7.7. Examen de l'Arrêté Royal du 19 mars 2004 –

Onderzoek van het Koninklijk Besluit van 19 maart 2004

7.7.1. CONDITIONS DE PARTICIPATION ET ENREGISTREMENT DES MEDECINS –

DEELNEMINGSVOORWAARDEN EN REGISTRATIE VAN DE GENEESHEREN

7.7.2. CONDITIONS D'AGRÈMENT DES CENTRES D'ACCUEIL ET DES RÉSEAUX DE

PRISE EN CHARGE POUR USAGERS DE DROGUES – *ERKENNINGCRITERIA VOOR DE*

CENTRA EN DE NETWERKEN VOOR OPVANG VAN DRUGGEBRUIKERS

7.7.3. AUTRES DISPOSITIONS – *ANDERE MAATREGELEN*

Quatrième partie : Conclusions et recommandations : les traitements de substitution, dix ans après la Conférence de Consensus

Deel IV : Besluiten en aanbevelingen : substitutiebehandelingen, tien jaren na de Consensusconferentie

1. Améliorer la formation universitaire des médecins vis-à-vis des assuétudes – *Verbeteren van de universitaire opleiding van de geneesheren in verband met afhankelijkheden*

2. Mieux sensibiliser les médecins aux dimensions psychologiques et sociales de la problématique des toxicomanies – *Beter sensibiliseren van de geneesheren ten aanzien van de psychologische en sociale dimensies van de problematiek van de drugafhankelijkheden*

BIBLIOGRAPHIE – BIBLIOGRAFIE

SAMENVATTING IN HET NEDERLANDS

1. Inleiding

Deze publicatie kadert in het onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs van de Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid, en gaat over een evaluatie van de organisatie van de praktijk van de substitutiebehandelingen voor opiaatafhankelijken in België.

Dit onderzoek werd toevertrouwd aan twee universitaire teams : enerzijds van het ‘Laboratoire de Psychologie Médicale, d'Alcoologie et d'étude des Toxicomanies’ van de ‘Université Libre de Bruxelles’ (onder leiding van Pr. Isidore Pelc), anderzijds van de *Afstudeerrichting Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg* van de Katholieke Universiteit Leuven (onder leiding van Pr. Joris Casselman). Het onderzoek verliep in twee fasen : de eerste fase van augustus 2002 tot september 2003, en de tweede fase van oktober 2003 tot oktober 2004. De eerste fase werd besteed aan een haalbaarheidsstudie van het gebruik van klassieke instrumenten voor de evaluatie van dergelijke programma's. De tweede fase werd besteed aan het ontwikkelen van een instrument dat aangepast is aan de specifieke context van de substitutiebehandelingen in België. Zodoende heeft het onderzoek ook een aantal belangrijke vragen aan het licht gebracht in verband met de evaluatie van behandelingen gesitueerd in het grensgebied van psychologische, sociale en medische aangelegenheden.

2. Context van het onderzoek

Methadon is momenteel het meest gebruikte product in het kader van substitutiebehandelingen van opiaatafhankelijken in België, net zoals in het merendeel van de andere landen waar deze behandelingen worden toegepast. Deze behandelingsmethode heeft nochtans heel wat hindernissen ondervonden vooraleer aanvaard te worden. Bij de eerste medische experimenten in dit verband, in het begin van de jaren '80, was de toepassing ervan verboden door de wet van 1921, aangezien deze behandelingen beschouwd werden als het onderhouden van ‘toxicomanie’. Tijdens de jaren '80 werd, vooral binnen het medisch korps, een juridisch-administratieve strijd geleverd tussen de voorstanders en tegenstanders van de praktijk van de substitutiebehandelingen. Deze conflictueuze periode wordt tenslotte beslecht met een compromisoplossing, ter gelegenheid van een Consensusconferentie, die in 1994 te Gent werd georganiseerd. Justitie past de wet niet meer toe wanneer het gaat over substitutiebehandelingen en verlaat zich op de medische autoriteiten die de aanbevelingen van de Consensusconferentie toepassen. Het is tijdens deze periode van juridische tolerantie dat de praktijk van de substitutiebehandelingen zich op grotere schaal ontwikkelt, met ontegensprekelijk succes op vlak van de volksgezondheid. Dit betekent concreet dat vanaf dat moment elke geneesheer die de aanbevelingen van de Consensusconferentie respecteert bij opiaatafhankelijken een substitutiebehandeling kan instellen. In 1995 wordt door de federale regering een *"Actieplan Toxicomanie-Drugs"* goedgekeurd, waarin de oprichting vooropgesteld wordt van ‘Medico-Sociale OpvangCentra voor druggebruikers’ (MSOCs), waarbinnen de praktijk van substitutiebehandelingen duidelijk vermeld wordt als bevoorrechte methode. In 2002 tenslotte wordt de toepassing van substitutiebehandelingen erkent door een wijziging van de wet van 1921.

Deze historische en juridische context biedt een verklaring voor het feit dat België een voorbeschikte bodem is geweest voor de ontwikkeling van een veelheid van verschillende benaderingen, want binnen de ambulante zorg kunnen de volgende actoren teruggevonden worden die deze behandelingen toepassen:

- 1) geneesheren met een privé-kabinet ;
- 2) geneesheren werkzaam in een netwerk ;
- 3) geneesheren werkzaam in ambulante centra die gespecialiseerd zijn in de hulpverlening ten aanzien van druggebruikers ('centres de session') ;
- 4) geneesheren werkzaam in Medico-Sociale OpvangCentra voor druggebruikers (MSOCs).

De evaluatie die wij hebben uitgevoerd betreft het strategisch belang van substitutiebehandelingen als organisatorisch proces binnen het zorgaanbod voor druggebruikers. Dit betekent concreet het nagaan van het profiel van de cliënten die zich aanbieden voor deze vorm van behandeling en dit in de verschillende voorzieningen waarbinnen deze worden toegepast, het bevragen van wat zij ervan verwachten en bekomen, van de betekenis die de zorgverstrekkers aan hun praktijk toekennen en van de wijze waarop zij deze praktijk zich, op homogene of heterogene wijze, inschakelt in het geheel van voorzieningen die zich geroepen voelen om de hulpverlening aan druggebruikers op zich te nemen.

Tijdens de eerste fase van het onderzoek, van augustus 2002 tot oktober 2003, hebben de onderzoeksteams een poging ondernomen om een set van instrumenten, gebaseerd op gevalideerde en internationaal aanvaarde instrumenten, toe te passen. Wij vermelden vooral het gebruik van de vragenlijsten *Addiction Severity Index (ASI)* en *Qualité de Vie Subjective (QUAVISUB)*. Het bleek echter dat dit niet paste binnen de organisatorische voorwaarden van de sector die de substitutiebehandelingen in België toepast. Verschillende elementen droegen bij tot het verhinderen van de toepassing ervan, met name kwam de grote diversiteit van doelstellingen en praktijken van substitutiebehandeling niet voldoende tot zijn recht.

Vandaar dat, tijdens de tweede fase van het onderzoek, een nieuwe vragenlijst werd opgesteld onder de naam *Substitution, Expectations, Qualité de Vie (SEQ)*. Deze werd aangewend tijdens twee beurten in Wallonië, Brussel en Vlaanderen bij 424 personen in behandeling bij meer dan 50 geneesheren. Bovendien werd de inschatting van de diversiteit van doelstellingen en praktijken grondiger nagegaan door de opbouw van ontmoetingen met de zorgverstrekkers. Wij hebben zodoende een vijftigtal geneesheren ontmoet in verschillende vormen van interventie. Tenslotte hebben wij, vertrekkende van de resultaten van het onderzoek, een aantal aanbevelingen opgesteld gericht aan de bevoegde autoriteiten.

3. Het kwantitatief luik

3.1. Doelstellingen en middelen

Het algemeen objectief van het kwantitatief luik van het onderzoek was het benaderen en expliciteren van diversiteit van praktijken in verband met de substitutiebehandelingen. Men kan namelijk veronderstellen dat deze diversiteit kan verklaard worden door : de regionale context (Wallonië, Brussel, Vlaanderen), de soorten geneesheren, eigen praktijkkenmerken van de zorgverstrekkers, of het type cliënten. Vandaar dat de objectieven van het kwantitatief luik van het onderzoek de volgende zijn:

- a. het statistisch objectiveren van de vaststellingen in verband met de diversiteit van de praktijken van begeleiding vastgesteld tijdens de eerste fase ;
- b. het verduidelijken van de specifieke objectieven van de behandelingen, zowel voor elke geneesheer als voor elke cliënt van de steekproef, alsook de convergenties tussen deze twee soorten actoren ;
- c. het pogen te ontdekken van indicatoren van levenskwaliteit, gezondheid en van de 'afstand' ten aanzien van abstinentie ;

- d. het verduidelijken van andere betekenisvolle indicatoren betreffende het verloop van de begeleidingen ;
- e. het nagaan van de aanbevelingen van de Consensusconferentie in het kader van de praktijken teruggevonden in de steekproef ;
- f. het opsporen van de variabelen die een verandering op korte termijn bepalen, vooral bij nieuwe cliënten, door een test-retest met een tussentijd van enkele maanden.

Het kwantitatief luik werd verwezenlijkt dank zij een vragenlijst opgesteld ten behoeve van dit onderzoek: met name de *SEQ*. Deze bestaat uit twee componenten: een "Vragenlijst Patiënt" –bestemd voor de cliënt– en een "Technische Fiche" — bestemd voor de voorschrijvende geneesheer.

De "Vragenlijst Patiënt" omvat drie delen : het eerste deel betreft de verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de behandeling, het tweede deel gaat over de vormen van behandeling en druggebruikerskenmerken, het derde deel tenslotte meet de Subjectieve Levenskwaliteit van de cliënten.

De "Technische Fiche" omvat enerzijds een reeks technische gegevens in verband met de behandeling (soorten geneesmiddelen en substitutieproducten en dosis, frequentie van de opvolging, regelmaat, het zich houden aan de regels, plaats van aflevering van het product, behandelingsplan) en anderzijds een lijst van mogelijke objectieven voor de behandeling ten aanzien van dewelke de geneesheer een niveau van belangrijkheid kan toekennen.

3.2. Steekproef van cliënten

De cliënten werden gerecruteerd door de geneesheren die de substitutiebehandeling voorschreven. Wij hebben een onderscheid gemaakt tussen geneesheren met een privé-kabinet en geneesheren werkzaam in een instelling. De meewerkende voorzieningen en geneesheren hebben een financiële vergoeding bekomen voor het bijkomende werk dat het participeren aan dit onderzoek met zich meebracht. De partners instellingen waren: de MSOC's van Charleroi, Brussel, Gent en Vlaams Brabant, en het *Projet LAMA* (Brussel). De andere partners waren geneesheren met een privé-kabinet in Brussel, in Vlaanderen en in Wallonië, voor een deel gerekruteerd in 'Maisons Médicales' of via het netwerk ALTO (Brussel en Wallonië) of gemandateerde geneesheren voor substitutiebehandelingen (Limburg).

In de loop van de twee afnamemomenten (I & II) hebben wij de volgende vragenlijsten bekomen :

TABEL 1 : AANTAL VRAGENLIJSTEN PER AFNAME, REGIO EN CATEGORIE VAN GENEESHEREN

	Brussel (Fr.)		Charleroi-Wallonië	
	<i>afname I</i>	<i>afname II</i>	<i>afname I</i>	<i>afname II</i>
Privé-kabinet	9 geneesheren		18 geneesheren	
<i>Aantal vragenl.</i>	40	11	103	5
Instelling	2 instellingen. – 15 geneesheren		1 instellingen – 5 geneesheren	
<i>Aantal vragenl.</i>	89	68	36	0
TOTAAL	24 geneesheren		23 geneesheren	
<i>Aantal vragenl.</i>	129	79	139	5
	208		144	
Totaal afname I : 268				
Totaal afname II : 84				
TOTAAL : 352				

	Vlaanderen	
	<i>afname I</i>	<i>afname II</i>
Privé-kabinet	26	0
Instellingen	29	0
TOTAAL	55	0

Totaal afname I : 323
Totaal afname II : 84
TOTAAL : 407

3.3. De gebruikte producten

Het overgrote deel van de cliënten van de steekproef kregen methadon, enkel zes kregen buprenorphine. De dosissen zijn sterk uiteenlopend, gaande van 1 tot 400 mg. De cliënten zijn er over het algemeen over tevreden. Er zijn geen significante verschillen gevonden qua regio of categorie van geneesheren. De dosissen zijn significant hoger in de instellingen in Brussel en in de privé-kabinetten in Vlaanderen. Men stelt ook verschillen in dosis naargelang het behandelingsplan : cliënten in behandeling met als doel een degressieve ontwenning krijgen significant minder methadon dan degenen in substitutiebehandeling *stricto sensu* of in onderhoudsbehandeling. Het is waarschijnlijk zo dat de dosis van de cliënten die blijkbaar minder goed gaan hoger is.

43% van de cliënten van de steekproef nemen, zij het occasioneel, heroïne en 15% neemt dit dagelijks. Deze laatste zijn hoofdzakelijk cliënten die minder dan 6 maanden in begeleiding zijn. De behandeling met methadon draagt dus bij om vrij snel de dagelijkse gebruikers van heroïne te doen afnemen. De meeste cliënten nemen andere voorgeschreven psychoactieve geneesmiddelen : pijnstillers (66%), slaapmiddelen (44%), angstwerende middelen (28%) en antidepressiva (26%).

Voor al deze vormen van gebruik beweren de Vlaamse cliënten over het algemeen een hogere graad van bevrediging te vertonen.

3.4. Het kader van de behandeling

De instellingsgeneesheren proberen hun cliënten wekelijks te zien, terwijl de geneesheren met een privé-kabinet hun cliënten over het algemeen tweewekelijks zien. De cliënten die sinds minder dan zes maanden in begeleiding zijn worden meer regelmatig gezien. De overgrote meerderheid van de cliënten worden beschouwd als regelmatig (93%) en de regels van de behandeling respecterend (95%). Deze hoge graad van regelmaat en respecteren van de regels zijn waarschijnlijk te wijten aan een selectieve scheef trekking. Een kleine helft van de cliënten neemt zijn medicatie in de apotheek, een andere kleine helft beheert zijn behandeling op autonome wijze.

Wat de behandelingsplannen betreft is de degressieve afbouw het meest vast te stellen bij de cliënten die minder dan zes maanden in begeleiding zijn en onderhoudsbehandeling bij cliënten die meer dan 24 maanden in begeleiding zijn. Abstinentie is een belangrijker objectief voor de cliënten in degressieve afbouw, zowel volgens de geneesheer als volgens de cliënt zelf. In tegenstelling hiermede zijn de cliënten in onderhoudsbehandeling minder regelmatig, respecteren minder de regels, zij worden sinds langere tijd gevolgd, zijn ouder en krijgen een hogere dosis methadon. De geneesheren hechten meer belang aan objectieven van schadebeperking voor deze cliënten. Het objectief "*heroïnegebruik onder controle houden*" is bij de cliënten van deze groep prioritair.

Er bestaat dus een zekere coherentie tussen het type cliënt en het behandelingsplan binnen hetwelk de geneesheer hen situeert. Men kan zich nochtans afvragen of de indeling van de cliënten volgens een behandelingsplan door de geneesheren niet door de karakteristieken van de cliënten zelf bepaald wordt.

3.5. De doelstellingen van de behandeling

Het belangrijkste objectief, volgens de geneesheren, is, "*het contact met de hulpverlening in stand houden*" gevolgd door "*het zelfbeeld verbeteren*". Het objectief abstinentie is weinig belangrijk voor de instellingsgeneesheren in Brussel en in Wallonië en zeer belangrijk voor de geneesheren met een privé-kabinet in Vlaanderen. Wat de cliënten zelf betreft, hechten degenen die gevolgd worden door geneesheren met een privé-kabinet in Vlaanderen en door instellingsgeneesheren in Wallonië minder belang aan het objectief abstinentie dan de cliënten van geneesheren met een privé-kabinet in Brussel. In tegenstelling hiermede hechten de cliënten van geneesheren met een privé-kabinet in Vlaanderen een groter belang aan "*gebruik onder controle houden*" ten aanzien van andere categorieën van geneesheren.

De correlaties tussen de objectieven van de cliënten laten toe om 4 hoofddimensies te onderkennen : een "*psychologische*" dimensie, een dimensie "*veiligheid*", een dimensie "*product*" en een "*sociale*" dimensie. Deze laatste wordt beschouwd als de belangrijkste, terwijl de dimensie "*veiligheid*" als de minst belangrijkste beschouwd wordt.

De objectieven van de "psychologische" en "sociale" dimensies van de cliënten worden slecht gepercipieerd door de geneesheren. Wanneer echter de geneesheer het minst belang hecht aan de dimensie "veiligheid", maar de cliënt zelf deze dimensie op de voorgrond stelt, dan is de geneesheer volledig akkoord met de cliënt. In tegenstelling daarmee is het zo dat de bezorgdheid van de geneesheren in verband met de gezondheid, door de cliënten niet worden beaamd.

3.6. Het traject van de patiënten

38% van de cliënten hebben een eerste contact gehad met hun huidige geneesheer sinds minder dan één jaar en 68% wordt gevolgd door hun huidige geneesheer sinds minder dan 4 jaar. De geneesheren met een privé-kabinet kennen hun cliënten sinds langere tijd dan de instellingsgeneesheren.. De Vlaamse instellingen volgen blijkbaar uitsluitend cliënten sinds minder dan zes maanden. 34,5% van alle cliënten zijn sinds minder dan één jaar in substitutiebehandeling. Toch heeft 46% van de cliënten reeds vroeger een eerste behandeling gevolgd.

Gemiddeld zijn de cliënten voor het eerst in contact gekomen met een opiaat op de leeftijd van 19 jaar. Zij beweren afhankelijk geworden te zijn op 22jarige leeftijd en hebben een eerste substitutiebehandeling bekomen op de leeftijd van 25. Zes jaar gemiddeld verloopt er tussen het eerste contact met een opiaat en de eerste substitutiebehandeling. Deze leeftijden van contact, afhankelijkheid of eerste substitutiebehandeling blijken niet veel invloed te hebben op het type van begeleiding. In tegenstelling hiermede is de duur van de behandeling blijkbaar meer bepalend : hoe langer deze is, des te meer verwijderd men zich van het objectief abstinentie op korte termijn om te kiezen voor objectieven van onderhoudsbehandeling op lange termijn.

3.7. Levenskwaliteit

De levenskwaliteit van de cliënten is in algemene zin minder goed dan deze van de Belgische bevolking in goede gezondheid, van dezelfde leeftijd en van hetzelfde geslacht, met hetzelfde instrument geëvalueerd (SLDS). De Vlamingen verwoorden een betere bevrediging dan de andere. Dit wil niet zeggen dat alle drugafhankelijken een slechte levenskwaliteit vertonen : want 130 van de 295 cliënten bereiken een bevredigend niveau van levenskwaliteit.

3.8. Tweede afname

Uit de test-retest analyse komen gelijklopende veranderingen naar voor, onder meer het verder uiteenliggen in de tijd van afspraken en een meer autonoom beheer van de afleveringen, dit voor alle partners en zonder onderscheid op vlak van de duur van de lopende behandeling en het soort categorie van voorziening. De dosissen methadon van de cliënten in behandeling "sinds 24 maanden of minder" worden op significante wijze aangepast gedurende de tijd verlopen tussen de twee afnamen. Blijkbaar kan men dus drie fasen onderscheiden in de evolutie van de substitutiebehandelingen. De **eerste fase** betreft de **eerste zes maanden van de behandeling** voor de cliënt. Enerzijds is het kader van de behandeling strikter (dagelijkse aflevering, belang van het volgen van de regels...) en de objectieven zijn meer gericht op een abstinentie op relatief korte termijn. Tijdens de **tweede fase, meer dan zes maanden maar binnen de 24 maanden**, is het autonoom beheer van de behandeling belangrijker, en zelfs wanneer blijkt dat de behandeling nog steeds gericht is op abstinentie, wordt dit over langere tijd nagestreefd. Tenslotte, tijdens de **derde fase**, die een aanvang neemt **na 24 maanden**, neemt het belang van het kader af en objectieven zoals "schadebeperking" nemen in belang toe, de objectieven richten zich meer op een logica van de onderhoudsbehandeling. Het is echter van belang vast te stellen dat een dergelijke evolutie te wijten kan zijn aan aspecten van evolutie eigen aan de cliënt zelf, maar ook aan de wijze waarop de voorschrijvende geneesheer de cliënt percipieert.

3.9. Besluiten

1. Medewerkende cliënten : De overgrote meerderheid van de respondenten (93%) kan beschouwd worden als zich goed aan **de regels van de behandeling** te respecteren. Wij weten echter niet of dit een trouwe weergave is van de totale cliëntengroep of het gevolg van een selectieve scheeftrekking eigen aan de steekproef.

2. Zeer grote diversiteit van praktijken : de kwantitatieve gegevens bevestigen de zeer grote diversiteit van praktijken en de onafhankelijkheid van de variabelen ten aanzien van de cliënten of de begeleiding. Er bestaat bijgevolg geen verband tussen het soort cliënt, of bepaalde kenmerken van zijn probleem en soort begeleiding die de cliënt bekommt. De belangrijkste aspecten van de behandeling voor de cliënten zijn, *het contact met de zorgverstrekkers* en *methadon als medicament*, en dit afgezien van de regio van herkomst, het soort geneesheren en de plaats van de behandeling. Voor de geneesheren is het *verminderen van strafbare feiten* een weinig belangrijk objectief van de behandeling.

Op het niveau van de regio's komen er twee tegengestelde *ideaaltypes* naar voor : Vlaanderen enerzijds en Brussel anderzijds, Wallonië neemt een tussenpositie in. De Vlaamse cliënten zijn jonger, sinds minder lange tijd in behandeling, die meer frequent heroïne en alcohol gebruiken. Zij zijn ook meer tevreden over hun levenskwaliteit. De aflevering van methadon verloopt meer gecontroleerd (privé-kabinet / instelling, apotheek). De geneesheren

hechten minder belang aan de verschuillende objectieven van de behandeling - vooral in vergelijking met Wallonië. Het tegenovergestelde beeld geldt voor de regio Brussel-Hoofdstedelijk Gewest.

Op het niveau van de categorieën van geneesheren : de cliënten worden sinds langere tijd gevolgd door de geneesheren met een privé-kabinet, met afspraken die verder uiteenliggen in de tijd, zij zijn zeer regelmatig en zijn meestal aan hun eerste behandeling toe. Abstinentie is een belangrijk objectief, de dosissen methadon zijn lager. Het omgekeerde beeld geldt voor de instellingen, waar de cliënten meer belang toekennen aan urinecontroles en sociale bijstand.

3. De dimensies van de behandeling en de doelstellingen : op het niveau van de *objectieven van de cliënt* kunnen vier dimensies onderkend worden : een "*psychologische dimensie*", een "*sociale dimensie*", een "*veiligheid dimensie*" en een "*product dimensie*". Wanneer de patiënten ofwel het product ofwel de veiligheid op de voorgrond plaatsen zijn de correlaties tussen de objectieven van de cliënten en de geneesheren zeer goed. Heel anders ligt het voor de "*sociale dimensie*" : de correlaties zijn wel hoog wanneer de cliënt zeer concrete objectieven naar voor schuift, zoals "*bevredigend werk vinden*", zij zijn veel zwakker ten aanzien van minder grijpbare objectieven zoals "*bekwaam zijn om mijn projecten te realiseren*" of "*meer beschikbaar zijn*". Tenslotte is de correlatie opmerkelijk laag in verband met meer strikt psychologische overwegingen. Autonome dimensies komen over het algemeen minder naar voor bij de objectieven van de geneesheren, met uitzondering van de dimensies "product", "veiligheid", en "andere objectieven".

4. Levenskwaliteit – Abstinentie – Gezondheid : Deze drie indicatoren onderscheiden verschillende cliëntenprofielen en vormen van begeleiding. Het bereiken van deze objectieven, tijdens de behandeling, is niet uitzonderlijk, aangezien 46% van de cliënten abtinent is van 'hard drugs', 44% beweert over een goede levenskwaliteit te beschikken en 42% meent in goede gezondheid te verkeren. Deze drie objectieven hebben trouwens verband met elkaar ; levenskwaliteit, gezondheid en abstinentie gaan over het algemeen samen, wat niet inhoudt dat men de betekenis van de causale verbanden kan bepalen.

5. Nieuwe cliënten – Oude cliënten – Lange tijd in behandeling : Het blijkt dat men drie fasen kan onderkennen in de evolutie van de substitutiebehandelingen in functie van de duur van de behandeling. Voor de "*nieuwe cliënten*" – in behandeling sinds minder dan 6 maanden – is het behandelingskader strikter (dagelijkse aflevering, belang van het respecteren van de regels...) en de objectieven zijn meer gericht op een abstinentie op relatief korte tijd (degressieve afbouw). Voor de "*oudere cliënten*" – tussen 6 en 24 maanden behandeling – is het autonoom beheer van de behandeling belangrijker, en zelfs wanneer blijkt dat de behandeling nog steeds gericht is op abstinentie, wordt dit over langere tijd nagestreefd. Tenslotte, voor de cliënten "*lang in behandeling*" – sinds meer dan 24 maanden - neemt het belang van het kader af en objectieven zoals "schadebeperking" nemen in belang toe, de objectieven richten zich meer op een logica van de onderhoudsbehandeling. Het is echter van belangrijk vast te stellen dat een dergelijke evolutie te wijten kan zijn aan aspecten van evolutie eigen aan de cliënt zelf, maar ook aan de wijze waarop de voorschrijvende geneesheer de cliënt percipieert. In de steekproef is het mogelijk om een substitutiebehandeling te starten op verschillende leeftijden, maar hoe later een eerste behandeling start, des te langer is de duur van de behandeling. Dit trekt de aandacht op het chronisch aspect van deze problematiek.

6. Controles : De urinecontroles wordt als belangrijker beschouwd door de instellingscliënten en dit ofwel in het kader van een ontwenningplan, ofwel daar waar

abstinentie een belangrijk objectief lijkt te zijn. Er is een negatieve correlatie aanwezig tussen de dosis van methadon en het belang van deze controles. Omgekeerd wordt dit objectief als minder belangrijk geacht bij cliënten in onderhoudsbehandeling en bij cliënten van geneesheren met een privé-kabinet. Het belang van de regels wordt vooral getipt door hen die abstinentie als objectief voorop stellen. Tenslotte is het zo dat methadon meer afgeleverd wordt in een privé-kabinet, in een instelling of bij de apotheker bij "nieuwe cliënten".

7. Variabelen die kunnen worden weggelaten : Enkele variabelen hebben geen verband met parameters van de behandeling en van de cliënten. Het betreft enerzijds de gegevens in verband met het verloop van het cliëntentraject (leeftijd van het eerste contact met drugs, leeftijd van afhankelijkheid, leeftijd van eerste hulpvraag, leeftijd van eerste substitutiebehandeling) en anderzijds gegevens in verband met het gebruik van heroïne.

4. Kwalitatief luik

Met de kwalitatieve benadering wordt beoogt : 1) het bekomen van informatie over de diversiteit van de praktijken van substitutiebehandelingen, 2) het bekomen van informatie over de diversiteit van objectieven van deze behandelingen, 3) het uitwerken van een interpretatiecontext voor het kwantitatief luik en eventueel 4) het opsporen van praktische indicatoren om de evolutie van de behandelingen en de cliënten te meten (gericht op de doeltreffendheid van de behandelingen).

4.1. Methodologie

TABEL 2 : AANTAL ONTMOETE GENEESHEREN VOOR HET KWALITATIEF GEDEELTE

	Instellingen	Privé-kabinetten	Totaal
Brussel	15	9	24
Wallonië	5	18	23
Totaal	20	27	47

De geneesheren met een privé-kabinet werden individueel ontmoet tijdens interviews van ongeveer één uur. De instellingsgeneesheren werden in groep ontmoet tijdens *Focusgroepen*, die ongeveer twee uur per sessie duurden.

De doelstelling van een interview is om de mening te bekomen van een persoon, ofwel omdat hij een bijzondere kennis bezit (bijvoorbeeld een deskundige), ofwel als voorbereidende opstap naar een meer uitvoerige medewerking die er in bestaat om voorafgaandelijk geïndividualiseerde informatie te verzamelen, ofwel in voorbereiding van een confrontatie of bemiddeling wanneer het van belang is dat verschillende partijen elkaar confidentieel informatie doorgeven. Het interview is een zuivere verzameling van informatie en doet in dit verband slechts dienst als onderwerp van analyse in een bredere context. Het interview beoogt enkel een discours na te gaan, met zijn accenten en subtiliteiten.

De interviews hadden plaats in het privé-kabinet van de geïnterviewde. Zij werden uitgevoerd met "vlottend luisteren". Contextnota's en significante uitspraken werden in aanmerking genomen. De interviews werden verrijkt met een analyse van de context en van het "niet gezegde" (niet verbale communicatie, mimiek). In het kader van een poging tot het valideren kregen de groepsleden nadien de analysetekst van hun bijdragen en hebben zij de gelegenheid gehad om zich in dit verband uit te spreken. Bij de eindanalyse werd met hun opmerkingen rekening gehouden.

Focusgroepen richten zich op groepen van individuele participanten (zij verwoorden slechts hun eigen mening). De doelstelling van *Focusgroepen* bestaat er in om de waaier van standpunten aan bod te laten komen in verband met een centraal onderwerp. *Focusgroepen* zijn bijeenkomsten van deelnemers in aanwezigheid van een animator, met een ideale duur van twee uur. In het kader van een poging tot het valideren kregen de groepsleden nadien de analysetekst van hun bijdragen en hebben zij de gelegenheid gehad om zich in dit verband uit te spreken. Bij de eindanalyse werd met hun opmerkingen rekening gehouden..

De kwalitatieve gegevens werden samengebracht en geanalyseerd door samenvoeging rond een aantal sleutelthematieken.

4.2. Algemene beschrijving van categorieën van geneesheren

4.2.1. Geneesheren met een privaat praktijk

De geneesheren met een privé-kabinet volgen slechts een zeer klein aantal druggebruikers in substitutiebehandeling. De raadplegingen voor deze cliënten zijn zeer duidelijk de minderheid. De meeste geneesheren beweren in dit verband niet de etquette te willen krijgen van "specialisten voor druggebruikers". Sommige geneesheren verantwoorden deze keuze door de werkdruk., anderen integreren deze keuze binnen hun opvatting over huisartsgeneeskunde, waarvan de roeping zou zijn het begeleiden van de lijdende mens met pathologie van chronische aard. De grote meerderheid van de geneesheren met privé praktijk heeft in elk geval een nogal negatief beeld van de raadplegingen in de instellingen : "*dit moet erg onbeheersbaar zijn*"¹. De omgekeerde perceptie bestaat bij de instellingsgeneesheren. Zoals dit het geval is voor alle klinische zorgverstrekkers in de relatie met hun cliënten, bestaat er een wederzijdse aanpassing van de zorgverstrekkers en de cliënten, wat maakt dat de cliënten zich slechts wenden tot die zorgverstrekkers waarvan zij geloven dat zij zouden kunnen beantwoorden aan hun vragen., net zoals de zorgverstrekkers slechts die personen zien afkomen die min of meer aan hun verwachtingen beantwoorden. Deze wederzijdse aanpassing komt vooral tot uiting ter gelegenheid van de allereerste contacten. Alhoewel het beeld van de ongedisciplineerde en rustversturende druggebruikers breed verspreid zijn bij geneesheren, trachten sommigen dit te relativiseren : "*Uiteindelijk zijn zij (druggebruikers) zeer gedisciplineerd in vergelijking met andere pathologieën (hoge bloeddruk, diabetes...)*", "*de cliënten (druggebruikers) komen op afspraak, geen bijzonder probleem. Er zijn er meer met alcoholisten en psychotici*".

Men kan dus stellen dat de wijze waarop het of de eerste contact(en) verlopen bepalend zijn voor het instellen van een kader voor een therapeutische relatie. Sommige geneesheren zeggen expliciet dat zij een dergelijk kader instellen en zij zijn bewust van het mogelijks bijzonder therapeutisch karakter van hun werkwijze. Voor het merendeel van de geneesheren echter beantwoordt het instellen van een kader niet aan een strikt therapeutische logica maar eerder aan een bezorgdheid om relatief comfortabele voorwaarden van opvolging in te stellen. De beheersing van de voorwaarden van de relatie die dan het kader uitmaakt. Voor sommige geneesheren ten slotte, is het instellen van een kader blijkbaar niet een bewuste en belangrijke werkwijze. Deze laatste hebben een minimalistische opvatting van hun rol : zij zijn beschikbaar voor de begeleiding van de persoon zonder de bedoeling te hebben om in te werken op de oorzaak van dit lijden.

4.2.2. Geneesheren werkzaam in instellingen

¹ De geciteerde uitspraken tussen haakjes en in cursief, zonder referentie naar een publicatie, komen uiteraard voort uit de antwoorden in het kader van de interviews met de ontmoete geneesheren.

De instellingsgeneesheren die ontmoet werden waren afkomstig : van de MSOCs van Brussel en van Charleroi (*Diapason*), en van het *Projet LAMA* (Brussel). Verschillend ten aanzien van wat zich voordoet in het privé-kabinet, wordt het instellen van een therapeutisch kader door de instelling globaal verzorgd en niet door de geneesheer zelf. Zelfs wanneer de toegang tot de substitutiebehandeling zeer vlot is, toch komt de cliënt in contact met andere zorgverstrekkers vooraleer de geneesheer te ontmoeten. De instellingsgeneesheren drukken een zekere tevredenheid uit over het feit dat zij kunnen terugvallen op een therapeutisch team om het kader te beheren. Als spiegelbeeld van wat de geneesheren met een privé-kabinet verwoorden, hebben zij zich een nogal negatief beeld gevormd van de plaatsen waar een dergelijk kader niet aanwezig is, onder meer in een privé-kabinet.

4.3. Verband met de producten (drugs, geneesmiddelen) – De doelstellingen van de behandeling

4.3.1. De drugs, de opiaten

Op het niveau van de principes is het zo dat alle geneesheren beamen dat het begrijpen van de druggebruikers zich niet mag beperken tot een probleem van afhankelijkheid van een product of tot een "simpele" kwestie van het beheersen van het druggebruik, maar omvatten ook psychologische en sociale aspecten. Deze aspecten worden als zeer determinerend beschouwd door de meerderheid van de geneesheren. Logischerwijze zijn de geneesheren ook akkoord om te beweren dat wanneer het gebruik van drugs problematisch wordt, het steeds het gevolg is van andere reeds aanwezige problemen. De praktijken en de onderliggende percepties van deze praktijken liggen nochtans niet in het verlengde van deze principes.

Er komen drie duidelijke wijzen van begrijpen van de te behandelende problematiek naar voor : ten eerste waarbij druggebruik hoofdzakelijk wordt gedefinieerd door het gebruik van een drug, met andere woorden van *illegale* psychoactieve substanties; ten tweede waarbij het determinerend element is de afhankelijkheidsrelatie van deze gebruiker ten aanzien van het product ; ten derde ten slotte waarbij het druggebruik wordt gepercipieerd als een problematiek waarbij de psychische aspecten prominent zijn en waarvan het compulsief gebruik van psychoactieve producten de symptomatische uitdrukking bij uitstek is.

4.3.2. De doelstellingen van de substitutiebehandeling

Het merendeel van de geneesheren beweert abstinentie niet als prioritair objectief op het oog te hebben. Nochtans, zoals reeds gemeld, de praktijken en de onderliggende percepties van deze praktijken komen niet overeen met dit principe. Voor anderen, zij het minder talrijk, is de psychosociale dimensie van de problematiek prioritair, en abstinentie is eventueel de ultieme uitkomst van een proces van herstel op psychosociaal vlak. Bij deze laatste vinden sommigen dat de cliënt *"zijn weg moet banen"* en dat het objectief van de behandeling is om de cliënt te begeleiden door te pogen het lijden te beperken; anderen zijn van mening eens de relatie tot het product geneutraliseerd door de behandeling, de begeleiding dan bestaat in het bewerken van de psychosociale dimensies van de problematiek.

Alhoewel abstinentie niet vaak beschouwd wordt als een objectief op zich, blijft het toch het ideaal voor de zeer grote meerderheid van de geneesheren, die hun discours opsieren met opmerkingen zoals : *"er zijn vele hervallen, maar er zijn er toch die er toe komen (om geen methadon meer te nemen zonder hervall, dus niet meer te gebruiken)", "men probeert zoveel als mogelijk te verminderen, maar soms is dit niet gemakkelijk en er zijn er die er nooit*

toe komen"... De grote meerderheid van de geneesheren beweert dat abstinentie een objectief was in het begin van hun loopbaan, "maar men moet vlug deze illusies laten varen, meestal is dit niet mogelijk". Vandaar dat men vanuit een zeker pragmatisch pessimisme geneigd is dit onrealistisch objectief te vervangen door een objectief van onderhoudsbehandeling.

De *onderhoudsbehandeling* betekent een behandelingsmodaliteit waarbij, technisch gesproken, de cliënt regelmatig zijn substitutiegeneesmiddel bekommt zonder dat er een vaste eindterm voor de behandeling wordt bepaald. Dit objectief wordt door de meerderheid van de geneesheren beaamd, met abstinentie als niet bereikt ideaal. Bovendien maken de geneesheren weinig gebruik van de term van "onderhoudsbehandeling". Zij vermelden meer spontaan noties zoals "begeleiding", "chronische begeleiding", "stabilisatie". De meeste geneesheren beschouwen drugafhankelijkheid als een chronische ziekte. Deze geneesheren bevinden zich dan in een zekere "minimalistische" positie : aangezien zij de pathologie als chronisch benoemen vraagt dit uiteraard een behandeling die zelf opgevat wordt als een chronische begeleiding, tenzij uitzonderlijke omstandigheden ook een hypothese van spontaan herstel oproepen. Het debat dat dan opduikt is dit van de plaats van de huisarts ten aanzien van problemen van psychologische en sociale aard, die beschouwd worden als zijnde van doorslaggevende aard voor het goed verloop van de substitutiebehandeling. Indien de geneesheer van oordeel is dat het aangewezen is om in dit domein een interventie te doen, kan hij in het psychosociaal veld ingrijpen – "bij elke ziekte is er een 'psy' dimensie, dit behoort tot de algemene benadering in de geneeskunde... Maar er zijn veel geneesheren die schrik hebben en die zich opsluiten in goed afgelijnde categorieën"–of is dit bestemd voor andere zorgverstrekkers, zoals psychologen... "maar zij staan niet zeer positief ten aanzien van een 'psy', zij zijn geen vragende partij" ? De onderhoudsbehandeling heeft hier een andere betekenis : in plaats van een benadering te zijn "bij gebrek aan beter", houdt zij een techniek in die toegang biedt tot een meer psychotherapeutische begeleiding, het is een benadering die de neutralisatie van de plaats van het product op het oog heeft.

4.4. Het verloop van de behandeling

4.4.1. Controles en dosis

Schematisch gezien verlopen de raadplegingen bij alle geneesheren op dezelfde wijze, zowel in het privé-kabinet als in een instelling. Toch kunnen er een aantal bijzonderheden onderlijnd worden. Weinig geneesheren hechten belang aan controles. Zij die hun opvatting over drugafhankelijkheid vooral opvatten als de aanwezigheid van drugs zijn meer geïnteresseerd door deze aspecten. In tegenstelling met zij die drugafhankelijkheid opvatten als een probleem waarbij psychosociale aspecten van doorslaggevende aard zijn hebben meer aandacht voor wat hun cliënten te zeggen hebben dan voor een objectieve meting van hun gebruik van drugs.

De praktijken zijn ook verschillend op vlak van het bepalen van de dosis. Dit gedeelte van hun werk beheersen zij allemaal goed : zij zijn op de hoogte van de dosissen die gewoonlijk worden gehanteerd, van de grenzen, zij kennen de mogelijke symptomen die kunnen optreden bij een te lage of een te hoge dosering... Het verder verloop van de behandeling is meer gevarieerd. De instellingen hebben hun eigen regels. In het privé-kabinet, behouden sommige geneesheren de absolute controle over de dosering van het substitutieproduct. Over het algemeen richten zij zich op het verminderen van de dosis. Indien de cliënt tekenen van verzwakking vertoont, beslist de geneesheer tot een (nieuwe) verhoging van de dosis in afwachting van nieuwe positieve tekens. Bij deze geneesheren bestaat de boodschap van de behandeling er bijgevolg in om fasen van verminderen en van (opnieuw) verhogen van de dosis in te stellen rekening houdend met de wisselende toestand van de

cliënt. Bij andere geneesheren is de dosering het resultaat van overleg met de cliënt. Tenslotte zijn er een aantal geneesheren die wachten tot de cliënt zelf dit onderwerp ten berde brengt. De cliënten vragen nogal vaak om de dosis te verlagen en de geneesheer heeft dikwijls de taak om deze verzoeken te matigen.

Afgezien van deze basiselementen die een symptomatisch karakter hebben, vormen alle geneesheren hun klinisch oordeel door rekening te houden met wat de cliënten over hun levensomstandigheden mededelen : *"Wanneer zij werk vinden is dit meestal een goed teken", "Wanneer het beter gaat in hun familie of met hun vriendje of vriendinnetje", "zij zeggen het wanneer zij zich niet goed voelen, er moet niet veel gebeuren, een klein tegenvaller en hop ! het is weer zover", "Het belangrijke is dat zij de stabiliteit terugvinden in hun bestaan, het werk en dergelijke ; dat zij dan nog methadon nemen, zelfs gans hun leven, dit is niet erg" ; "In het begin praten zij vooral over heroïne en over materiële moeilijkheden... Daarna gaat het meestal over de familie. Nog een zekere tijd later spreken ze mij over de toekomst, dan zeg ik tot mijzelf dat het goed gaat, omdat zij niet meer over het product spreken"...* Een bijzonderheid bij de substitutiebehandeling is klaarblijkelijk dat de elementen die de geneesheer toelaten om de behandeling op te volgen van psychologische en /of van sociale-relatieve aard zijn en niet van biomedische aard. Vandaar dat de meeste geneesheren van mening zijn dat het goed gaat met de cliënt wanneer deze zegt dat het goed gaat. Anderen baseren zich eerder op "objectiveerbare" psychosociale elementen, zoals het recupereren van een job, een verbetering van de sociale / familiale relaties... Sommigen ten slotte houden meer rekening met de psychologische evolutie van de cliënt, zoals zijn interessegebieden.

4.4.2. Klinisch gezond verstand en het speculatieve van relaties

Indien de geneesheer zich moet baseren op psychologische en sociale elementen om het goede verloop van de behandeling te verzekeren, rijst de vraag of hij wel bekwaam is op dit domein. De grote meerderheid van de geneesheren is van mening dat zij onvoldoende gevormd werden in dit verband. De vaststelling dringt zich op dat de geneesheren een relatieve perplexiteit vertonen ten aanzien van bepaalde situaties waarmede zij worden geconfronteerd : niet nagekomen afspraken, brutale onderbrekingen van de behandeling, weigering om te spreken, te laat komen op afspraken, verhalen van verloren, gestolen of doorgegeven producten... *"Uiteindelijk ben ik mij er van bewust geworden dat wanneer ik dacht dat het goed ging dat het in feit niet goed ging".* Sommige geneesheren hebben een gevoeligheid ontwikkeld ten aanzien van deze bijzonderheden van de relationele dynamiek. Het betreft echter geneesheren die zich in deze richting geëngageerd hebben essentieel ten gevolge van persoonlijke en niet wegens professionele redenen. Voor de anderen zijn wij er aan toe om ons vragen te stellen over de grenzen van het medisch klinisch gezond verstand in deze psychologische en sociale / relationele domeinen. Er is een zwak punt te onderkennen in het therapeutisch proces van de cliënten in substitutiebehandeling : deze zet de poort open voor een interventie van meer psychotherapeutische aard. Indien dit niet tot het werkveld van de geneesheer behoort, en wanneer de cliënt niet elders in begeleiding is bij een andere zorgverstrekker, blijft enkel het toeval of de lotsbestemming om voordeel te halen uit deze opportuniteit.

4.4.3. De geneesheren en de psychosociale hulpverleners

De sociale assistenten worden vooral erkend voor hun rol bij het in orde brengen van administratieve zaken en hun hulp bij het bekomen van sociale faciliteiten (werkloosheid, ziekte, invaliditeit, onderdak, ziekteverzekering)...

De rol van de psychiater wordt aanvaard voor die cliënten die evidente vormen van psychiatrische comorbiditeit vertonen. Want inderdaad de geneesheren beweren dat een groot aantal van hun drugafhankelijke cliënten andere psychiatrische pathologie vertonen. Zodoende verschijnt een vierde figuur van drugafhankelijkheid : voor sommige cliënten met psychiatrische comorbiditeit is de substitutiebehandeling een legale toegangspoort tot opiaten en neemt de vorm aan van een chronische begeleiding van psychiatrische pathologie en niet een behandeling van het syndroom drugafhankelijkheid.

De relatie van de geneesheren met de psychologen en psychotherapeuten is complexer. Bij de geneesheren bestaat er een *continuüm* van opvattingen gaande van een relatieve onderschatting van de psycho-relatieve dimensies tot een persoonlijke investering in het psychotherapeutisch veld. De situatie die het meest voorkomt is deze van de geneesheer die bewust is van de impact van deze dimensie bij de te behandelen problematiek, maar die niet duidelijk de specifieke aspecten van de psychotherapeutische benaderingen percipieert of zich beschouwt als niet bekwaam om de vraag voor een dergelijke begeleiding tot een goed einde te brengen.

De situatie is uiteraard zeer verschillend in de instellingen waar deze verschillende rollen samen aanwezig zijn. Maar toch is het nog noodzakelijk dat de interne organisatorische processen toelaten dat elke rol zijn positie inneemt ten aanzien van de andere en dat de communicatie onder zorgenverstrekkers rond één cliënt toereikend is op kwantitatief en kwalitatief vlak. Want in de instellingen is het een telkens weer opduikend probleem dat de nodige tijd voor deze communicatie vaak ontbreekt.

4.4.4. Orde en wanorde, stabilisatie en verhouding tot sociale normen

Welnu, voor de meerderheid van de geneesheren is het belangrijkste evaluatiecriterium van de substitutiebehandelingen de stabilisatie, begrepen als het in de hand houden – door de geneesheer – van de hoeveelheid opiaten gebruikt door de cliënt, die tot stand komt en zich in stand houdt parallel aan een sociaal-relatieve stabilisatie die tot uiting komt door een betere aanpassing van de cliënt aan de sociale normen, met name in verband met tewerkstelling, familiale relaties en kortom van "normaal" sociaal gedrag. Is het zo legitiem van welzijn en gezondheid van de cliënt te assimileren met stabiliteit en het respecteren van sociale normen ? Dit is de centrale vraag van de problematiek van de drugafhankelijken en van de substitutiebehandelingen en het ligt aan de geneesheren om zich te positioneren ten aanzien van deze vraag.

4.5. De drugafhankelijken / de drugafhankelijkheid

Over het algemeen bevestigen alle geneesheren dat zij niet voldoende opgeleid werden voor de problematiek van de drugafhankelijkheden. Vandaar dat de grote meerderheid van de geneesheren het idee opperen dat zij begonnen zijn met zich in te laten met drugafhankelijken met een *"groot aantal clichés in hun hoofd"*. De meeste geneesheren beweren dat zij sterk geëvolueerd zijn in de wijze waarop zij het probleem waarnemen. Het meest gebruikelijk idee is dit van het mildereren van hun eisen : *"Aanvankelijk is men vrij strikt en nogal idealistisch, men denkt dat men met een beetje discipline en vertrouwen alles kan regelen. Maar nadien leert men om niet het goede voor de cliënt te willen in zijn plaats"*. Op het vlak van de

praktische organisatie van de behandelingen, zoals recent geïntroduceerd door het Koninklijk Besluit van 19 maart 2004, zijn de begeleiding en de opleiding van de geneesheren belangrijke thematieken. Maar de geneesheren zijn vrij weerspanning ten aanzien van het idee van regels in verband met opleiding. Het is aan de medische professie en niet aan de wetgever om dergelijke voorzieningen te organiseren. De meerderheid van de geneesheren benadrukt inderdaad het belang van de specificiteit van de zorgorganisatie voor druggebruikers in België, die zou toelaten om hen allemaal op te volgen binnen de huisartsgeneeskunde.

5. Besluiten en aanbevelingen

Tien jaar na de Consensusconferentie in Gent is het van belang om eerst en vooral de actuele situatie te situeren binnen de context van de doorlopen evolutie. **Vanuit dit standpunt bekeken is het eindresultaat van de praktijk van de substitutiebehandelingen in België positief.**

Inderdaad, het aanbod van zorg in dit verband is momenteel relatief belangrijk wegens de mogelijkheid van een volledige opvang van deze problematiek door de huisartsgeneeskunde, naast een eveneens belangrijk zorgaanbod op het niveau van instellingen. Dit zorgaanbod is niet alleen kwantitatief maar ook kwalitatief goed voorzien en gedifferentieerd – in die mate zelfs dat de gestandaardiseerde evaluatie-instrumenten in dit verband niet behoorlijk zijn kunnen aangepast worden aan de Belgische situatie. En, alhoewel dit belangrijk is beantwoordt het zorgaanbod, met zijn verschillende modaliteiten, blijkbaar aan de variëteit van bestaande vragen. Het blijkt inderdaad dat, zowel de praktijk bij de huisartsen als de praktijk in de instellingen, beide beantwoorden aan verschillende type cliënten of aan verschillende momenten van het traject van de cliënten, die niet het bevredigend antwoord zouden bekomen, op een welbepaald moment, via de andere opvangwijze. **Het blijkt dus van essentieel belang te zijn dat deze twee grote modaliteiten van opvang zouden kunnen blijven bestaan en zich verder kunnen ontwikkelen.**

Het is ook belangrijk te onderlijnen dat de geneesheren die aan ons onderzoek hebben geparticipeerd allen een hoge graad van verantwoordelijkheid betonen ten aanzien van het beheer van de behandelingen die zij afleveren : al de door ons ontmoette zorgverstrekkers hebben, vooral door contact met de gespecialiseerde sector en door lectuur, de nodige kennis verworven teneinde substitutiebehandelingen tot een goed einde te brengen ; zij hebben allemaal aandacht voor het voorkomen van eventuele misbruiken vanwege hun cliënten ; zij hebben zich allen zodanig georganiseerd dat zij dubbelzinnige situaties in hun relaties met cliënten kunnen vermijden ; de geneesheren met een privé-kabinet volgen slechts een beperkt aantal cliënten op en wensen er niet meer te begeleiden. Het is bijgevolg nogal duidelijk dat een aantal bezorgdheden die geuit werden voor de Consensusconferentie in verband met de depenalisatie van de substitutiebehandelingen die miskleunen en misbruiken zouden tot gevolg hebben, niet bewaarheid zijn geworden.

Bovendien is het de gewoonte in ons land om de regionale verschillen te benadrukken, terwijl ons onderzoek blijkbaar aangeeft dat wanneer er, op vlak van substitutiebehandelingen, een grote diversiteit van praktijken bestaat, deze geen verband houden met de verschillende regio's en ook niet met de verschillende medische zorgtrajecten (privé-kabinetten *versus* instellingen).

Uiteraard zijn deze vaststellingen eigen aan onze steekproef van zorgverstrekkers, en men kan zich voorstellen dat, indien er kwaadwillige geneesheren of slechte voorschrijvers bestaan, zij zich niet hebben bereid verklaard om mee te werken aan ons onderzoek. Nochtans hebben wij op geen enkel ogenblik horen spreken van dergelijke situaties, wat bewijst dat, indien zij bestaan, zij niettemin tot de uitzonderingen behoren. Vandaar dat, algemeen gesteld

en ondanks de relatieve lacune op juridisch gebied, die overheerste tot in 2002, de substitutiebehandelingen in België, zowel op vlak van hun organisatie en hun praktijken, zich op een bevredigende wijze hebben ingesteld en dat zij professioneel in de hand worden gehouden.

Het discours van de geneesheren die wij hebben ontmoet weerspiegelt eveneens de duidelijke evolutie in vergelijking met wat er in dit verband tien jaar geleden te horen viel binnen het medisch korps : een goot aantal clichés betreffende drugafhankelijken en drugafhankelijkheid zijn weggevallen – vooral wat betreft "*een natuurlijke neiging tot oneerlijkheid*", zoals een geneesheer het verwoordde -, alsook is het objectief van abstinentie als automatische voorbode voor eender welke toegang tot een diepgaande therapeutische demarche, op dit ogenblik niet meer de dominante positie.

Maar, indien we deze algemene context die positief uitvalt overschrijden, zijn er een aantal relatief belangrijke moeilijkheden te onderkennen. Bijvoorbeeld, in verband met de objectieven van de substitutiebehandelingen in het kader van de diversiteit van praktijken, hebben wij gezien dat, alhoewel het merendeel van de geneesheren abstinentie niet meer beschouwt als een onvermijdelijke voorafgaande fase voor een begeleiding, dit niet werd vervangen door een ander positief behandelingsobjectief. Dit heeft tot gevolg dat een nogal veralgemeende praktijk van de onderhoudsbehandeling –eerder omschreven door de geneesheren in termen van *stabilisatie* en de *normalisatie*–, gepercipieerd wordt als een objectief bij gebrek aan beter. In het statistisch gedeelte van de studie onderkennen wij inderdaad verschillende attitudes bij de geneesheren ten aanzien van nieuwe in vergelijking met oudere cliënten. Voor de "*nieuwe cliënten*" –in behandeling sinds minder dan 6 maanden–, blijft het objectief abstinentie zeer levendig en wordt vooropgesteld op relatief korte termijn, de geneesheren en de cliënten situeren zich gemakkelijk binnen een logica van regressieve afbouw en het therapeutisch kader is vrij strikt. We kunnen stellen dat voor deze cliënten, de therapeutische verwachting, begrepen als de mogelijkheid om alsnog een genezing te bekomen – begrepen als het stoppen met het gebruik van drugs – nog zeer hoog gespannen blijft.

Naarmate de duur van de behandeling toeneemt, des te meer verwijderd men zich van dit ideaal schema om een behandelingsplan te volgen dat zich richt op een vorm van onderhoudsbehandeling bij gebrek aan beter. Vandaar dat bij de "*cliënten die lang in behandeling zijn*" –sinds meer dan 24 maanden– het therapeutisch kader minder belangrijk is, abstinentie is geen objectief meer voor de behandeling en de te behandelen problematiek wordt eerder beschreven in termen van chronische pathologie die een begeleiding vergt in afwachting van een hypothetisch spontaan herstel – een verandering in het leven van de cliënt die hoogst onwaarschijnlijk is. In zekere zin is zodoende de therapeutische verwachting, steeds begrepen als het stoppen met het gebruik van drugs, duidelijk veel minder uitgesproken.

In het ene en het andere geval blijft het idealiter te bereiken objectief de abstinentie, zelfs al is dit in het laatste geval blijkbaar onmogelijk te bereiken – vandaar dat de onderhoudsbehandeling beschouwd wordt als een objectief bij gebrek aan beter. Het feit dat de grote meerderheid van de geneesheren aanneemt dat de problematiek van drugafhankelijkheden zijn oorsprong vindt in eerder psychologische en / of sociale aspecten van de levensloop van de cliënten en dat het tot uiting komend afhankelijkheidssyndroom waarschijnlijk een symptoom is van een meer dieperliggende kwaal, heeft daarom blijkbaar niet tot gevolg gehad dat de te behandelen problematiek op een andere manier begrepen werd, en wat aanleiding zou geven tot gewijzigde behandelingsobjectieven en praktijken.

Een doorslaggevende verklaring van deze situatie vloeit waarschijnlijk voort uit **de organisatie van de opleiding van de geneesheren** in verband met afhankelijkheidsproblemen en meer algemeen gesteld ten aanzien van de psychologische en / of sociale dimensies van bepaalde pathologieën, waarvan de drugafhankelijkheden een duidelijk voorbeeld zijn. Het is nochtans belangrijk te onderlijnen dat, hoe ontoereikend ook de opleiding van de geneesheren soms mag lijken op het vlak van de psychosociale implicaties van de problemen van drugafhankelijkheid dat er ook een gebrek aan duidelijkheid is te noteren in het discours van de vertegenwoordigers van de gespecialiseerde drughulpverleningssector ten aanzien van dezelfde implicaties.

1. Verbeteren van de universitaire opleiding van geneesheren in verband met afhankelijkheden

De wet van 22 augustus 2002 aangevuld met het Koninklijk Besluit van 19 maart 2004 dringt in het bijzonder aan op de vorming van de geneesheren. Inderdaad, elke geneesheer die substitutiebehandelingen voorschrijft moet een erkende huisarts zijn of een geneesheer-specialist *"die, tijdens of na zijn opleiding, specifiek werd opgeleid voor de behandeling van patiënten drugsgebruikers en de instelling van een behandeling met vervangingsmiddelen of die, op het moment van de inwerkingtreding van dit besluit, expertise heeft op dit vlak ; onder specifieke opleiding [...], verstaat men een opleiding met dat doel georganiseerd (gezamenlijk) door wetenschappelijke organisaties van huisartsen, van geneesheer-specialisten, door een centrum voor opvang van toxicomanen, door een netwerk voor de opvang van drugsgebruikers of door een gespecialiseerd centrum. Onder expertise verstaat men specifieke en continue opleiding, kennis van de farmacologie, wetenschappelijke publicaties en ervaring in behandelingen met vervangingsmiddelen. [...] Elke arts die behandelingen met vervangingsmiddelen verstrekt, moet het bewijs kunnen leveren dat hij een continue opleiding volgt, artikels leest in verband met deze materie en deelneemt aan activiteiten van een centrum van een netwerk voor opvang van drugsgebruikers of van een gespecialiseerd centrum"*².

Uit ons onderzoek blijkt dat de geneesheren die momenteel substitutiebehandelingen verstrekken, zonder twijfel, voldoen aan de wettelijke vereisten. Wat de praktijk betreft van deze behandelingen door huisartsen blijkt tegelijk ook dat deze geneesheren niet het etiket wensen te bekomen van "gespecialiseerd" te zijn in drugafhankelijkheden en het aantal dergelijke cliënten wensen beperkt te houden – wat eveneens coherent is ten aanzien van de kwaliteit van de zorgen. Het is bijgevolg hoogst waarschijnlijk dat de geneesheren die zich richten op een huisartsgeneeskunde met een privé-kabinet, zullen weigeren om hun tijd te investeren in complexe vormen van opleiding ten aanzien van drugafhankelijkheden met het vooruitzicht om één, twee of maximaal drie cliënten te volgen. **Er bestaat dus een risico, in deze gegeven situatie, dat het zorgaanbod in de huisartsgeneeskunde in de toekomst zal afnemen.**

Het blijkt tegelijk dat de basisopleiding van de geneesheren, die kadert in de universitaire opleiding, duidelijk ontoereikend tot onbestaande is, wanneer het gaat over drugafhankelijkheden. **Het is blijkbaar noodzakelijk dat deze pathologie, die binnen de huidige samenleving vaak voorkomt, meer aandacht zou bekomen binnen het universitair opleidingscurriculum voor geneesheren, zodat elke huisarts die de universiteit verlaat, in staat zou zijn om substitutiebehandelingen te verstrekken zonder bijkomende of gespecialiseerde vorming.**

² FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU, *Op. Cit.*, Art. 2§1, pp. 35 927-35 928

2. Beter sensibiliseren van de geneesheren ten aanzien van de psychologische en sociale dimensies van de problematiek van de drugafhankelijkheden

De opleidingsvereisten voor geneesheren betreft niet alleen de kennis van de problematiek van de afhankelijkheden, van de medische behandelingsmethoden, van de symptomatologie en / of de farmacologie van de substitutiebehandelingen. We hebben in dit onderzoek het belang van de psychologische en sociale dimensies van de problematiek van de afhankelijkheden onderkend, alsook de moeilijkheden dat deze aspecten betekenen voor de geneesheren. Enerzijds blijken de geneesheren vrij weinig gesensibiliseerd voor het op het spoor komen van vragen van psychosociale aard bij hun cliënten. Anderzijds blijken zij de specificiteiten van de toe te passen interventies op dit terrein onvoldoende te kennen, alhoewel zij wel het belang ervan inzien bij de afhankelijkheidsproblemen. Dit aspect raakt aan het veel ruimer probleem van de terughoudendheid ten aanzien van de psychosociale dimensies van de symptomen, syndromen of pathologieën die vaak voorkomen in de huisartsgeneeskunde (slaapproblemen, depressie, zenuwpijnen en andere pijnen van psychosomatische aard, etc.).

Vandaar dat het duidelijk blijkt dat het van fundamenteel belang is om **eveneens een groter belang te hechten aan deze psychosociale dimensies in het kader van de universitaire basisopleiding van de geneesheren**. Het gaat uiteraard niet over het feit dat alle geneesheren tot psychotherapeuten zouden moeten worden omgevormd, maar hen eerder **een basisopleiding in medische psychologie** te bieden, dan wel in psychiatrische pathologieën (arts-patiënt relatie, relatie geneesheer-familie, motivatiebevordering, leren luisteren en het psychologisch gesprek bij lijden, trauma en stress, ...)

Bovendien is het noodzakelijk dat het huidig aanbod voor permanente vorming, in de schoot van het medisch corps (Postacademische vorming, Balintgroepen...) aandacht heeft voor aspecten van de relatie tussen geneeskunde en de psychosociale dimensies van bepaalde pathologieën, en uiteraard in verband met drugafhankelijkheden waarbij deze dimensies overheersen. Het gaat er om de rol van de geneesheer en van de geneeskunde ten aanzien van deze problemen te verduidelijken, en beter vat te krijgen op de mogelijke verbanden tussen de geneesheer en andere zorgverstrekkers in het kader van de substitutiebehandelingen.

Het lijkt ons belangrijk om te benadrukken dat de meerderheid van de geneesheren weerbarstig zijn ten aanzien van het idee van een specifieke wetgeving op het vlak van de opvang van drugafhankelijken : indien men aanneemt dat druggebruikers zouden kunnen in begeleiding genomen worden in de huisartsgeneeskunde zoals elke andere pathologie, dan is het niet coherent om voor hen een bijzondere wetgeving te voorzien, eerder dan zich te beroepen op de traditionele medische instanties (universiteiten, wetenschappelijke verenigingen voor huisartsen, Platformen voor Geestelijke gezondheidszorg, de Orde der Geneesheren op provinciaal en nationaal vlak...), **dat het er bijgevolg op neer komt om uit te nodigen tot reflectie, zodat zij werken aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg op dit gebied**.

Teneinde de huisartsen meer aandacht te laten hebben voor de psychologische en sociale dimensies van bepaalde pathologieën, **is het wenselijk dat het RIZIV gesprekken, voor een oppuntstelling, uitgevoerd door huisartsen, die veel tijd in beslag nemen, als prestatie zouden erkend worden** (zoals dit het geval is bij psychiaters).

Première partie

Introduction générale

1. Introduction

La politique fédérale belge en matière de drogues a connu un certain nombre de bouleversements depuis 1995. La problématique des drogues a beaucoup évolué au cours de cette période, ainsi que le contexte international. Un travail d'adaptation et d'harmonisation des politiques en matières de drogues a été entrepris. Le gouvernement fédéral a été soucieux, dans ce contexte, de commanditer un certain nombre de recherches scientifiques en appui des décisions à prendre dans le cadre de cette problématique complexe. C'est notamment à la suite de la *Note de Politique Fédérale en matière de drogues* – dite "Note Aelvoet" (Bruxelles, 2001)– que le Service Public fédéral de Programmation Politique Scientifique a mis en place un premier programme de recherches en appui des décisions politiques à prendre.

La présente publication est issue de ce programme, et porte sur une évaluation de l'organisation et de la pratique des traitements de substitution pour patients toxicomanes aux opiacés en Belgique.

Cette recherche a été confiée à deux équipes universitaires : d'une part, au Laboratoire de Psychologie Médicale, d'Alcoologie et d'étude des Toxicomanies de l'Université Libre de Bruxelles (dirigé par le Pr. Isidore Pelc), d'autre part à l'*Afstudeerrichting Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg* de la Katholieke Universiteit Leuven (dirigé par le Pr. Joris Casselman). Elle s'est déroulée en deux phases : la première d'août 2002 à septembre 2003, la seconde d'octobre 2003 à octobre 2004. Comme nous le détaillerons ci-après, la première phase a été consacrée à l'examen de la faisabilité de l'utilisation d'outils classiques pour l'évaluation de ce type de traitements. Nous avons été contraints de conclure à l'impossibilité de cette utilisation. La deuxième phase a alors été consacrée à l'élaboration d'un dispositif adapté au contexte spécifique de la Belgique. Au passage, la recherche aura mis à jour un certain nombre de questions importantes en matière d'évaluation de traitements se situant à la frontière des domaines psychologique, social et médical.

2. Contexte de la recherche

2.1. Petit historique des traitements de substitution en Belgique

Le traitement de substitution, schématiquement décrit, constitue une technique de soins aux personnes dépendantes de la consommation de substances dites addictives, où l'on remplace la substance impliquée dans le lien de dépendance, par une autre qui soit présente des avantages médicaux, soit limite les risques engendrés par la consommation de la première substance, soit encore permet au médecin d'avoir une meilleure maîtrise de la situation en vue de permettre d'autres actes de soins. Même en ce qui concerne les dépendances aux opiacés, l'idée est loin d'être neuve, puisque parmi d'autres indications, l'héroïne fut commercialisée, à la fin du XIX^{ème} siècle, comme produit de substitution pour sevrer les morphinomanes³.

La méthadone est aujourd'hui le produit le plus utilisé dans le cadre des traitements de substitution pour dépendants aux opiacés en Belgique comme dans la plupart des autres pays où ces traitements se pratiquent. La méthadone est un opiacé synthétique mis au point par des chimistes allemands à la fin des années 1930, dans le cadre de recherches militaires visant la

³ ROSENZWEIG M. ; *Les drogues dans l'histoire, entre remède et poison, Archéologie d'un savoir oublié*, De Boeck & Belin, "Comprendre", Bruxelles, 1998, p. 139

production d'analgésiques plus puissants et surtout moins coûteux que la morphine, en préparation de la II^{ème} Guerre Mondiale. Elle ne sera cependant pas utilisée dans ce contexte, le produit ne passant pas le cap des essais cliniques. A la fin de la guerre, tous les brevets de recherche allemands tombent aux mains des alliés, et celui de la méthadone devient possession américaine. Elle restera très peu utilisée jusqu'au moment où Dole et Nyswander, en 1964, la redécouvrent dans la littérature scientifique et en font un produit de substitution pour le traitement des héroïnomanes⁴.

En Europe Occidentale, et donc en Belgique, ce que l'on a appelé le *phénomène-drogue* dans les sociétés modernes contemporaines européennes se cristallise et devient visible à la fin des années 1960. Il devient ainsi, peu à peu, une question pour les pouvoirs publics. C'est ainsi qu'à partir des années 1970, la plupart des pays européens légifèrent en la matière : loi de 1970 en France, *Opium Act* au Royaume-Uni en 1971, loi de 1973 au Luxembourg, loi sur l'Opium aux Pays-Bas en 1976, loi irlandaise de 1977⁵... La Belgique ne fait pas exception, puisque la loi du 24 février 1921 "*concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques*" est profondément modifiée le 9 juillet 1975. Ces législations relèvent toutes du droit pénal, et sont relativement similaires dans leurs ressorts. Elles s'inscrivent dans une logique répressive encadrée par des conventions internationales orientées en ce sens : Convention Unique sur les stupéfiants des Nations-Unies en 1961, et Convention sur les substances psychotropes des Nations-Unies en 1971.

Au cours de la même période, quelques médecins belges, informés des développements des traitements de substitution à la méthadone aux Etats-Unis, entament des prises en charge expérimentales de patients toxicomanes avec cette technique. A cette époque où les toxicomanies constituent un phénomène émergent et passablement méconnu, où le législateur s'aligne sur les politiques répressives qui se mettent en place à l'échelle internationale, et où les soignants, encore peu nombreux, ont presque exclusivement le sevrage et l'abstinence comme réponses au problème, les traitements de substitution soulèvent de vives polémiques. La loi de 1921 interdisant "*la fabrication, la détention, la vente, l'offre en vente, la délivrance ou l'acquisition à titre onéreux ou à titre gratuit de substances stupéfiantes, sans autorisation du Ministère compétent*", une application stricte de celle-ci en interdit la pratique.

Les années 1980 sont le théâtre d'une bataille administrativo-juridique, surtout au sein du corps médical, entre les partisans, de plus en plus nombreux, de la pratique des traitements de substitution, et les opposants qui s'appuient sur la législation en vigueur. Surtout qu'au cours de la même période, le monde découvre le virus du SIDA, de nouvelles approches en matière de toxicomanies, telles que les techniques de réduction des risques (*Harm Reduction*) voient le jour, et que les traitements de substitution sont une manière concrète de limiter le recours aux injections, principal moteur de l'épidémie auprès de ce public. Par ses implications éthiques, certains épisodes de cette bataille ne sont pas sans rappeler le combat mené pendant des décennies pour obtenir la légalisation des interruptions volontaires de grossesse. Cette période de conflits aboutit finalement à une solution de compromis, une Conférence de Consensus, qui est organisée en 1994 à Gand. La Justice cesse alors d'appliquer la loi lorsqu'il s'agit de traitements de substitution, et s'en remet aux autorités médicales qui appliquent les recommandations de la Conférence de Consensus. C'est dans cette période de tolérance juridique que se développe la pratique de ces traitements à grande

⁴ *Ibid.*, pp. 152-153

⁵ DECOURRIÈRE A. ; *Les drogues dans l'Union Européenne, le Droit en question*, Bruylant, Bruxelles, 1996, pp. 211 et sq.

échelle, avec d'indéniables succès en termes de Santé Publique. Concrètement, à partir de ce moment, tout médecin qui se conforme aux recommandations de la Conférence de Consensus peut prendre en charge des patients toxicomanes par les traitements de substitution. En 1995, le Gouvernement fédéral adopte son "*Programme d'Action Toxicomanie-Drogue*" (aussi connu sous l'appellation de "*programme en 10 points*"), où il préconise la création de centres de soins dits "à bas seuil", appelés "*Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues*" (MASS), dans lesquelles la pratique des traitements de substitution est soulignée comme une méthode privilégiée.

Enfin, en 2002, une loi modifiant la loi de 1921 reconnaît légalement la pratique de ces traitements.

Ce contexte historique et juridique explique que la Belgique ait été un terrain de prédilection pour le développement d'une multitude d'approches différentes, puisque l'on retrouve, parmi les acteurs de soins pratiquant ces traitements en ambulatoire :

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

2.2. Vers une évaluation des traitements de substitution en Belgique

Les traitements de substitution, en tant que technique médicale, et les produits de substitution en tant que médicaments, ont évidemment déjà fait l'objet d'une grand nombre de recherches à caractère évaluatif. Lors de la Conférence de Consensus de Gand –et du suivi des travaux de cette Conférence par le Conseil Supérieur d'Hygiène, qui a publié son rapport en novembre 2000–, l'intérêt médical des traitements de substitution à la méthadone a ainsi été acté en ce qui concerne : la réduction de la consommation de drogues et de la pratique d'injection, l'amélioration de la "compliance" thérapeutique, l'amélioration des aptitudes socio-professionnelles et la une réduction des activités délinquantes⁶.

Cependant, l'évaluation que nous avons mené au cours de cette recherche est d'un autre ordre : elle concerne l'intérêt stratégique des traitements de substitution en tant que processus organisationnel parmi l'offre de soins aux personnes toxicomanes. Concrètement, cela signifie de s'interroger sur le profil des patients qui accèdent à ces traitements, dans les différents types de cabinets ou d'institutions où ils sont dispensés, sur ce qu'ils en attendent et ce qu'ils en obtiennent, sur le sens que les praticiens donnent à leur pratique et comment elle s'insère, de manière homogène ou hétérogène, à l'ensemble des dispositifs qui ont pour vocation d'offrir de l'assistance aux personnes toxicomanes. En ce sens, cette recherche se situe directement dans le prolongement de la recherche-évaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues également sous l'égide de la Politique Scientifique Fédérale et à laquelle nos équipes universitaires ont collaboré⁷.

⁶ CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE ; *Conférence de Consensus, traitements de substitution à la méthadone*, 8 octobre 1994, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 1994

http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Francais/Brochures/conference_consensus_methadone.html ; 15/10/2004

⁷ PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., MACQUET C., NOIRFALISE A. & al. ; *Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues, Rapport de synthèse global*, SSTC, Bruxelles, 2001

Au cours de la première phase de cette recherche, qui s'est déroulée entre août 2002 et septembre 2003, les équipes de recherche ont tenté de mettre en application un dispositif d'évaluation des traitements de substitution basé sur des instruments d'évaluation validés dans la littérature scientifique et reconnus internationalement. On citera principalement l'utilisation des questionnaires *Addiction Severity Index (ASI)* et *Qualité de Vie Subjective (QUAVISUB)*. Il est cependant apparu que ce dispositif n'était pas adapté aux conditions organisationnelles du secteur qui pratique les traitements de substitution en Belgique. Les éléments principaux qui ont fait obstacle à ce dispositif ont été :

- L'indisponibilité des acteurs de terrain pour des activités de recherche extérieures sans compensation pour ce supplément de charge de travail ;
- La non-adaptation des questionnaires utilisés aux conditions de passation réelles (temps de passation incompatible avec le temps de consultation, par exemple) ;
- La grande diversité des objectifs et des pratiques en matière de traitements de substitution qui ne peut pas être prise en compte par ces outils.

On remarquera, en outre, que ces outils ont une vocation à évaluer l'état du problème de toxicomanie du patient et l'évolution de sa qualité de vie, mais qu'ils sont insuffisants pour apporter des réponses aux questions sur la place des traitements de substitution parmi l'offre de soins aux toxicomanes. C'est pourquoi, au cours de la deuxième phase, qui s'est déroulée entre octobre 2003 et octobre 2004, un nouveau dispositif d'évaluation a été élaboré et mis en oeuvre. D'un point de vue technique, il a été prévu de dédommager financièrement les partenaires de terrain participant à la recherche.

En ce qui concerne l'évaluation du déroulement des traitements, un nouveau questionnaire a été construit, tenant compte des apports de l'utilisation préalable de l'*ASI* et du *Quavisub* au cours de la première phase. Ce nouveau questionnaire a été intitulé *Substitution, Expectations, Qualité de Vie (SEQ)*. Il a été utilisé au cours de deux passations, en Wallonie, à Bruxelles et en Flandre auprès de 424 sujets en traitement chez plus de 50 médecins. Le questionnaire *SEQ* les résultats de son utilisation sont présentés dans la deuxième partie de cet ouvrage.

En ce qui concerne l'appréhension de la diversité des objectifs et des pratiques en matière de traitements de substitution, il a été décidé d'approfondir les démarches de rencontre avec les praticiens, soit par voie d'interviews, soit par voie de *Focus Groups*. Nous avons ainsi rencontré une cinquantaine de médecins partenaires de notre recherche, dans divers lieux d'intervention, et leur avons posé des questions sur la manière dont ils conçoivent les traitements de substitution et leur rôle vis-à-vis des toxicomanies. Les résultats de ce travail sont présentés dans la troisième partie de cet ouvrage. Enfin, comme il est de coutume dans les recherches d'appui à la décision politique, nous présentons dans la quatrième partie de cet ouvrage les conclusions et recommandations formulées aux autorités compétentes à partir des résultats de la recherche.

NICAISE P., FROM L., & PELC I. ; *Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues, Rapport de synthèse local Mons – Charleroi*, SSTC, Bruxelles, 2001

CASSELMAN J. & MEUWISSEN K. ; *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvang Centra voor druggebruikers, Deelrapport Antwerpen – Genk / Limburg*, DWTC, Brussel, 2001

DE RUYVER B. & BULLENS F. ; *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvang Centra voor druggebruikers, Deelrapport Gent - Oostende*, DWTC, Brussel, 2001

Deuxième partie

**Etude quantitative du
déroulement des traitements
de substitution en Belgique**

1. Introduction

Le protocole de recherche de la deuxième phase contenait deux grands volets, l'un quantitatif, l'autre qualitatif. En ce qui concerne le volet quantitatif, l'utilisation d'un questionnaire propre à cette recherche, le "*Substitution, Expectations, Qualité de Vie*" (SEQ), issu des résultats de la première phase, était prévu en deux passations, l'une se déroulant en janvier-février 2004, l'autre en juin-juillet 2004.

L'objectif général de cette étude est d'aborder et d'explicitier la diversité des pratiques en matière de traitements de substitution. Il est probable qu'une telle diversité existe à différents niveaux :

- a. *Entre régions* : des habitudes thérapeutiques différentes peuvent exister en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles. Par exemple, comme nous le verrons, il existe un usage plus répandu de la méthadone en sirop en Flandre ;
- b. *Entre catégories de médecins* : les objectifs d'une MASS ne sont pas ceux d'un médecin en cabinet privé. Par exemple, comme nous le verrons, les médecins des MASS semblent prendre en charge davantage de nouveaux patients alors que les médecins exerçant en privé semblent s'adresser à une patientèle plus ancienne ;
- c. *Entre institutions ou praticiens* : chaque institution a son histoire et sa culture propre. Par exemple, ce qui est vrai pour la MASS de Charleroi ne l'est pas forcément pour la MASS de Bruxelles. Chaque praticien a aussi son parcours personnel. Ainsi, chaque médecin développe son propre style de pratique ;
- d. *Entre patients* : un patient en début de traitement n'aura pas forcément le même type de suivi qu'un patient connu de longue date. Comme nous le verrons, le premier est suivi plus régulièrement, et la délivrance du produit de substitution peut être plus contrôlée. Ainsi, on constate qu'un certain nombre de variables ne sont corrélées à aucune autre. Ce sont probablement des variables liés aux individus. Par exemple, la dose de méthadone prescrite est indépendante de toutes les autres variables.

Les méthodes statistiques ont pour but une tentative d'objectivation des réponses. Elles permettent de mettre en évidence, non seulement des différences de distribution ou de moyenne, mais surtout des différences de dispersion — importance des écarts à la moyenne.

Les méthodes statistiques ont cependant des limites. D'abord, **elles n'infèrent en rien des liens de causalité lorsqu'un test est significatif**. Par exemple, le fait que l'abstinence soit statistiquement liée à la qualité de vie ne veut pas forcément dire que le fait d'être abstinent améliore la qualité de vie, ou qu'à l'inverse une bonne qualité de vie aide le fait d'être abstinent. Les deux variables peuvent même ne pas être liées entre elles (occurrence statistique indépendante). **Seule la connaissance du chercheur quant à l'objet de sa recherche et l'interprétation qu'il en donne en fonction de son expérience autorisent, dans la discussion des résultats, de telles affirmations**. C'est pourquoi il est crucial de coupler, dans de tels domaines, une analyse statistique à une récolte d'informations qualitatives.

Par ailleurs, le fait de dire qu'un phénomène est lié à un groupe de patients (par exemple : qualité de vie chez les abstinentes), ne veut pas dire qu'on n'observe jamais ce phénomène dans d'autres groupes (qualité de vie chez les non-abstinentes). Des études plus approfondies pourraient plus tard se pencher sur les caractéristiques d'autres sous-groupes.

1.1. Hypothèses

Le présent travail part de la définition légale des traitements de substitution (Loi du 22 Août 2002) et des recommandations de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution à la méthadone (Gand 1994) et de son suivi (Bruxelles 2000). Le texte de la loi inscrit les traitements de substitution "*dans le cadre d'une thérapie, [visant] à améliorer sa santé et sa qualité de vie [du patient], et à obtenir si possible le sevrage du patient*"⁸.

Pour sa part, la Conférence de Consensus de 1994 ainsi son suivi par le Conseil Supérieur d'Hygiène (2000) déterminent :

- a. *Des effets attendus du traitement* : réduction de la consommation d'héroïne, du recours aux injections, de la mortalité, des contaminations virales ainsi que les activités délinquantes liées à la toxicomanie. Il est également attendu une amélioration de l'état général ainsi que des aptitudes socio-professionnelles du patient ;
- b. *Des indications* : dépendance aux opiacés étayée par des examens cliniques complémentaires (dosages urinaires), chez des patients majeurs dépendants depuis plus d'un an avec échec de sevrages spontanés ;
- c. *Produits reconnus* : la méthadone et la buprénorphine ;
- d. *Des modalités de traitement* : doses conseillées, forme orale adéquate, prise contrôlée en début de traitement. L'absorption occasionnelle d'héroïne ne peut constituer en soi une raison d'arrêt du traitement ;
- e. *Du cadre thérapeutique* : accessibilité accrue (notamment possibilité de prescription par les généralistes), nécessité d'un soutien psychosocial, formation nécessaire des prescripteurs, évitement de la pratique isolée, enregistrement des traitements.

1.2. Objectifs

Les objectifs du volet quantitatif de la recherche sont :

- a. d'objectiver statistiquement les observations concernant la diversité des pratiques de prise en charge mises en évidence qualitativement au cours de la première phase ;
- b. de mettre à jour les objectifs particuliers des traitements, tant pour chaque médecin que pour chaque patient de notre échantillon, ainsi que les convergences entre ces deux catégories d'acteurs ;
- c. de tenter de dégager des indicateurs de Qualité de Vie, de santé, de "distance" à l'abstinence ;
- d. de mettre en évidence d'autres indicateurs significatifs du déroulement des prises en charge ;
- e. d'éprouver les recommandations de la Conférence de Consensus à l'aulne des pratiques dans notre échantillon ;
- f. d'établir les variables sensibles à des changements évolutifs rapides, en particulier chez les nouveaux patients, par un test-retest à quelques mois d'intervalle.

En revanche, cette étude n'a pas pour objet d'évaluer l'efficacité des divers modes de prise en charge, ni des traitements de substitution dans leur ensemble.

⁸ Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques (22/08/2002), Moniteur Belge, Bruxelles, 01/10/2002

2. Présentation du questionnaire SEQ

Le questionnaire *SEQ* (*Substitution, Expectations, Qualité de Vie*) a été élaboré pour les besoins spécifiques de cette recherche, à partir de divers instruments reconnus dans la littérature scientifique internationale, et qui ont été éprouvés lors de la première phase de cette recherche. Ce questionnaire se compose de deux parties. La première, que nous désignons "Questionnaire Patient", est destinée aux patients en traitement de substitution chez les médecins partenaires. La seconde, que nous désignons "Fiche Technique", est destinée au médecin prescripteur du traitement de substitution.

2.1. Le "Questionnaire Patient"

Le "Questionnaire Patient" se présente comme suit :

Code Anonyme :

Date passation :

Première passation Seconde passation

Questionnaire SEQ

I- Vos attentes

Pour le moment vous recevez un traitement de substitution (Méthadone, Subutex, Temgésic...)

1- Qu'attendez-vous de ce produit ?

2- Qu'attendez-vous de cette prise en charge ?

3- Qu'attendez-vous plus particulièrement de votre médecin ?

4- Voici une série de raisons pour lesquelles certains suivent des traitements de substitution :

Par proposition choisissez la case qui vous convient le mieux, depuis "tout à fait vrai" jusqu'à "tout à fait faux".	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Ni vrai, ni faux	Plutôt faux	Tout à fait faux
Si la proposition ne vous concerne pas, choisissez "tout à fait faux"					
J'attends de ce traitement					
De cesser totalement de consommer des drogues					
De retrouver la maîtrise de ma consommation					
De sortir du « milieu » tox					
De m'aider à trouver un travail satisfaisant					
De ne plus dépendre matériellement autant de mes proches					
De m'aider à être plus disponible pour des activités					
De ne plus devoir dealer, me prostituer ou voler pour pouvoir acheter ma drogue					
Ne plus être tout le temps dans la débrouille					
De m'éviter d'aller (ou de retourner) en prison					
De m'éviter d'autres ennuis avec la Justice ou la police					
D'avoir moins le cafard					
D'avoir une meilleure image de moi-même					

De ne plus être aussi angoissé, anxieux					
D'être capable de réaliser mes projets					
De devenir plus actif					

5- Selon vous, de manière générale, dans un programme de substitution, quelle est l'importance des différents éléments du traitement ?

	Très important	Assez important	Moyennement	Peu important	Pas important
la relation humaine avec les soignants					
Les règles de prise en charge					
les analyses d'urine					
la méthadone en tant que médicament					
la psychothérapie					
l'aide d'une assistance sociale					
autre					

II- Votre traitement actuel et votre passé

6- Pour le moment vous recevez comme traitement :

	Depuis combien de mois ?	Dose quotidienne en mg	Forme (sirop, comprimés, gommés...)
Méthadone			
Subutex			
Temgesic			
Autres :...			

7-Prenez-vous d'autres médicaments pour le moment

	Depuis combien de mois ?	Dose quotidienne en mg	Nom du médic.
Contre la douleur			
Codéine			
Pour dormir			
Contre les			

angoisses			
Contre la dépression			
Autres :...			

8- Est-ce votre premier traitement de substitution ?

Oui Non

Si non :

- Nombre de traitements antérieurs
- Age du premier usage de produit de substitution
- Durée écoulée depuis le dernier traitement de substitution (en mois)

9- Les opiacés et autres substances

- Age du tout premier contact avec un opiacé
- Age où vous vous êtes rendu compte que vous étiez dépendant aux opiacés
- Age lors de la première demande d'aide
- Age actuel
- Genre : masculin féminin

10- Prenez-vous encore, même occasionnellement, de l'héroïne ?

Oui Non

Si oui :

- Comment ?

Fumette Sniff Shoot

- Avec qui ?

Seul En couple En groupe

- Dans quel contexte ? Pour me délasser

Quand je me sens mal Autre

11- Ces derniers temps, à quelle fréquence avez-vous consommé les substances suivantes ou réalisé les activités suivantes

Substances	Tous les jours	1x semaine	1x mois	moins 1x mois	Jamais
Café ou thé					
Tabac					
Alcool (bière, vin, spiritueux)					
Chocolat					
Cannabis					
Amphétamines					
Ecstasy, XTC					
Héroïne					
Cocaïne					
LSD, Champignons					

Médicaments

Contre la douleur					
Codéine					
Pour dormir					
Contre les angoisses					
Contre la dépression					
Méthadone					
Subutex					
Temgésic					
Autre : précisez					

Activités

Jouer aux cartes					
Jouer pour de l'argent					
Jeux vidéo					
Fringales d'achats					
Lèche vitrine					

12- Comment vous sentez-vous lorsque vous utilisez ces substances ou réalisez les activités suivantes :

Pour ce faire, vous allez utiliser les 7 petits visages dessinés ci-dessous, qui vont du plus souriant au plus triste. Cochez la case qui correspond le mieux à votre idée.

Si vous ne prenez pas ou n'avez jamais pris ce produit ne cochez rien



Substances

	7	6	5	4	3	2	1
Café ou thé							
Tabac							
Alcool (bière, vin, spiritueux)							
Chocolat							
Cannabis							
Amphétamines							
Ecstasy, XTC							
Héroïne							
Cocaïne							
LSD, Champignons							

Médicaments

Contre la douleur					
Codéine					
Pour dormir					
Contre les angoisses					
Contre la dépression					
Méthadone					
Subutex					
Temgésic					
Autre : précisez					

Activités

Jouer aux cartes					
Jouer pour de l'argent					
Jeux vidéo					
Fringales d'achats					
Lèche vitrine					

III- Qualité de vie

13- Vous trouverez, ci-après, 20 situations. Vous allez devoir estimer votre SATISFACTION actuelle face à ces situations.

Pour ce faire, vous allez utiliser les 7 petits visages dessinés ci-dessous, qui vont du plus souriant au plus triste. Cochez la case qui correspond le mieux à votre idée.



	7	6	5	4	3	2	1
-l'endroit où vous logez							
-votre situation financière							
-votre alimentation							
-les vêtements que vous portez							
-votre apparence physique							
-votre santé							
-votre vie sentimentale							
-vos rapports avec votre famille							
-vos amis (ou le fait de ne pas avoir d'amis)							
-ceux avec qui vous cohabitez (ou le fait de ne pas avoir de cohabitants)							
-la façon dont vous vous entendez avec les autres							
-votre temps libre							
-vos sorties pour vous divertir							
-votre quartier							
-les services et commodités de votre quartier							
-votre activité principale (travail, études, ménage)							
-les libertés dont vous							

jouissez actuellement										
-la confiance que vous avez en vous même										
-la façon dont les autres vous considèrent										
-votre vie en général										

© Baker & Intagliata 1982 & © Corten & Mercier 1989

14- Nous allons vous demander maintenant d'estimer différentes situations

Vous allez inscrire une croix sur la ligne entre 100 (le meilleur imaginable) et 1 (le pire imaginable)

Exemple :

100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	1
<i>Le meilleur imaginable</i>					<i>Le pire imaginable</i>					

Comment voyez-vous ?

Votre vie matérielle :

100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	1
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

Votre vie relationnelle :

100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	1
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

Votre vie sociale :

100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	1
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

Votre santé :

100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	1
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

Votre vie actuelle en général :

100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	1
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

Votre situation il y a un an :

100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	1
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

Comment imaginez-vous votre situation dans un an ?

100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	1
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

Le meilleur auquel vous croyez pouvoir encore aspirer :

100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	1
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

Le SEQ est ainsi composé de 3 parties :

- La première concerne les attentes du patient, tant de manière générale qu'au niveau de l'importance accordée aux différents éléments du dispositif thérapeutique — cotation sur deux échelles allant de 5 (très important) à 1 (pas important du tout) ;
- La deuxième porte sur le traitement (produits, médicaments, forme, dosage) ainsi que les habitudes d'usage de drogues (prise d'héroïne : quand, comment, avec qui ?), prise de substances socialisées ou non, comportements liés aux addictions (fréquence en 5 catégories) et satisfaction (7 petits visages allant du plus souriant =7 au plus triste =1) ;
- Enfin, la troisième porte sur la Qualité de Vie, évaluée par deux échelles validées internationalement : d'une part le SLDS (*Satisfaction with Life Domains Scale* de Baker & Intigliata modifié par Corten & Mercier) qui mesure la Qualité de Vie actuelle à partir de 7 petits visages allant du plus souriant au plus triste, et d'autre part la LLS (*Life Ladder Scale* de Cantril & Campbell) qui mesure la qualité de vie dans une perspective diachronique (passé, présent, futur) sur une échelle allant de 1 (le pire imaginable) à 100 (le meilleur imaginable).

2.2. La "Fiche Technique"

La "Fiche Technique", destinée au médecin praticien du traitement de substitution, se présente comme suit :

Centre :N° identification patient :

Date de passation :

Première passation

Deuxième passation

Autopassation

Autopassation assistée

Interview

Fiche technique 2 - S.E.Q.

1- Traitement actuel

	Nom du produit	Dose par jour en mg	Forme
Traitement de substitution			
Autres traitements...			

2- Date du premier contact avec le patient :

3- Date du début du traitement de substitution (même si ce n'est pas vous qui l'avez initié)

4- Fréquence des rendez-vous :

-Quotidien ±Hebdomadaire ±Tous les quinze jours ± Toutes les 3 semaines

±Tous les mois Plus espacé

-A la demande Planifié Autre :.....

5- Vient-il (elle) régulièrement ? Oui ± Oui ± Non Non

6- Respecte-t-il les règles de prise en charge ? Oui ± Oui ± Non Non

7- Prise du médicament :

En cabinet Dans l'institution Chez le pharmacien Gestion autonome

8- Pour quelle durée de traitement avez-vous fait la dernière prescription :

9- Plan :

- Abstinence par dose dégressive
- Substitution stricto sensu (2 à 5 ans)
- Maintenance illimitée
- Autre :

10- Quelle importance les objectifs suivants ont-ils pour vous dans la prise en charge de ce patient. ?

Suivant l'importance de l'item, cochez une croix entre très important et pas important du tout	Très important	5	4	3	2	1	Pas important du tout
▪ Parvenir à l'abstinence							
▪ Retrouver la maîtrise de sa consommation							
▪ Maintenir le contact avec le système de soins							
▪ Sortir du milieu tox							
▪ Réduire les risques liés à la santé							
▪ Etre moins anxieux ou moins déprimé							
▪ Améliorer son image de soi							
▪ Avoir un impact sur les maladies transmissibles							
▪ Améliorer sa situation matérielle							
▪ Améliorer ses capacités relationnelles							
▪ Améliorer sa situation sociale							
▪ Améliorer son fonctionnement en général							
▪ Diminuer les actes délictueux							
▪ Ne pas poser trop de problèmes à son environnement							
▪ Autre...							

La "Fiche Technique" contient, d'une part, une série de renseignements techniques concernant le traitement (type et dose de médicaments et produits de substitution, fréquence des suivis, régularité, observance des règles, lieu de délivrance du produit, plan de traitement). D'autre part, elle contient une liste d'objectifs possibles pour le traitement, auxquels le médecin peut attribuer une cote allant de 5 (très important) à 1 (pas important du tout).

3. Constitution de l'échantillon de patients

Les patients ont été recrutés par leurs médecins prescripteurs du traitement de substitution, médecins que nous avons nous-mêmes recruté parmi une base de données de médecins pratiquant les traitements de substitution établie au cours de la phase I de la recherche. Nous avons distingué les médecins qui pratiquent les traitements de substitution en Cabinet Privé, des médecins qui les pratiquent dans un cadre institutionnel. Les premiers ayant chacun un nombre de patients restreint, tous leurs patients fréquentant leur cabinet au moment des deux passations (janvier-février 2004 et juin-juillet 2004) ont été intégrés dans l'échantillon. Les seconds ont constitué des échantillons aléatoires stratifiés représentatifs de leurs institutions, en fonction des statistiques relevées dans leurs rapports d'activité. Il a été demandé à chaque catégorie de médecins de sélectionner entre 20 et 50 patients. Les institutions et médecins partenaires ont reçu une compensation financière pour couvrir la charge de travail que représentait la participation à cette recherche.

Nos partenaires de recherche ont été :

1) Diverses MASS : Pour rappel, les *Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues* (MASS) ont été créées à l'initiative du gouvernement fédéral à l'occasion du *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue* de 1995⁹. Elles sont généralement désignées comme des institutions "à bas seuil", c'est-à-dire qu'il s'agit d'institutions dont la vocation est d'*offrir un accompagnement médical et social à un public exclu des réseaux actuels de prise en charge. L'objectif est ainsi d'augmenter les contacts avec les consommateurs de drogues [...], et d'] augmenter la qualité de vie des consommateurs de drogues [...] en diminuant les dommages que l'usage de drogues, en premier lieu de drogues injectables, représente pour la santé publique. Les thérapies de substitution [...] doivent pouvoir être prescrites au sein des MASS dans le respect des recommandations de la Conférence de Consensus du 8 octobre 1994. [...] La démarche globale vise à stimuler l'entrée dans des programmes thérapeutiques de plus longue durée poursuivant comme but ultime la cessation de la prise de drogues [...]*"¹⁰.

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

Ont participé à cette recherche les MASS de Charleroi, Bruxelles, Gent et Vlaams Brabant.

⁹ *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue*, Cabinet du Premier Ministre, Bruxelles, 17 janvier 1995

¹⁰ *Ibid.*, pp. 5-6

2) Le Projet LAMA : Le *Projet LAMA* est l'une des plus anciennes institutions strictement spécialisées dans le domaine des toxicomanies. L'activité du "*Projet*" se déroule dans deux centres (à Ixelles et à Anderlecht) ainsi que dans un ensemble d'antennes en région bruxelloise. Le *Projet LAMA* offre un accompagnement thérapeutique multidisciplinaire, surtout orienté sur la parole et l'écoute, le soutien social, les consultations psychothérapeutiques. Toutefois, "*l'accès rapide aux soins et la limitation des risques dus à l'usage de drogues par des traitements de substitution (dont, principalement, la méthadone) constituent une option fondamentale dans la démarche du Projet Lama, pionnier en cette matière*"¹¹.

3) Maisons Médicales et réseaux de soins : parmi les médecins ayant accepté de participer à cette recherche, un certain nombre exerce en Maison Médicale. D'autres ont également été contactés à travers le réseau ALTO.

*"Les maisons médicales sont des associations autogérées qui dispensent des soins de santé primaires. Y travaillent en équipe des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des paramédicaux, des travailleurs sociaux, des accueillants, des professionnels de la santé mentale. Petites structures proches de la population, elles s'insèrent dans leur quartier dont elles connaissent les spécificités et les problèmes. Dans les maisons médicales, la place centrale revient à l'usager : la sauvegarde et le développement de son autonomie constituent un objectif prioritaire.[...] Il s'agit de développer des soins intégrés (curatifs, préventifs, de réhabilitation) et globaux (prenant en compte tous les aspects de la pathologie tant médicale que sociale, économique ou psychologique...). Cette démarche est conçue comme devant amener, par un travail d'éducation à la santé, davantage d'autonomie du patient dans la prise en charge de ses problèmes de santé et plus globalement, davantage de participation de la population à la gestion des centres de santé"*¹².

Le réseau ALTO –ou, devrait-on dire, les réseaux ALTO– est un réseau d'auto-support de médecins généralistes pour une bonne pratique de la prise en charge des personnes toxicomanes, notamment en ce qui concerne la pratique des traitements de substitution. Il s'agit donc d'un réseau de médecins uniquement, qui tend à mettre en contact les médecins les moins expérimentés avec les médecins les plus expérimentés dans les particularités de la prise en charge des personnes toxicomanes. Les médecins membres d'ALTO ayant participé à notre recherche provenaient des régions de Charleroi, Namur, Tournai, Bruxelles, et en province du Luxembourg.

En Flandre, les médecins organisés en réseau et ayant participé à la recherche provenaient de la Province du Limbourg.

4) Médecins exerçant strictement en cabinet privé : plusieurs médecins exerçant strictement en cabinet privé ont participé à l'enquête, dans les trois régions. Ils ont été identifiés lors de la phase I de la recherche.

¹¹ http://www.feditobxl.be/projet_lama/presentation.html ; 20/08/2003

¹² <http://www.maisonmedicale.org> ; 15/10/2004

Au cours des deux passations, nous avons finalement récolté les questionnaires suivants :

TABLEAU 1 : NOMBRE DE QUESTIONNAIRES RECOLTES PAR PASSATION, PAR REGION ET PAR CATEGORIE DE MEDECINS

	Bruxelles (Fr.)		Charleroi-Wall.	
	<i>passation I</i>	<i>passation II</i>	<i>passation I</i>	<i>passation II</i>
Cab. Privé	9 médecins		18 médecins	
<i>nbre de ques.</i>	40	11	103	5
Institutions	2 inst. – 15 médecins		1 inst. – 5 médecins	
<i>nbre de ques.</i>	89	68	36	0
TOTAL	24 médecins		23 médecins	
<i>nbre de ques.</i>	129	79	139	5
	208		144	
Total passation I : 268				
Total passation II : 84				
TOTAL : 352				

	Flandre	
	<i>passation I</i>	<i>passation II</i>
Cab. Privé	26	0
Institutions	29	0
TOTAL	55	0

Total passation I : 323
Total passation II : 84
TOTAL : 407

4. Méthodologie statistique

Le dépouillement statistique de cette étude s'est opéré via les logiciels SPSS 11.2 et Simstat. Les tests les plus couramment utilisés ont été les suivants¹³ :

- Les relations entre variables en catégories ont été explorées en tableaux croisés grâce au test de Chi-carré de Pearson pour les données non paramétriques. Les résultats ont été retenus lorsque l'ensemble des cellules où l'attendu est inférieur à 5 était inférieur à 25% ;
- Le test T de Student a été utilisé lors de comparaisons de 2 moyennes pour les variables qui correspondent aux conditions d'application du test, c'est-à-dire pour les variables qui présentent une distribution normale avec des variances égales (test de Levene d'homogénéité de variances) ;
- En extension du test T de Student, lors de comparaisons multiples de moyennes et de dispersions de variables paramétriques, le test ANOVA, avec correction post-hoc de Bonferroni (ajustement du niveau de risque à la comparaison multiple) a été utilisé lors de comparaisons de moyenne et de dispersions de variables paramétriques ;

¹³ Le lecteur intéressé par les détails techniques de l'étude statistique pourra trouver un rapport statistique technique sur le site des services de la Politique Scientifique Fédérale : <http://www.belspo.be>

- Des tests de corrélations (examen de la relation linéaire entre deux variables continues) ont été réalisés, avec utilisation du coefficient de corrélation de Pearson, vu la taille de l'échantillon ;
- Enfin, des Analyses Factorielles en Composantes Principales ont été utilisées, avec comme objectif l'identification d'un nombre relativement petit de facteurs qui puissent déterminer les relations entre ensembles de variables très corrélées entre elles.

Le seuil de signification, généralement pris en compte est de $p = <.05$.

L'analyse des résultats a été conduite autour de certaines thématiques centrales pour l'évaluation des traitements de substitution :

- Le premier élément d'interrogation a été les produits utilisés : les produits de substitution, les médicaments prescrits ou pris par les patients, la place de l'héroïne et des opiacés, mais aussi les produits associés comme l'alcool, le tabac, la cannabis, etc. ;
- Le deuxième faisceau d'investigation a été les éléments de cadre du traitement : fréquence des rendez-vous, lieu de délivrance, importance des contrôles urinaires, etc., en distinguant les informations issues de la "Fiche Technique" –amenées par les médecins– de celles issues du "Questionnaire Patient" ;
- La troisième thématique retenue concerne les objectifs de traitement, du point de vue du médecin, d'une part, du point de vue du patient, d'autre part, et les corrélations existantes entre ces objectifs ;
- Quatrième faisceau d'investigation, la trajectoire du patient dans son parcours de toxicomane : a quel âge a-t-il été en contact pour la première fois avec une drogue, quand estime-t-il être devenu dépendant, quand a-t-il reçu son premier traitement de substitution, combien de "cures" a-t-il suivi, depuis quand est-il suivi par ce médecin, etc. ;
- Cinquième élément, la Qualité de Vie des patients, conformément aux définitions reprises ci-avant : quels liens existe-t-il entre la Qualité de Vie et les paramètres personnels du patient ou les paramètres du traitement ?
- Sixième faisceau d'investigation, les variations statistiques en fonction des régions, des catégories de médecins, des acteurs individuels ;
- Enfin, une série d'analyses complémentaires, qui nous ont semblé pertinentes au fur et à mesure du dépouillement ont été développées, comme par exemple : les différences entre nouveaux et anciens patients, les différences entre patients abstinentes de drogues et patients non-abstinentes, les différences entre patients présentant une bonne Qualité de Vie par rapport à ceux qui n'ont pas une bonne Qualité de Vie, ...

5. Résultats de la première passation

TABLEAU 2 : NOMBRE DE QUESTIONNAIRES POUR LA 1^{ERE} PASSATION, PAR REGION ET PAR CATEGORIE DE MEDECINS

	Institutions	Cabinets Privés	Total
Bruxelles	89	40	129
Wallonie	36	103	139
Flandre	29	26	55
Total	154	169	323

5.1. Mode de passation du "Questionnaire Patient"

Le "Questionnaire Patient" du SEQ a été préconisé auprès des partenaires de recherche dans une utilisation en auto-passation. Cela signifie qu'il était demandé au patient de remplir seul le questionnaire, soit en salle d'attente, soit en consultation, soit encore chez lui en ramenant le questionnaire au médecin à la consultation suivante. Le patient avait d'ailleurs la possibilité de glisser son questionnaire rempli dans une enveloppe fermée, au cas où il n'aurait pas souhaité que son médecin prenne connaissance de ses réponses.

Toutefois, il était possible que le patient demande de l'aide à son médecin en cas de difficulté, de compréhension par exemple. C'est ce que nous avons appelé : auto-passation assistée. Enfin, il est arrivé que le "Questionnaire Patient" soit rempli sous forme d'interview, c'est-à-dire que les questions étaient posées par le médecin. Avant d'analyser les résultats du contenu du questionnaire, il importe de vérifier dans quelle mesure le mode de passation influence les réponses obtenues.

TABLEAU 3 : REPARTITION DES QUESTIONNAIRES SELON LE MODE DE PASSATION ET LES CATEGORIES DE MEDECINS

		Auto-passation	Assistée	Interviews	Total
Bruxelles	<i>Cabinets Privés</i>	14	7	12	33
	<i>Institutions</i>	48	12	11	71
Wallonie	<i>Cabinets Privés</i>	45	3	12	60
	<i>Institutions</i>	0	35	1	36
Flandre	<i>Cabinets Privés</i>	4	7	15	26
	<i>Institutions</i>	2	21	6	29
Total	<i>Cabinets Privés</i>	63	17	39	119
	<i>Institutions</i>	50	68	18	136
	<i>Inconnus¹⁴</i>				68
	Total	113	85	57	323

¹⁴ Pour 68 questionnaires, nous ne connaissons pas le mode de passation. Pour l'ensemble des tableaux, le total peut varier en fonction du nombre d'inconnus, c'est-à-dire de questionnaire où la réponse à la question investiguée n'est pas fournie.

Selon le mode de passation, des différences statistiquement significatives ont été trouvées en ce qui concerne les variables suivantes :

- *Région* : Plus de questionnaires ont été remplis en auto-passation à Bruxelles et en Wallonie, alors que plus de questionnaires ont été remplis en passation assistée et en interview en Flandre ;
- *Plan de traitement* : L'auto-passation a plus été utilisée avec des patients en substitution *stricto sensu* ("Fiche Technique", item n°9) alors que plus d'interviews ont été réalisées avec des patients en maintenance ;
- *Objectifs du traitement* : Les médecins ayant fait passer le questionnaire par auto-passation accordent significativement plus d'importance à la plupart des objectifs de traitement énoncés ("Fiche Technique", item n°10 – Abstinence, situation matérielle, situation relationnelle, situation sociale, fonctionnement général et image de soi) que ceux qui l'ont fait passer par interview. Par contre, on ne constate pas de différence significative pour l'importance des objectifs du patient ("Questionnaire Patient", item n°4) suivant le mode de passation ;
- *Prise d'héroïne* : Les patients ayant répondu par interview disent plus souvent ne plus se shooter, de même ils disent plus souvent ne pas prendre d'héroïne à titre de délassement ;
- *Âges* : La seule différence significative en ce qui concerne les âges (premier contact drogue, dépendance, premier traitement, âge actuel) concerne l'âge de la dépendance, où les interviewés sont plus âgés ;
- Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne la fréquence de prise de substances diverses, la satisfaction de ces prises, ni en ce qui concerne les items portant sur la Qualité de Vie.

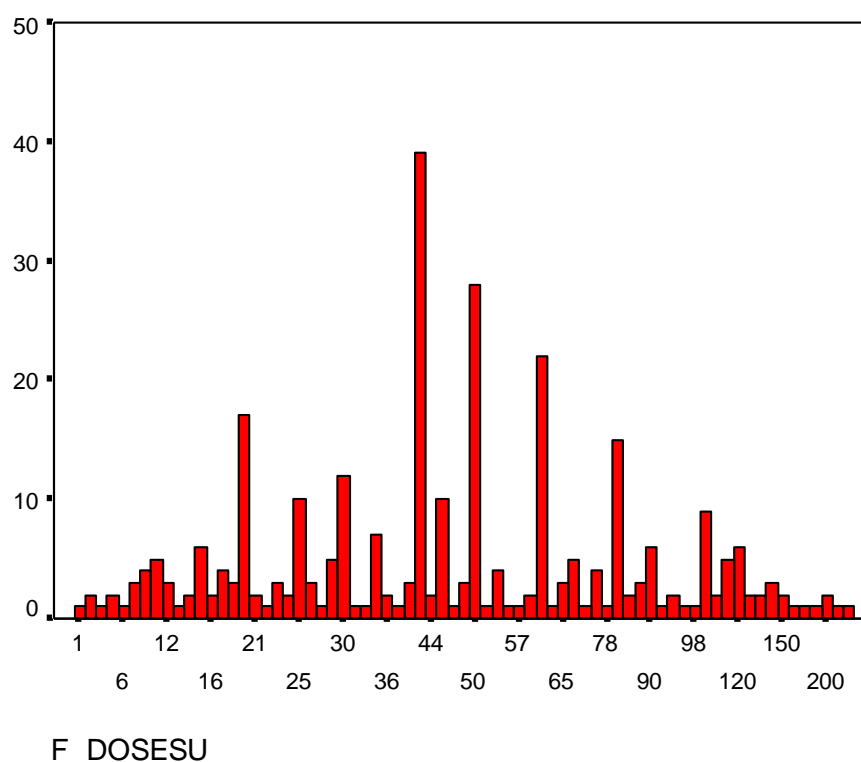
Le mode de passation semble donc essentiellement avoir un impact sur l'importance accordée par le médecin à divers objectifs du traitement. Nous nous sommes demandés si cette différence n'est pas liée à un facteur confondant, comme par exemple la région. En effet, nous verrons plus loin que les médecins, en Flandre, donnent généralement des scores plus bas aux objectifs du traitement, que les médecins à Bruxelles et en Wallonie. Cette hypothèse peut cependant être rejetée. En effet, nous observons les mêmes différences significatives si nous opérons les tests uniquement sur les questionnaires flamands. On pourrait également mettre en cause le plan de traitement. En effet, on pourrait supposer que lorsqu'un médecin se place dans une perspective de maintenance, ses ambitions pour ce patient sont plus limitées. De fait, lorsqu'on applique le test de Bonferroni uniquement sur cette dernière catégorie, les différences entre auto-passation et interview disparaissent presque totalement — sauf pour l'objectif d'amélioration du fonctionnement global.

Il apparaît donc que ce ne serait point tant le mode de passation qui influence le type de réponse, mais le type de population à qui on a été amené à appliquer la forme interview qui pourrait être en cause. En clair, ce serait le mode de passation qui dépendrait d'un type de situation réelle ou supposée du patient, plutôt que l'inverse.

5.2. Les produits utilisés

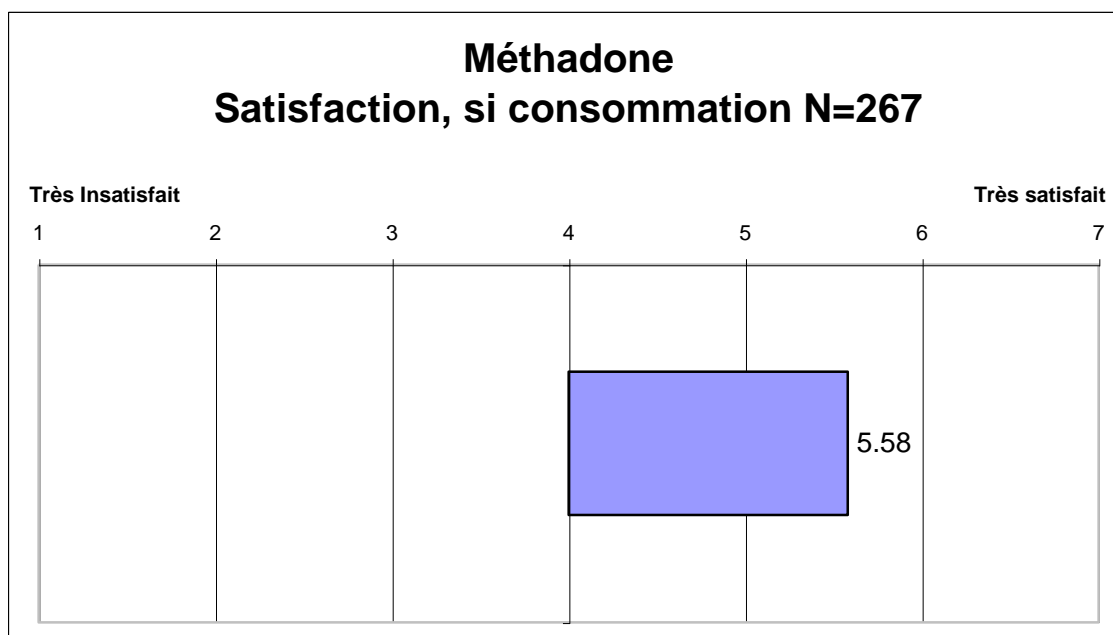
5.2.1. LES PRODUITS DE SUBSTITUTION : L'immense majorité des patients interrogés sont sous méthadone, seuls trois sont sous Subutex (buprénorphine à haut dosage), et trois sous Temgesic (buprénorphine en conditionnement classique). En Flandre, 51 patients sur 53 reçoivent la méthadone sous la forme sirop, alors qu'à Bruxelles ils sont seulement 7 sur 117 (6%), et en Wallonie, 25 sur 101 (25%). Les autres patients reçoivent la méthadone conditionnée en gélules. Les doses sont extrêmement variables, pouvant aller de 1 à 400 mg. On observe que les valeurs arrondies (20 mg, 25 mg, 30 mg...) sont plus fréquentes, avec un pic plus important aux alentours des 40 et 50 mg. Les réponses des médecins et des patients concordent quant aux dosages de méthadone.

GRAPHIQUE 1 : FRÉQUENCE DES DOSAGES DE MÉTHADONE



Par ailleurs, les patients se disent généralement satisfaits de la méthadone. Il n'y a pas de différence significative entre régions ou catégories de médecins.

GRAPHIQUE 2 : INDICE DE SATISFACTION DE LA MÉTHADONE EN TANT QUE PRODUIT DE SUBSTITUTION



Les doses sont significativement plus élevées dans les institutions bruxelloises et dans les cabinets flamands.

TABLEAU 4 : DOSAGES DE METHADONE SELON LES CATEGORIES DE MEDECINS

		Moyenne	Ecart-Type	Minimum	Maximum	N
Bruxelles	<i>Cabinets Privés</i>	50.18	32.38	6	120	40
	<i>Institutions</i>	65.41	41.11	2	400	88
Wallonie	<i>Cabinets Privés</i>	46.41	32.41	1	150	97
	<i>Institutions</i>	47.74	31.98	8	190	31
Flandre	<i>Cabinets Privés</i>	57.83	26.73	20	120	24
	<i>Institutions</i>	43.83	28.67	10	125	29
<i>Inconnus</i>						14
Total		53.09	37.23	1	400	323

On observe également des différences de dosage selon le plan de traitement ("Fiche Technique", item n°9) : **les patients en traitement à visée de sevrage dégressif reçoivent significativement moins** de méthadone que ceux en substitution *stricto sensu* ou en maintenance.

De même on observe une *corrélation négative* entre le dosage et l'importance accordée par le médecin à l'objectif "**abstinence**" ("Fiche Technique", item n°10) et une *corrélation positive* avec l'importance de l'objectif "**diminuer les risques liés à la santé**"

Au niveau de l'importance accordée par le patient aux éléments du traitement, on observe une *corrélation négative* entre le dosage et les **règles** de prises en charge

("Questionnaire Patient", item n° 5), ainsi qu'avec les **contrôles d'urine**. Autrement dit, plus le dosage est élevé, moins ces éléments sont considérés comme importants.

On observe également une *corrélation positive* entre le dosage et la fréquence de prise de substances telles qu'**amphétamines, ecstasy, cocaïne, LSD et anxiolytiques**, sans différence au niveau de la satisfaction lors de la prise de ces substances. Il existe de plus une *très haute corrélation positive* entre la dose de méthadone et la quantité de psychotropes consommée.

Enfin, il existe une *corrélation négative* entre le dosage et la Qualité de Vie, en particulier en ce qui concerne la dimension relationnelle et l'image de soi, de même qu'avec le niveau auquel les patients estiment leur situation l'an passé et le niveau qu'ils imaginent atteindre l'an prochain. Ces patients ont donc une moins bonne Qualité de Vie, une vue plus pessimiste du passé, des attentes plus faibles — alors qu'il ne présentent, en revanche, pas de différence sur la manière dont ils voient leur situation actuelle.

Le profil ci-dessus pourrait suggérer que les patients qui reçoivent de hauts dosages de méthadone vont moins bien. Par expérience clinique, il est infiniment plus probable que ce lien soit inverse : c'est plus probablement parce qu'ils vont moins bien que leur dosage de méthadone est plus élevé.

5.2.2. LES MEDICATIONS ASSOCIEES : Le présent paragraphe se base sur les résultats du "Questionnaire Patient", item n°6 (et non sur l'item n°7). De plus, il concerne essentiellement les médicaments pris quotidiennement.

Sur le plan **somatique**, 29 patients sur 323 (9%) prennent des médicaments quotidiennement. Il s'agit, pour 16 patients, d'anti-douleurs non-prescrits, d'anti-inflammatoires pour 4 patients, et de médicaments à action cardio-vasculaire pour 4 patients — médicaments non mutuellement exclusives. La codéine est très rarement mentionnée comme telle dans les médicaments. Deux patients sont traités contre des infections virales (HIV). Par rapport aux doses, les anti-douleurs atteignent 33% de la dose maximale de posologie¹⁵.

La prise d'anti-douleurs concerne 66% des patients, et 29% des patients prennent de la codéine — le plus souvent occasionnellement, il est vrai.

Sur le plan **psychiatrique**, 126 patients sur 323 (39%) prennent des médicaments à vocation psychiatrique. Il s'agit essentiellement d'anxiolytiques (83 patients), d'anti-dépresseurs (56 patients), de neuroleptiques sédatifs (26 patients) et d'hypnotiques (16 patients). 13 patients reçoivent des neuroleptiques anti-psychotiques, et 6 une médication contre l'épilepsie. Quant aux doses utilisées, comparées aux doses maximales de posologie¹⁶, les hypnotiques dépassent largement le seuil (133%). Il faut dire qu'un patient déclare prendre 16mg de flunitrazepam par jour — seuls 4 patients prennent du flunitrazepam. L'anxiolytique le plus prescrit est le diazepam (35 patients), suivi du bromazepam (24 patients) et enfin de l'alprazolam (18 patients). Les doses de neuroleptiques sédatifs sont relativement basses, à des dosages qui correspondent davantage à une prise en charge de troubles du sommeil plutôt qu'au traitement d'états d'agitation. Les antidépresseurs sont généralement prescrits aux doses standard.

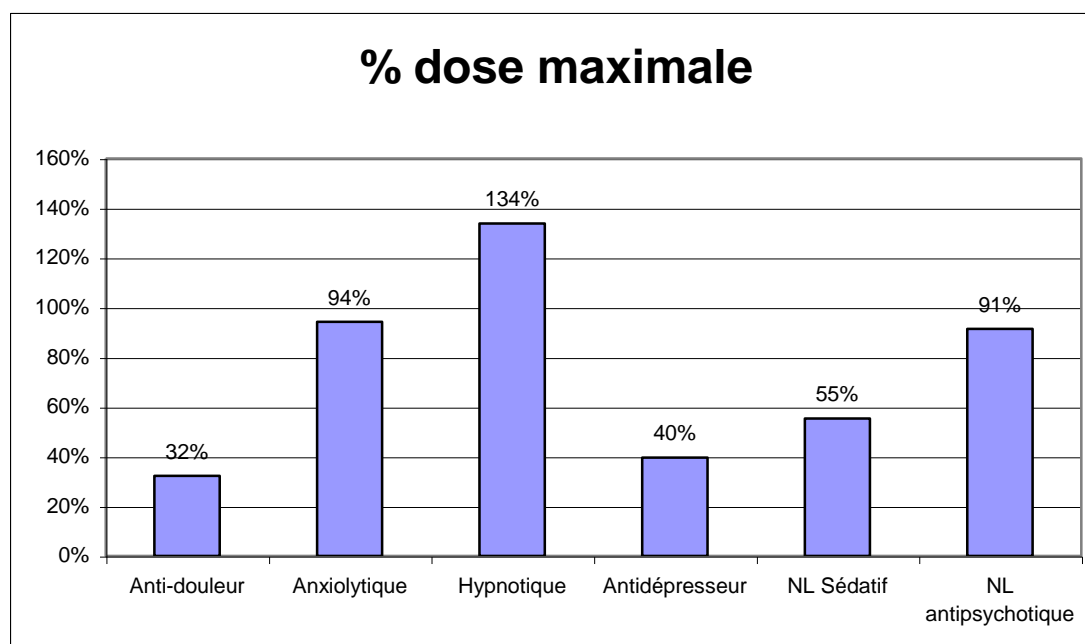
Evidemment, un certain nombre de patients prennent des psychotropes de manière non quotidienne. Ce qui signifie que le nombre de patients qui prennent de tels médicaments sont

¹⁵ Les doses de posologie maximale sont celles mentionnées dans le *Répertoire Commenté des Médicaments 2003*, Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, Bruxelles, 2003

¹⁶ *Ibid.*

plus nombreux. Par exemple, 44% des patients de notre échantillon disent prendre des anti-dépresseurs.

GRAPHIQUE 3 : PROPORTION DE POSOLOGIE EN DOSE MAXIMALE PAR CATÉGORIE DE MÉDICAMENTS¹⁷



5.2.3. L'HEROÏNE : 124 patients (43%) déclarent prendre, ne fut-ce qu'occasionnellement, de l'héroïne. 19 patients sur 124 en prennent quotidiennement (15%), 33 patients de manière hebdomadaire (27%), les autres (72 sur 124, soit 58%) une fois par mois ou moins. Les consommateurs **quotidiens** sont essentiellement des patients pris en charge depuis moins de 6 mois (13 sur 19 patients), et plus particulièrement issus des institutions flamandes (10 sur 13 patients). Les consommateurs d'héroïne se rencontrent plus fréquemment dans les institutions wallonnes et flamandes, et dans les cabinets privés de Flandre, et moins fréquemment dans les institutions bruxelloises et dans les cabinets privés wallons et bruxellois.

72% des consommateurs d'héroïne (95 patients sur 132) disent en consommer en fumette, 27% d'entre eux (35 patients sur 132) en shoot, et 20% (26 patients sur 132) en sniff — modes de consommation non mutuellement exclusifs. Le shoot se rencontre davantage dans les institutions wallonnes (la moitié des consommateurs).

71% des consommateurs d'héroïne (89 patients sur 126) consomment seul, 29% (36 patients sur 126) consomment de préférence en groupe, et 16% (20 patients sur 126) en couple — modes de consommation non mutuellement exclusifs. Enfin 56% des consommateurs d'héroïne (70 patients sur 125) en consomment quand ils se sentent mal, 37% (46 patients sur 125) à titre de délasserment, et 34% (42 patients sur 125) dans d'autres circonstances.

Les consommateurs d'héroïne ont un indice de satisfaction élevé de cette consommation. Les patients flamands sont significativement plus satisfaits de l'héroïne que les patients bruxellois.

Conformément aux conclusions de la Conférence de Consensus, il semblerait, d'après cette analyse transversale, **que le traitement à la méthadone contribue à faire diminuer le**

¹⁷ Les doses de posologie maximale sont celles mentionnées dans le *Répertoire Commenté des Médicaments 2003*, Op. Cit.

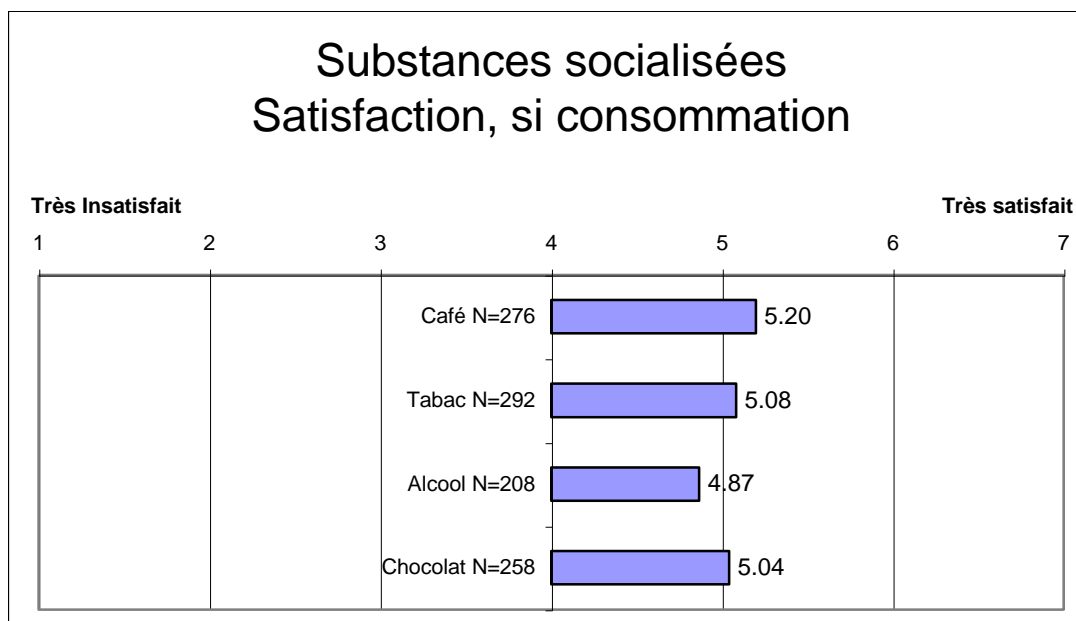
nombre d'usagers quotidiens d'héroïne assez rapidement, dans la mesure où cet usage concerne principalement de nouveaux patients — pris en charge depuis moins de 6 mois. Par ailleurs, **58% des patients disent ne plus consommer d'héroïne**.

5.2.4. AUTRES SUBSTANCES ET COMPORTEMENTS LIÉS AUX ADDICTIONS :

Usage de substances addictives dites "socialisées" : 97,5% des patients fument quotidiennement du **tabac**, alors que le pourcentage de fumeurs dans la population belge est de 28%, selon la dernière enquête de Santé des Belges menées par l'Institut Scientifique de Santé Publique¹⁸. Les patients bruxellois expriment significativement moins de satisfaction par rapport au tabac que les patients wallons et flamands, en particulier, les patients des Cabinets Privés à Bruxelles. 91 % des patients consomment du **café ou du thé** quotidiennement. 91% des patients consomment du **chocolat**, dont 29% quotidiennement et 47% hebdomadairement ou plus.

Enfin, 74% consomment de **l'alcool**, alors qu'ils sont 81% dans la population belge¹⁹. Parmi les consommateurs d'alcool, 26% en consomment quotidiennement, 43% hebdomadairement ou plus, 31% plus rarement. Il y a moins de consommateurs d'alcool à Bruxelles, et plus d'usagers quotidiens et hebdomadaires en Flandre, ces derniers sont plus satisfaits de cet usage.

GRAPHIQUE 4 : INDICE DE SATISFACTION DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ADDICTIVES "SOCIALISÉES"



Usage de substances addictives illicites : 70% des patients consomment du **cannabis**, contre 18% dans population belge de moins de 35 ans²⁰. Parmi ces usagers, 46% fument du cannabis tous les jours, 22% une ou plusieurs fois par semaine, et 32% mensuellement ou moins. Les consommateurs quotidiens se retrouvent plus en Flandre et les consommateurs hebdomadaires à Bruxelles. Il y a moins de consommateurs de cannabis en Wallonie.

¹⁸ <http://www.iph.fgov.be/sasweb/his/fr/index.htm> ; 15/10/04

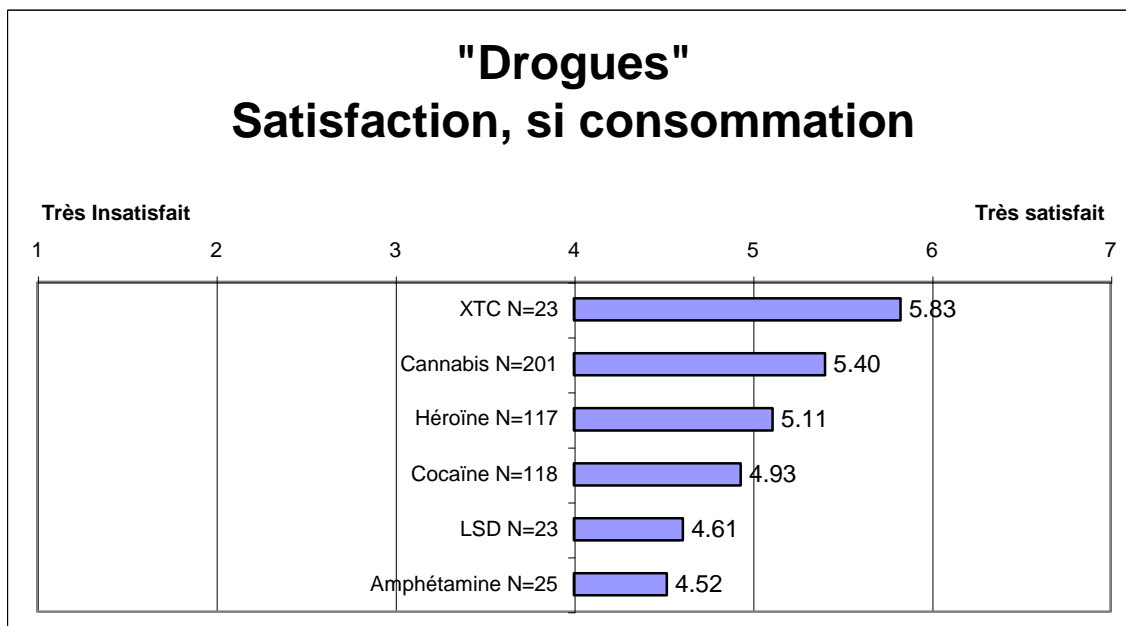
¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*

43% des patients consomment de la **cocaïne**, dont 12% quotidiennement, 21% hebdomadairement, 67% mensuellement ou moins. Lorsqu'ils en consomment, les patients flamands ont un indice de satisfaction plus élevé de cet usage. 8% des patients prennent de l'**ecstasy**, et 8% prennent des **amphétamines**, alors que dans la population générale de moins de 35 ans, ces substances n'ont qu'une prévalence de 4%. Par ailleurs, 7% des patients disent consommer du LSD. Ces consommations sont généralement occasionnelles.

En terme de satisfaction, l'**ecstasy apparaît comme la substance la plus appréciée** parmi l'ensemble des substances, licites ou non. La consommation de cannabis vient en deuxième position.

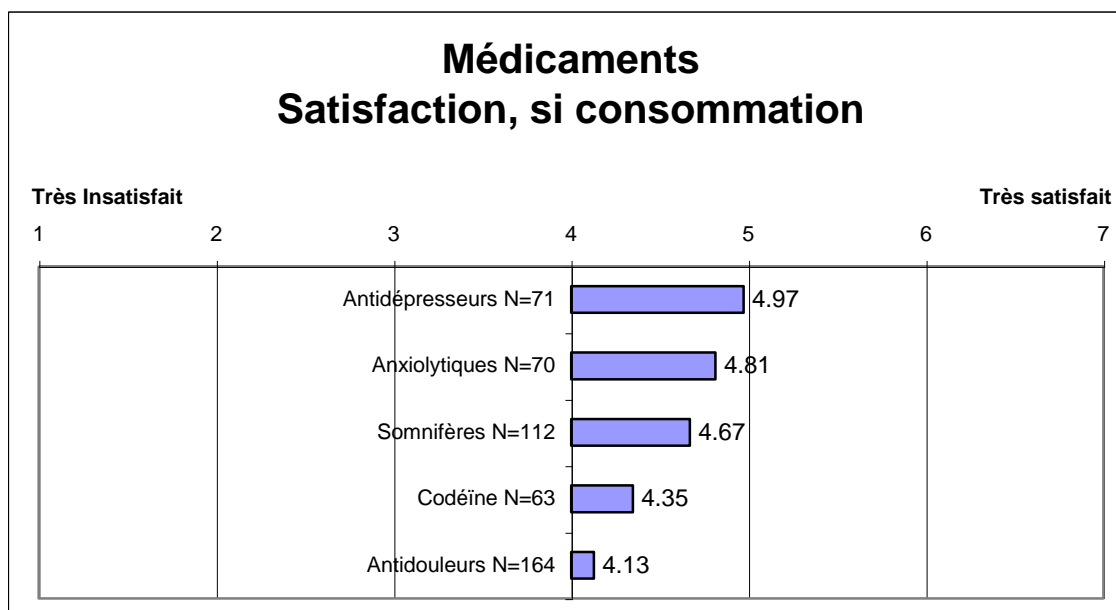
GRAPHIQUE 5 : INDICE DE SATISFACTION DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ADDICTIVES ILLICITES



Usage de médicaments modifiant l'état de conscience : 66% des patients déclarent prendre des **anti-douleurs**, dont 7% quotidiennement, 23% hebdomadairement et 70% occasionnellement. 29% déclarent prendre de la **codéine**, dont 82% d'entre eux occasionnellement. Les anti-douleurs et la codéine sont les produits procurant le moins de satisfaction aux patients.

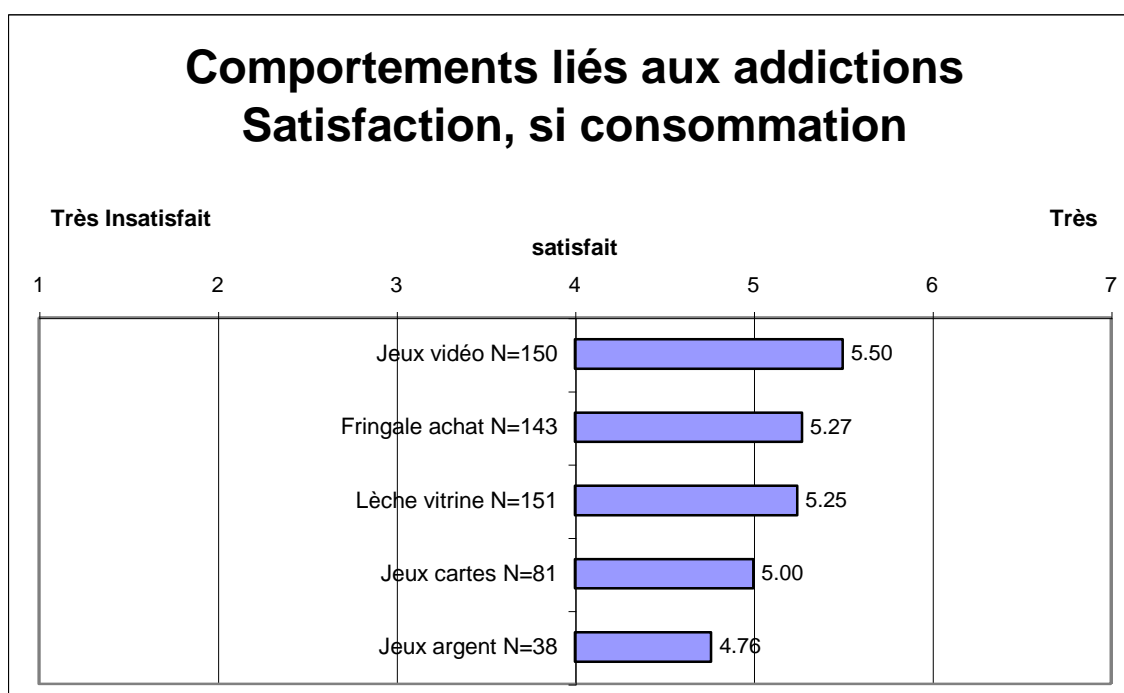
44% des patients disent prendre des **somnifères**, dont 53% quotidiennement, 16% hebdomadairement ou plus et 31% occasionnellement. Il y a plus de consommateurs quotidiens à Bruxelles et moins de consommateurs de somnifères en Wallonie. 28% des patients prennent des **anxiolytiques** dont 75% tous les jours. 26% déclarent prendre des **anti-dépresseurs**, dont 77% tous les jours.

GRAPHIQUE 6 : INDICE DE SATISFACTION DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS



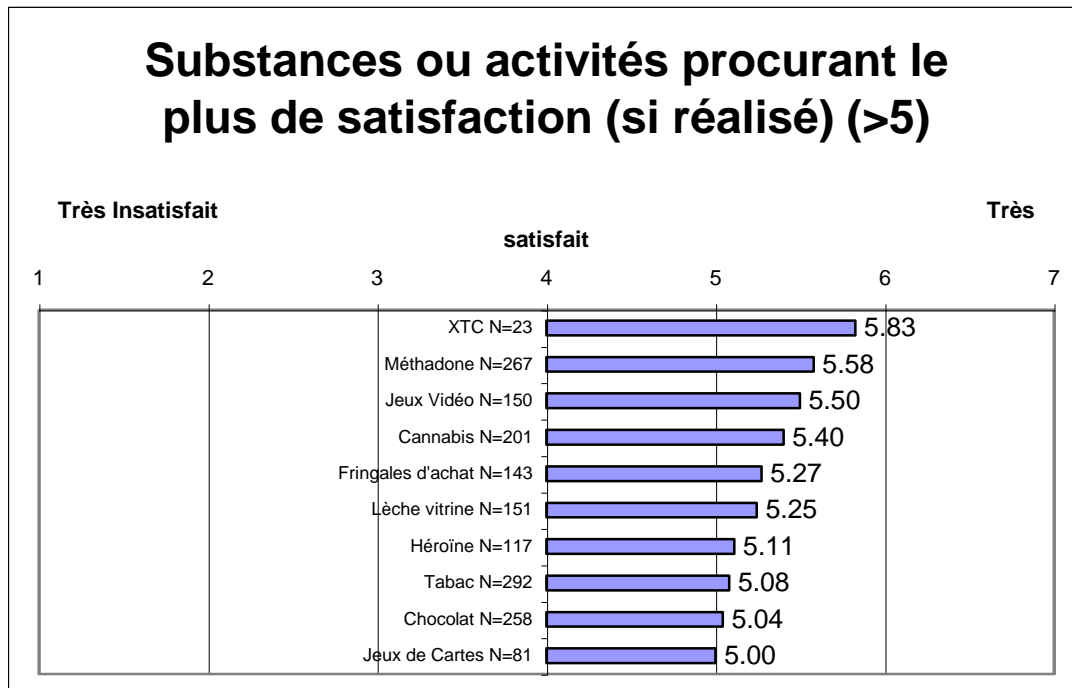
Activités à caractère addictif : 58% des patients disent pratiquer les **jeux vidéos**, dont 24% tous les jours et 31% une à plusieurs fois par semaine. Ils en sont généralement très satisfaits. Une fois encore, l'indice de satisfaction est plus élevé en Flandre. 58% des patients disent également faire du **lèche-vitrine**, dont 9% tous les jours, 33% une à plusieurs fois par semaine, et 58% plus occasionnellement. Cette activité est plus souvent pratiquée par les Wallons. 55% des patients connaissent des **fringales d'achats** dont 6% tous les jours, 26% une plusieurs fois semaine et 68% plus occasionnellement. A nouveau on constate que cette situation est plus fréquente en Wallonie. 31% des patients **jouent aux cartes** dont 6% tous les jours et 18% hebdomadairement. Un petit nombre (38 patients, soit 13%) **jouent pour de l'argent**, dont un quart hebdomadairement. C'est l'activité qui procure la plus faible satisfaction.

GRAPHIQUE 7 : INDICE DE SATISFACTION DES ACTIVITÉS A CARACTÈRE ADDICTIF

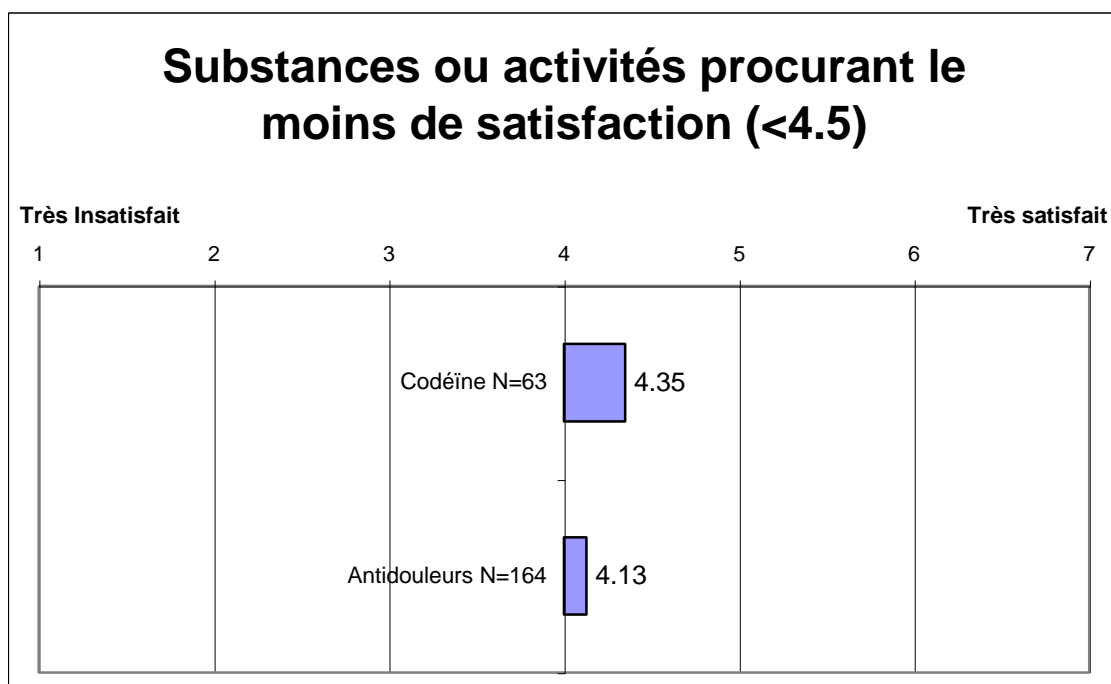


5.2.5. SYNTHÈSE : Si l'on examine l'ensemble des résultats concernant la prise de substances ou la réalisation de comportements potentiellement addictifs, une constante se dégage : **les patients flamands expriment globalement un degré de satisfaction supérieur**, ceci est particulièrement vrai pour le tabac, l'alcool, l'héroïne, la cocaïne et les jeux vidéo.

GRAPHIQUE 8 : SUBSTANCES OU ACTIVITÉS À CARACTÈRE ADDICTIF PROCURANT LA SATISFACTION LA PLUS ÉLEVÉE



GRAPHIQUE 9 : SUBSTANCES OU ACTIVITÉS À CARACTÈRE ADDICTIF PROCURANT LA SATISFACTION LA PLUS FAIBLE



Les résultats sont **plus divergents en terme de fréquence** d'utilisation :

- Parmi les *Bruxellois*, il y a moins de consommateurs d'alcool ou d'héroïne, moins de personnes qui pratiquent le lèche-vitrine et qui connaissent les fringales d'achats, mais il y a plus de consommateurs quotidiens de café et de somnifères ;
- Parmi les *Wallons*, il y a moins de consommateurs de cannabis, d'héroïne ou de somnifères, mais le lèche-vitrine et les fringales d'achats y sont plus courants ;
- Parmi les *Flamands*, il y a moins de consommateurs de café, et moins de personnes qui pratiquent le lèche-vitrine ou qui connaissent les fringales d'achats, mais plus d'usagers quotidiens d'alcool, de cannabis et d'héroïne.

5.3. Le cadre du traitement

5.3.1. LE CADRE THÉRAPEUTIQUE VU PAR LE MÉDECIN

Fréquence des rendez-vous : Très peu de patients (5 sur 315) sont vus quotidiennement. Le plus souvent, les médecins d'institution tendent à voir leurs patients de manière hebdomadaire, alors que les médecins en Cabinet Privé voient généralement leurs patients tous les quinze jours. Les patients pris en charge depuis moins de six mois sont vus plus régulièrement. Pour 76% des patients, les rendez-vous sont planifiés.

TABLEAU 5 : FREQUENCE DES CONSULTATIONS MEDICALES, PAR CATEGORIE DE MEDECINS

		Quotidien	Hebdo.	Quinzaine	Mensuel	+ espacé	Total
Bruxelles	<i>Cabinets Privés</i>	0	9	22	8	1	40
	<i>Institutions</i>	2	55	30	2	0	89
Wallonie	<i>Cabinets Privés</i>	1	22	45	31	2	101
	<i>Institutions</i>	0	15	14	1		30
Flandre	<i>Cabinets Privés</i>	0	12	9	5	0	26
	<i>Institutions</i>	2	10	17	0	0	29
Inconnus							8
Total		5	123	137	47	3	323

Régularité et respect des règles : L'immense majorité des patients sont considérés comme réguliers (93%) et respectant les règles du traitement (95%). Cependant, un tiers des patients pris en charge depuis moins de six mois, ainsi qu'un tiers des patients des institutions wallonnes sont considérés comme irréguliers (*Cf. Infra*). Ce haut degré de régularité et du respect des règles est probablement un biais de sélection à deux niveaux. Dans les Cabinets Privés, les patients sont probablement plus réguliers que dans les institutions — notamment étant donné les caractéristiques particulières des institutions de notre échantillon. C'est un effet de la sélection des patients. Au sein des institutions, un biais de sélection des patients pour les besoins de la recherche est également probable.

Lieu de délivrance du médicament : La méthadone est rarement délivrée au cabinet du médecin ou dans les institutions (c'est le cas pour 23 sur 315). La moitié des autres patients

prend la méthadone en officine, tandis que l'autre moitié gère son traitement de manière autonome.

Durée de la prescription : Les durées de prescription sont extrêmement variables suivant les catégories de médecins. Les médecins en Cabinet Privé (excepté en Flandre) ont des durées de prescription longues, alors que les médecins d'institution ont des durées plus courtes.

Les prescriptions sont de plus longue durée chez les non-consommateurs de drogues²¹ par rapport aux consommateurs, en moyenne de 18 jours, alors qu'elle est de 14 jours pour les autres patients.

TABLEAU 6 : DUREE DES PRESCRIPTIONS EN JOURS, PAR CATEGORIE DE MEDECINS

		Moyenne	Ecart-Type	Minimum	Maximum	N
Bruxelles	<i>Cabinets Privés</i>	19.76	10.81	7	60	34
	<i>Institutions</i>	10.13	4.38	1	30	83
Wallonie	<i>Cabinets Privés</i>	22.62	10.79	4	60	73
	<i>Institutions</i>	14.56	8.56	6	30	16
Flandre	<i>Cabinets Privés</i>	16.00	11.06	7	45	25
	<i>Institutions</i>	11.54	3.81	1	14	28
<i>Inconnus</i>						64
<i>Total</i>		15.91	9.92	1	60	323

Plan de traitement : Les plans de traitement sont distribués de façon extrêmement hétérogène. Cette distribution n'est pas fonction de la région ni de la catégorie de médecins. Sont orientés vers le **sevrage dégressif** de façon évidente les médecins en Cabinet Privé à Bruxelles. Sont orientés vers la **maintenance** les institutions wallonnes, et certains médecins en Cabinet Privé à Bruxelles et en Flandre. Quant aux programmes de **substitution stricto sensu**, on les retrouve principalement dans les institutions bruxelloises et dans les Cabinets Privés wallons.

²¹ Patients qui ne prennent jamais : d'héroïne, de cocaïne, d'amphétamines, de LSD, et moins d'une fois par mois de l'ecstasy. La consommation de cannabis n'a pas été prise en compte.

TABEAU 7 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES PROGRAMMES DE TRAITEMENT, PAR CATEGORIE DE MEDECINS

		Sevrage	Substitution	Maintenance	Total
Bruxelles	<i>Cabinets Privés</i>	16	9	14	39
	<i>Institutions</i>	23	51	14	88
Wallonie	<i>Cabinets Privés</i>	20	53	7	80
	<i>Institutions</i>	5	8	17	30
Flandre	<i>Cabinets Privés</i>	4	8	14	26
	<i>Institutions</i>	10	14	5	29
Total	<i>Cabinets Privés</i>	40	70	35	145
	<i>Institutions</i>	38	73	36	147
	<i>Inconnus</i>				31
	<i>Total</i>	78	143	71	323

Le **sevrage dégressif**, comme plan de traitement, est plus fréquemment observé chez les **patients pris en charge depuis moins de six mois**. Les patients en sevrage dégressif sont considérés comme **très réguliers** par rapport aux patients des autres plans de traitement, **respectant bien les règles, et leurs dosages de méthadone sont moins élevés** que ceux des deux autres groupes.

Au niveau des **objectifs de traitement** pour ces patients, le **médecin** accorde plus d'importance à l'objectif **abstinence** que pour les patients des deux autres plans de traitement, et significativement moins d'importance aux objectifs "*maintenir le contact*", "*améliorer le fonctionnement général*", et "*diminuer les risques liés à la santé*" par rapport aux deux autres groupes ; ainsi que "*améliorer la situation matérielle*", par rapport au groupe des patients en maintenance ; et "*améliorer la situation sociale*" par rapport au groupe des patients en substitution *stricto sensu*. En bref, **presque tous les objectifs sont considérés comme moins importants chez les patients en sevrage dégressif**, excepté "*améliorer les relations*", "*améliorer l'image de soi*", "*éviter les délits*" et "*ne pas poser de problèmes*". Par contre, **l'objectif abstinence est mis en valeur**.

Du côté du **patient** également, l'objectif **abstinence** est plus important que dans le groupe des patients en plan de maintenance. Les premiers accordent plus d'importance que les seconds aux **contrôles d'urine**. On y rencontre également moins de consommateurs de cannabis. Enfin, **ils considèrent mieux leur santé, espèrent une situation plus enviable pour l'avenir proche et pour l'avenir lointain** que ceux en plan de maintenance, bien que leur qualité de vie ne soit pas significativement différente que celle des deux autres groupes.

Les patients qui sont en **plan de traitement de substitution stricto sensu** sont suivis depuis moins longtemps que les patients en plan de maintenance, ils sont plus jeunes que ces derniers et leurs dosages de méthadone sont moins élevés, bien que plus élevés que ceux des patients en plan de sevrage dégressif. Le **médecin** accorde plus d'importance aux items "*maintenir le contact*", "*améliorer la situation sociale*", "*améliorer le fonctionnement social*", et "*diminuer les risques liés à la santé*" par rapport aux patients en plan de sevrage dégressif, et en revanche, accordent moins d'importance aux "*risques liés à la santé*" par rapport aux patients en plan de maintenance. Tant le **médecin que le patient** accordent plus d'importance à l'objectif **abstinence** par rapport aux patients en plan de maintenance. Leurs

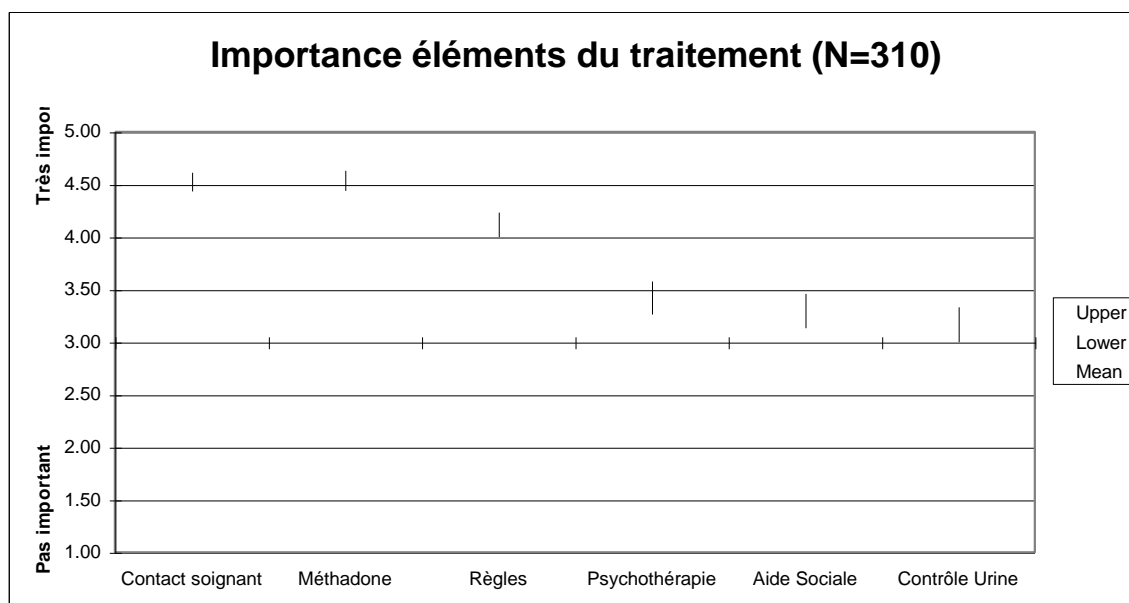
expectations –à court terme– et leurs aspirations –à long terme– sont plus élevées que celles des patients en plan de maintenance. En bref, **leurs paramètres se situent entre les scores des patients en plan de sevrage dégressif et ceux des patients en plan de maintenance.**

Enfin, en ce qui concerne les patients en **plan de maintenance**, ils sont **moins réguliers** et **respectent moins les règles** que les patients des deux autres groupes. Ils sont suivis **depuis plus longtemps**, sont **plus âgés**, et ont des **dosages de méthadone plus élevés** que les patients en plan de substitution *stricto sensu*. Le **médecin** accorde plus d'importance aux objectifs "*maintenir le contact*", "*améliorer la situation matérielle*", "*améliorer le fonctionnement social*", et "*diminuer les risques liés à la santé*" par rapport aux patients en plan de sevrage. Tant pour **le médecin que pour le patient**, l'objectif d'**abstinence** n'est pas une priorité. Par contre, l'objectif "*maîtriser sa consommation d'héroïne*" –pour le patient– est prioritaire. Ces patients accordent moins d'importance aux **contrôles d'urine** que les patients en plan de sevrage. **C'est le groupe où l'on trouve le plus de consommateurs quotidiens de cannabis et qui sont le moins satisfaits de leur santé. Ils ont des attentes et des aspirations plus basses que les deux autres groupes.**

Il y a donc une certaine cohérence statistique entre le type de patient et le plan de traitement dans lequel les médecins les situent. Toutefois, comme cela a déjà été signalé précédemment, on peut se demander si ce ne sont pas précisément les caractéristiques des patients qui déterminent leur classification selon le plan de traitement par les médecins.

5.3.2. LE CADRE THÉRAPEUTIQUE VU PAR LE PATIENT : Les éléments du traitement ("Questionnaire Patient", item n°5) considérés comme les plus importants par les patients sont : **la relation humaine avec le soignant et la méthadone en tant que médicament**. Les moins importants, en revanche, sont : **la psychothérapie, l'assistance sociale et les contrôles d'urine**.

GRAPHIQUE 10 : IMPORTANCE DES ÉLÉMENTS DU TRAITEMENT, DU POINT DE VUE DU PATIENT



Lors du dépouillement, nous avons pu constater un lien entre la manière de noter l'ensemble des items et la catégorie de médecins. Ainsi, d'une manière générale, les patients des institutions en Flandre avaient tendance à surévaluer l'importance des items, alors que les patients des Cabinets Privés à Bruxelles sous-évaluent cette importance. En vue de pouvoir comparer les catégories de médecins entre elles, nous avons travaillé les résultats suivant l'importance relative de chaque item pour chaque catégorie de médecins²².

Le **contact avec les soignants** est significativement moins important pour les patients des institutions en Flandre, en opposition plus particulièrement avec les patients des Cabinets Privés en Wallonie.

L'importance de l'**assistance sociale** est particulièrement faible pour les patients des Cabinets Privés en Flandre, et dans une moindre mesure pour les patients des Cabinets Privés en Wallonie. A l'opposé, les patients des institutions bruxelloises se situent dans la moyenne.

Enfin, les **contrôles d'urine** sont vécus comme particulièrement accessoires pour les patients en Cabinet Privé à Bruxelles, alors qu'ils s'approchent de la moyenne dans les institutions wallonnes et flamandes, et dans les Cabinets Privés en Flandre.

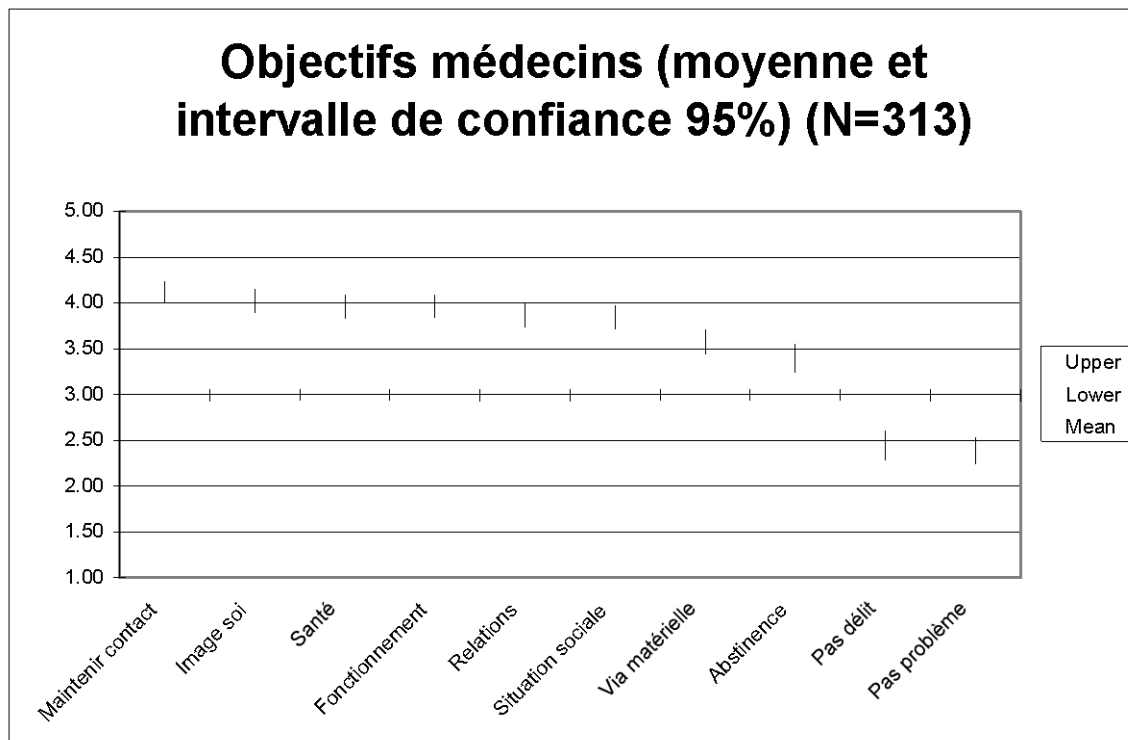
L'importance relative de ces items n'obéit pas, une fois de plus, à une logique régionale ou en fonction de la catégorie de médecins.

5.4. Les objectifs du traitement

5.4.1. LES OBJECTIFS DU MÉDECIN : Parmi les objectifs de traitement proposés aux médecins ("Fiche Technique, item n°10), six objectifs se dégagent et sont considérés comme importants : "***maintenir le contact avec le système de soins***", "***améliorer l'image de soi***", "***diminuer les risques liés à la santé***", "***améliorer le fonctionnement global***", "***améliorer les capacités relationnelles***" et "***améliorer la situation sociale***". Deux objectifs occupent une position intermédiaire : l'**abstinence** et "***améliorer la situation matérielle***". Le premier concerne davantage les patients en plan de sevrage dégressif, tandis que le second concerne plutôt les patients en plan de maintenance. Enfin, deux objectifs sont considérés comme peu importants : la "***diminution des actes délictueux***" et "***ne pas poser de problèmes à son environnement***". Ainsi, les objectifs les moins importants, du point de vue des médecins, sont ceux qui recouvrent une certaine "***dimension sécuritaire***" et ce, quelle que soit la catégorie de médecins.

²² L'importance relative a été calculée en faisant d'abord pour chaque catégorie de médecins la moyenne des items. Ensuite, chaque item a été divisé par cette moyenne. Dès lors, pour chaque catégorie, la moyenne est égale à 1. Si l'item a un score supérieur à la moyenne, il sera supérieur à 1 et, inversement, s'il est moins important, il sera inférieur à 1.

GRAPHIQUE 11 : IMPORTANCE DES OBJECTIFS DU TRAITEMENT, DU POINT DE VUE DES MÉDECINS



De manière générale, nous avons constaté que les médecins en Cabinet Privé en Wallonie ont tendance à surévaluer l'importance des divers objectifs, alors que les médecins en Cabinet Privé en Flandre tendent à les sous-évaluer. Nous avons donc, comme précédemment, analysé les objectifs en les transformant en valeur relative par rapport à la moyenne de chaque catégorie de médecins (*Cf. Supra*).

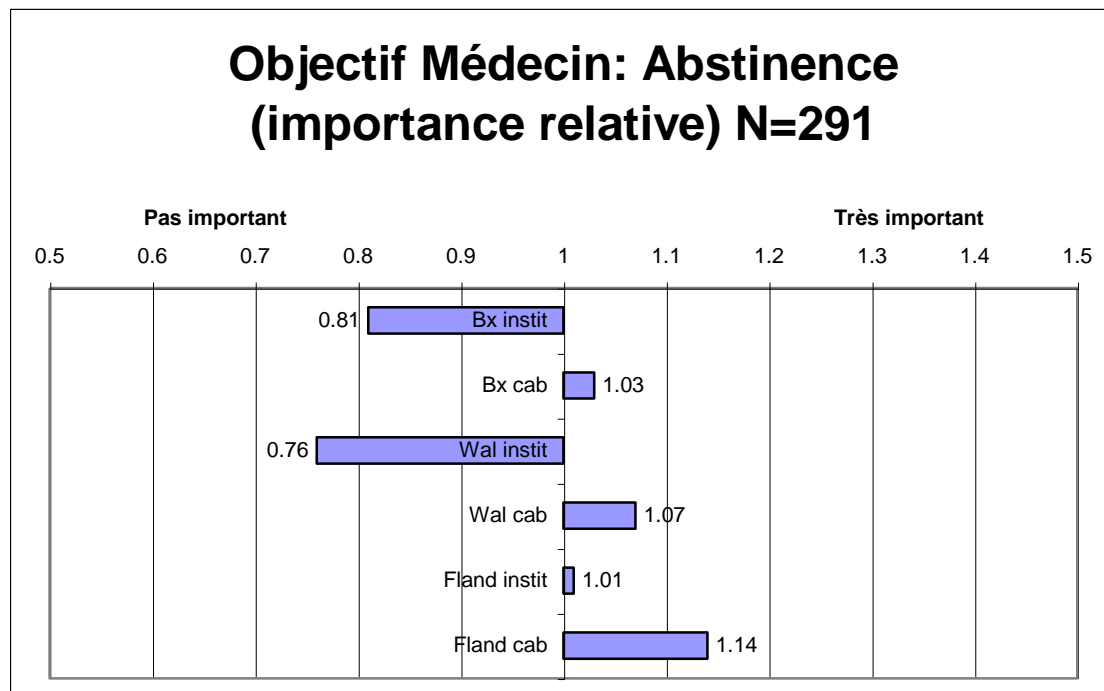
Dès lors, le "maintien du contact avec le système de soins" est l'objectif le plus important pour les médecins.

Vient ensuite **"l'amélioration de l'image de soi"**. Les médecins des Cabinets Privés à Bruxelles accordent significativement **plus d'importance** à cet item relativement aux médecins flamands

Les médecins des Cabinets Privés en Flandre sont ceux qui se sentent **le moins préoccupés** par **"l'amélioration des capacités relationnelles"** de leurs patients. La différence est significative avec les médecins d'institution à Bruxelles et en Wallonie, ainsi qu'avec les médecins en Cabinet Privé en Wallonie.

C'est cependant au niveau de l'objectif **d'abstinence** que l'on observe le plus de différences entre les catégories de médecins : objectif visiblement peu important pour les médecins d'institution à Bruxelles et en Wallonie, et très important pour les médecins en Cabinet Privé en Flandre.

GRAPHIQUE 12 : IMPORTANCE RELATIVE DE L'OBJECTIF D'ABSTINENCE, DU POINT DE VUE DES MÉDECINS



Presque tous les objectifs des médecins montrent un indice de corrélation significative entre eux, excepté l'*"amélioration de l'image de soi"* avec l'objectif d'abstinence et avec l'objectif *"ne pas poser de problèmes à l'environnement"*. Ce sont d'ailleurs ces deux objectifs qui présentent, en général, les indices de corrélations les plus bas avec tous les autres objectifs. La corrélation la plus élevée s'observe cependant entre l'objectif *"ne pas poser de problèmes à l'environnement"* et *"diminuer les actes délictueux"*.

Lors de la seconde passation, 4 objectifs ont été ajoutés : *"retrouver la maîtrise de la consommation"*, *"diminuer l'anxiété et la dépression"*, *"sortir du milieu tox."* et *"diminuer les risques de maladies transmissibles"*. Toutes ces variables sont corrélées entre elles et avec tous les objectifs repris lors de la première passation, sauf avec *"ne pas poser de problèmes à l'environnement"*.

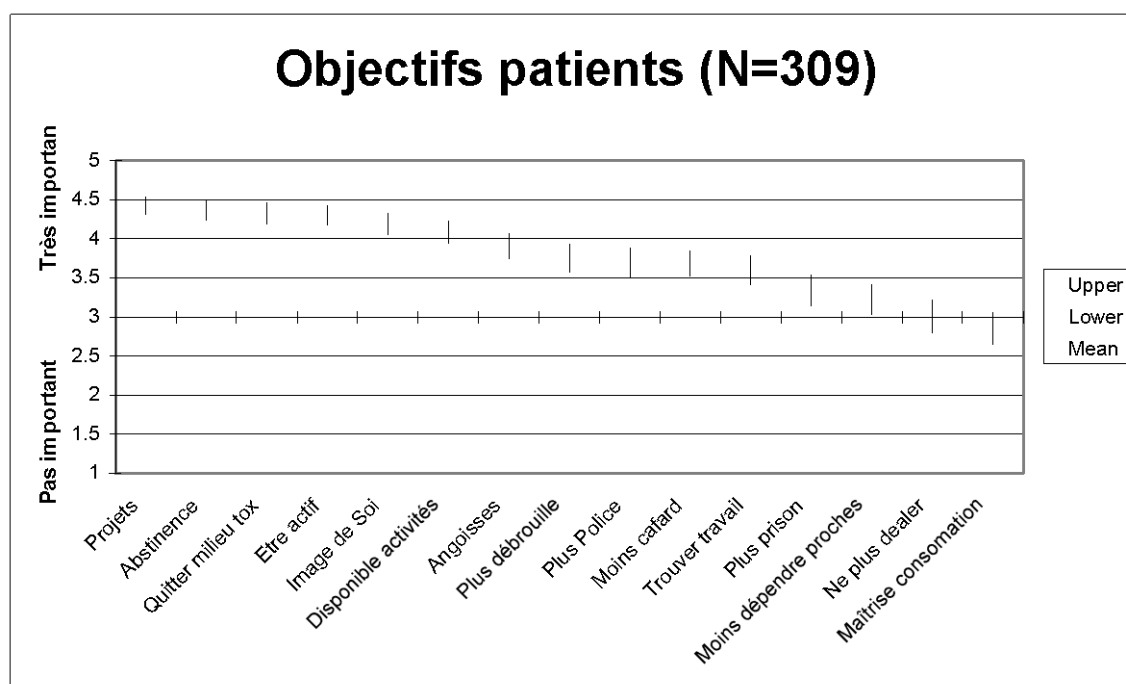
"Diminuer l'anxiété et la dépression" est particulièrement corrélé avec *"améliorer l'image de soi"* ; *"sortir du milieu tox."* avec *"diminuer les risques liés à la santé"* ; *"avoir un impact sur les maladies transmissibles"* avec *"améliorer la situation matérielle"* ainsi qu'avec *"réduire les risques liés à la santé"* ; la *"maîtrise de la consommation"* avec le *"maintien du contact avec le système de soins"* ainsi qu'avec *"l'amélioration de la situation matérielle"*.

En bref, les médecins sont unanimes pour considérer que les objectifs liés aux aspects sécuritaires (*"ne pas poser de problèmes à l'environnement"* et *"diminuer les actes délictueux"*) ne sont pas prioritaires dans leur prise en charge. Ces deux objectifs sont par ailleurs fortement liés entre eux. L'objectif d'abstinence est moins important pour les institutions wallonnes et bruxelloises, alors qu'elle est plus importante pour les médecins en Cabinet Privé et ce, particulièrement en Flandre.

Pour les autres objectifs, très liés entre eux, on observe peu de différences selon les régions ou le lieu de prise en charge.

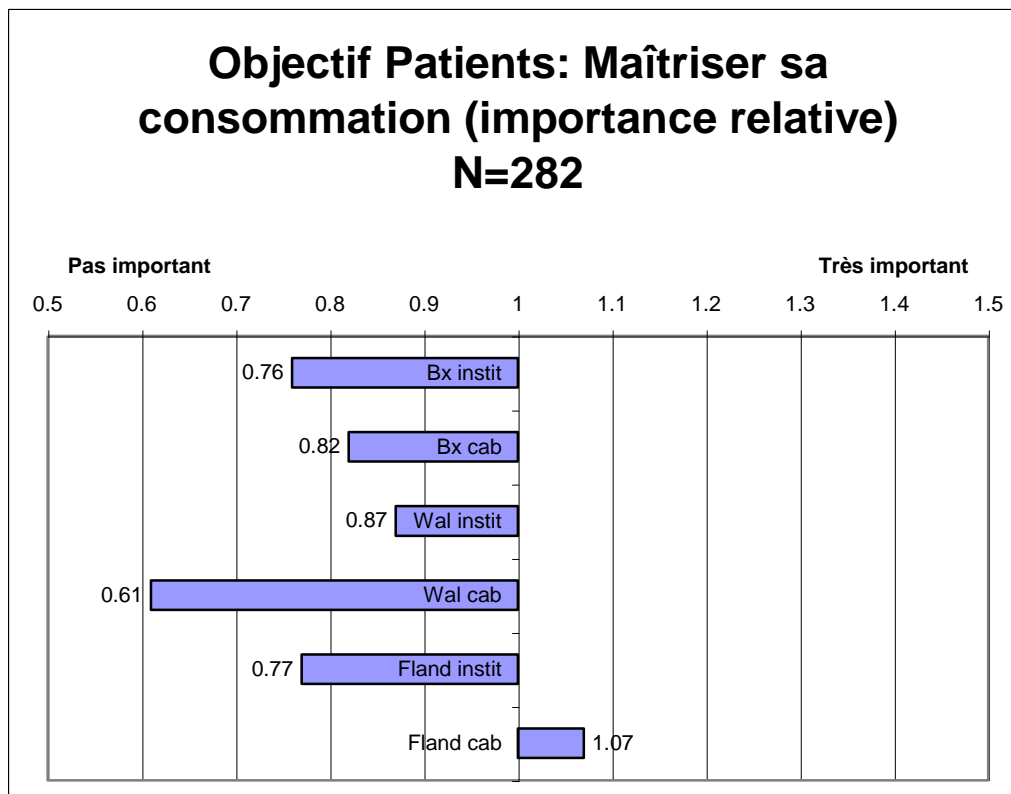
5.4.2. LES OBJECTIFS DU PATIENT : Parmi les objectifs proposés aux patients ("Questionnaire Patient", item n°4), six objectifs sont ainsi considérés comme **très importants** : "*être capable de réaliser mes projets*", l'**abstinence**, "*sortir du milieu tox.*", "*devenir plus actif*", "*améliorer l'image de soi*" et "*être plus disponible pour des activités*". Cinq objectifs sont considérés comme **assez importants** : "*ne plus être aussi angoissé*", "*avoir moins le cafard*", "*ne plus être dans la débrouille*", "*éviter les ennuis avec la police ou la Justice*", "*trouver un travail satisfaisant*". Un seul objectif est considéré comme **peu important** : "*retrouver la maîtrise de la consommation*" — ce dernier objectif concerne davantage les patients en plan de maintenance.

GRAPHIQUE 13 : IMPORTANCE DES OBJECTIFS DU TRAITEMENT, DU POINT DE VUE DES PATIENTS



Comme pour les médecins, les patients ont eu tendance à surévaluer ou à sous-évaluer les objectifs selon les lieux de traitement. Le dépouillement statistique s'est donc également opéré sur les valeurs relatives (Cf. *Supra*). En procédant ainsi, on constate qu'il n'y **aucune différence significative entre catégories de médecins ou entre régions pour tous les objectifs des patients, excepté pour l'abstinence et "retrouver la maîtrise de la consommation"**. Les patients suivis chez les médecins en Cabinet Privé de Flandre et dans les institutions en Wallonie accordent moins d'importance à l'objectif d'**abstinence** que les patients des Cabinets Privés à Bruxelles. En revanche, les patients de Cabinets Privés flamands accordent une plus grande importance à la "**maîtrise de la consommation**" par rapport aux autres catégories de médecins.

GRAPHIQUE 14 : IMPORTANCE RELATIVE DE L'OBJECTIF "MAÎTRISER SA CONSOMMATION", DU POINT DE VUE DES PATIENTS



Les corrélations entre les objectifs des patients sont beaucoup plus hétérogènes et moins fortes que ce n'était le cas pour les médecins. Néanmoins quatre dimensions peuvent être dégagées par une Analyse en Composantes Principales²³ :

- Une dimension "psychologique" : qui regroupe les objectifs "*avoir moins d'angoisses et de cafard*" et "*améliorer l'image de soi*" ;
- Une dimension "sécuritaire" : qui regroupe les objectifs "*ne plus dealer...*", "*éviter la prison*", "*éviter les ennuis avec la police et la Justice*" et "*ne plus être dans la débrouille*" ;
- Une dimension "liée au produit" : qui regroupe les objectifs d'**abstinence** et de "**maîtrise de la consommation**" (corrélation négative) ;
- Une dimension "sociale" : qui regroupe les objectifs "*retrouver du travail*", "*être plus disponible pour des activités*", "*réaliser des projets*" et "*être plus actif*".

Par ailleurs, l'objectif "*sortir du milieu tox.*" se situe à cheval entre la dimension "*liée au produit*" et la dimension "*sécuritaire*". "*Ne plus être dépendant matériellement des proches*" appartient aux quatre dimensions.

Du côté de la **dimension "psychologique"**, les objectifs sont corrélés avec tous les autres, sauf "*la maîtrise de la consommation*". On observe de très hautes corrélations entre "*ne plus être aussi angoissé*" et "*avoir moins le cafard*" ; "*ne plus être aussi angoissé*" et

²³ L'analyse en composantes principales permet de dégager un nombre limité de dimensions ou de facteurs indépendants les uns des autres, qui peuvent expliquer un phénomène parmi un large ensemble de variables continues.

"être plus actif" ; *"ne plus être aussi angoissé"* et *"réaliser mes projets"* ; *"avoir moins le cafard"* et *"améliorer l'image de soi"*. En ce qui concerne les éléments du traitement, tous les patients à l'exception de ceux qui accordent beaucoup d'importance à *"avoir moins le cafard"*, estiment que les **relations avec les soignants**, les **contrôles d'urine**, les **règles du traitement** et la **psychothérapie** sont importants. Par contre l'objectif *"avoir moins le cafard"* n'est lié qu'à l'importance des **contrôles d'urine**.

Du côté de la **dimension "sécuritaire"**, les objectifs sont corrélés avec tous les autres, sauf *"la maîtrise de la consommation"*. On observe de très hautes corrélations entre *"ne plus devoir dealer..."* et *"éviter la prison"* ; *"ne plus devoir être dans la débrouille"* et *"éviter les ennuis avec la police et la Justice"*. L'objectif *"ne plus devoir dealer..."* n'est pas corrélé avec l'**abstinence** et avec *"avoir moins le cafard"*. Ces patients accordent beaucoup d'importance aux **contrôles d'urine**. L'objectif *"ne plus être dans la débrouille"* n'est pas corrélé avec *"l'amélioration de l'image de soi"*. Ces patients accordent beaucoup d'importance aux **contrôles d'urine** et surtout à la **psychothérapie** et à l'**assistance sociale**. Les objectifs *"éviter la prison"* et *"ne pas avoir d'ennuis avec la police et la Justice"* ne présentent aucune corrélation avec un quelconque élément du traitement.

Du côté de la **dimension "liée au produit"**, les objectifs d'**abstinence** et *"maîtriser la consommation"* sont évidemment corrélés négativement. L'**abstinence** est aussi corrélée négativement avec *"ne plus devoir être matériellement dépendant des proches"*. En revanche, elle est corrélée positivement avec *"l'amélioration de l'image de soi"*, *"sortir du milieu tox"*, *"être plus actif"*, *"réaliser mes projets"*, *"ne plus être aussi angoissé"* et *"avoir moins le cafard"*. Par ailleurs, il y a également une corrélation positive entre l'objectif d'**abstinence** et l'importance accordée aux **règles du traitement**, aux **contrôles urinaires** et aux **relations avec les soignants**. Inversement, l'objectif *"maîtriser sa consommation"* est uniquement corrélé positivement avec *"ne plus devoir être dans la débrouille"* et avec l'**assistance sociale** en tant qu'élément de traitement.

Comme mentionné ci-dessus, l'objectif *"sortir du milieu tox."* se situe à cheval entre la **dimension "liée au produit"** et la **dimension "sécuritaire"**. En effet, cet objectif est corrélé avec tous les objectifs, sauf *"être plus disponible"* et *"ne plus dépendre matériellement de mes proches"*. En particulier, les corrélations sont fortes entre *"sortir du milieu tox."* et *"améliorer l'image de soi"*, l'**abstinence**, *"ne pas avoir d'ennuis avec la police et la Justice"*, *"éviter la prison"* et *"être plus actif"*. Il n'y a pas de corrélation particulière avec un des éléments du traitement.

Quant à la **dimension "sociale"**, elle aussi est corrélée avec tous les objectifs, sauf avec soit l'**abstinence**, soit la *"maîtrise de la consommation"*. l'objectif *"être plus disponible"* n'est corrélé ni avec l'**abstinence**, ni avec la *"maîtrise de la consommation"*. Il n'est pas non plus corrélé avec l'objectif *"sortir du milieu tox."*. Ces patients accordent beaucoup d'importance à tous les éléments du traitement, sauf aux **contrôles d'urine**. *"Trouver un travail satisfaisant"* n'est pas corrélé avec l'objectif d'**abstinence**. Ces patients accordent beaucoup d'importance à l'**assistance sociale**. *"Réaliser mes projets"* et *"être plus actif"* ne sont pas corrélés avec l'objectif *"maîtrise de la consommation"*. Ces deux objectifs ont une très forte corrélation entre eux. Pour rappel, on trouve également de très hautes corrélations entre *"être plus actif"* et *"être moins angoissé"* ; ainsi qu'entre *"réaliser mes projets"* et *"être moins angoissé"*. En ce qui concerne les éléments du traitement, ces deux groupes estiment comme importants : les **relations avec les soignants**, les **contrôles d'urine**, les **règles du traitement**, la **psychothérapie** et l'**assistance sociale**.

L'objectif "*ne plus dépendre matériellement des autres*" est corrélé avec tous les autres objectifs, sauf la "*maîtrise de la consommation*" et "*sortir du milieu tox.*" Ces patients accordent beaucoup d'importance à l'**assistance sociale** et aux **règles du traitement**.

En bref, quatre dimensions se dégagent parmi les divers objectifs : une dimension "psychologique", une dimension "sécuritaire", une dimension "liée au produit" et une dimension "sociale". Cette dernière est considérée comme la plus importante, alors que la dimension "sécuritaire" est considérée comme la moins importante.

5.4.3. CORRÉLATIONS ENTRE LES OBJECTIFS DES MÉDECINS ET DES PATIENTS : Les corrélations entre les objectifs des patients et des médecins sont moins souvent significatives qu'en ce qui concerne les objectifs des médecins entre eux, ou les objectifs des patients entre eux. Une Analyse en Composantes Principales reprenant toutes les variables paramétriques du "Questionnaire Patient" et de la "Fiche Technique" a mis en évidence qu'il s'agit bien de deux dimensions importantes, mais qu'elles sont indépendantes l'une de l'autre.

En ce qui concerne les patients qui privilégient la **dimension "psychologique"**, l'objectif "*avoir moins le cafard*" n'est corrélé avec **aucun** des objectifs des médecins. Il en va de même pour l'importance de la **psychothérapie** et de la qualité des **relations avec les soignants**. L'objectif du patient "*être moins angoissé*" n'est corrélé qu'avec l'objectif "*maintenir le contact avec le système de soins*". Par contre, patients et médecins s'accordent sur l'objectif "*améliorer l'image de soi*" qui est également corrélé avec "*l'amélioration des capacités relationnelles*". En bref, **la dimension de la demande psychologique chez le patient ne semble que très relativement perçue chez le médecin.**

Pour ce qui concerne les patients qui privilégient la **dimension "sécuritaire"**, les corrélations sont meilleures entre les objectifs des patients et des médecins. "*Ne plus devoir dealer...*", "*éviter la prison*", "*ne pas avoir d'ennuis avec la police et la Justice*", chez le patient, sont corrélés avec "*diminuer les actes délictueux*" et "*ne pas poser de problèmes à l'environnement*". Les médecins sont plus attentifs à ceux qui expriment une demande de "*ne pas avoir d'ennuis avec la police et la Justice*". En effet, tous leurs objectifs, sauf la "*diminution des risques liés à la santé*", sont corrélés à cet item. Par contre, ils semblent moins bien percevoir l'importance de "*ne plus être dans la débrouille*", qui n'est corrélé qu'avec l'objectif de "*ne pas poser de problèmes à l'environnement*".

Du côté des patients privilégiant la **dimension "liée au produit"**, les objectifs d'**abstinence** et "*maîtriser la consommation*" sont étroitement corrélés avec l'objectif d'**abstinence** chez le médecin. L'objectif d'**abstinence** du patient est également corrélé positivement avec "*l'amélioration de l'image de soi*" ; et l'objectif "*maîtrise de la consommation*" est lié, dans le chef du médecin, à une plus grande importance accordée à "*l'amélioration de la situation matérielle*" et "*l'amélioration de la situation sociale*". Par ailleurs, l'objectif d'**abstinence** du médecin est lié négativement à l'importance de l'**assistance sociale**. On constate également que l'objectif "*diminuer les risques liés à la santé*" ne rencontre aucun des objectifs des patients. "*Retrouver la maîtrise de la consommation*", chez le médecin, est corrélé au même objectif chez le patient, ainsi qu'à l'objectif de "*retrouver un travail satisfaisant*" chez le patient et à l'objectif "*éviter la prison*".

Enfin du côté des patients qui privilégient la **dimension "sociale"**, "*réaliser mes projets*" et "*être plus disponible*" ne sont liés à **aucun** objectif du côté des médecins. L'objectif du patient d'"*être plus actif*" est corrélé chez le médecin aux objectifs "*améliorer le fonctionnement social*", "*diminuer les actes délictueux*", "*ne pas poser problèmes à l'environnement*" et "*améliorer les capacités relationnelles*". Quand l'objectif "*trouver un travail satisfaisant*" est exprimé, les médecins accordent plus d'importance à "*l'amélioration de la situation matérielle*", "*l'amélioration de la situation sociale*", "*l'amélioration du fonctionnement global*", "*améliorer les capacités relationnelles*" et à "*améliorer l'image de soi*". L'importance de l'**assistance sociale** est en corrélation positive avec "*l'amélioration de la situation sociale*", "*la diminution des risques liés à la santé*", mais pas avec "*l'amélioration de la situation matérielle*" ou "*l'amélioration du fonctionnement global*".

En bref, alors que les médecins accordent le moins d'importance à la dimension "**sécuritaire**", lorsque le patient met lui-même cette dimension en exergue, les médecins sont en parfait accord avec les patients. De même si les objectifs *abstinence* ou "*retrouver un travail satisfaisant*" sont importants. Par contre, chez les médecins, les objectifs des dimensions "**psychologique**" et "**sociale**" des patients sont moins bien perçus. A l'opposé, les préoccupations des médecins liées à la santé ne sont pas relayées chez le patient. Pour ce dernier item, il faut cependant noter que le questionnaire patient ne comportait pas d'item directement lié à cette dimension.

5.5. La trajectoire des patients

38% des patients de notre échantillon ont eu un premier contact avec leur médecin actuel depuis moins d'un an, et 68% sont suivis par leur médecin actuel depuis moins de 4 ans, avec de grandes différences entre catégories de médecins. Ainsi les médecins en Cabinet Privé connaissent leurs patients depuis plus longtemps que les médecins des institutions. Les institutions flamandes semblent suivre exclusivement des patients depuis moins de six mois.

TABEAU 8 : DUREE DU SUIVI, EN ANNEES, PAR CATEGORIE DE MEDECINS

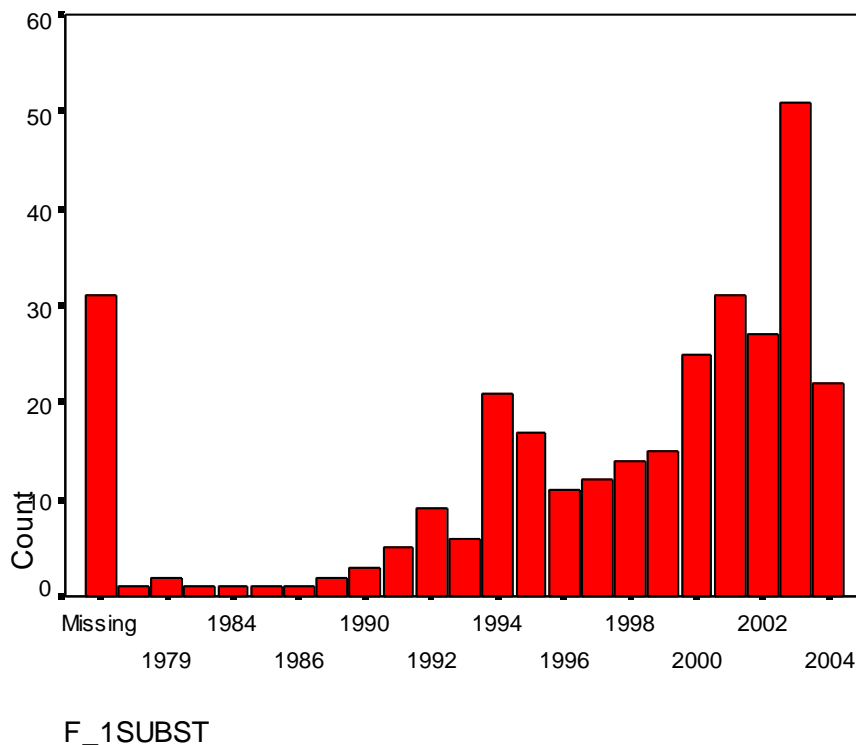
		Moyenne (années)	Ecart- Type	Minimum	Maximum	N
Bruxelles	<i>Cabinets Privés</i>	6.82	4.34	1	21	39
	<i>Institutions</i>	3.67	3.47	0	18	87
Wallonie	<i>Cabinets Privés</i>	5.19	5.27	0	28	101
	<i>Institutions</i>	2.84	1.90	0	7	31
Flandre	<i>Cabinets Privés</i>	4.84	5.08	0	25	26
	<i>Institutions</i>	0.75	1.27	0	6	28
<i>Inconnus</i>						11
<i>Total</i>		4.31	4.43	0	28	323

Mais les patients suivis peuvent être connus depuis plus longtemps, et avoir entamé plus tard un traitement de substitution. C'est le cas de patients suivis en Cabinet Privé en Flandre. De manière générale, les médecins des Cabinets Privés à Bruxelles et en Flandre sont moins souvent les initiateurs de traitement que les autres.

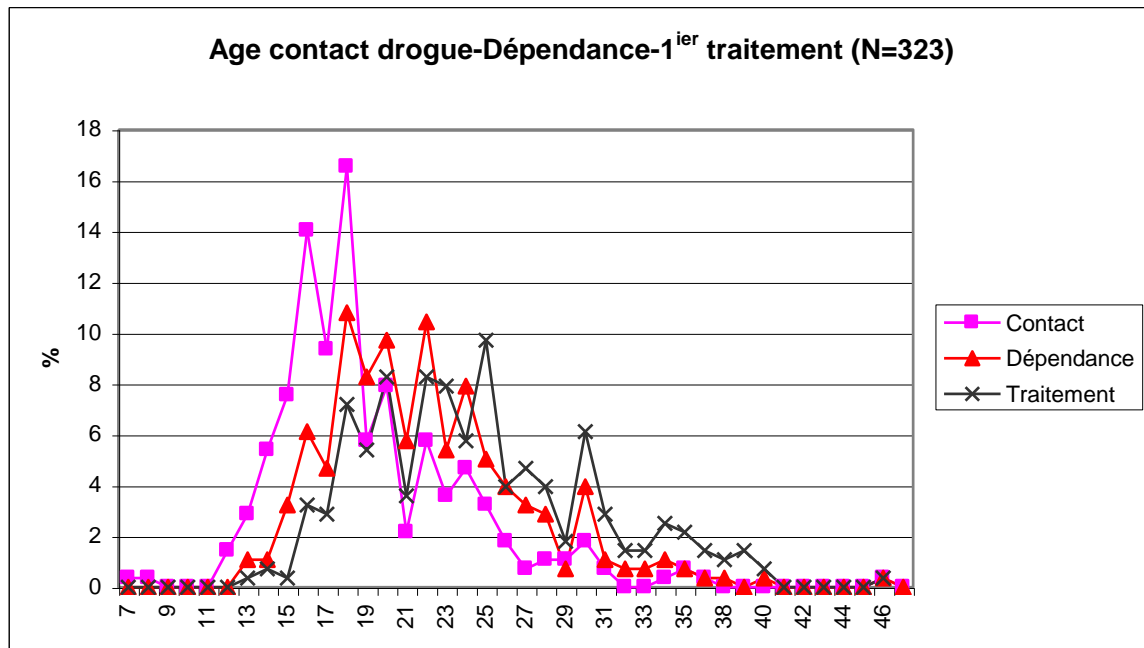
En ce qui concerne la date de début des traitements de substitution, on observe bien entendu un pic pour les nouveaux traitements –moins de 6 mois–, mais aussi autour des années 1994-1995, qui correspondent au moment de la Conférence de Consensus et donc, à une relative normalisation juridique des traitements de substitution.

34,5% des patients sont en traitement de substitution depuis moins d'un an. Cela ne veut cependant pas dire qu'ils en sont à leur premier traitement. Les médecins des Cabinets Privés à Bruxelles et en Flandre semblent prendre davantage en charge des patients qui en sont à leur premier traitement –même si ce n'est pas le médecin actuel eux qui l'a initié–, alors que les institutions semblent recevoir davantage de patients qui ont déjà connu d'autres traitements. 46% des patients ont déjà reçu un premier traitement antérieurement. Parmi eux, 36% sont à leur deuxième traitement, 24% à leur troisième et 20% à leur quatrième. 19% des patients ont déjà eu plus de quatre traitements, dont la moitié est prise en charge en institution.

GRAPHIQUE 15 : ANNÉE D'INITIATION DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION



GRAPHIQUE 16 : AGE DE LA PREMIERE CONSOMMATION D'OPIACÉS, DE LA DÉPENDANCE, ET A L'INITIATION DU PREMIER TRAITEMENT DE SUBSTITUTION



En moyenne, les patients ont eu leur premier contact avec un opiacé à 19 ans. Ils déclarent être devenus dépendants à 22 ans et ont reçu un premier traitement de substitution à 25 ans. 6 ans séparent donc, en moyenne, le premier contact avec un opiacé du premier traitement de substitution, et 3 ans entre le début supposé de la dépendance et le premier traitement de substitution. On constate que, dans notre échantillon, la consommation d'opiacés commence au plus tôt à 13 ans, avec deux pics à 17 et 19 ans.

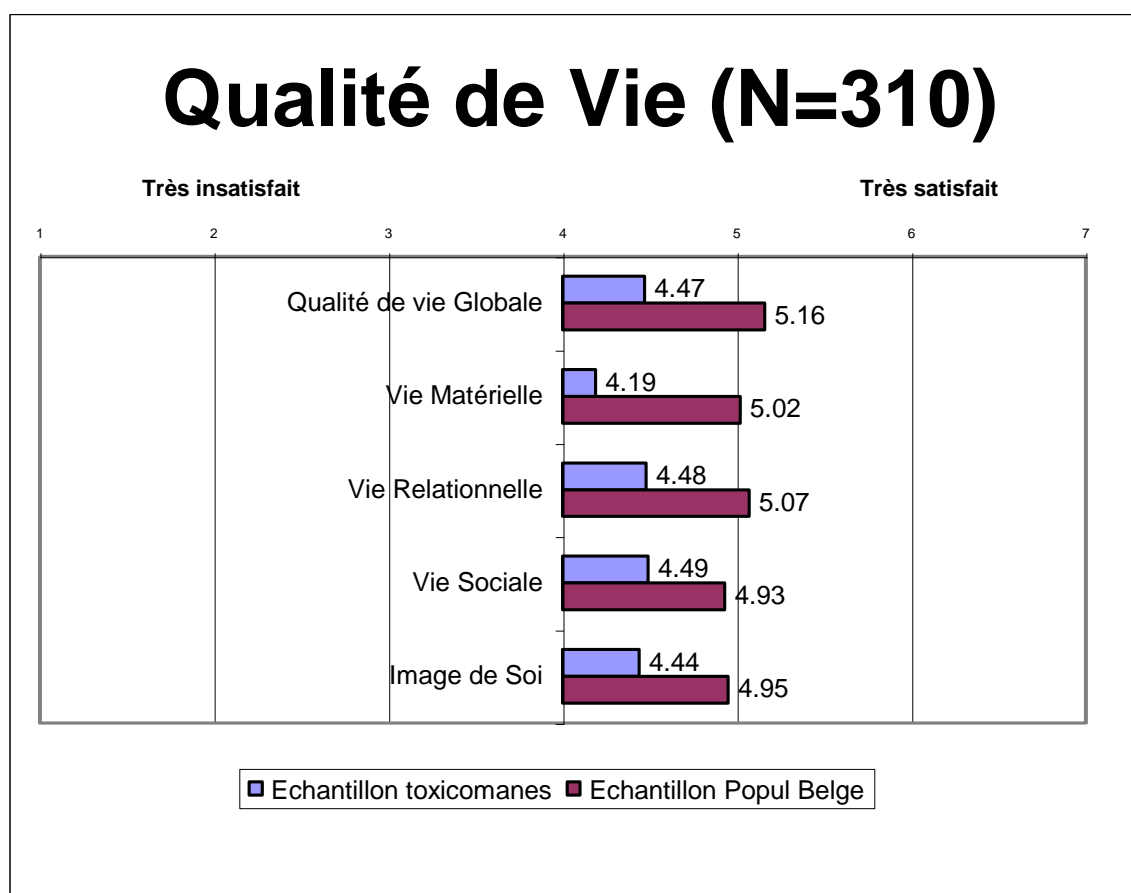
Néanmoins ces âges de contact, de dépendance ou de premier traitement de substitution ne semblent pas avoir beaucoup d'influence sur le type de prise en charge. Par contre, la durée du traitement semble plus déterminante. En effet, dans l'Analyse en Composantes Principales réalisée sur les variables paramétriques (*Cf. Supra*), une des dimensions indépendantes concerne cet indicateur. Autour de cet axe, on retrouve la durée du traitement de substitution, une dose élevée de méthadone, une durée de prescription élevée, des objectifs médicaux centrés sur la "diminution des risques liés à la santé" et peu sur l'abstinence. Ces patients prennent peu fréquemment des amphétamines, de l'ecstasy ou de l'héroïne mais prennent plus de somnifères. Par ailleurs, si l'on introduit dans cette matrice la variable non paramétrique "plan de traitement", cette dimension est associée à la maintenance et opposée à la substitution *stricto sensu*.

En bref, les trajectoires des patients sont extrêmement hétérogènes : un tiers des patients sont en traitement de substitution depuis moins d'un an, mais près de la moitié n'en sont pas à leur premier traitement. En ce qui concerne la date de début des traitements de substitution, on observe bien entendu un pic pour les nouveaux traitements –entamés en 2002–, mais aussi autour des années 1994-1995, qui correspondent au moment de la Conférence de Consensus et donc, à une relative normalisation juridique des traitements de substitution. Enfin, en moyenne, 6 ans séparent le premier contact avec un opiacé du premier traitement de substitution, et 3 ans le début supposé de la dépendance et le premier traitement de substitution.

5.6. Qualité de Vie

D'un point de vue général, **la qualité de vie des patients, étudiée avec le SLDS, est significativement moins bonne que celle de la population belge en bonne santé**, de même âge et de même genre, évaluée par le même instrument (SLDS)²⁴. **Cet écart est surtout important pour la vie matérielle.** Les Flamands expriment, une fois de plus, une meilleure satisfaction au travers de cette échelle. Ceci ne veut pas dire, comme nous le verrons ultérieurement, que tous les toxicomanes ont une mauvaise Qualité de Vie : en effet 130 patients sur 295 atteignent un seuil de Qualité de Vie satisfaisante.

GRAPHIQUE 17 : INDICES DE QUALITÉ DE VIE POUR LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS, ECHANTILLON DE PATIENTS ET POPULATION CONTRÔLE

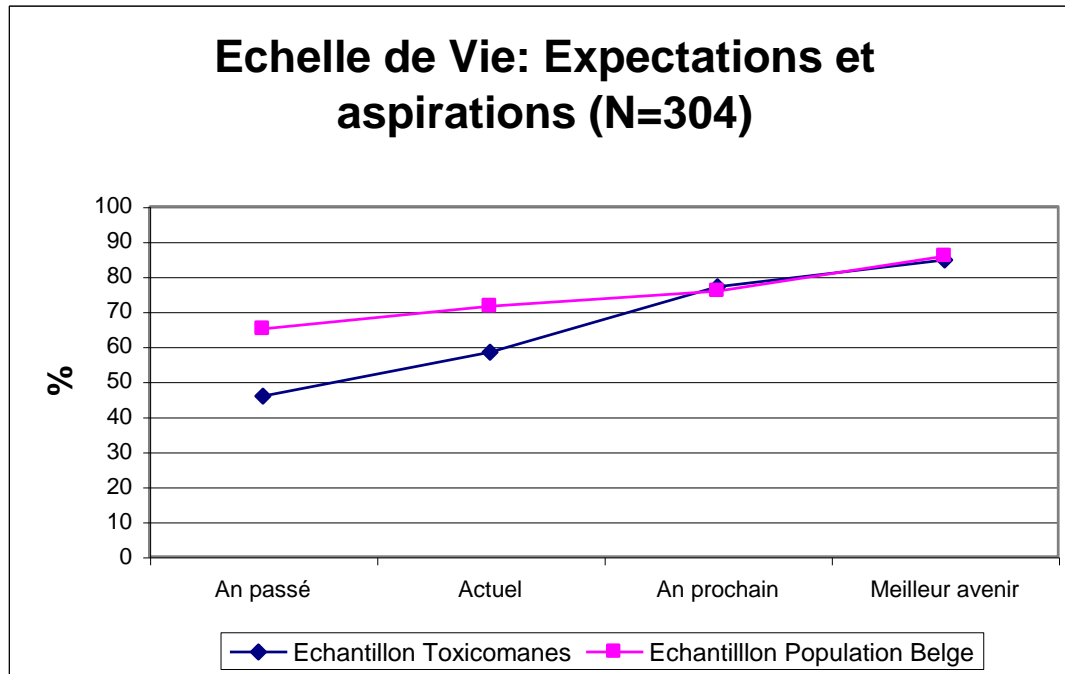


A l'échelle de vie (LLS de Cantril & Campbell), il est habituel de constater que les personnes en bonne santé estiment leur vie actuelle meilleure que celle de l'an passé et moins bonne que celle qu'ils espèrent dans avenir proche ou lointain. Un individu qui a l'impression qu'aujourd'hui est meilleur qu'hier et moins bon que demain, se trouve dans une perspective d'histoire personnelle connotée positivement. Les patients de notre échantillon réagissent de la même manière, mais ils tendent à connoter péjorativement leur situation passée et médiocrement leur situation actuelle. Autrement dit, leur passé est perçu comme moins bon que le passé des individus en bonne santé, et leur présent est moins bon que le présent des

²⁴ 1 500 belges en bonne santé de tout âge, des deux genres et des différents régimes linguistiques ont été soumis à ce questionnaire. Les critères d'inclusion étaient : de ne pas être en traitement psychiatrique, de ne prendre aucun psychotrope (sauf hypnotiques), et de n'être ni invalide, ni chômeur.

personnes en bonne santé. En revanche, ils conservent les mêmes attentes et aspirations que les individus en bonne santé.

GRAPHIQUE 18 : ASPIRATIONS ET EXPECTATIONS DE L'ÉCHANTILLON ET DE LA POPULATION CONTRÔLE



5.7. Caractéristiques particulières à des sous-groupes de l'échantillon

5.7.1. CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES :

Pour Bruxelles

- 2/3 des patients sont suivis en institution ;
- les durées de traitement sont les plus longues (67 mois \pm 58.5) et la méthadone est presque toujours conditionnée en gélules ;
- C'est à Bruxelles qu'il y a le moins de consommateurs d'héroïne, et pour ceux qui en consomment, c'est davantage en fumette, et pour se délasser ;
- C'est aussi à Bruxelles qu'il y a le moins de consommateurs d'alcool, mais c'est où il y a le plus de consommateurs quotidiens d'anxiolytiques ;
- On y trouve les patients les plus âgés (36 ans \pm 7.1) ;
- On y trouve aussi la moins bonne satisfaction, en particulier pour la vie matérielle et sociale.

Pour la Wallonie

- 3/4 des patients suivis en Cabinet Privé ;
- On y trouve un plus grand usage de l'héroïne en shoot ;
- On y trouve le moins de consommateurs d'anxiolytiques.

Pour la Flandre

- La moitié des patients est suivie en institution et l'autre moitié en Cabinet Privé ;
- La durée des traitements est la plus courte (22.6 mois \pm 30.2) et la méthadone est presque toujours conditionnée en sirop ;
- On y trouve le plus de consommateurs d'héroïne ;
- On y trouve le moins de consommateurs de café, mais aussi le plus de consommateurs d'alcool et de somnifères ;
- Il y a moins de patients qui pratiquent le lèche-vitrine ou qui connaissent des fringales d'achats ;
- On y trouve plus de délivrance de la méthadone en officine ou chez le médecin, et aucune gestion autonome de la prise ;
- On y accorde moins d'importance aux divers objectifs, tant chez le patient que chez le médecin ;
- Les patients sont suivis depuis le moins longtemps (2.7 ans \pm 4.2) ;
- On y trouve une plus grande satisfaction pour tous les domaines.

En bref, deux régions se posent en modèles antithétiques : Bruxelles et la Flandre, la Wallonie occupant une position intermédiaire. Les patients flamands sont généralement plus jeunes, suivis depuis moins longtemps et consomment plus souvent de l'héroïne et de l'alcool. Ils sont aussi plus satisfaits de leur Qualité de Vie. On constate l'usage généralisé de la méthadone en sirop, et l'absence de gestion autonome de la prise de celle-ci au profit de distributions plus contrôlées (chez le médecin ou en officine de pharmacie). Les médecins accordent moins d'importance aux divers objectifs du traitement — surtout par rapport aux Wallons. Le descriptif inverse vaut pour les patients bruxellois.

5.7.2. CARACTÉRISTIQUES SELON LES CATÉGORIES DE MÉDECINS :

Pour les patients des médecins en Cabinet Privé

- *Produits* : doses de méthadone plus basses (48 mg \pm 32), plus grand usage de l'héroïne en sniff, plus de patients qui ne consomment jamais de café et jamais de cocaïne ;
- *Cadre du traitement* : rendez-vous plus espacés avec des durées de prescriptions plus longues (21 jours \pm 11.1), davantage à la demande, patients très réguliers ;
- *Objectifs du traitement* : plus d'importance accordée à l'abstinence du côté du médecin ;
- *Trajectoire des patients* : suivis depuis plus longtemps (5.5 ans \pm 5.0), davantage de patients en premier traitement ;
- *Qualité de Vie* : plus grande satisfaction face à la situation matérielle.

Pour les patients des médecins en institution

- *Produits* : doses de méthadone plus élevées (57 mg \pm 42) ;
- *Cadre du traitement* : rendez-vous plus rapprochés (hebdomadaires) avec des durées de prescription plus courtes (11 jours \pm 5.2), davantage de rendez-vous planifiés ;
- *Objectifs du traitement pour le médecin* : plus d'importance accordée à l'"amélioration de la situation matérielle", l'"amélioration de la situation

relationnelle", l'"amélioration de la situation sociale", et à l'"amélioration du fonctionnement global" ;

- *Objectifs du traitement pour le patient* : plus d'importance accordée à "trouver un travail satisfaisant", aux contrôles d'urine, et à l'assistance sociale ;
- *Trajectoire des patients* : suivis depuis moins longtemps (3 ans \pm 3), davantage de patients qui n'en sont plus à leur premier traitement ;
- *Qualité de Vie* : moins grande satisfaction face à la situation matérielle.

5.7.3. CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES : Enfin au niveau **individuel** on observe une **très grande dispersion** pour la plupart des variables, en particulier pour les celles qui concernent les durées et les âges :

TABLEAU 8 : EXEMPLES DE DISPERSION DES REPNSES A QUELQUES VARIABLES AU NIVEAU INDIVIDUEL

Exemples :	Moyenne	Ecart-Type	Minimum	Maximum	N
Dosage méthadone	55.02 mg	46.38	2 mg	400 mg	314
Durée sous méthadone	50.13 mois	49.48	0 mois	300 mois	280
Durée du suivi	4.31 ans	4.43	0 ans	28 ans	312
Durée depuis le dernier traitement	28.78 mois	31.30	1 mois	144 mois	82
Age actuel	33.01 ans	7.39	17 ans	62 ans	291
Age premier traitement	19.17 ans	6.00	13 ans	47 ans	278
Durée de la prescription	15.91 jours	9.92	1 jour	60 jours	259

5.7.4. ANALYSES PARTICULIÈRES : Quelques analyses particulières ont été réalisées en vue d'approfondir l'étude de certains paramètres du traitement. Tout d'abord, il s'est dégagé quelques caractéristiques qui semblaient concerner plus spécifiquement les patients en traitement depuis moins de six mois. Nous avons donc distingué un sous-groupe dit de "*nouveaux patients*" — en traitement depuis moins de six mois. Ensuite, nous avons isolé des sous-groupes de patients qui répondent aux objectifs attendus des traitements de substitution : nous avons ainsi créé un sous-groupe de patients "*abstinents*", un sous-groupe de patients "*ayant une bonne qualité de vie*" et un sous-groupe de patients "*en bonne santé*" (Cf. définitions *Infra*).

Nouveaux patients versus anciens patients

Nous avons défini en tant que "*nouveau patient en traitement de substitution*", tous les patients qui étaient en traitement depuis 6 mois au plus. Nous ne reprenons ci-dessous que les résultats statistiquement significatifs.

- 53 patients ont été identifiés dans le groupe de "nouveaux patients", dont une petite moitié (24) provient de Flandre –20 patients issus des institutions flamandes–, 12 patients viennent de Bruxelles et 17 de Wallonie ;
- *Produits* : Les "*nouveaux patients*" reçoivent, en moyenne, un peu moins de méthadone, sans que cette différence de moyenne soit significative, étant donné la grande dispersion des dosages. Ils sont significativement plus nombreux à recevoir la méthadone en sirop, mais cette différence est surtout liée à la sur-représentation de

patients venus de Flandre dans ce groupe, où cette forme est plus utilisée. 30 des 53 "nouveaux patients" prennent de l'héroïne, et on trouve dans ce groupe plus de consommateurs quotidiens ou hebdomadaires que chez les "anciens patients" ;

- *Cadre du traitement* : Les rendez-vous sont très rarement à la demande (4 patients sur 53), jamais mensuels, 7 des 53 "nouveaux patients" sont considérés comme peu réguliers, alors qu'ils ne sont que 10 sur 222 chez les "anciens patients", la gestion de la prise est rarement autonome, au profit d'une prise en officine de pharmacie, et le plan de traitement s'oriente davantage vers l'abstinence, rarement vers la maintenance.
- *Trajectoire du patient* : Les "nouveaux patients" sont plus jeunes (29 ans \pm 7.5) que les "anciens patients" (34 ans \pm 7.01), il y a moins d'années entre le premier contact avec le médecin et le démarrage du traitement de substitution (nouveaux : 1.31 ans \pm 1.96, anciens : 4.92 ans \pm 4.32), enfin, s'il ne s'agit pas d'un premier traitement, le nombre de mois écoulés depuis le dernier traitement est plus court (nouveaux : 14.35 mois \pm 17.35, anciens : 34.80 \pm 35.10).

En bref, les "nouveaux patients" consomment plus fréquemment de l'héroïne et sont plus irréguliers. Ils ont un plan thérapeutique plus cadré (fréquence rendez-vous, délivrance) et sont orientés davantage vers l'abstinence. Ils sont plus jeunes, connus depuis moins longtemps par les médecins, et s'ils ne sont pas à leur premier traitement, le temps entre deux traitements est plus court.

Abstinentes versus non abstinentes

Ont été considérés comme "abstinentes" tous les patients qui ont affirmé ne jamais prendre ni héroïne, ni cocaïne, ni amphétamines, ni LSD, ni ecstasy. La consommation de cannabis n'a pas été prise en compte.

- 146 patients sont "abstinentes", selon cette définition. Ils se rencontrent davantage en Cabinet Privé, surtout en Wallonie et à Bruxelles. Les "non abstinentes" se rencontrent plus dans les institutions de toutes les régions.

TABLEAU 9 : APPARTENANCE DES PATIENTS AUX GROUPES "ABSTINENTS" VERSUS "NON ABSTINENTS" SELON LES CATEGORIES DE MEDECINS

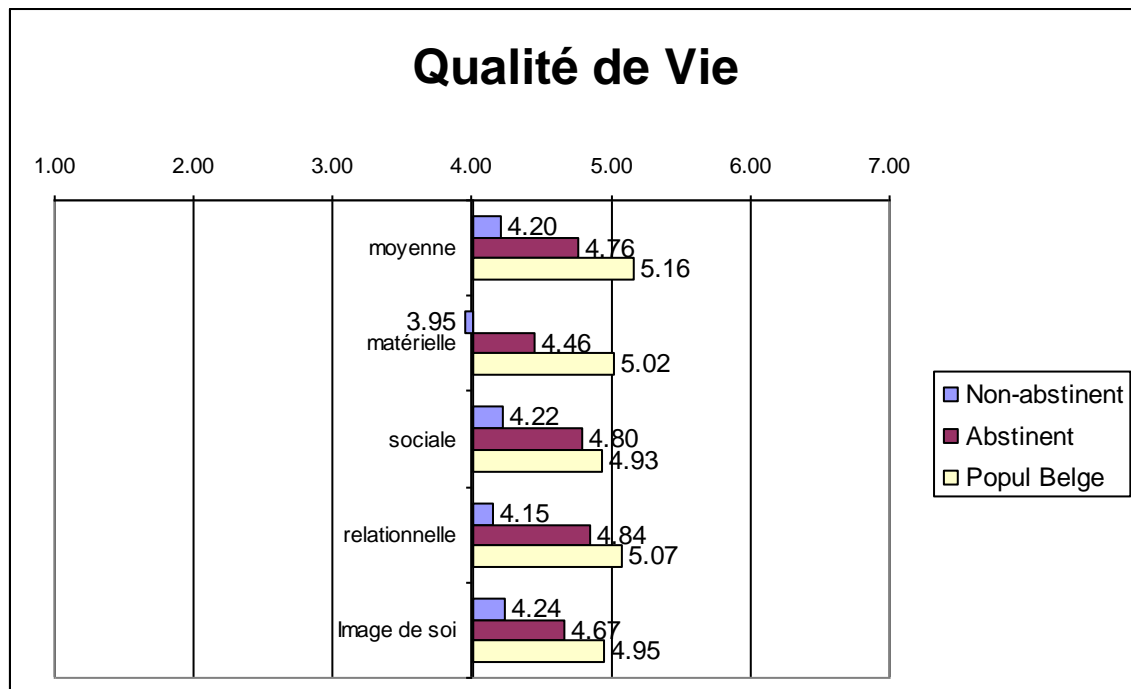
		"Abstinentes"	"Non-abstinentes"	Total
Bruxelles	<i>Cabinets Privés</i>	22	18	40
	<i>Institutions</i>	38	50	88
Wallonie	<i>Cabinets Privés</i>	59	41	100
	<i>Institutions</i>	9	25	34
Flandre	<i>Cabinets Privés</i>	9	16	25
	<i>Institutions</i>	9	19	28
Total	<i>Cabinets Privés</i>	90	75	165
	<i>Institutions</i>	56	94	150
	<i>Inconnus</i>			8
	<i>Total</i>	146	169	323

- *Produits* : Chez les "abstinentes", on rencontre proportionnellement plus de patients qui disent ne jamais prendre, ou occasionnellement, du cannabis, par contre on rencontre autant de consommateurs quotidiens ; de même, il y a une sur-représentation de non-

consommateurs de codéine, de somnifères et de personnes qui déclarent ne jamais jouer pour de l'argent parmi les "abstinents" ;

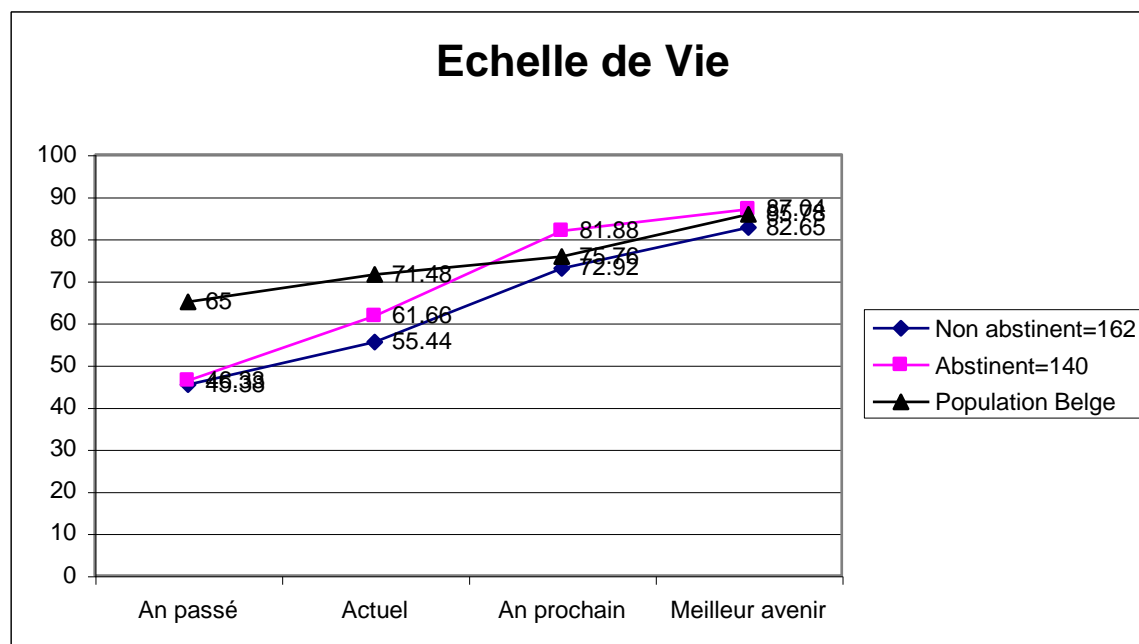
- *Cadre du traitement* : Les rendez-vous sont plus espacés chez les "abstinents" (tous les quinze jours ou mensuel), et les prescriptions sont faites pour de plus longues périodes (abstinents : 18 jours \pm 11.2, non-abstinents : 14 jours \pm 8.40), les "abstinents" sont également plus réguliers ;
- *Objectifs du traitement* : Tant les médecins que les patients accordent plus d'importance à l'objectif *abstinence* chez les "abstinents", de plus, les "abstinents" accordent plus d'importance à "sortir du milieu tox." et à la méthadone en tant que médicament.
- *Trajectoire du patient* : Les "abstinents" sont suivis depuis plus longtemps (5 ans \pm 5) que les "non abstinents" (3.75 ans \pm 4) ;
- *Qualité de vie* : Au SLDS, la qualité de vie des "abstinents" est significativement meilleure que celle des "non-abstinents", que ce soit pour la moyenne totale ou pour les quatre domaines de vie — vie matérielle, sociale, relationnelle et image de soi. Chez les "abstinents", elle s'approche des valeurs de la population belge pour la vie sociale et s'en éloigne le plus pour la vie matérielle.

GRAPHIQUE 19 : INDICES DE QUALITE DE VIE CHEZ LES "ABSTINENTS", LES "NON ABSTINENTS" ET LA POPULATION CONTROLE



- A la LLS, les "abstinents" jugent également leur situation matérielle, sociale, relationnelle et de santé significativement plus enviable que les "non-abstinents". Pour l'échelle de vie, les "abstinents" estiment leur situation actuelle significativement plus enviable que les "non-abstinents". Il en va de même pour leurs attentes et leurs aspirations. Par contre, ils jugent leur situation l'an passé aussi médiocrement que les "non-abstinents". On notera que les "abstinents" ont des espérances de changement à court terme nettement plus élevées que la population belge en bonne santé.

GRAPHIQUE 20 : INDICES D'ECHELLE DE VIE CHEZ LES "ABSTINENTS", LES "NON ABSTINENTS" ET LA POPULATION CONTROLE²⁵



En bref : 46% des patients sont "abstinents". Parmi eux, il y a plus de patients qui ne prennent jamais de cannabis, de codéine ou de somnifères. Ils sont plus réguliers, voient leur médecin à un rythme plus faible, et accordent plus d'importance à l'objectif d'abstinence sans pour autant être plus spécifiquement dans un plan de traitement orienté vers ce but à court terme. Ces patients ont par ailleurs une meilleure Qualité de Vie et des aspirations au changement plus importantes.

Attention : Nous l'avons dit, les tests statistiques ne permettent pas d'inférer le sens de la causalité. Donc, nous ne savons pas si c'est parce que ces patients sont "abstinents" qu'ils ont une meilleure Qualité de Vie, ou si c'est parce qu'ils ont une meilleure Qualité de Vie qu'ils sont "abstinents" ou encore que simultanément, mais de façon indépendante l'une de l'autre, Qualité de Vie et abstinence sont des variables qui apparaissent dans le décours d'un traitement comme les paramètres d'un groupe particulier. On ne peut pas non plus affirmer que leur Qualité de Vie s'est améliorée — on sait seulement qu'elle est meilleure, statistiquement, par rapport aux "non-abstinents". Il se pourrait qu'elle fût déjà meilleure auparavant. Néanmoins, les "abstinents" jugent aussi péjorativement leur vie l'an passé que les "non-abstinents", alors qu'ils vivent leur vie actuelle comme meilleure que celle de ces derniers, et aussi meilleure que celle de l'an passé. Ces deux éléments laissent penser qu'une amélioration s'est produite, mais elle devrait être confirmée par un test-retest à un an d'intervalle.

Bonne qualité de vie versus mauvaise qualité de vie

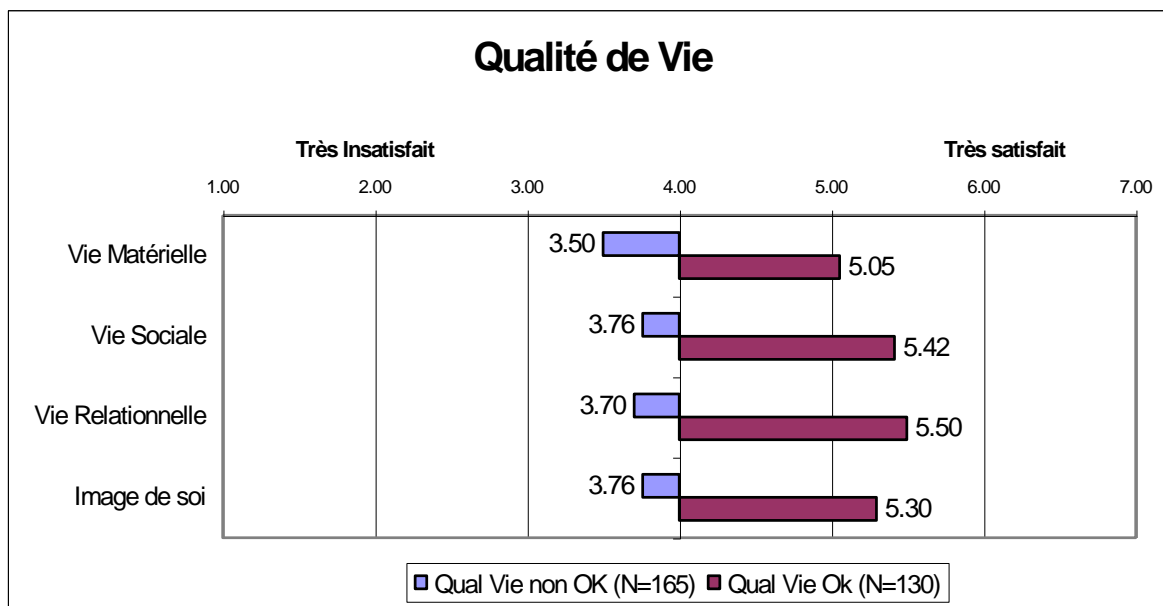
La Qualité de Vie de notre échantillon a été comparée à un échantillon stratifié suivant l'âge et le sexe, issu de la banque de données contrôle (Cf. *Supra*). Il a été considéré qu'à partir du moment où un individu se situait à moins d'un écart-type de l'échantillon contrôle, sa

²⁵ 146 patients de notre échantillon ont été considérés comme abstinents. Parmi eux, 6 n'ont pas répondu à l'item portant sur les échelles de vie.

qualité de vie était satisfaisante. Dans ces conditions, 130 patients ont une Qualité de Vie satisfaisante.

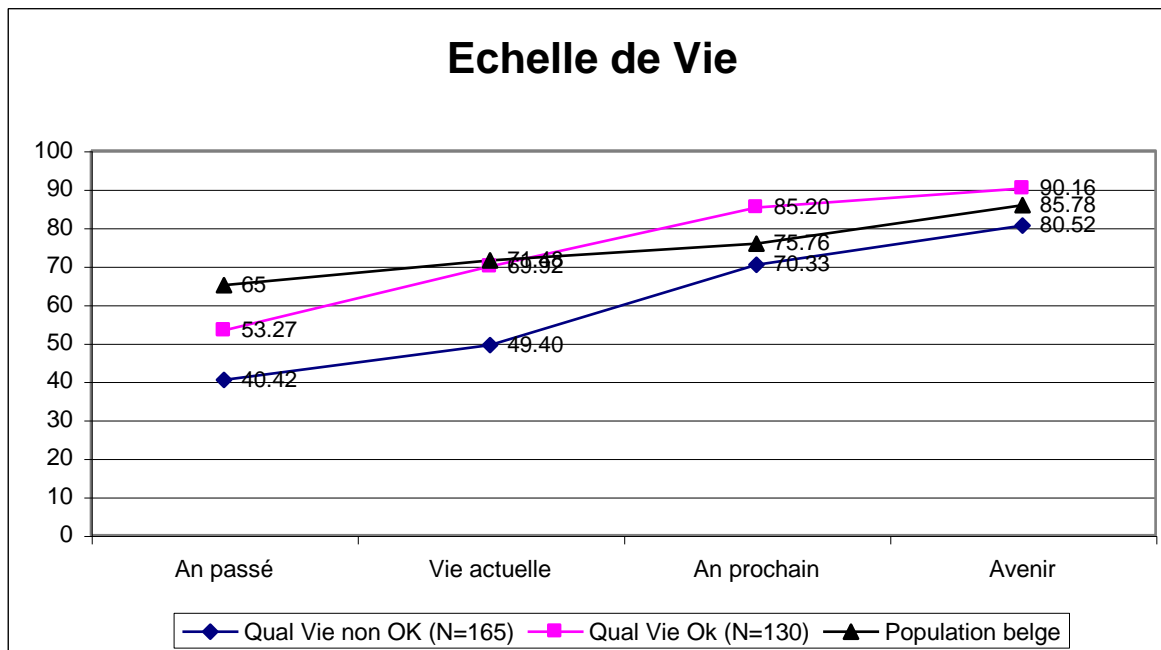
- *Produits* : Les patients "ayant une bonne qualité de vie" consomment des doses plus faibles d'anxiolytiques ; il y a plus de patients qui disent ne jamais prendre d'héroïne, et lorsqu'ils en prennent, ils recourent significativement moins aux shoots. Ils disent également plus souvent ne jamais prendre de cocaïne, de somnifères ou d'anxiolytiques. S'ils consomment du café ou de l'alcool, s'ils jouent aux cartes ou aux jeux vidéos, ils en sont plus satisfaits ;
- *Objectifs du traitement* : du côté du médecin, moins d'importance au "maintien du contact avec le système de soins", à "l'amélioration de la situation matérielle", à "l'amélioration de la situation sociale" de même qu'à la "diminution des risques liés à la santé" ; du côté des patients, plus d'importance aux contrôles d'urine. Tant pour les médecins que pour les patients, une plus grande importance est accordée à l'objectif *abstinence* ;
- *Trajectoire du patient* : Les patients "ayant une bonne qualité de vie" sont depuis moins de temps en traitement de substitution (3.5 ans versus 4.66 ans) ;

GRAPHIQUE 21 : INDICES DE QUALITE DE VIE CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE BONNE QUALITE DE VIE, VERSUS LES AUTRES PATIENTS



- A l'échelle de trajectoire de vie, ceux qui ont une bonne qualité de vie évaluent tant leur situation passée, actuelle ou future, meilleure que ceux qui n'ont pas une bonne qualité de vie. Par rapport à la population belge, ils jugent leur situation actuelle similaire, par contre ils voient leur passé de façon plus négative et ont plus d'expectations de changements à court ou à long terme.

GRAPHIQUE 22 : INDICES D'ECHELLE DE VIE CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE BONNE QUALITE DE VIE, VERSUS LES AUTRES PATIENTS



En bref : les patients "ayant une bonne Qualité de Vie" consomment moins de somnifères et d'anxiolytiques et sont plus souvent non-consommateurs d'héroïne ou de cocaïne. Les médecins accordent moins d'importance au maintien du contact avec le système de soins, à l'amélioration de la situation sociale ou matérielle, de même qu'à la diminution des risques liés à la santé. Ils sont depuis moins longtemps en substitution, sans pour autant que ce suivi soit très court (3.5ans). Leur qualité de vie est meilleure dans tous les domaines, mais surtout en ce qui concerne la vie relationnelle et la vie sociale. Ils ont de grandes aspirations de changements à court et à long terme.

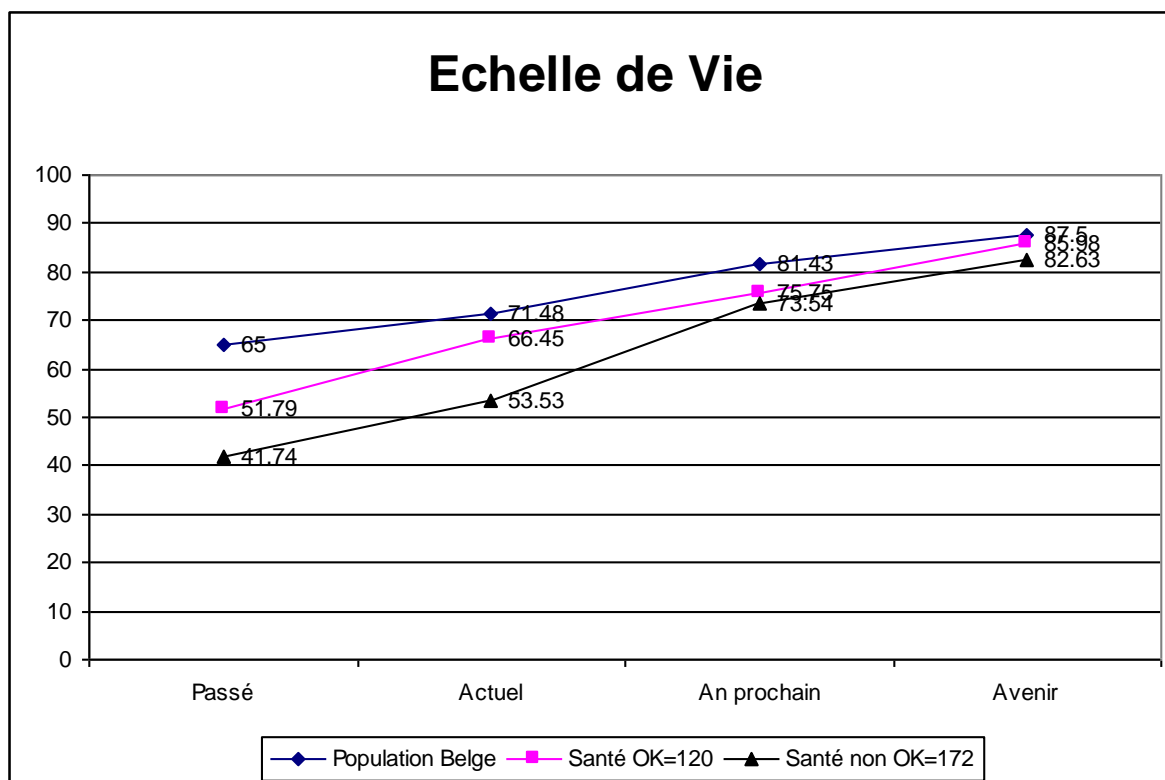
Perception de bonne santé versus mauvaise santé

Nous ne possédons pas d'indicateur objectif de la santé des patients interrogés, mais au SLDS, un des sous-items évalue la perception subjective de la santé. Par rapport à cet indice, nous possédons les normes d'une population belge en bonne santé. Nous avons donc considéré comme ayant une perception de bonne santé, tous les individus se situant au-delà de moins un écart-type à la moyenne. De cette manière, 131 patients s'estiment en aussi bonne santé que la population belge générale.

- *Produits :* les patients "en bonne santé" disent plus souvent ne jamais prendre de somnifères et d'anxiolytiques, ils sont plus satisfaits du café, du tabac et de la méthadone, lorsqu'ils consomment une de ces substances ;
- *Objectifs du traitement :* Pour les patients "en bonne santé", les médecins accordent plus d'importance à l'objectif *abstinence* et moins d'importance à "maintenir le contact avec le système de soins" ainsi qu'à "diminuer les risques liés à la santé". Cette dernière observation semble confirmer que ceux qui se sentent en bonne santé sont effectivement en meilleure santé, puisque les médecins sont moins préoccupés par celle-ci. Les patients qui s'estiment en bonne santé accordent quant à eux moins d'importance à la psychothérapie et à l'assistance sociale ;

- *Trajectoire du patient* : les patients "en bonne santé" sont depuis moins longtemps en traitement de substitution (3.6 ans ± 3.7 versus 4.7 ans ± 4.5).
- *Qualité de vie* : les patients "en bonne santé" connotent plus positivement leur passé, leur vie actuelle et leur futur proche ou lointain, par rapport à ceux qui se sentent en moins bonne santé. Par rapport à la population belge, ils ont de plus grandes attentes et aspirations alors qu'ils voient leur passé et leur présent plus péjorativement.

GRAPHIQUE 23 : INDICES D'ECHELLE DE VIE CHEZ LES PATIENTS S'ESTIMANT EN BONNE SANTE, VERSUS LES AUTRES PATIENTS



En bref : les patients qui se sentent en bonne santé semblent l'être effectivement, ils sont plus nombreux à ne pas prendre de somnifères ou d'anxiolytiques. Leur qualité de vie est nettement meilleure.

5.7.5. STATISTIQUES APPROFONDIES

Analyses en Composantes Principales

Des analyses factorielles en composantes principales ont été réalisées sur les variables paramétriques des deux questionnaires, afin de déterminer si des dimensions importantes s'en dégagent. Il n'a pas été possible d'inclure l'échelle concernant la satisfaction d'usage de substances, dans la mesure où ne répondaient à ces questions que ceux qui les utilisaient, or on ne peut réaliser des analyses en composantes principales que sur des questionnaires complets. Par ailleurs, il est possible d'inclure des variables non-paramétriques dans le modèle, pour autant qu'elles ne soient pas trop nombreuses. Nous avons introduit ces variables *a posteriori*, par petits groupes.

Cinq dimensions indépendantes ont ainsi pu être dégagées :

- La première dimension, qui explique 10.3% de la variance, reprend tous les items qui concernent la *Qualité de Vie* (SLDS et LLS) ;
- La deuxième dimension, qui explique 8.1% de la variance, regroupe tous les items concernant les *objectifs des patients* (sauf abstinence) ;
- La troisième dimension, qui explique 7.3% de la variance, regroupe tous les items concernant les *objectifs des médecins* (sauf abstinence) ;
- La quatrième dimension, qui explique 5.2% de la variance, concerne des items en rapport avec *la consommation de drogues* (Objectif abstinence médecin, objectif abstinence patient, fréquence de consommation d'amphétamines, d'ecstasy, de cocaïne, d'héroïne) ;
- La cinquième dimension, qui explique 4.8% de la variance, concerne les *durées* (durée du suivi, durée sous substitution, durée sous méthadone, et durée des prescriptions).

Cette analyse confirme que les objectifs vus par les médecins et par les patients sont indépendants les uns des autres, mais sont l'un et l'autre des indicateurs importants de la prise en charge.

Si l'on ajoute ensuite les variables non-paramétriques avec parcimonie, on obtient comme indices factoriels significatifs (>.400) :

- *Suivant les régions* : celles-ci interviennent au niveau de l'importance des objectifs chez les médecins, les wallons ont tendance à accorder beaucoup d'importance aux objectifs proposés alors que les flamands sont plus critiques ;
- *Suivant les catégories de médecins* : les institutions flamandes se positionnent du côté des traitements de courte durée, alors que les Cabinets Privés bruxellois se situent plus dans le cadre de patients pris en charge depuis longtemps ;
- *Suivant les plans de traitement* : la maintenance est en même temps liée à la dimension traitements de longue "*durée*" et à la dimension "*consommation de drogues*" ; la substitution *stricto sensu* est associée également aux traitements de plus longue "*durée*".

6. Résultats de la seconde passation

TABLEAU 10 : NOMBRE DE QUESTIONNAIRES POUR LA 2^{EME} PASSATION, PAR REGION ET PAR CATEGORIE DE MEDECINS

	Institutions	Cabinets Privés	Total
Bruxelles	65	11	76
Wallonie	0	25	25
Flandre	0	0	0
Total	65	36	101

6.1. Introduction

Une seconde passation du SEQ s'est déroulée au cours des mois de juin et juillet. Quelques changements ont été apportés à la "Fiche Technique". Ainsi, à l'item portant sur la fréquence des consultations ("Fiche Technique, item n°4), nous avons ajouté une catégorie "*toutes les 3 semaines*". Surtout, quatre objectifs ont été ajoutés à l'item n°9 pour mieux correspondre aux objectifs proposés dans le "Questionnaire Patient" : "*retrouver la maîtrise de la consommation*", "*diminuer les angoisses et la dépression*", "*sortir du milieu tox.*" et "*diminuer les risques de maladies transmissibles*". Le "Questionnaire Patient", quant à lui, n'a fait l'objet que de modifications de présentation (disposition des items, erreurs typographiques...)

L'objectif de cette seconde passation est double :

- d'une part, s'assurer de la **stabilité** de l'outil pour certaines questions dont les réponses devaient être inchangées, telles que la date du début de prise en charge, l'âge du premier contact avec un opiacé, le genre, etc. ;
- d'autre part, évaluer sa **sensibilité** à des changements rapides, comme l'espacement des rendez-vous chez les "nouveaux patients" lors de la première passation, un moins grand contrôle de la délivrance, etc.

6.2. Méthodologie statistique

Un total de 101 patients ont participé à la deuxième passation du SEQ. Il s'agissait strictement de patients qui avaient participé à la première passation.

Les analyses statistiques de la deuxième passation ont été réalisées sur deux bases de données : la première, issue de la fusion des questionnaires des patients ayant répondu à la première et la deuxième passation, a été constituée pour les analyses de test-retest. La seconde a été constituée pour analyser les différences possibles entre le groupe de participants à la deuxième passation et les non-participants, ceci en vue de déterminer si des caractéristiques spécifiques expliqueraient les raisons de cette participation.

Dans un premier temps et afin de décrire brièvement l'échantillon, nous avons effectué des analyses des fréquences. Ensuite, afin de mettre en évidence de possibles différences pour la même variable entre les deux passations, nous avons réalisé des tests appariés. Le test t de Student appariés nous a permis de comparer les variables traitées précédemment comme normales. Les variables ne suivant pas une distribution normale ont été traitées par le test de Wilcoxon et le test du Signe.

Nous avons aussi procédé au re-codage de certaines variables afin d'approfondir l'analyse des données. Ainsi, la durée du traitement de substitution a été re-codée en deux catégories : "*plus de 24 mois*" et "*égale ou inférieure à 24 mois*", pour des raisons qui seront exposées ci-dessous.

Pour rappel, le seuil de signification pris en compte est de $p = <.05$, comme pour la première passation.

Un nombre important de patients n'a pas participé à la deuxième passation, pour des raisons diverses. Notamment, la deuxième passation n'a pas pu avoir lieu en Flandre pour des problèmes organisationnels totalement indépendants des conditions de recherche. Il nous a toutefois semblé important d'explorer les différences possibles entre les deux groupes – "*participants*" et "*non-participants*" à la deuxième passation– afin de détecter un éventuel un biais de recrutement, ce qui constituerait une limite à l'interprétation des résultats.

6.3. Résultats

6.3.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON : Les participants au re-test proviennent principalement des institutions bruxelloises, et de quelques Cabinets Privés bruxellois et wallons (Cf. tableau 10).

L'âge moyen des patients au re-test est de 34 ans (± 7), le plus jeune ayant 17 ans et le plus âgé 56 ans. 83.2% des patients sont de sexe masculin. La durée moyenne du suivi par le médecin est de 3.7 ans, la plus courte étant de moins d'un an, et la plus longue de 19 ans.

La moyenne de durée du traitement de substitution est de 54.6 mois (minimum 6 mois, maximum 240 mois). 19.7% des patients sont dans leur première année de traitement, 16.9% sont dans la deuxième année, et 63.4% suivent ce traitement depuis au moins 3 ans. Nous ne connaissons pas la durée du traitement pour 29.7% des patients. Le produit de substitution, dans 98.8 % des cas, est la méthadone prise principalement en gélules (83.2 %). Le plan de traitement de sevrage dégressif concerne 25.7 % des patients du re-test, la substitution *stricto sensu* concerne 57.4 % des patients, et le plan de maintenance concerne 16.8 % des patients. Les patients ont reçu, en moyenne, 2.4 traitements de substitution avant d'entamer l'actuel. La moyenne d'âge pour le premier traitement de substitution est de 23.8 ans (± 6.5).

Nous ne possédons l'information quant au type de passation que pour 59 questionnaires (sur 101) : 42 ont été remplis en auto-passation, 6 en auto-passation assistée et 11 en interview.

6.3.2. "PARTICIPANTS" ET "NON-PARTICIPANTS" À LA DEUXIÈME PASSATION : le "drop-out" de deux tiers des patients dans cette deuxième passation mérite une attention particulière. Les deux groupes – "*participants*" et "*non-participants*" à la deuxième passation– présentent-ils des caractéristiques particulières qui expliqueraient cette (absence de) participation ? On pourrait supposer qu'une attitude plus autonome et / ou plus régulière de la part du patient peut faciliter le recrutement et la participation à la recherche. Nous avons donc réalisé une analyse comparative entre ces deux groupes.

Des différences significatives apparaissent pour les régions et pour les catégories de médecins. Pour rappel, le re-test ne s'est pas déroulé en Flandre, ni dans les institutions wallonnes. Les "*participants*" se caractérisent par un usage intensif de l'auto-passation. Toutefois, l'absence de "*participants*" flamands ou d'institutions wallonnes pourraient

expliquer ce phénomène, puisque les premiers avaient privilégié l'interview et les seconds l'auto-passation assistée.

On observe également des différences significatives quant à la forme du produit de substitution, majoritairement en gélules chez les "participants" au re-test. Là encore, on se souvient que la forme sirop était principalement utilisée en Flandre.

Les "participants" connaissent plus les rendez-vous planifiés et sont plus réguliers. La délivrance est moins contrôlée que chez les "non-participants". Leurs relations familiales sont estimées plus satisfaisantes. Enfin, les médecins des "participants" attachent plus d'importance à "améliorer la situation sociale" de ces patients.

Par ailleurs, nous trouvons chez les "non-participants" plus de consommateurs d'héroïne et moins d'"abstinents" (au sens où cela a été entendu pour la première passation, Cf. *Supra*). La fréquence et la satisfaction de la consommation d'alcool y sont plus élevés, ainsi que la satisfaction de la consommation de cannabis. On y trouve plus de patients en plan de maintenance ou de sevrage dégressif. L'objectif le plus important, pour les médecins de ces patients, est le "*maintien du contact avec les services de soins*", et l'objectif le plus important, pour les patients eux-mêmes, est "*éviter les problèmes avec la police et / ou la Justice*".

Nous disposons donc d'éléments qui nous poussent à dire que les "participants" à la deuxième passation sont des patients "plus stables" dans leur traitement, ou tout au moins perçus comme tels par les médecins. **Par conséquent, les changements observés entre passations sont difficilement généralisables à tous les participants dans cette enquête.**

6.3.3. LES CHANGEMENTS ATTENDUS : un des objectifs de la deuxième passation est de déterminer les variables sensibles à des changements évolutifs rapides. On pourrait par exemple supposer que l'instauration d'un nouveau traitement de substitution induise une amélioration rapide de certains aspects psychologiques et sociaux, et par conséquent, une évolution positive de la perception de la qualité de vie des patients. On n'observe cependant de différences significatives que pour un nombre limité de variables.

Il n'y a pas de changements au niveau du produit de substitution. Néanmoins, on observe un changement en ce qui concerne la forme d'administration et le lieu de prise, évoluant vers une gestion autonome plus importante.

En ce qui concerne le cadre du traitement, on observe une diminution de la fréquence des contacts, qui tend de plus en plus vers la quinzaine, ce qui confirme les moyennes de la première passation et les informations qualitatives recueillies. On observe aussi, corrélativement, un allongement des durées de prescription. Les résultats présentés jusqu'au présent vont dans le sens des évolutions attendues.

Les produits

On observe une diminution significative de la consommation d'héroïne en fumette, ainsi que la consommation solitaire d'héroïne. Ce changement de comportement ne s'accompagne pas d'une réduction ou une augmentation statistiquement significative de la consommation d'héroïne ou d'autres formes ou circonstances de consommation. Il apparaît aussi que le niveau de satisfaction vis-à-vis de certains produits diminue. C'est le cas pour la codéine et les antidépresseurs.

Les objectifs des patients et des médecins

On observe quelques différences statistiquement significatives : une augmentation de l'importance des objectifs de la dimension "sécuritaire" –"*ne plus dealer...*", "*éviter la prison*", "*éviter les ennuis avec la police et la Justice*" et "*ne plus être dans la débrouille*"–, une diminution de l'importance des objectifs "*ne plus dépendre matériellement de mes proches*" et "*être capable de réaliser mes projets*". Nous manquons cependant d'éléments à ce stade pour pouvoir donner de signification à ces évolutions.

Par ailleurs, on observe une différence de l'importance accordée à l'objectif d'*abstinence* chez les médecins : au cours de la période séparant les deux passations, l'objectif d'*abstinence* est devenu moins important pour 31% des patients. Pour 47% d'entre eux, il n'y a pas de changement, et pour 22% des patients, cet objectif est devenu plus important. Ces changements dans le point de vue des médecins ne s'accompagne cependant pas d'un changement similaire au niveau des objectifs tels qu'énoncés par les patients eux-mêmes. Un examen plus approfondi nous permet de déceler que cet ajustement s'est produit chez des patients en traitement depuis plus de six mois –des "*anciens patients*"– et ne concerne pas les "*nouveaux patients*". Les tests réalisés montrent que la différence est significativement plus importante chez les patients prenant de la méthadone depuis plus de 24 mois.

Il apparaît que l'importance accordée à l'objectif d'*abstinence* ne se modifie pas de façon significative pour les patients qui sont dans les 2 premières années de traitement. Il est donc possible que certains comportements du groupe de patients les plus anciens –durée de traitement supérieure à 24 mois– aient changé au cours de la période séparant les deux passations. On pourrait spontanément évoquer diverses hypothèses : relâchement au niveau des éléments de cadre du traitement ou du respect des règles, augmentation de la fréquence de consommation d'héroïne ou d'autres produits, ou une augmentation de la dose de méthadone...

Cependant, si l'on examine ces diverses hypothèses, les seules différences significatives concernent, comme nous l'avons dit, les objectifs de la dimension "sécuritaire". Celles-ci prennent plus d'importance, tandis que les règles de la prise en charge deviennent moins importantes pour ces patients.

Pour ceux qui sont en traitement de substitution depuis 24 mois ou moins, il se produit une diminution de la dose de méthadone et un espacement des rendez-vous. Pour ceux qui sont en traitement depuis plus de 24 mois, il se produit des améliorations en termes de Qualité de Vie.

En bref, l'analyse test–retest montre des changements communs, dont l'espacement des rendez-vous et une gestion plus autonome de la délivrance, pour tous les partenaires et sans distinction pour la durée du traitement en cours ni pour la catégorie du centre. Les doses de méthadone des patients en traitement "*depuis 24 mois ou moins*" connaissent un ajustement significatif pendant le temps écoulé entre les deux passations. Il semble donc que l'on puisse distinguer 3 phases dans l'évolution des traitements de substitution, en fonction de la durée du traitement. La **première phase** concerne les **six premiers mois du traitement** pour un patient. D'un côté, le cadre du traitement est nettement plus strict (délivrance quotidienne, importance du respect des règles...) et les objectifs sont plus orientés vers une abstinence à relativement court terme. Dans une **deuxième phase, au-delà de six mois et en-deçà de 24 mois**, la gestion autonome du traitement est plus importante, et même si le traitement semble toujours orienté vers l'abstinence, celle-ci est recherchée à plus long terme. Enfin, dans une **troisième phase, qui débute au-delà de 24 mois**, l'importance du cadre diminue, et les objectifs de type "réduction des risques" prennent alors plus d'importance, les

objectifs s'orientent plus dans une logique de maintenance. Il est cependant important de constater qu'une telle évolution peut être due à des éléments d'évolution propre du patient, mais aussi à la manière dont le médecin prescripteur perçoit le patient.

7. Conclusions

7.1. Patients compliants

L'immense majorité des répondants (93%) peut être considérée comme **compliant** (régularité, respects des règles). Cette observation soulève une question : est-ce un reflet représentatif de la réalité, ou s'agit-il d'un biais de sélection ? Dans le premier cas, les problèmes de compliance, si souvent soulevés vis-à-vis des patients toxicomanes –point de vue commun qu'il s'agit cependant de relativiser, Cf. analyse qualitative–, ne concerneraient que les "*nouveaux patients*". Dans le second cas, cette observation soulève la question de la pertinence d'un questionnaire en auto-passation pour une telle patientèle. Rappelons que, pour un tiers des patients, il a fallu recourir à l'auto-passation assistée, et à l'interview pour un quart d'entre eux. On a vu que l'interview n'introduisait pas de biais majeurs, malgré les craintes qu'il n'augmente la conformité sociale du patient — par exemple, pas de différence en ce qui concerne ceux qui déclarent continuer à prendre de l'héroïne ou d'autres drogues.

De plus, l'interview permet au médecin d'avoir une meilleure connaissance des objectifs des patients. Ainsi, si l'on compare les corrélations entre les objectifs des médecins et les objectifs des patients pour les interviews *versus* les auto-passations, on constate qu'il y a beaucoup plus de variables corrélées entre elles. Par exemple, les médecins accordent plus d'importance à un plus grand nombre d'objectifs quand les patients disent que l'assistance sociale est importante. En revanche, par rapport aux objectifs "*avoir moins le cafard*", "*avoir moins d'angoisses*", trouver la psychothérapie importante, il n'y a aucune corrélation avec les objectifs des médecins. On pourrait donc estimer que l'interview améliore la perception des médecins vis-à-vis de l'importance d'un certain nombre de domaines, en particulier de la dimension sociale, mais pas de la dimension psychologique.

Pour ce faire, il faudrait que l'INAMI reconnaisse comme prestation chez les généralistes des **entretiens de mise au point de longue durée** (comme cela existe pour les psychiatres) et que la formation des généralistes les sensibilisent davantage aux dimensions psychologiques.

7.2. Très grande diversité des pratiques

Très peu de variables apparaissent comme indépendantes de facteurs liés à la prise en charge ou aux patients, et avec une faible dispersion des réponses. **Chez les patients**, un consensus se dégage pour dire que **le contact avec les soignants et la méthadone en tant que médicament** sont les éléments **les plus importants** du traitement, quels que soient la région, la catégorie de médecin ou le lieu de traitement. **Chez les médecins**, un consensus se dégage pour trouver que la **diminution des actes délictueux** est un objectif **peu important** de la prise en charge.

Au niveau des **régions**, deux "modèles" opposés se dessinent en ce qui concerne Bruxelles et la Flandre, la Wallonie représentant une position intermédiaire. Les patients flamands sont plus jeunes, suivis depuis moins longtemps, et consomment plus souvent de l'héroïne et de l'alcool. Ils sont aussi plus satisfaits de leur Qualité de Vie. Au niveau des

prises en charge, on constate l'usage généralisé de la forme sirop pour la méthadone, l'absence de gestion autonome au profit de délivrances plus contrôlées (cabinets / institution ou pharmacie). Les médecins accordent moins d'importance aux divers objectifs du traitement — surtout par rapport à la Wallonie. Le descriptif inverse vaut pour la région de Bruxelles-Capitale.

Au niveau des **catégories de médecins**, en Cabinet Privé, les patients sont suivis depuis plus longtemps, avec des rendez-vous plus espacés, ils sont très réguliers, et en sont plus souvent à leur premier traitement. L'abstinence est un objectif important, les doses de méthadone sont plus basses. Le descriptif inverse vaut pour les institutions, avec plus d'importance accordée par les patients aux contrôles d'urine et à l'assistance sociale.

Enfin, au niveau **individuel**, on observe une **très grande dispersion** pour la plupart des variables, en particulier pour les celles qui concernent les durées et les âges.

7.3. Les dimensions du traitement et les objectifs

Cinq dimensions du traitement ont été dégagées comme étant indépendantes l'une de l'autre, mais elles n'expliquent qu'une part du phénomène (36% de la variance). La Qualité de Vie, les objectifs des médecins, les objectifs des patients, les produits consommés et la durée du traitement sont des éléments importants à prendre en compte.

Au niveau des objectifs du patient quatre dimensions se dégagent : une **dimension "psychologique"**, une **dimension "sociale"**, une **dimension "sécuritaire"** et une **dimension "liée aux produits"**. Les corrélations entre les objectifs des patients et les objectifs des médecins sont très bonnes quand les patients mettent en exergue soit le produit, soit les éléments sécuritaires. Elles sont plus hétéroclites en ce qui concerne la dimension "sociale" : quand le patient met clairement à l'avant-plan l'objectif "*retrouver un travail satisfaisant*", les médecins accordent également de l'importance à cet objectif ; en revanche, lorsque ce sont des dimensions moins tangibles, comme "*être capable de réaliser mes projets*" ou "*être plus disponible*", l'attention des médecins est plus floue. Enfin, elle est particulièrement pauvre quand les patients mettent à l'avant-plan des préoccupations plus strictement psychologiques. D'une manière générale, des dimensions autonomes se dégagent moins bien parmi les objectifs des médecins, excepté pour la dimension "liée au produit", la dimension "sécuritaire", et une dimension "autres objectifs".

7.4. Qualité de Vie – Abstinence – Santé

La Qualité de Vie, l'amélioration de la santé et si possible l'abstinence sont les attentes légales vis-à-vis des traitements de substitution. Ces trois indicateurs sont apparus comme discriminant des profils de patients et de prise en charge différents. L'atteinte de ces objectifs, lors du traitement, n'est pas exceptionnelle, puisque 46% des patients sont abstinents de drogues dites "dures", 44% considèrent qu'ils ont une bonne Qualité de Vie et 42% s'estiment en bonne santé. Ces trois objectifs sont par ailleurs liés entre eux ; qualité de vie, santé, et abstinence vont généralement ensemble, sans que l'on puisse pour autant déterminer le sens des liens de causalité entre eux.

7.5. Nouveaux patients – Anciens patients – Patients de longue durée

Les "*nouveaux patients*" –depuis moins de 6 mois en traitement– consomment plus fréquemment de l'héroïne et sont plus irréguliers. Ils ont un plan thérapeutique plus cadré (fréquence rendez-vous, délivrance) qui s'oriente davantage vers le sevrage dégressif. Ils sont plus jeunes, connus de puis moins longtemps par les médecins et s'ils n'en sont pas à leur premier traitement, le temps entre deux traitements est plus court. En revanche, les patients en traitement depuis plus de 24 mois –"*patients de longue durée*"– tout en étant réguliers, ont un plan thérapeutique moins cadré (fréquences plus espacées, gestion autonome) qui s'oriente davantage vers la maintenance.

Il semble donc que l'on puisse distinguer 3 phases dans l'évolution des traitements de substitution, en fonction de la durée du traitement. La **première phase** concerne les **six premiers mois du traitement** pour un patient. D'un côté, le cadre du traitement est nettement plus strict (délivrance quotidienne, importance du respect des règles...) et les objectifs sont plus orientés vers une abstinence à relativement court terme. Dans une **deuxième phase, au-delà de six mois et en-deçà de 24 mois**, la gestion autonome du traitement est plus importante, et même si le traitement semble toujours orienté vers l'abstinence, celle-ci est recherchée à plus long terme. Enfin, dans une **troisième phase, qui débute au-delà de 24 mois**, l'importance du cadre diminue, et les objectifs de type "réduction des risques" prennent alors plus d'importance, les objectifs s'orientent plus dans une logique de maintenance. Il est cependant important de constater qu'une telle évolution peut être due à des éléments d'évolution propre du patient, mais aussi à la manière dont le médecin prescripteur perçoit le patient.

Dans l'échantillon, on peut commencer un traitement de substitution à tout âge, mais plus on démarre le premier traitement à un âge tardif, plus la durée du traitement est longue. Ce qui met en exergue l'aspect chronique de cette problématique.

7.6. Contrôles

Les contrôles urinaires sont considérés comme plus importants chez les patients d'institution et, soit en plan de sevrage, soit où l'abstinence apparaît comme un objectif important. Il y a une corrélation négative entre la dose de méthadone et l'importance de ces contrôles. Inversement cet objectif est considéré comme peu important chez les patients en plan de maintenance et en Cabinet Privé. L'importance des règles est surtout pointée par ceux qui ont l'abstinence comme objectif. Enfin, la méthadone est davantage délivrée au cabinet / dans l'institution ou chez le pharmacien pour les "*nouveaux patients*".

7.7. Variables qui pourraient être éliminées

Quelques variables sont apparues comme jamais ou très rarement liées aux paramètres du traitement et du patient, et ne semblent donc pas utiles pour évaluer la prise en charge par traitement de substitution. Il s'agit d'une part des renseignements concernant l'histoire de la trajectoire du patient (âge du premier contact avec les drogues, âge de la dépendance, âge de la première demande d'aide, âge du premier traitement de substitution) et d'autre part, une série de renseignements sur le mode de consommation d'héroïne. Les deux renseignements utiles sont le shoot et la prise en groupe.

Troisième partie

**Etude qualitative du
déroulement des traitements
de substitution en Belgique**

1. Introduction

L'approche qualitative est le second volet de cette recherche. Au moyen de cette approche, il s'agit principalement : 1) d'obtenir des informations sur la diversité des pratiques en matière de traitements de substitution, 2) d'obtenir des informations sur la diversité des objectifs attachés à ces traitements, 3) d'élaborer un contexte d'interprétation des données quantitatives récoltées sur les patients au travers du questionnaire SEQ, (volet quantitatif), et éventuellement 4) de dégager des indicateurs pratiques de mesure de l'évolution des traitements et des patients (visée efficacité des traitements).

L'approche qualitative, compte tenu des contraintes liées au cadre de la recherche et au paysage institutionnel belge en la matière, s'est focalisée sur deux démarches : des *interviews*, réalisées avec les médecins exerçant en Cabinet Privé, et des *Focus Groups*, organisés avec les médecins d'institution.

2. Rappel méthodologique

Entre les deux passations du questionnaire SEQ –*Cf. Supra*–, nous avons rencontré la plupart des médecins qui constituaient notre échantillon. Ces médecins se distribuent, selon la région et la catégorie, de la manière suivante²⁶ :

TABLEAU 12 : NOMBRE DE MEDECINS RENCONTRES POUR LA PARTIE QUALITATIVE

	Institutions	Cabinets Privés	Total
Bruxelles	15	9	24
Wallonie	5	18	23
Total	20	27	47

Les médecins pratiquant en Cabinet Privé ont été rencontrés individuellement au cours d'interviews d'une durée d'environ une heure. Les médecins d'institution ont été rencontrés en groupe selon la méthode des *Focus Groups*, au cours de séances d'environ deux heures²⁷. Ces deux méthodes n'étant pas équivalentes, nous devons, dans un premier temps, préciser les conditions de déroulement et les attentes de ces deux méthodes.

²⁶ L'approche qualitative n'a pas pu être menée en Flandre.

²⁷ Un *Focus Group* s'est tenu également avec des médecins de Maisons Médicales, qui sont ici regroupés avec les médecins exerçant en Cabinet Privé.

2.1. Les interviews

Les interviews s'adressent à des individus, ou au plus à des groupes de 2 ou 3 personnes. L'interviewé l'est, soit à titre personnel, soit à titre de représentant d'un collectif, dont il assume légitimement la représentation. L'objectif d'une interview est d'avoir l'avis d'une personne, soit parce qu'elle est dépositaire d'un savoir particulier (par exemple, un expert), soit en tant que démarche préparatoire à une démarche plus élaborée qui implique de recueillir préalablement des informations individualisées, soit encore en préparation d'une démarche de confrontation ou de médiation lorsqu'il importe que différentes parties s'expriment dans la confidentialité. L'interview est une pure démarche de recueil d'information, et à ce titre, ne fait l'objet d'analyse que par rapport à un contexte élargi. La démarche d'interview vise principalement à rendre compte d'un discours tel quel, avec ses accents et ses subtilités.

Techniquement, les interviews ont généralement eu lieu au cabinet de l'interviewé (une interview a eu lieu par téléphone). Des rendez-vous ont été fixés avec les intéressés, et les interviews ont eu une durée d'environ 1 heure. Il est important de tenir compte du cadre de l'interview et à quel titre l'interviewé s'exprime. Il est également fort important de tenir les participants au courant des suites données à leur participation.

Dans le cadre de cette recherche, les interviews ont été travaillées "en écoute flottante" étant donné le nombre important d'interviews à réaliser sur le même sujet. Des notes de contexte et des phrases significatives ont été relevées. Les interviews ont été enrichies d'une analyse du contexte et du "non-dit" (expressions non-verbales, mimiques...). A titre de démarche de validation, les interviewés ont ensuite reçu le texte d'analyse de leurs paroles et ont eu l'occasion de s'exprimer à ce sujet. Leurs remarques ont été incluses dans l'analyse finale présentée dans ce rapport.

La grille d'interview (mémo des questions à poser, l'interview se déroulant sur un mode plus conversationnel) qui a été utilisée est la suivante :

Grille de questionnement semi-structuré pour les interviews

1. Quelques renseignements généraux :

- a. proportion estimée de patients toxicomanes en tr. de substitution parmi l'ensemble de la patientèle ?
- b. rencontre plutôt en consultation, sur rendez-vous, à domicile ?
- c. Comment se déroule pratiquement la consultation (durée, questions, examens, prescription) ?
- d. Comment êtes-vous rentrés en contact avec ces patients (réputation, médecin de famille, ... ?)
- e. Avez-vous un contact privilégié avec les pharmaciens dans ce cadre ? (qui prend contact avec qui, toujours les mêmes pharmacies ou non, des exigences en termes de conditions de délivrance ?)

2. La législation actuelle prévoit, à moyen terme, de légiférer à propos de divers points, pouvez-vous me dire ce que vous en pensez à chaque fois ?

- déterminer les produits éligibles pour les traitements de substitution
- délimiter les conditions de délivrance et d'administration

- enregistrer de manière cryptée les traitements pour éviter les double-prescriptions
- délimiter le nombre de patients par médecin ?
- organiser une formation continuée et un accompagnement des médecins ?
- organiser la mise en contact des MG avec les institutions spécialisées / les circuits de soins ?

3. Pour-vous, qu'est-ce qu'un toxicomane ? Que viennent-ils chercher chez-vous ? Comment comprenez-vous votre rôle vis-à-vis de ces patients ? Votre point de vue a-t-il évolué avec l'expérience ?

4. La drogue : cause ou effet ?

5. Quelle(s) gratification(s) trouvez-vous dans le fait de prendre en charge des personnes toxicomanes ?

6. Que pensez-vous de l'organisation actuelle des soins pour toxicomanes ? Qu'est-ce qui vous satisfait ? Qu'est-ce qui vous satisfait moins ? Qu'est-ce qui pourrait être fait, selon-vous, pour améliorer ce qui devrait l'être ?

2.2. Les Focus Groups

Les *Focus Groups* s'adressent à des groupes de participants qui, de préférence, ne font pas partie d'un même collectif. Même si c'est le cas, la démarche de *Focus Group* s'adresse à des participants individuels, c'est-à-dire qui portent une parole propre, et non pas une parole institutionnelle. En effet, l'objectif premier des *Focus Groups* est de faire émerger l'éventail des points de vue par rapport à une question centrale sur laquelle le groupe se focalise. Dans le cadre de cette recherche, la technique des *Focus Groups* est utilisée pour les rencontres avec les médecins institutionnels. Pratiquement, elle offre l'avantage de diminuer le temps de rencontre avec ces médecins, mais surtout, elle permet aux participants de confronter directement leurs points de vue, ce qui est d'un intérêt considérable pour l'évolution institutionnelle propre.

Techniquement, les *Focus Groups* s'adressent à des groupes de personnes réunies sur base de caractéristiques communes, mais qui participent à titre individuel. Ils sont particulièrement efficaces pour des groupes de 5 à 20 personnes, avec un nombre optimal allant de 8 à 12. Il est indispensable que les participants aient la garantie d'une totale liberté de parole. Ce qui implique d'être attentifs : aux rapports que les participants pourraient entretenir entre eux, à la confidentialité de ce qui sera rapporté, au caractère non jugeant de la démarche... Les *Focus Groups* sont des réunions de participants en compagnie d'un animateur de réunion, d'une durée idéale de deux heures. A titre de démarche de validation, les participants aux groupes ont ensuite reçu le texte d'analyse de leurs paroles et ont eu l'occasion de s'exprimer à ce sujet. Leurs remarques ont été incluses dans l'analyse finale présentée dans ce rapport.

Les chercheurs ont bénéficié, après chaque réunion, d'un temps d'analyse des discours tenus, des rapports entre les participants, des aspects de "non-dit", etc. La grille de questionnement d'un *Focus Group* est portée par l'animateur, qui tout en laissant la parole aux participants, tente de ramener les conversations aux sujets de sa grille. Idéalement, le temps de parole imparti à chaque sujet est plus ou moins déterminé, et plusieurs groupes qui se

tiendraient sur un même "focus" devraient avoir eu l'occasion de s'exprimer sur les mêmes sujets.

Le guide de questionnement qui a été utilisé pour les Focus Groups est le suivant :

Guide de questionnement pour les Focus Groups

Phase préparatoire : Les participants se réunissent autour d'une table pour que la discussion soit conviviale et non-hiérarchisée. Au départ, l'animateur rappelle le cadre de la démarche (qui commande, pour quel objectif...) et les conditions de déroulement de la réunion (environ deux heures, éventuellement accréditation pour les médecins, demander la parole et éviter les apartés, etc.) Il demande ensuite de faire un tour de table pour que chaque participant se présente : nom, lieu de travail, expérience des traitements de substitution, intérêt à participer au groupe. L'animateur ferme le tour de table en se présentant lui-même. La phase préparatoire peut durer une dizaine de minutes, en fonction du nombre de participants, des retardataires, etc.

Phase active : Pour la phase active, on évite que les participants se coupent la parole. Toutefois, les questions sont livrées à la cantonade, et on évite les tours de parole systématiques. L'animateur doit être attentif à modérer le débat, en offrant la parole à ceux qui la prennent peu spontanément, et en évitant que les plus bavards ne monopolisent l'attention.

1. Comment / pourquoi les participants se sont-ils intéressés à la problématique des toxicomanies et aux traitements de substitution ?
2. Comment comprennent-ils leur rôle de médecin vis-à-vis de cette problématique ?
3. Comment cela se passe-t-il pratiquement ?
4. Comment réagissent-ils dans les situations suivantes : un patient tox. qui veut passer devant tout le monde dans la Salle d'Attente ? Un patient tox. qui ne respecte pas ses rendez-vous, le prescrit du médecin ? Un patient tox. qui a perdu "sa métha" ? Un coup de fil de la police pour avoir des renseignements sur un patient ? Un patient qui "reconsomme" ?... (liste non-exhaustive)
5. Qu'est-ce qui va bien, qu'est-ce qui ne va pas bien dans cette pratique ?
6. Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

2.3. Méthode d'analyse

Les données qualitatives ont été rassemblées et analysées par agrégation autour d'un certain nombre de thématiques-clé, abordées par les grilles de questionnement présentées ci-dessus. En effet, il arrive fréquemment que les participants aux *interviews* / *Focus Groups* abordent une question d'une manière imprévue par les chercheurs au moment de l'établissement de ces grilles. Il est donc nécessaire de ré-organiser les thématiques abordées, et notamment la manière dont elles s'articulent. Après un pré-examen des réponses obtenues, nous avons décidé de regrouper l'information selon la grille proposée ci-dessous. Elle a servi de squelette à l'ensemble de l'analyse, et n'a pas été remise en cause au moment du feedback de validation des résultats auprès des participants. Elle est donc également la manière dont les résultats sont présentés ci-après.

Thématiques-clé issues de l'analyse des données qualitatives

I. Descriptif général des catégories de médecins et accueil du patient

Les médecins en Cabinet Privé
Les médecins d'institution

- Nombre de patients, place des patients toxicomanes parmi le reste de la patientèle, les relations entre patients
- Les conditions du contact : premiers contacts avec ce type de patients (comment, pourquoi), contacts actuels (manières d'être du patient, manières de faire du médecin (règles, cadre, conditions de refus, quid en cas de refus)
- Les rapports aux pharmaciens

II. Le rapport aux produits (drogues, médicaments) – les objectifs du traitement

- Points de vue sur les drogues en général, les opiacés
- Les médicaments, la méthadone, le subutex
- La question de l'abstinence / de la maintenance / de l'accompagnement "chronique"

III. Le déroulement du traitement

- les manières de suivre le traitement
- Importance de la thématique psycho-sociale
- Rapport du médecin aux aspects psycho-sociaux, rapports du médecin aux professionnels psycho-sociaux
- La notion de "stabilisation" / rapport à la norme sociale

IV. Les toxicomanes / la toxicomanie

- Evolution des points de vue au cours du temps
- Le rôle du médecin vis-à-vis des toxicomanes / de la toxicomanie

V. L'organisation pratique

- Points de vue par rapport à la législation / aux réglementations
 - La question de l'enregistrement des traitements
 - La question de la formation
 - La question des "circuits de soins"

3. Descriptif général des catégories de médecins

Précaution générale : l'usage du vocabulaire dans le domaine des toxicomanies est souvent à la source de nombreuses confusions. En vue d'éviter tout malentendu, dans les lignes qui suivent, l'appellation "toxicomane" désigne des personnes ayant l'habitude de consommer des opiacés et consultant en vue d'une action thérapeutique sur leur consommation d'opiacés. Lorsque aucune précision n'est donnée, on sous-entend que ces personnes sont suivies par un traitement de substitution. Nous excluons donc de fait les consommateurs d'autres drogues, les consommateurs de drogues ne cherchant pas à être traités vis-à-vis de cette consommation, les personnes toxicomanes suivies pour d'autres problématiques ou par d'autres types de traitement.

3.1. Les médecins en Cabinet Privé

3.1.1. PLACE DES PATIENTS EN SUBSTITUTION PARMIS LA PATIENTÈLE GÉNÉRALE : les médecins en Cabinet Privé (médecins libéraux, médecins en réseau et médecins de Maisons Médicales) ont un nombre très restreint de patients toxicomanes suivis par traitement de substitution, relativement à leur patientèle générale. Il va de soi que les patients toxicomanes, qui doivent être vus avec régularité (le plus souvent, tous les quinze jours) représentent une part plus importante du travail du médecin en file active (par exemple, par rapport à un patient "classique" qui ne vient qu'une fois par an pour une grippe), mais même dans ce cas, les consultations dédiées à cette patientèle restent très largement minoritaires. Dans leur représentation, ces médecins considèrent globalement que le suivi des patients toxicomanes en substitution constitue moins de 5% de leur travail. La plupart des médecins disent, à ce propos, **ne pas vouloir être étiquetés comme des spécialistes "ès toxicomanies"**, et cherchent donc à limiter le nombre de patients toxicomanes qu'ils ont en charge.

Certains médecins justifient ce choix par la charge de travail, lourde, que représenterait cette patientèle, et les difficultés de gestion qu'elle entraînerait. D'autres disent qu'ils ne reçoivent pas plus de demandes. Mais, de toute façon, ils ne souhaiteraient pas en recevoir plus. Enfin, certains intègrent ce choix dans leur conception de la médecine générale, dont la vocation serait, selon eux, l'accompagnement de la personne en souffrance, notamment dans les pathologies à caractère chronique (les toxicomanies étant incluses dans cette catégorie) sans autre distinction. Accorder plus de place ou plus de spécificité aux toxicomanes / à la toxicomanie aurait alors un effet discriminatoire et stigmatisant (*Cf. Infra*). La grande majorité des médecins exerçant en privé ont en tout cas une image assez négative des lieux où plusieurs toxicomanes pourraient se retrouver ensemble, telles les salles d'attente des institutions spécialisées : *"ce doit être particulièrement ingérable"*²⁸. Comme on le verra ci-dessous, la représentation mentale inverse existe chez les médecins d'institution.

3.1.2. ADAPTATION MUTUELLE ET ÉTABLISSEMENT D'UN CADRE : La plupart des médecins, quel que soit leur point de vue par rapport au nombre de patients, disent de toute façon que : *"les patients me connaissent, ils savent comment je fonctionne, alors ils savent ce qu'ils peuvent me demander et ce qu'ils ne peuvent pas"*. Ce phénomène est bien connu et s'applique tant aux médecins en Cabinet Privé qu'aux médecins d'institution, et de manière générale à l'ensemble des intervenants cliniques vis-à-vis de leurs patients quand un choix peut être effectué : **il y a**

²⁸ Les phrases citées, entre guillemets et en italique, sans référence à une publication, sont bien entendu tirées des réponses aux interviews fournies par les médecins rencontrés.

une adaptation mutuelle des intervenants et des patients, qui fait que les patients ne s'adressent qu'aux intervenants dont ils croient qu'ils pourront répondre à leur(s) demande(s), de même que les intervenants ne voient venir que des personnes qui correspondent plus ou moins à leurs attentes. Cette adaptation mutuelle se manifeste principalement lors des tous premiers contacts. C'est en effet lors des deux ou trois premières rencontres entre le patient et le médecin que chacun d'eux "sent" l'autre.

Le déroulement de ces premiers contacts est assez variable d'un médecin à un autre. Parfois, le patient vient en consultation libre (au cours d'une permanence), d'autres fois la consultation a lieu sur rendez-vous (plus rarement, il arrive que le médecin ait un premier contact lors d'une visite à domicile). Toutefois, il n'y a généralement pas de procédure particulière pour les patients toxicomanes : si le médecin reçoit plus aisément sur rendez-vous, cela concernera tous les patients, toxicomanes ou non. Quelques rares médecins affirment avoir mis en place des procédures particulières pour leurs patients toxicomanes : soit un passage obligatoire par les rendez-vous, *"parce qu'ils sont indisciplinés et veulent passer avant les autres"*, soit au contraire un passage obligé par des périodes de permanences libres, *"parce qu'ils ne respectent de toute façon pas les rendez-vous"*. Un médecin nous a affirmé avoir été *"au début, très exigeant avec eux, mais après je me suis rendu compte que je n'étais en fait pas assez exigeant avec mes autres patients"*. Bien que l'image du patient toxicomane indiscipliné et perturbateur soit courante auprès des médecins, certains cherchent à la relativiser : *"Finalement, ils [les patients toxicomanes] sont très disciplinés par rapport à d'autres pathologies (tension artérielle, diabète...)"*. Un autre dit : *"les patients [toxicomanes] viennent aux rendez-vous, pas de problème particulier. Il y en a davantage avec les alcooliques ou les psychotiques"*.

Certains médecins se donnent des règles précises pour le démarrage d'un nouveau traitement : pas de prescription à la première entrevue, énoncé d'un certain nombre de règles strictes quant au respect des rendez-vous, aux situations de "perte" de la méthadone, aux comportements en salle d'attente... Certains font signer un contrat au patient — parfois le contrat doit aussi être signé par le pharmacien. D'autres ont une approche plus intuitive : c'est à la dégainé, à l'attitude... que le patient sera reçu ou refusé. En tout état de cause, que ce soit de manière formalisée ou non, les médecins rencontrés opèrent dès le premier contact une sélection. Le bouche-à-oreille faisant le reste, au bout d'un certain temps, le médecin ne reçoit pratiquement que des demandes conformes à ses attentes.

On peut donc dire que la manière dont se déroule le(s) premier contact(s) détermine **l'établissement d'un cadre à la relation thérapeutique**. Certains médecins disent explicitement qu'ils établissent un tel cadre et sont conscients du caractère potentiellement thérapeutique de cette démarche : en effet, en fonction des conditions établies lors des premiers contacts, la relation thérapeutique prendra par la suite un sens particulier et il sera possible, pour le médecin, de tenir compte de l'évolution de cette relation dans le décours du traitement. On voit tout de suite que, dans une telle approche, le travail relationnel est mis au premier plan, tout autant, sinon plus, que le traitement médicamenteux (*Cf. Infra*).

Pour la plupart des médecins cependant, l'établissement d'un cadre, bien que conscient, ne répond pas tant à une logique strictement thérapeutique — qui revient à travailler le sens de la relation avec le patient — qu'au souci d'établir les conditions d'un suivi relativement confortable pour eux-mêmes. Ce n'est donc pas tant le sens de la relation thérapeutique que la maîtrise des conditions de la relation qui est l'objet du cadre. Ici, on peut voir que le non-respect de certaines règles (précision des rendez-vous, respect des lieux et des autres patients,

le fait de mentir sur des re-consommations éventuelles...) constituera une rupture de cadre qui pourrait mettre un terme au traitement (*Cf. Infra*).

Enfin, pour certains médecins, l'établissement d'un cadre ne semble pas une démarche consciente ou importante. Ces médecins ont une approche relativement minimaliste de leur rôle, considérant qu'ils sont là pour accompagner une personne en souffrance sans intention d'agir sur les causes de cette souffrance. En tout état de cause, l'établissement du cadre de la relation thérapeutique, conscient ou non, orienté vers le sens de la relation ou vers les conditions de travail du médecin, a une forte influence sur les objectifs du traitement et sur les éléments qui seront pris en compte pour estimer du déroulement de ce dernier. Autrement dit, **la maîtrise du cadre de la rencontre lors des premiers contacts apparaît comme un élément important du déroulement de la prise en charge**, sans doute plus que ne le perçoivent la plupart des médecins concernés.

3.1.3. LES PHARMACIENS ET LA DELIVRANCE DU MEDICAMENT : Contrairement à ce qu'était la situation au début des années 1990, trouver une officine de pharmacie pour la délivrance du traitement de substitution ne semble généralement plus être un problème²⁹. La plupart des médecins laissent la responsabilité de la démarche à leurs patients. Il est assez rare que les médecins prennent systématiquement contact avec les pharmaciens lors de l'initiation d'un nouveau traitement. Il est en revanche bien plus courant que le pharmacien qui doit entamer un nouveau traitement prenne contact avec le médecin par souci de contrôle. Exceptionnellement, certains médecins ont des règles plus strictes (par exemple, ramener le ticket de caisse de la première délivrance). Il semblerait que les pharmaciens soient plus facilement confrontés à des situations ambiguës (ordonnances de plusieurs médecins, demandes de "dépanne" avant la régularisation par une ordonnance...). Ils prennent généralement contact avec le(s) médecin(s) pour vérification. En tout état de cause, les relations entre médecins et pharmaciens à ce niveau semblent bonnes.

La plupart des médecins exigent, surtout en début de traitement, que la délivrance du médicament ait lieu à la pharmacie. Certains cependant considèrent cette démarche humiliante et ne l'exigent pas. Ici encore, on sent une différence entre les médecins qui considèrent les patients toxicomanes de manière identique aux autres patients ("*les diabétiques, je ne leur demande pas de prendre leur insuline à la pharmacie*") et les médecins qui tendent à considérer les personnes toxicomanes comme une patientèle particulière. Les patients, de leur côté, semblent se plier de relativement bonne grâce à toutes les conditions qui leur sont imposées pour l'obtention du traitement. Il faut toutefois tenir compte du phénomène d'adaptation dont nous avons parlé ci-avant.

3.2. Les médecins d'institution

3.2.1. CONTEXTE INSTITUTIONNEL : les médecins d'institution rencontrés au cours de l'enquête par interview sont : les médecins des MASS de Bruxelles et de Charleroi (*Diapason*) et les médecins du *Projet LAMA* à Bruxelles. Avant de rendre compte de leurs points de vue respectifs, il est important de situer le contexte institutionnel de ces trois établissements.

²⁹ On nous a signalé toutefois une certaine "saturation" des officines de pharmacie, apparemment dans certains quartiers où les toxicomanies constituent une problématique quantitativement importante. Sans doute un travail de concertation avec les officines de pharmacie et les médecins d'un quartier pourrait s'avérer utile.

Les MASS

Les *Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues* (MASS) ont été créées à partir de janvier 1997 à l'initiative du gouvernement fédéral du Premier Ministre Dehaene. Pour notre propos, *Diapason* (MASS de Charleroi) a été créé à partir d'une antenne de délivrance de méthadone mise en place par la Ville de Charleroi dans le cadre des Contrats de Sécurité. L'institution est devenue une MASS en avril 1997. La MASS de Bruxelles a pour sa part été créée en septembre 1999. Leurs principes généraux –tels que définis dans les textes– peuvent être résumés de la façon suivante³⁰ :

a) *Le public-cible* : Les MASS s'adressent à des consommateurs de drogues illicites dits **marginalisés**. Cette marginalité est à comprendre comme : "*les patients qui ne sont pas (plus) ou insuffisamment aidés par d'autres services, quelle que soit leur nature, et pour qui, en raison d'une problématique dans plusieurs domaines (médical, psychologique, social) un traitement multidisciplinaire est indiqué*"³¹.

b) *Le dispositif* : Il doit être **complémentaire** à ce qui existe et **multidisciplinaire**, dans la mesure où "*dès qu'un transfert vers les services réguliers de soins est possible et/ou qu'un traitement multidisciplinaire n'est plus nécessaire, [...] l'établissement [...] prendra [...] les mesures nécessaires pour transférer le patient traité vers d'autres services de soins*"³². Les traitements de substitution à la méthadone sont spécifiquement mis en exergue parmi les outils thérapeutiques à disposition des MASS. En principe, la méthadone doit être utilisée dans le cadre des recommandations de la Conférence de Consensus de 1994, avec un objectif minimal d'abstinence de drogues illicites : "*[...] dans certains cas, le traitement peut même viser presque exclusivement la prise de contact et le maintien de contact avec le toxicomane. Concernant l'usage même de la drogue [...], l'établissement devra limiter son objectif, pour beaucoup de patients du groupe cible, à une réduction ou une élimination de l'utilisation de drogue, éventuellement par l'administration de médicaments de substitution*"³³ ;

c) *Les objectifs* : L'objectif global des MASS est de stimuler l'entrée du patient dans des programmes thérapeutiques visant comme but ultime la cessation de la prise de drogues (**abstinence**). Compte tenu du *dispositif*, ces programmes thérapeutiques de plus longue durée sont à charge de "*services réguliers de soins*". Au niveau du travail directement dévolu aux MASS, les objectifs intermédiaires sont :
– d'augmenter les contacts avec les personnes du public-cible, notamment en étendant l'accessibilité à l'établissement (**bas seuil d'accessibilité**) et en limitant les conditions préalables au traitement (**bas seuil d'exigence**) ;
– de répondre rapidement et efficacement aux demandes des patients, ce travail étant conçu sous la forme d'une offre rapide et "*sur mesure [d']une guidance médicale et sociale efficace*"³⁴ ;

³⁰ Nous reprenons ici des éléments d'information issus de la recherche-évaluation des MASS à laquelle nos équipes de recherche ont participé, Cf. PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., NOIRFALISE A., MACQUET C. & al. ; *Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues, rapport de synthèse global*, SSTC, Bruxelles, 2001 ; et NICAISE P., FROM L., PELC I. ; *Op. Cit.*

³¹ *Convention entre le Comité de l'Assurance Soins de Santé et l'asbl "Maison d'Accueil Socio-Sanitaire [x]" à [x]*, INAMI, Bruxelles, art. 6

³² *Ibid.*

³³ *Ibid.*, art. 7§1^{er}

³⁴ *Ibid.*, art. 2§2 et art. 3

- d'augmenter la qualité de vie des patients en tant que consommateurs de drogues – en attendant leur entrée dans des programmes à visée d'abstinence–, notamment par l'utilisation des techniques de **réduction des risques** encourus par leur pratique de consommation ;
- de contribuer à leur réinsertion sociale et professionnelle ;
- un objectif "collatéral" est la diminution des comportements délinquants du public-cible.

Dans la pratique, les deux MASS avec lesquelles nous avons travaillé présentent des caractéristiques similaires. Les deux sont organisées autour d'un espace de vie dédié aux personnes toxicomanes les fréquentant, dénommé Salle d'Accueil. Une équipe socio-éducative s'occupe du fonctionnement de celle-ci. Autour de ce lieu de vie s'organisent les activités à caractère plus thérapeutique, comme les consultations médicales ou psychologiques et les entretiens et bilans sociaux.

Le Projet LAMA

Né en 1981 en tant qu'*asbl*, et ayant ouvert sa première consultation en 1983, le *Projet LAMA* est l'une des institutions spécialisées dans la prise en charge des personnes toxicomanes les plus anciennes en Belgique. Il a participé, depuis le début, au développement des traitements de substitution aux opiacés en Belgique. Le *Projet LAMA* possède aujourd'hui deux centres (à Ixelles et à Anderlecht) et une série d'antennes implantées dans des quartiers réputés défavorisés (à Molenbeek, Bruxelles-Ville/Saint-Josse et Schaerbeek). Les approches sont quelque peu différentes selon que l'on se trouve dans l'un des deux centres ou dans les antennes : les médecins de l'équipe considèrent que le niveau d'ambition thérapeutique est nettement plus élevé dans les centres que dans les antennes. Ces dernières disposent notamment d'un "accueil communautaire", distinct des locaux de consultation, mais au sein duquel le contact avec l'équipe thérapeutique est toutefois maintenu en permanence. La co-consultation est utilisée assez largement pour faciliter le contact avec les intervenants psychosociaux. L'accompagnement physique des patients dans certaines démarches est également un outils de soutien et de médiation utilisé fréquemment. Le site d'Anderlecht étant le dernier apparu, il intègre certains aspects des pratiques des Antennes tout en reproduisant les principes de fonctionnement du centre ixellois.

3.2.2. ENTREE EN CONTACT ET ETABLISSEMENT D'UN CADRE : à la différence de ce qui se passe pour les médecins en Cabinet Privé, les premiers contacts et l'établissement d'un cadre thérapeutique sont des éléments pris globalement en charge par l'institution, et le travail directement dévolu au médecin à ce niveau en est grandement allégé. C'est en effet tout d'abord avec l'institution que le patient prend contact — image de marque, publicité, représentations mentales de l'offre thérapeutique... sont au nom de l'institution. Même lorsque l'accès au traitement de substitution est facilité, ce qui est généralement le cas des trois institutions qui ont participé à cette recherche, le patient sera entré en contact avec d'autres intervenants avant de rencontrer le médecin. Ainsi, quelle que soit la procédure —elle peut prendre des formes diverses d'une institution à une autre—, une modalité d'"analyse de la demande" est à chaque fois prévue, de sorte que ce travail est déjà au moins entamé au moment de la rencontre entre le patient et le médecin.

Cela ne signifie pas pour autant que les médecins d'institution n'aient aucun rôle dans la mise en place du cadre de leurs consultations médicales en institution. Il s'agit même là d'une question fort pertinente vis-à-vis de la manière dont un médecin peut modifier son

travail en fonction du cadre institutionnel dans lequel il s'inscrit. Nous y reviendrons au moment de l'analyse des rôles médicaux (*Cf. Infra*). En tout état de cause, les médecins d'institution rencontrés semblent relativement peu préoccupés par ces questions au niveau de leur rôle de médecin, étant donné qu'elles semblent dévolues à l'institution dans son ensemble — bien évidemment, les médecins sont par ailleurs des membres à part entière des équipes thérapeutiques et peuvent se préoccuper, à ce titre, des questions de cadre dévolues à l'institution, mais ce n'est pas leur rôle médical qui est alors sollicité. Il est vrai que dans les établissements concernés, des procédures relativement formalisées existent à ce niveau.

Certains médecins d'institution mettent toutefois en avant, dans leur rôle, les questions liées à la maîtrise du produit de substitution, notamment l'information nécessaire concernant son "bon usage".

Les médecins d'institution expriment une certaine satisfaction dans le fait qu'ils peuvent s'appuyer sur une équipe thérapeutique pour la gestion du cadre. En miroir avec ce qu'expriment les médecins exerçant en privé, ils se font une image assez négative des lieux où un tel encadrement n'existe pas, telles les salles d'attente des cabinets médicaux privés, "*où les tox se mélangent aux autres patients et personne pour voir ce qui s'y passe*". Nous y reviendrons au moment de l'analyse des représentations des médecins à propos des toxicomanes et du phénomène des toxicomanies (*Cf. Infra*).

3.2.3. LE RAPPORT AUX PHARMACIENS : à ce niveau, la situation est identique à celle relatée au niveau des médecins exerçant en privé. On pourrait même ajouter que les institutions bénéficient d'une certaine réputation, qui a pour effet de faciliter encore le contact entre les patients et les pharmaciens.

4. Le rapport aux produits (drogues, médicaments) – les objectifs du traitement

La question du rapport aux produits est cruciale en matière de toxicomanie, à l'évidence. Elle est d'autant plus importante dans le cadre de la relation thérapeutique d'un patient à un médecin, qu'une des caractéristiques principales de la fonction médicale est la maîtrise des produits. Il y a là un étonnant point commun entre patients et médecins — en quelque sorte, des *atomes crochus*.

Pour les médecins exerçant en privé, la difficulté peut être de ne pas s'enfermer dans une relation thérapeutique uniquement médiatisée par la présence des produits, puisque l'un des objectifs du traitement est, au minimum, de limiter la place de ceux-ci. Pour les médecins d'institution, il peut s'y ajouter une difficulté organisationnelle : le produit permettant de renforcer la relation thérapeutique bilatérale entre le patient et le médecin, en excluant du même coup les autres membres de l'équipe. Ces questions sont plus ou moins prises en compte dans les pratiques des uns et des autres, comme nous allons le relater ci-après.

4.1. Les drogues, les opiacés

En ce qui concerne les principes, tous les médecins –tant en privé qu'en institution– affirment sans ambages que **la compréhension des toxicomanies ne peut se limiter à une problématique de dépendance** à un produit ou à une "simple" question de gestion d'une consommation, mais recouvre des aspects psychologiques et sociaux. Ces aspects sont d'ailleurs perçus comme déterminants par une majorité de médecins. En toute logique, les médecins sont également d'accord pour affirmer que **la consommation de drogues, lorsqu'elle devient problématique, est toujours une conséquence d'autres problèmes déjà présents** (traumatismes dans l'enfance, déficit de structuration, "*absence du père*", "*mère hyper-protectrice*"...). Tous les médecins admettent donc que : 1) les produits ne sont pas à la source des problèmes vécus par leur patient ; et 2) que la problématique toxicomanie contient une forte composante psycho-sociale, qui pourrait d'ailleurs être l'élément prépondérant de la problématique à résoudre. On pourrait donc s'attendre à ce que les médecins s'intéressent prioritairement aux causes du problème, et secondairement seulement à la question de la consommation de produits, celle-ci étant largement considérée comme une manifestation ou un symptôme. Il est cependant beaucoup moins évident que les pratiques et les représentations mentales sous-jacentes de ces pratiques soient en concordance avec les principes ainsi énoncés.

Des malentendus ou des sous-entendus surgissent au travers de la polysémie des concepts et notions propres au domaine des toxicomanies, tels qu'utilisés par les médecins. Ainsi, pour certains médecins, le terme "*toxicomane*" évoque spontanément un consommateur de drogues illicites –donc, pas un alcoolique par exemple–, sans distinction toutefois du rapport à ces produits, comme par exemple l'existence ou non d'un syndrome de dépendance. Pour d'autres, le terme désigne précisément un consommateur de drogues dépendant. Cependant, même dans ce cas, il arrive que la dépendance à l'alcool ne soit pas assimilée aux toxicomanies. Les médecins qui relient plus aisément la toxicomanie à la notion de dépendance ne font généralement pas de différence entre leurs patients toxicomanes selon le(s) produit(s) qu'ils consomment, alors que d'autres tendent à considérer la consommation de chaque produit comme autant de phénomènes différents, et désignent les "polytoxicomanies" (= consommation ou dépendance (?) de / à plusieurs produits) comme un phénomène encore distinct, et plus complexe à résoudre.

Un grand nombre de médecins font état d'une recrudescence relativement récente de la consommation de cocaïne. Ils l'évoquent généralement comme un phénomène nouveau, non-assimilable à la toxicomanie aux opiacés : "*c'est plus difficile, parce que pour les cocaïnomanes, on ne sait rien faire*". Un médecin s'étonnait même que : "*la méthadone, il paraît que ça ne marche pas avec les cocaïnomanes*". Pourtant, il n'est pas rare d'entendre que : "*ce sont les mêmes, avant ils prenaient de l'héro, maintenant ils ont la métha mais ils prennent de la coke... Et il y en a beaucoup qui sont devenus alcooliques...*"

Il se dégage ainsi **trois grandes manières** de comprendre la problématique à traiter : **l'une où la toxicomanie se définit essentiellement par la consommation de *drogue***, ce dernier terme étant alors spontanément compris comme désignant les diverses substances psychoactives illicites ; **une deuxième** où ce n'est pas immédiatement le produit qui détermine la toxicomanie mais bien **le rapport problématique du consommateur à sa consommation, généralement pointé comme un rapport de dépendance** –encore que dans le même temps, les consommations problématiques d'alcool ou de benzodiazépines ne sont pas forcément comprises comme des toxicomanies, bien que la dépendance y soit également présente– ; **une troisième** enfin où la toxicomanie est perçue comme une problématique **dont**

les aspects psychiques sont prépondérants, et dont la manifestation symptomatique par excellence est la consommation compulsive de produits psychoactifs. Evidemment, celle-ci peut engendrer des complications médicales, psychologiques ou sociales qui peuvent amplifier la gravité du problème.

Le discours de la plupart des médecins n'est pas construit autour d'une seule de ces définitions, mais oscille entre ces diverses positions, en fonction de la manière dont on aborde la question, et, le plus souvent, sans égard pour les contradictions qui peuvent pourtant résulter de cette oscillation. Ces ambiguïtés peuvent, à leur tour, constituer un obstacle pour déterminer clairement les objectifs que l'on peut donner aux traitements de substitution, et la manière de les conduire. Ainsi, par exemple, le médecin qui affirme ne rien pouvoir faire pour les cocaïnomanes se positionne, à ce moment, dans une lecture de la toxicomanie liée au produit, et dans l'attente d'une réponse médicamenteuse au problème — cette réponse médicamenteuse n'existe effectivement pas à l'heure actuelle. Les produits sont donc, à ce moment, au centre de la relation.

En ce qui concerne le contexte institutionnel que nous avons investigué, il ne fait pas de doute que **la lecture courante des problèmes de toxicomanie ne se limite pas à une problématique de dépendance** à un produit ou à une "simple" question de gestion d'une consommation, mais **recouvre des aspects psychologiques et sociaux**. Ce discours institutionnel est évidemment porté par des équipes où des psychologues, des éducateurs, des assistants sociaux, etc. sont présents, et il est logique que ce discours leur accorde une place. De même donc que les médecins exerçant en privé, les médecins d'institution affirment que **la consommation de drogues, lorsqu'elle devient problématique, est toujours une conséquence d'autres problèmes déjà présents**. Ainsi, dans les institutions rencontrées et selon le discours institutionnel, les équipes soignantes dans leur ensemble semblent s'intéresser prioritairement aux aspects psycho-sociaux de la problématique, et la place accordée au traitement médical semble plus circonscrite, c'est-à-dire, en vue de maintenir une certaine régularité des contacts avec les patients, et avec une vocation de maintenance, soit de manière indéterminée, soit de manière à neutraliser la place du produit et à ouvrir la porte aux interventions plus psychothérapeutiques (*Cf. Supra*).

Ainsi, les médecins d'institution rejoignent, dans leurs discours, les médecins pour lesquels les traitements de substitution ont une vocation d'accompagnement à long terme, l'essentiel étant à travailler dans le champ psycho-social. Cependant, à la différence des médecins exerçant en privé, pour lesquels se pose la question de ce qui peut ou doit être fait dans ce champ, les médecins d'institution savent qu'ils interviennent dans un cadre où ces questions sont prises en compte par les autres sections de l'équipe thérapeutique. Il reste donc au médecin à "*gérer les paramètres vitaux*" des patients, et à participer en tant que membres d'équipes pluridisciplinaires à la prise en charge globale de ceux-ci.

Pourtant, le discours individuel des médecins d'institution, et le discours qu'ils peuvent porter en tant que groupe fonctionnel distinct des autres fonctions dans l'institution, possède quelques accents propres. Il est assez évident que les médecins d'institution peuvent, plus aisément que leurs confrères exerçant en privé, se concentrer sur le strict décours médical du traitement. Il est donc plus aisé pour eux de se préoccuper essentiellement de "*stabilisation*" ou de "*normalisation*". En effet, la "*stabilisation*" peut être considérée comme un objectif intermédiaire, car elle constitue une étape du processus thérapeutique qui facilite la suite de la prise en charge — ce qui est radicalement différent d'une conception où ladite "*stabilisation*" est perçue comme l'objectif final du traitement de substitution (*Cf. Infra*). Cette situation comporte un risque : celui de voir les médecins se concentrer sur la part de travail qui leur est

dévolue sans assez d'échanges avec les autres types d'intervenants, au point qu'une relation bilatérale et médiatisée par les substances pourrait se créer entre les patients et les médecins, au détriment de l'ensemble du processus thérapeutique.

Les institutions rencontrées possèdent des procédures qui doivent permettre, en principe, d'éviter ce type d'écueil. Ainsi, au *Projet LAMA*, existe la procédure des co-consultations, tandis que dans les deux MASS, un système de référents médicaux et psychosociaux et des procédures d'"analyse de la demande" permettent "*d'élargir le cadre de cette demande et de ne pas coller uniquement au syndrome toxicomanie – drogue – toxicophilie et son corollaire prescriptif*"³⁵. Il va de soi que ces institutions ont également des plages de staff.

4.2. Les objectifs du traitement de substitution

Dans une lecture où la toxicomanie est principalement comprise comme une problématique de consommation de produits psychoactifs, **l'abstinence** semble être une réponse thérapeutique logique. Néanmoins, au niveau des principes, la plupart des médecins disent ne pas viser l'abstinence comme un objectif prioritaire, le problème ne trouvant pas sa source dans la manifestation symptomatique de la consommation de drogues. Pourtant, une fois encore, les pratiques et les représentations mentales sous-jacentes de ces pratiques ne correspondent pas souvent à ce principe, comme nous allons le voir ci-dessous (*Cf. Infra*).

Dans une lecture où la toxicomanie est principalement comprise comme une problématique de dépendance à des produits, c'est alors cette dépendance qui devrait faire l'objet des traitements. Toutefois, pour la plupart des médecins, la dépendance semble inéluctable dans le contexte de la consommation d'opiacés, ce qui revient à assimiler la fin de la dépendance à la fin de la consommation de ces substances. Pour d'autres médecins, moins nombreux cependant, la notion de dépendance semble couvrir un phénomène plus complexe, dans lequel interviennent diverses dimensions, telles une sensibilité accrue au produit –qui peut être d'origine génétique ou résulter de l'exposition répétée à ce produit–, mais également des dimensions plus psychiques ou sociales : "*comme on dit, la toxicomanie, c'est la rencontre d'une substance, d'une personnalité et d'un contexte*".

Ces derniers rejoignent alors ceux qui considèrent la dimension psycho-sociale de la problématique toxicomanie comme prépondérante. Pour tous ceux-ci, l'abstinence ne se présente plus comme un objectif, mais éventuellement comme la conséquence ultime d'un parcours de vie qui aura permis au patient de régler ses problèmes au niveau psycho-social. "*Ce qui m'intéresse, c'est leur mal-être, leurs souffrances, pas l'aspect médical*". Cependant, parmi ce dernier groupe de médecins, certains semblent considérer que le patient doit "*faire son chemin*" et que l'objectif du traitement de substitution est **d'accompagner le patient au long de ce chemin en essayant de limiter sa souffrance** ; tandis que d'autres considèrent que le rapport au produit étant neutralisé par le traitement de substitution, **l'essentiel du traitement consiste alors à travailler les dimensions psycho-sociales de la problématique**.

4.2.1. L'ABSTINENCE : l'abstinence, comme nous l'avons dit ci-dessus, n'est aujourd'hui plus souvent considérée comme un objectif en soi, la plupart des médecins admettant de ne pas réduire la toxicomanie à une question de consommation de produits. Elle reste toutefois l'idéal de la très grande majorité des médecins, qui émaillent leurs discours de remarques telles que : "*il y a beaucoup de rechutes, mais il y en a quand même qui y arrivent* [à ne plus prendre de

³⁵ Lignes thérapeutiques, document de travail interne, MASS de Bruxelles.

méthadone sans rechuter, donc à ne plus consommer]", "on essaie de diminuer tant qu'on peut, mais parfois c'est pas facile, et il y en a qui n'y arriveront jamais"... Il faut souligner par ailleurs que : "mon objectif reste l'abstinence, le patient lui-même la souhaite". La grande majorité des médecins, à propos de l'abstinence, disent qu'ils en faisaient un objectif au début de leur carrière avec des patients toxicomanes, "mais on doit vite faire le deuil de ses illusions, la plupart du temps, ce n'est pas possible", "Ce qui est dur, c'est notre impuissance face à la souffrance".

Paradoxalement, on peut constater, au travers de cette formule, que ce "deuil" n'est pas totalement fait : l'abstinence reste inscrite comme un idéal devenu utopie, et un certain pragmatisme pessimiste tend alors à remplacer cet objectif irréalisable par un objectif de **maintenance** (Cf. *Infra*).

Pour quelques médecins, l'abstinence est encore comprise d'une autre manière. Spontanément, le terme s'applique aux drogues illicites, mais pas aux produits utilisés dans le cadre des traitements de substitution –la méthadone, presque toujours–, considérés comme des médicaments, non comme des drogues. Cette position ouvre de vastes interrogations sur la différence de statut que l'on attribue, par exemple, à l'héroïne en tant que drogue, et à la méthadone en tant que médicament. Cette différence résulte en effet d'un construit socio-psychologique, où chacune de ces substances est investie de significations imaginaires, qui en font deux objets sociaux distincts³⁶.

Chimiquement, héroïne et méthadone sont deux substances relativement similaires, leurs effets sur l'organisme et le psychisme sont proches –à quelques détails techniques près, comme par exemple la durée de demi-vie de ces substances dans l'organisme, qui permet une gestion plus aisée de la méthadone en tant que médicament–, et leur toxicité est équivalente. Comment dès lors expliquer qu'aux yeux du médecin, l'abstinence de l'une soit plus souhaitable que l'abstinence de l'autre ?

La différence se situe précisément dans la charge de sens de l'une et l'autre de ces substances, véhiculée au travers des significations imaginaires qui sont accrochées à elles et à leurs usages respectifs. A la consommation d'héroïne sont associés la déstructuration des relations familiales et sociales, l'inaptitude socio-professionnelle, la petite criminalité, la délinquance, les conduites à risque, et de manière générale, le désordre, le déséquilibre, l'instabilité, le chaos. A l'inverse, selon la Conférence de Consensus de 1994 : "la méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne [...car elle] réduit la consommation d'héroïne et le recours aux injections [...], elle] réduit la mortalité associée à l'héroïnomanie, réduit le risque de contamination par le virus du SIDA et les hépatites B et C, [...] le traitement à la méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et à une réduction des activités délinquantes"³⁷.

Un très grand nombre de programmes de *réduction des risques* démontrent pourtant clairement que ce n'est pas la nature des produits qui explique ces différences, mais bien leur usage, et bien entendu, parmi divers éléments, la clandestinité de la consommation de l'un *versus* la licéité de la consommation de l'autre. Comme le signale M. Rosenzweig, la langue grecque antique ne connaissait qu'un seul mot pour signifier "remède" et "poison" : **phármakon**, seuls l'usage et le dosage font la différence³⁸.

³⁶ Cette construction a fait l'objet d'une étude approfondie, Cf. PIGNARRE P. ; *Les deux médecines : médicaments psychotropes et suggestion thérapeutique*, La Découverte, Paris, 1995

On peut également se référer à : EHRENBURG A. et al. ; *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*, Esprit, Paris, 1998

³⁷ CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE ; *Conférence de Consensus,...* Op. Cit., p. 5

³⁸ ROSENZWEIG M. ; *Op. Cit.*, pp. 13-18

Dès lors, deux hypothèses pourraient expliquer que certains médecins considèrent comme un objectif thérapeutique l'abstinence d'opiacés illicites et non l'abstinence de médicaments opiacés. La première hypothèse consisterait en un **positionnement "moral-sécuritaire"**, qui prendrait à son compte l'interdit légal et viserait donc, avant tout, la disparition d'un comportement délinquant³⁹. Se poserait alors la question plus vaste de la place du médecin dans la société, des normes sociales-morales qu'il véhicule et des limites de son rôle. On serait en tout cas éloigné de strictes préoccupations thérapeutiques.

La seconde hypothèse consisterait à considérer en tant qu'objectif du traitement de substitution **le retour à un certain équilibre biologique, social et psychique** – caractéristiques imaginaires associées au médicament – contre le chaos attribué au mode de vie toxicomane – caractéristiques associées imaginaires aux drogues. Cette hypothèse semble confirmée par l'utilisation courante, chez les médecins, des termes : "*stabilisation*", "*normalisation*"... pour désigner les aspects positifs des traitements de substitution. Mais, étant donné que ce n'est pas la nature des produits, mais le cadre de leur usage, qui entraînerait l'ordre ou le chaos, cette hypothèse ouvre également de vastes questionnements sur la portée thérapeutique du traitement ainsi conçu, et sur le rôle du médecin vis-à-vis des normes. Nous allons y revenir de manière plus approfondie ci-dessous (Cf. *Infra*).

4.2.2. LA MAINTENANCE : le terme de *maintenance* désigne une modalité du traitement de substitution où, techniquement, le patient reçoit régulièrement sa médication de substitution sans qu'il y ait de terme déterminé au traitement : "*mais si ils vivent bien comme ça, pourquoi pas ?*". Pourtant, ce vocable semble recouvrir des pratiques aux significations diverses.

Ainsi, comme nous l'avons évoqué ci-dessus, **l'objectif de maintenance est évoqué**, par la plupart des médecins, **avec un idéal frustré d'abstinence** : la maintenance y apparaît plutôt comme une absence d'objectif de par le côté irréaliste de l'objectif d'abstinence. Par ailleurs, les médecins emploient peu ce terme de "maintenance". Ils évoquent plus spontanément les notions d'"*accompagnement*", d'"*accompagnement chronique*", de "*stabilisation*", voire de "*traitement palliatif*". Ces différents termes soulignent des différences de conceptions.

L'idée d'un "**traitement palliatif**", à l'instar de l'idéal frustré d'abstinence, **dénote également un pessimisme certain dans le décours du traitement de substitution**⁴⁰. En effet, les soins palliatifs sont cette partie de la médecine qui a pour vocation de faire face à des pathologies incurables et mettant sérieusement en danger la vie. Assimiler le traitement de substitution à un traitement palliatif revient à considérer la toxicomanie comme une pathologie irréversible et dont les risques de décès seraient accrus ; caractéristiques non-vérifiées la plupart du temps. Les médecins qui ont employé cette expression ont ainsi souligné leur scepticisme vis-à-vis de la possibilité d'une guérison de leurs patients toxicomanes, sous-entendu que cette **guérison passe par l'abstinence** et que celle-ci leur paraît impossible. Dès lors, le traitement de substitution n'aurait d'autre objectif que d'accompagner le patient dans son mal, avec le plus de dignité et le moins de souffrance possible, en espérant une hypothétique rémission spontanée.

³⁹ Soulignons que dans un cadre légal où la consommation de certaines drogues est interdite, cette simple consommation constitue un acte délinquant.

⁴⁰ Il est à noter par ailleurs que la méthadone semble avoir de bons résultats en tant que médicament dans le cadre de véritables soins palliatifs, d'après l'expérience de certains médecins rencontrés. Cela n'est évidemment pas l'objet de notre commentaire, qui porte bien sur les traitements de substitution.

D'autres médecins n'envisagent pas tant la toxicomanie comme une pathologie incurable, que comme **une maladie chronique**. Certains affirment d'ailleurs, au passage, que c'est bien là la vocation première de la médecine générale : prendre en charge les maladies à caractère chronique. La comparaison la plus souvent évoquée est celle du patient diabétique et de l'insuline⁴¹. Ces médecins se trouvent alors dans un certain **positionnement "minimaliste"** : la pathologie désignée comme chronique appelle un traitement lui-même conçu comme un **accompagnement chronique**, probablement à vie, à moins de circonstances exceptionnelles qui entraîneraient aussi une hypothétique rémission spontanée. De fait, les médecins ayant une longue expérience des traitements de substitution (supérieure à 10 ans) soulignent : *"qu'il y a un moment où ça s'arrête tout seul"* ; comme s'il y avait un moment dans le parcours du patient toxicomane où la vie est devenue plus fatigante avec les produits que sans eux.

Parmi les médecins qui tiennent un discours sur la toxicomanie en tant que maladie chronique, il en est qui ont mis en avant les dimensions psycho-sociales de la problématique, et qui donc adhèrent à l'idée que la fin du traitement médicamenteux intervient lorsque les circonstances de vie du patient ont changé : *"Il se passe toujours quelque chose : ils rencontrent l'amour, ou ils ont des enfants... quelque chose qui change leur vie, et alors c'est plus définitif"*. Le débat qui s'ouvre alors est celui de la place du médecin généraliste vis-à-vis de ces problèmes de l'ordre du psychologique ou du social qui sont considérés comme déterminants de la bonne marche, voire de la fin, du traitement de substitution. En effet, soit le médecin, comme cela vient d'être dit, considère qu'il suffirait de *"laisser le patient faire son chemin"*, soit il considère qu'il y a lieu de susciter une intervention dans ces domaines. Par conséquent, soit il considère qu'il peut lui-même intervenir dans le champ psycho-social – *"toute maladie contient une dimension psy, ça fait partie de l'approche générale en médecine... Mais il y a beaucoup de médecins qui ont peur et qui s'enferment dans des catégories toutes faites"* –, soit il considère que c'est du ressort d'autres intervenants, comme les psychologues... : *"mais ils n'aiment pas les pys, ils ne sont pas demandeurs"*.

Quoi qu'il en soit, la maintenance prend là un autre sens : au lieu d'être une approche *"par défaut"*, elle constitue une technique qui ouvre la porte à une prise en charge plus psychothérapeutique, c'est une approche qui vise **la neutralisation de la place du produit**, que cette prise en charge soit réalisée par le médecin lui-même, ou qu'elle soit dévolue à un autre intervenant.

4.3. Méthadone, buprénorphine

Tous les médecins rencontrés prescrivent de la méthadone en tant que traitement de substitution. **Très peu ont une expérience de la buprénorphine**, sous sa forme Temgésic dans les années 1990, ou sous sa forme Subutex plus récemment. Il est important de signaler qu'au moment des interviews, la société pharmaceutique qui commercialise le Subutex faisait une campagne de promotion pour son nouveau produit. Dès lors, la plupart des médecins connaissaient le médicament et ce que le dossier d'information de la firme en disait, mais très peu en avaient une connaissance clinique pratique. En général, les médecins trouvent positif que l'offre médicamenteuse s'élargisse, en même temps, la plupart d'entre eux n'envisage pas d'utiliser le Subutex, la méthadone leur donnant entière satisfaction. Exceptionnellement, l'un ou l'autre médecin envisage la prescription de Subutex lorsque la situation lui paraît douteuse

⁴¹ Pauvre analogie, dans la mesure où la privation d'insuline pour le diabétique aurait des conséquences médicales bien plus graves que celles qui résulteraient de la privation de méthadone pour un patient toxicomane.

ou si l'information dont il dispose lui semble trop incomplète, le Subutex ayant une réputation de plus grande sécurité, de par des propriétés antagonistes à haute dose.

Par ailleurs, les médecins qui ont une représentation moins centrée sur les produits ne semblent pas s'être préoccupés particulièrement de cette question.

La méthadone est bien évidemment aussi le produit de prédilection pour les traitements de substitution dans les institutions. Il est à noter que les institutions rencontrées ne délivrent pas la méthadone, celle-ci est délivrée par des officines de pharmacie. La MASS de Bruxelles et le centre ixellois du *Projet LAMA* possèdent une fonction de dispensaire qui leur permettent, pour des cas exceptionnels, de délivrer ou d'administrer de la méthadone sur place. Les médecins d'institution n'ont pas beaucoup plus d'expérience que leurs confrères en pratique privée à propos de la buprénorphine. Dans les écrits internes à l'usage des intervenants de la MASS de Bruxelles, on peut lire que : "*la buprénorphine a une indication limitée [...] aux sevrages par substitution à doses rapidement dégressives pour les héroïnomanies récentes [...]*"⁴². Pour être complets, le même document précise que : "*il existe d'autres opiacés de synthèse utilisables pour la substitution de l'héroïne [que la méthadone]. A l'exception de la buprénorphine (Témgésic ou Subutex), ils n'ont pas été repris dans la conférence de consensus de 1994 et ils ne doivent donc pas être utilisés sans qu'un protocole bien précis ait été discuté en équipe*"⁴³.

5. Le déroulement du traitement

La grande majorité des médecins rencontrés a plusieurs années d'expérience en matière de traitement de substitution. De ce fait, la plupart d'entre eux ont des patientèles assez anciennes, c'est-à-dire, des patients qu'ils connaissent depuis assez longtemps –plusieurs années–, et relativement peu de nouveaux patients. Il semblerait que les demandes de nouveaux traitements de substitution soient devenues rares — il est vrai que l'offre de soins et donc, l'accessibilité à ces traitements, s'est considérablement étoffée au cours des 10 dernières années. Pour les patients "*en rythme de croisière*", la fréquence des rencontres est le plus souvent d'une consultation tous les quinze jours chez les médecins exerçant en privé.

On trouve plus aisément des "nouveaux patients" dans les 3 institutions-partenaires de la recherche. Par nouveaux patients, on entend des personnes qui entament ou ré-entament un traitement de substitution. Il ne s'agit donc pas forcément de "jeunes patients", mais comparativement à la situation décrite par les médecins en Cabinet Privé, le rythme de circulation des patients est plus élevé dans les institutions. Il est donc assez logique, compte tenu de cet élément ainsi que du seuil d'accessibilité peu élevé dans les institutions choisies, que le rythme des rencontres soit plus soutenu que chez les médecins en Cabinet Privé : les consultations s'y dérouleraient plutôt de manière hebdomadaire.

Schématiquement, les consultations médicales se déroulent de manière plus ou moins identique chez tous les médecins : une consultation habituelle dure entre 15 et 20 minutes, le médecin réalise un examen général de santé de son patient, éventuellement un examen plus précis si le patient se plaint d'un problème de santé particulier, le médecin écoute de manière bienveillante ce que lui dit le patient de sa vie, et le médecin prépare la nouvelle prescription. Comme pour tout patient, toxicomane ou non. Cependant, dans les institutions, la consultation médicale est placée dans un cadre élargi où interviennent les travailleurs sociaux et les

⁴² Lignes thérapeutiques, document de travail interne, MASS de Bruxelles, *Op. Cit.*

⁴³ *Ibid.*

consultations psychologiques. Ainsi, dans ce cas, il est incontournable que la prise en charge de la problématique du patient ne se limite pas à l'acte technique de délivrance du traitement de substitution. Cela a-t-il une influence sur la manière dont les médecins d'institution gèrent leurs consultations médicales ? Si l'on examine ces consultations de manière un peu plus détaillée, chez les uns et les autres, quelques particularités peuvent attirer notre attention.

5.1. Le contrôle

Si un certain nombre de médecins sont sensibles aux aspects formels du respect du cadre –respect des rendez-vous, de la régularité des rencontres, bonne tenue vis-à-vis des autres patients...–, ils ne semblent pas, en revanche, très préoccupés par la thématique du contrôle vis-à-vis des consommations de drogues de leurs patients toxicomanes. Le plus souvent, les médecins disent que : *"ce n'est pas à moi qu'ils mentent, c'est à eux-mêmes, et je leur dis : "je ne ferai pas de contrôles d'urine, moi je te crois, mais évidemment c'est mieux si tu me dis la vérité". C'est normal que parfois ils reconsumment, mais il faut qu'ils me le disent tout de suite..."* Ainsi, la plupart des médecins n'évoque les contrôles d'urine qu'au démarrage du traitement : *"il faut quand même être sûr qu'ils sont toxicomanes et que ce n'est pas pour faire du marché noir"*. D'autres, moins nombreux, sont partisans du contrôle aléatoire, mais préviennent alors leurs patients, dès le début du traitement, qu'ils peuvent effectuer des contrôles d'urine au hasard.

Comme on le comprendra aisément, les médecins qui centrent leur **conception de la toxicomanie sur la place et la présence des produits sont plus intéressés par les aspects de contrôle**. A l'inverse, ceux qui conçoivent la toxicomanie comme une problématique où **les aspects psycho-sociaux sont prépondérants, sont plus attentifs aux dires de leurs patients** –donc à leurs représentations mentales de la réalité, de leurs rapports aux autres, de leur consommation, à leurs résistances, incohérences et / ou malentendus– qu'à une réalité "objective" sur l'état de leurs consommations de drogues. *"C'est parce qu'on a peur de la drogue, mais ils y a des tas d'autres médicaments que l'on consomme de manière abusive, pourquoi on ne fait pas des contrôles pour tous ceux-là ?"*

Dans les institutions, mis à part les contrôles d'urine liés au démarrage du traitement, la politique interne des contrôles d'urine dépend plus du cadre institutionnel que de la décision des médecins. Nous n'avons pas eu beaucoup l'occasion de creuser cette question avec les médecins des institutions concernées, dans la mesure où clairement la question du contrôle n'est pas vécue comme de leur ressort. C'est une constatation qui mérite d'être soulignée : **les médecins d'institution conçoivent plus aisément que leur confrères exerçant en privé de ne se préoccuper que des aspects strictement thérapeutiques, en faisant abstraction de dimensions plus disciplinaires**. Les médecins d'institution ne semblent pas, par ailleurs, très préoccupés par la thématique du contrôle vis-à-vis des consommations de drogues de leurs patients toxicomanes. Ce qui est assez évident pour les deux MASS dont la finalité ne va pas en ce sens.

5.2. Le dosage

Le dosage du produit de substitution apparaît comme un acte clé du processus thérapeutique. Il est en tout cas très révélateur de la conception que le médecin donne au traitement. Au départ, comme nous l'avons dit, certains médecins évitent systématiquement de prescrire un traitement de substitution lors de la première rencontre, d'autres à l'inverse

estiment qu'une fois la demande formulée et les précautions habituelles respectées, il est important de faciliter l'accès au traitement en vue d'un bon accrochage thérapeutique.

Dans les institutions, tant dans les MASS qu'au *Projet LAMA*, on tend à permettre assez rapidement l'accès au produit de substitution dans un souci de bon accrochage thérapeutique. Cette assertion ne signifie pourtant pas que le traitement de substitution est accessible sans condition. Ainsi, à la MASS de Charleroi, l'accès à la consultation médicale et donc au produit de substitution est soumis à une démarche préalable dite d'*"analyse de la demande"*, menée par l'équipe accueil⁴⁴. A la MASS de Bruxelles : *"Les mises en traitement se font aussi rapidement que possible [...] Une prescription médicamenteuse ne doit cependant pas nécessairement se faire absolument lors du premier contact avec la MASS, notamment lorsque le patient poursuit toujours un traitement chez un autre médecin ou dans une autre institution [...] D'autre part, les toxicomanies autres que celles aux opiacés nécessitent rarement une réponse médicamenteuse immédiate [...] Sans vouloir tomber dans le travers de la fameuse "analyse de la demande", il est néanmoins utile et conseillé d'élargir le cadre de cette demande et de ne pas coller uniquement au syndrome toxicomanie – drogue – toxicophilie et son corollaire prescriptif"*⁴⁵. Par ailleurs, *"Tout patient de la MASS doit avoir un médecin référent et responsable du traitement et un référent psychosocial"*⁴⁶. Enfin, au *Projet LAMA*, la procédure de mise en traitement semble différer quelque peu entre les deux centres d'Ixelles et d'Anderlecht, d'une part, et les différentes antennes de proximité, d'autre part, les processus d'accès au produit de substitution étant un peu plus rapide dans ces dernières. Nous n'avons pas eu le loisir, dans le cadre restreint de cette recherche, d'analyser plus avant ces processus organisationnels. Mais, en tout état de cause et pour toutes les institutions, la mise en traitement et l'accès au produit de substitution est conditionné par une mise en contact du patient avec au moins un intervenant non-médecin.

Dans les Cabinets Privés, au démarrage, un grand nombre de médecins choisissent une dose de départ et proposent un nouveau rendez-vous trois ou quatre jours plus tard, en vue d'adapter le dosage. Il peut arriver que le médecin demande la délivrance quotidienne du produit et sa consommation sur place à l'officine de pharmacie, bien que ce ne soit pas systématique. Lorsque le processus est devenu routinier ou habituel, les rendez-vous sont alors espacés de quinze en quinze jours, le plus souvent. Les médecins rencontrés bénéficiant tous d'un soutien dans leur pratique des traitements de substitution (réseaux de généralistes, interventions ou supervisions...), ils ont tous une bonne maîtrise de cette partie de leur travail : ils sont informés des dosages habituellement pratiqués, des limites, ils connaissent les symptômes possibles liés à un trop faible ou à un trop fort dosage... La suite du déroulement du traitement peut être plus variable.

A la différence de ce qui se passe chez les médecins en Cabinet Privé, les médecins d'institution travaillent dans un cadre plus formalisé en ce qui concerne la détermination de ce dosage. Ainsi, en ce qui concerne la MASS de Bruxelles, les médecins bénéficient d'un certain nombre de *guidelines* élaborés à l'intérieur de l'institution : *"Le syndrome de sevrage opiacé doit être traité en priorité mais il ne survient que 18 à 36 heures après la dernière prise de méthadone, et 4 à 8 heures après la dernière prise d'héroïne. L'estimation de la dose de départ tiendra compte du folder Interstices. Un deuxième contact, après 24 ou 48 heures, est toujours utile lors de la première mise en traitement afin d'évaluer la posologie et, le cas*

⁴⁴ Il est à noter que la MASS de Charleroi a connu, au cours de la période de la recherche, des modifications structurelles, et notamment un changement de direction. Les informations reprises dans ce rapport concernent la situation au moment de l'enquête, sans préjuger des éventuels changements qui ont pu affecter cette institution par la suite.

⁴⁵ Lignes thérapeutiques, document de travail interne, MASS de Bruxelles, *Op. Cit.*

⁴⁶ *Ibid.*

échéant, d'augmenter ou de diminuer cette posologie. Les doses de méthadone nécessaires peuvent être très variables d'une personne à l'autre ; d'une situation à l'autre. S'agissant d'un médicament dont le surdosage peut être mortel, les doses de départ seront prescrites avec d'autant plus de prudence. Une augmentation progressive, jusqu'à des doses parfois considérables (+ de 250 mg/jour) peut être intéressante dans le but d'éviter le recours à des drogues plus handicapantes sur le plan social (héroïne de rue) ou de la cognition (alcool, benzodiazépines)"⁴⁷.

Ces lignes thérapeutiques constituent donc une tentative de formalisation de la procédure pour le démarrage et le suivi du traitement de substitution. Comme on peut le constater, la détermination du dosage au cours du traitement sera au moins guidée par un souci de réduction de la consommation d'autres substances désignées comme "plus handicapantes" sur les plans social et de la cognition. Une telle assertion mériterait d'être creusée avec les médecins de cette institution. Mais, en tout état de cause, c'est une approche différente de celle qui consiste à tenter une diminution du dosage dès que des éléments des champs psychologique et social tendraient à indiquer une amélioration ou une stabilisation du patient.

Au *Projet LAMA*, les médecins parlent de "*dosage de sécurité*" et de "*dosage de confort*", pour désigner différentes phases de détermination du dosage optimal. Le "*dosage de sécurité*" désignerait le dosage de départ d'un traitement, l'idée étant d'éviter le syndrome de manque pour le patient, tout en évitant la surdose. Au bout de quelques jours, ce "*dosage de sécurité*" est adapté. Le "*dosage de confort*" désignerait un dosage auquel on est sûr que le patient ne ressentira aucun effet de manque. Il semblerait que les médecins, au *Projet LAMA*, soient assez larges en matière de dosage, assurant en quelque sorte un "filet de sécurité" qui ouvre la porte à un travail plus psychothérapeutique. Rappelons que le *Projet LAMA* a mis en place une procédure de co-consultation ou interviennent le médecin et le psychologue avec le patient.

Ici encore, dans le cadre restreint de cette recherche, il ne nous était pas possible d'investiguer plus avant les manières de faire spécifiques du *Projet LAMA*. Mais il nous importe de souligner que la détermination du dosage tient compte de tentatives de théorisation, ce qui a au moins le mérite de dégager des manières communes de voir entre les différents médecins et autres intervenants de l'institution. Et en même temps, de ne pas enfermer la problématique à traiter dans un champ dominant.

En ce qui concerne les médecins en Cabinet Privé, **certains d'entre eux gardent l'absolu contrôle du dosage du produit de substitution.** En cela, ils exercent pleinement leurs prérogatives de médecin, et en assument l'entière responsabilité du rôle vis-à-vis de leurs patients. Les médecins qui fonctionnent de cette manière visent la diminution du dosage, dans la mesure du possible. Tout au moins proposent-ils systématiquement une diminution de dose à leurs patients, même s'ils ne la mettent pas en application lorsque ces derniers se montrent réticents. Il peut arriver que, le patient manifestant des signes d'affaiblissement ou de dégradation de son état, le médecin décide d'une (ré-) augmentation du dosage en attendant de nouveaux signes positifs. Chez ces médecins, le décours du traitement est donc constitué de phases de diminution et de ré-augmentation du dosage en fonction des aléas de vie du patient.

Chez d'autres médecins, le dosage est le résultat d'une négociation avec le patient. Ceux qui fonctionnent de cette manière posent la question au patient de ce qu'ils devraient faire à ce niveau, et l'avis du patient est l'occasion de faire un peu le point. Un peu comme si

⁴⁷ *Ibid.*

la détermination du dosage était un indicateur composite du contenu de la consultation et de l'évolution du patient.

Enfin, un certain nombre de médecins considèrent que l'évolution du dosage du traitement de substitution n'est pas leur préoccupation première, et **ils attendent que le patient se manifeste lui-même par rapport à cette question**. Contrairement à ce que l'on pourrait peut-être imaginer, les patients sont assez demandeurs de diminutions de dose, et le médecin a, plus souvent qu'on ne pourrait le croire, la tâche de modérer ces demandes.

Comme on l'aura compris, les médecins qui accordent le plus d'importance à la place des produits dans la problématique à traiter sont également ceux qui ont la démarche la plus "pro-active" en matière de diminution des doses, tandis que ceux qui sont plus enclins à s'intéresser à l'évolution psychique de leur patient sont également ceux qui attendent leurs demandes à ce niveau. *"Il faut les écouter... Quand je les mets sous métha, ils viennent me dire qu'ils ont fait des rêves où ils ont perdu leur shooteuse. J'ai eu la même chose avec une dame qui s'enfilait une boîte de comprimés codéinés tous les jours. Je l'ai mise sous métha – ça a très bien marché d'ailleurs–, et un jour elle me raconte qu'elle a fait un rêve où elle cherchait sa boîte désespérément dans tous les placards"*.

Quelle que soit l'approche, les éléments qui permettent au médecin de déterminer le dosage adéquat sont les mêmes. Tout d'abord, tous les médecins ont la connaissance théorique nécessaire à cet exercice. Comme nous l'avons déjà précisé, tous les médecins rencontrés bénéficient de l'une des différentes formules existantes de formation continuée, et cette connaissance est bien établie, notamment en ce qui concerne le démarrage du traitement. Quelques indicateurs symptomatiques permettent par ailleurs d'ajuster le dosage. *"Le problème, c'est que chez eux, tout semble dû à la drogue : ils ne dorment pas, c'est le manque, ils dorment trop, c'est le dosage qui est trop fort"...* Ce que certains médecins perçoivent comme un rapport particulier au corps.

A part ces éléments de base, tous les médecins forgent leur avis clinique à partir des dires des patients sur leur vie : *"S'ils retrouvent du travail, c'est souvent bon signe", "Quand ça va mieux avec leur famille ou avec leur petit copain ou leur petite amie", "Ils le disent quand ils ne vont pas bien, il ne leur faut pas grand chose, un petit incident de parcours et hop ! c'est reparti", "L'important, c'est qu'ils retrouvent la stabilité dans leur vie, le travail et tout ça ; après, qu'ils prennent encore de la métha, même toute leur vie, c'est pas grave" ; "Au début, ils parlent surtout de l'héro et des difficultés matérielles... Après, le plus souvent, c'est la famille. Et puis, après encore un certain temps, ils me parlent de l'avenir, là je me dis que ça va mieux, parce qu'ils ne parlent plus du produit"...*

Comme on le voit, une particularité des traitements de substitution est que **les éléments qui permettent au médecin d'assurer le suivi du traitement sont à caractère psychologique et / ou social-relationnel, et non à caractère bio-médical**. Dès lors, la plupart des médecins considèrent que le patient va mieux quand il dit aller mieux. D'autres se basent plutôt sur des éléments psycho-sociaux "objectivables", tels que la récupération d'un emploi, une amélioration des relations sociales / familiales... Certains enfin, ont une lecture plus centrée sur une évolution psychologique du patient, comme ses centres d'intérêt (Cf. l'exemple ci-dessus, où le médecin constate que le produit ne fait plus partie des préoccupations conscientes du patient, et qu'il s'intéresse à l'avenir). Voilà qui remet en exergue les dimensions psycho-sociales de la problématique à traiter.

Les médecins d'institution, plus encore que leurs confrères exerçant en privé, disent qu'ils doivent plutôt modérer les demandes trop rapides de diminution du dosage par les patients. L'expérience montre en effet que les patients tendent à surévaluer leur capacité à vivre sans le produit de substitution. Voilà qui doit quand même être souligné, et qui ne correspond pas au cliché classique du toxicomane qui ferait tout pour se procurer le produit.

Tous ces éléments appellent maintenant une analyse un peu plus approfondie.

5.3. Bon sens clinique et spécularité des relations

Si le médecin doit se baser sur des éléments psychologiques et sociaux de la vie du patient pour assurer le bon suivi du traitement de substitution, et non seulement sur de strictes observations bio-médicales, la question se pose quant à son niveau de compétence dans ce domaine. *A priori*, le médecin n'est pas spécifiquement formé à l'écoute relationnelle. Mais, d'un autre côté, les dimensions psycho-sociales sont présentes dans le cadre d'un grand nombre d'autres pathologies rencontrées couramment par le médecin généraliste, et il est indéniable que les médecins de famille exercent souvent, auprès de leurs patients habituels, un rôle important dans le domaine du soutien psycho-social : *"Comme médecin de famille, on peut intervenir au niveau de l'ensemble de la famille"*, nous dit un médecin qui insiste sur la notion de globalité dans la prise en charge.

La grande majorité des médecins estime ne pas avoir été suffisamment formée à ce niveau, mais en même temps –comme nous l'avons dit, les médecins rencontrés ont pour la plupart une longue expérience–, ils estiment être aujourd'hui aguerris à ces dimensions. *"De toute façon, on ne peut pas être formé ex-cathedra à ça, c'est sur le tas qu'on apprend"*.

Force est cependant de constater la relative perplexité de médecins vis-à-vis de certaines situations rencontrées. C'est notamment le cas vis-à-vis d'actes aussi courants de la part des patients que des rendez-vous ratés, des interruptions brutales du traitement, des refus de parler, des arrivées tardives au rendez-vous, des histoires de produit de substitution perdu, volé ou emprunté... Il est bien connu que les toxicomanes sont souvent considérés comme menteurs, tricheurs, manipulateurs, déstructurés, ou désorganisés. Ils rateraient donc des rendez-vous parce qu'ils seraient incapables d'organiser leur temps ou parce qu'ils seraient inconscients de l'importance du respect des règles ; ils interrompraient leur traitement car : *"ils craquent et ils retombent dedans"* ; ils inventeraient des histoires de perte ou de vol du produit de substitution pour obtenir d'autres doses, soit pour consommer plus, soit pour les vendre au marché noir...

On peut pourtant poser l'hypothèse que tous ces actes de patients sont autant de manières signifiantes d'exprimer quelque chose à leur médecin. Un médecin, spécialiste reconnu dans le domaine des toxicomanies, nous a raconté l'histoire d'une patiente qui semblait avoir un comportement chaotique vis-à-vis de ses rendez-vous : elle avait un rendez-vous hebdomadaire auquel elle ne venait qu'aléatoirement ; en revanche, quand elle avait raté son rendez-vous, elle venait à une plage de permanence en fin de semaine, où elle se glissait entre deux patients. Comportement en apparence désordonné... Jusqu'à ce que ce médecin comprenne que les semaines où elle avait besoin de parler, elle venait à son rendez-vous, les semaines où elle ne voulait pas se confronter à ses propres paroles, elle venait plutôt à la sauvette chercher sa prescription. De tels comportements et attitudes sont en tout cas bien connus dans les cabinets psychothérapeutiques, et les divers courants de psychothérapie disposent de ressources pour prendre en compte et travailler de telles questions. Il s'agit là d'un domaine qui, légitimement, peut échapper au bon sens clinique du médecin : *"Il y a des consultations rapides car les gens vont bien, ils n'ont pas grand chose à dire..."*, *"A la longue, je me suis rendu compte que c'est quand je croyais qu'ils allaient mieux qu'en fait ça n'allait pas"*.

Parmi les médecins rencontrés, **certains ont développé une certaine sensibilité à ces particularités de la dynamique relationnelle**. Il s'agit cependant de médecins qui se sont engagés dans cette direction pour des raisons essentiellement personnelles, et non

professionnelles. **Pour les autres, on est en droit de s'interroger sur les limites du bon sens clinique médical dans ces domaines psychologiques et sociaux / relationnels.** La question est d'autant plus cruciale que l'importance de ces domaines est soulignée par les médecins eux-mêmes, notamment par ceux qui considèrent que le traitement de substitution constitue une sorte de neutralisation de la place du produit en vue de travailler une telle dynamique psycho-relationnelle.

Comme nous l'avons dit, certains médecins estiment que leur rôle se limite à un accompagnement, la dimension psycho-sociale n'étant pas immédiatement de leur ressort. Ces médecins expriment aisément l'idée que, sans doute il serait souhaitable pour leur patient de s'engager en parallèle dans un travail psychothérapeutique, *"mais ils ne sont pas demandeurs, ils n'aiment pas les psys"*. Voilà encore une situation bien connue des psychothérapeutes, et presque triviale : il est en effet assez évident que traiter une problématique qui s'articule et s'exprime autour d'un syndrome comportemental **implique un changement**, et qu'un tel changement induit **des résistances conscientes et / ou inconscientes** de la part du patient — si de telles résistances n'existaient pas, il n'y aurait pas de dépendance, ni donc de nécessité d'un traitement ! Toutes les écoles psychothérapeutiques ont développé leurs techniques pour travailler et dépasser ces résistances en vue d'amener le changement. L'une des théories les plus connues dans le domaine des assuétudes à ce propos est celle de l'approche motivationnelle, inspirée des théories intégratives de Prochaska et Di Clemente⁴⁸. Elle n'est bien entendu pas la seule.

De manière plus générale, on doit signaler le caractère inévitablement **spéculaire des relations entre le patient et le médecin**. Par spécularité, on entend cette caractéristique des relations humaines où chaque individu prend partiellement en compte et intègre dans ses schémas mentaux les attentes supposées ou réelles de l'autre. En d'autres termes, de la même manière que le médecin parle et se comporte en partie en fonction de ce qu'il croit être la situation du patient qui lui fait face, le patient lui aussi parle et se comporte en partie en fonction de ce qu'il croit être l'attente du médecin qui lui fait face. Nous avons par exemple mentionné dans la première partie de ce chapitre l'inévitable adaptation mutuelle entre le patient et l'intervenant. On peut donc supposer qu'il arrive qu'un patient dise qu'il souhaite *"arrêter la drogue"* parce qu'il croit que c'est l'attente du médecin, ou demander une diminution de dose de méthadone pour les mêmes raisons. On peut supposer aussi que se joue quelque chose du côté du *besoin de reconnaissance* (Maslow) lorsqu'un patient affirme avoir ou ne pas avoir reconsommé, ou interrompt brutalement la relation...

Au niveau de cette analyse sur les manière de pratiquer les traitements de substitution, il ne nous appartient pas de mettre à l'épreuve ces hypothèses. Mais il est assez patent qu'**il y a là un point faible dans le processus thérapeutique des patients en traitement de substitution** : celui-ci ouvre la porte à un travail à caractère plus psychothérapeutique. Si celui-ci n'est pas du ressort du médecin, et s'il n'est pas par ailleurs pris en charge par un intervenant psychothérapeute, il ne reste que le hasard ou la destinée pour tirer profit de cette opportunité.

⁴⁸ PROCHASKA J.O. & DICLEMENTE C.C. ; L'approche transthéorique, in NORCROSS J.C & GOLDFRIED M.R. & al.; *Psychothérapie intégrative*, Desclée de Brouwer, "Re-connaissances", Paris, 1998, pp. 281-318
BROOthaerts J.P., FRYNS A., KORNREICH CH. & PELC I. ; Assuétudes : motivation au changement et prise en charge semi-ambulatoire, in *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, Oct. Nov. Déc. '98/Jan. '99, Vol. III, n°4, pp.25 et sq.

5.4. Les médecins et les intervenants psycho-sociaux

Avant d'entamer la description des rapports entre les médecins des intervenants psycho-sociaux, il importe de préciser qu'il n'existe pas à proprement parler de champ psycho-social, si ce n'est par facilité de langage ou par amalgame de ce qui serait le champ "non-médical" de la problématique à traiter. L'expression est donc déjà chargée de sens, puisqu'elle organise la division du travail de prise en charge entre le champ médical, d'une part, et le reste, d'autre part.

Lorsqu'on évoque le champ "psycho-social" auprès des médecins généralistes, certains pensent spontanément aux assistants sociaux, d'autres aux psychiatres, d'autres encore aux psychologues et psychothérapeutes. Ces différences ne sont pas dénuées d'intérêt. **Les assistants sociaux sont surtout reconnus, par les médecins, pour leur rôle de remise en ordre administrative et leur aide à obtenir des facilités sociales** telles qu'allocations (chômage, maladie, invalidité), hébergement, couverture mutuelle... Ce soutien est souvent perçu comme fort important par les médecins. En effet, il est considéré comme complémentaire à leur propre soutien. Il s'agit toujours d'une conception de la problématique à traiter perçue à travers le désordre et l'instabilité, le soutien consistant à ramener de l'ordre et de la stabilité chez le patient : un peu plus d'aisance financière, un peu plus de structuration sociale, un peu plus d'encadrement. *"La qualité du traitement tient à ce qui encadre la métha : accompagnement dans des démarches sociales, etc. Mais attention, danger si on en fait trop, car alors ils [les toxicomanes] en font de moins en moins"*. Le rôle de l'assistant social est d'autant plus important qu'il facilite le travail du médecin pour la gestion administrative du traitement médical — il arrive que le médecin doive lui-même collaborer à des démarches plus administratives pour des aspects de couverture sociale du traitement médical, ce qui renforce l'impression de charge de travail élevée avec cette patientèle.

Les médecins qui exercent en Maison Médicale ont souvent l'opportunité de faire appel à un travailleur social de la Maison, qui peut assurer ce rôle. Il n'est pas rare non plus, dans de tels lieux, qu'un accueillant –dont la fonction première est plus de l'ordre du secrétariat médical et de la gestion de la salle d'attente– assume de telles fonctions d'assistance sociale pour les patients les plus "chaotiques", parmi lesquels les personnes toxicomanes. De manière plus étendue, les patients bénéficient le plus souvent d'un soutien social, émanant de services externes à la consultation médicale, tels que les CPAS, services de réinsertion professionnelle, etc.

Le rôle des psychiatres est reconnu pour les patients qui présentent d'évidentes co-morbidités psychiatriques. Les médecins généralistes rencontrés affirment qu'un grand nombre de leurs patients toxicomanes sont également atteints d'autres pathologies à caractère psychiatrique⁴⁹. Émerge ainsi une quatrième figure des toxicomanies et des traitements de substitution, qui n'est pas évoquée en première instance par les médecins, et qui arrive dans un deuxième temps dans leurs discours. Pour ces patients présentant des co-morbidités psychiatriques, **la consommation d'opiacés constitue une sorte d'auto-médication de leurs problèmes. Le traitement de substitution devient alors la voie d'accès légale et médicale aux opiacés, et prend la forme d'un accompagnement chronique de la pathologie psychiatrique, et non un traitement du syndrome de toxicomanie.** Plusieurs médecins parlent de la méthadone comme d'un anti-psychotique. Cette approche particulière donne également à la **maintenance** un sens spécifique, puisqu'elle peut alors être **conçue comme un**

⁴⁹ Il nous importe de préciser que dans la bataille idéologique des conceptions sur la toxicomanie, certains soutiennent l'hypothèse que la personne toxicomane présente toujours une pathologie psychiatrique associée. Telle n'est pas l'observation des médecins généralistes rencontrés.

accompagnement chronique de la pathologie psychiatrique. L'étude des patients toxicomanes présentant des co-morbidités psychiatriques fait l'objet de recherches spécifiques –les dits "*patients à double-diagnostic*"–, il ne nous appartient pas de creuser plus avant cette thématique ici. On retiendra pour notre propos que le médecin généraliste, la plupart du temps, ne ressent le besoin de faire appel à un psychiatre que pour de tels patients, pour lesquels le traitement de substitution prend un sens particulier.

Le rapport des médecins aux psychologues et psychothérapeutes est plus complexe. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le mentionner, la représentation du champ psycho-relationnel et l'importance de ce dernier dans la problématique des toxicomanies est loin d'être univoque chez les médecins. Il existe ainsi chez les médecins rencontrés un *continuum* d'opinions allant d'une relative méconnaissance des dimensions psycho-relationnelles jusqu'à un investissement personnel dans le champ psychothérapeutique. La situation la plus fréquemment rencontrée est cependant celle du **médecin qui est conscient de l'impact de cette dimension** dans la problématique à traiter, mais qui en même temps, soit **ne perçoit pas assez clairement les spécificités des approches thérapeutiques prenant en charge cette dimension, soit ne s'estime pas habilité à travailler la demande de prise en charge psychothérapeutique.**

Les médecins que nous avons rencontré en Cabinet Privé n'ont pas beaucoup de contacts avec des psychologues ou des psychothérapeutes dans le cadre de leurs relations professionnelles. Il arrive, par exemple dans les Maisons Médicales, que les médecins cohabitent avec un psychothérapeute. Toutefois, il n'y a aucun entraînement direct lié à cette proximité : "MEDECIN — *Il y a un psychologue qui travaille dans la Maison.* INTERVIEWER — *Et vous avez des patients toxicomanes qui sont aussi suivis par le psychologue ?* MEDECIN — *Ah ! Non, je ne crois pas...*". Un tel dialogue illustre que, non seulement ce médecin ne se préoccupe pas de l'éventuel suivi psychothérapeutique de ses patients, mais qu'en outre, il n'est pas très informé du travail du psychologue qui possède son cabinet dans la même Maison Médicale. De manière générale, les médecins semblent peu informés des autres suivis dont bénéficient éventuellement leurs patients.

Plusieurs arguments sont utilisés par les médecins pour expliquer cette apparente lacune : les patients toxicomanes "*ne sont pas demandeurs, ils n'aiment pas les psys*", "*une psychothérapie est quand même très coûteuse, et ils n'ont pas les moyens*", "*ils disent qu'ils viennent chez moi parce qu'il ne veulent pas voir trente-six personnes différentes*".

La situation est bien évidemment fort différente dans les institutions. En effet, les médecins d'institution fréquentant quotidiennement assistants sociaux, psychologues, psychothérapeutes et / ou psychiatres, participant à des staffs multidisciplinaires, ont une représentation affinée des rôles et fonctions de chacun, ainsi que de leurs approches et méthodes. Par ailleurs, le cadre thérapeutique des institutions inclut de manière formalisée les interventions des uns et des autres — co-consultations, co-référence médicale et psycho-sociale, etc. Encore faut-il que les processus organisationnels internes aux institutions permette à chaque rôle de se positionner par rapport aux autres –cadre institutionnel– et que la communication entre intervenants autour d'un patient soit quantitativement et qualitativement suffisante. Or, c'est un problème récurrent dans les institutions, le temps nécessaire à cette communication fait souvent défaut. Dans l'impossibilité d'avoir régulièrement des rencontres entre médecins et intervenants psycho-sociaux de manière individualisée et pour chaque patient, les procédures les plus courantes sont 1) les réunions cliniques de staff, 2) des procédures particulières non-systématiques (co-consultations), 3) la tenue des dossiers et 4) la communication non-formalisée.

Dans la plupart des institutions, **les réunions cliniques de staff** occupent une période de deux heures hebdomadaires, et réunissent l'ensemble des intervenants thérapeutiques. Dans ces conditions, il n'est évidemment pas possible de passer en revue la situation de chaque patient, et les intervenants qui ne sont pas concernés par les patients dont on parle peuvent trouver la tâche fastidieuse. Ainsi, le plus souvent, le staff clinique est l'occasion de s'occuper des cas les plus problématiques, ou des patients qui parviennent à attirer l'attention sur eux.

Les **procédures particulières non-systématiques**, telles les co-consultations, sont utilisées le plus souvent pour régler également des situations particulières et problématiques. Des tentatives de formalisation plus poussées sont à l'œuvre dans certaines institutions, où l'on cherche des solutions à ce type de problème, mais là encore, c'est un manque de temps qui empêche jusqu'à présent la mise en place de procédures systématiques.

La **tenue des dossiers**, dans ces circonstances, est encore le meilleur moyen de transmettre une information adéquate sur un patient entre divers intervenants. Cette procédure offre en outre l'avantage de permettre plus facilement le transfert d'un patient vers un autre intervenant. Les problèmes qui émergent cependant à ce niveau concernent le type d'information recueillie et la qualité de celle-ci. Par souci de gain de temps, ou pour répondre aux exigences de pouvoirs subsidiaires, les dossiers doivent souvent contenir quantité d'informations techniques, administratives et / ou épidémiologiques qui ne sont pas toujours d'un grand intérêt clinique — même si ces informations peuvent être cruciales d'un point de vue socio-épidémiologique ou administratif. Des informations plus qualitatives, telles que des notes du médecin ou du psychothérapeute y figurent rarement ou ne sont pas toujours utilisables par d'autres intervenants que ceux qui les ont prises, voire même pourraient poser des difficultés légales...

Enfin, la manière la plus efficace de transmettre une information sur les patients reste encore **la communication non-formalisée** entre les intervenants, ou pour le dire simplement, le bavardage entre les membres d'une équipe. C'est en même temps le mode de communication le plus riche — puisqu'il contient non seulement l'information patente, mais également la transmission d'informations latentes (émotions, sensations, intuitions, communication non-verbale)— et le plus aléatoire.

Ici encore, il ne nous appartient pas, à ce niveau, d'intervenir dans les processus organisationnels des institutions, nous ne pouvons que retransmettre une constatation. Dans le contexte spécifique du déroulement des traitements de substitution, nous devons bien souligner cependant que cette transmission d'information pour chaque patient nous apparaît comme prépondérante.

5.5. Ordre et désordres, stabilisation et rapport aux normes sociales

Ainsi donc, pour une majorité de médecins, le critère principal d'évaluation des traitements de substitution tient à la **stabilisation, entendue comme la maîtrise —par le médecin— de la quantité d'opiacés consommée par le patient, et qui se met en place et se maintient en parallèle d'une stabilisation sociale-relationnelle qui se manifeste par une meilleure adéquation du patient aux normes sociales, notamment en matière d'emploi, de relations familiales et plus simplement de comportement social "normal"**⁵⁰. Est-il si légitime, cependant, d'assimiler le bien-être ou la santé du patient avec la stabilité et le respect des normes sociales ? Une anecdote permet en tout état de cause de relativiser cette position :

⁵⁰ Il est important de souligner que ce point de vue est également celui qui transparait dans les intentions du législateur, qui a récemment introduit les notions de "nuisances publiques" ou de "nuisances sociales" dans les documents officiels, Cf. GUILLAIN C. ; *La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues*, CRISP, Courier Hebdomadaire n°1796, Bruxelles, 2003

un patient fréquentait avec régularité les consultations médicales ainsi que les consultations psychothérapeutiques d'une institution spécialisée pour toxicomanes. Lors des premiers contacts, le patient avait un comportement tout à fait chaotique et déstructuré, et il voulait voir un médecin de toute urgence. Au bout de quelques semaines, selon le médecin, le patient *"s'était grandement tranquilisé"* : il venait plus régulièrement aux rendez-vous, semblait plus calme, plus patient, avait entamé des démarches pour trouver un nouveau logement et un nouveau travail. Il semblait en meilleure forme, avait meilleure mine, et disait qu'il allait mieux. Voilà notre médecin satisfait du déroulement du traitement.

Jusqu'au moment où, après quelques mois, le cas de ce patient est amené au staff de cette institution par le psychologue. Selon ce dernier, le même patient a cessé d'avoir tout contact avec ses amis –tous toxicomanes, qu'il évite désormais–, il s'est séparé de sa compagne également toxicomane, il a décidé de quitter le domicile de ses parents pour aller vivre seul, il ne sait pas quoi faire de ses journées, qui auparavant étaient structurées autour de la recherche de moyens financiers pour l'achat de la drogue, il cherche du travail mais *"on ne veut pas de lui"*... En quelques semaines, toute sa vie sociale-relationnelle s'est déstructurée, avec le traitement de substitution et les consultations psychothérapeutiques comme seul élément de régularité organisationnelle. Le psychologue s'inquiète de l'évolution de ce patient vers plus d'isolement, moins d'adaptation sociale et une image de soi nettement plus négative. Lorsque le médecin et le psychologue ont confronté leurs images du même patient, ils n'étaient pas persuadés de parler de la même personne.

Nous arrivons ici au nœud central de la problématique des toxicomanies et des traitements de substitution : celui du rapport du médecin aux normes sociales et aux normes légales. Le médecin a-t-il pour fonction d'aligner ses patients sur les normes sociales en vigueur, ou a-t-il pour fonction de veiller à la santé de son patient quelque soit la manière dont celui-ci vit en société ? *"Quand un patient fumeur vient me voir pour un problème de bronchite chronique, je ne lui demande pas d'arrêter de fumer avant de le soigner"*. Il ne nous appartient certes pas de répondre à de telles questions à la place des médecins. En tout état de cause, nous ne pouvons que suggérer que de telles réflexions puissent être entreprises au sein des divers organes de formation continue auxquels les médecins participent, ainsi qu'au sein des formations et supervisions spécifiquement dédiées à la problématique des drogues.

6. Les toxicomanes / la toxicomanie

Comme nous l'avons développé au cours des pages précédentes, les médecins rencontrés, tant en privé qu'en institution, partagent tous le point de vue selon lequel la consommation compulsive d'opiacés est la manifestation d'un mal-être certes difficile à cerner, mais qui trouve son origine dans les champs du psychologique et du social. Cependant, à partir de ce point de vue commun, diverses compréhensions du phénomène de la toxicomanie cohabitent, parfois dans le discours d'un même médecin, selon l'angle d'approche discursif de la problématique.

A cette polysémie contextuelle de la notion de toxicomanie s'ajoute une relative polysémie synchronique. En effet, comme nous l'avons également mentionné, la plupart des médecins rencontrés ont une assez longue expérience des traitements de substitution. La majorité d'entre eux a commencé à pratiquer ces traitements au moment de la Conférence de Consensus de Gand, en 1994. Quelques médecins de notre panel font partie des pionniers de ces traitements en Belgique, et les pratiquaient déjà à l'*"époque de la clandestinité"*, c'est-à-dire dans les années 1980. Ce qui signifie que les médecins rencontrés ont des points de vue

sur les toxicomanes et la toxicomanie qui ont assez nettement évolué au cours de leur 10 à 20 ans d'expérience.

Certains médecins ont commencé à s'intéresser à la problématique des toxicomanies au travers d'un proche touché par ce phénomène. D'autres l'ont rencontré dans le cadre de leur travail de médecin de famille, lorsqu'un cas s'est présenté dans une famille suivie depuis longtemps par ailleurs. Certains ont dès le départ manifesté un intérêt pour une médecine à caractère social –bien évidemment, on retrouve parmi ceux-ci les médecins de Maisons Médicales– tournée vers leur quartier. Il est clair que les toxicomanies se rencontrent aisément dans des quartiers connaissant d'autres problématiques sociales. Cependant, presque **tous les médecins rencontrés affirment qu'ils n'étaient pas suffisamment formés à cette problématique**. A la suite de la Conférence de Consensus de 1994, l'insécurité légale des médecins pratiquant les traitements de substitution a été levée, et diverses formules de formation ont vu le jour. Ces éléments ont été déterminants pour décider un grand nombre de médecins à s'y intéresser.

Une grande majorité de médecins exprime l'idée qu'ils ont commencé à s'occuper de toxicomanes avec un *"grand nombre de clichés dans la tête"*. Ces "clichés" concernent, d'une part, le type de personnalité habituellement accolée à l'étiquette toxicomane, on citera parmi les termes utilisés : menteur, manipulateur, déstructuré, incapable de limites, irrespectueux, incapable de tenir parole, chaotique... D'autre part, les clichés concernent le mal et son traitement : le mal est bien évidemment la consommation de drogues illicites, le traitement ayant donc pour visée une cessation durable de ces consommations.

Pourtant, *"Parfois, la phase d'approche peut être difficile : au début, ils ont peur, et donc peuvent être un peu manipulateurs, mais quand ils se rendent compte qu'on est dans la transparence, tout va bien..."*. La plupart disent avoir beaucoup évolué dans leurs perceptions des problèmes à résoudre et des solutions possibles. *"La toxicomanie, c'est une manière particulière d'être au monde. Il faut laisser tomber ses a priori pour pouvoir voir la souffrance"*. L'idée la plus couramment soutenue par les médecins est celle d'une diminution de leurs exigences : *"Au début, on est assez strict et assez idéaliste, on croit qu'avec un peu de discipline et de confiance, on peut tout régler. Mais après on apprend à ne pas vouloir le bien du patient à sa place"*. Comme nous l'avons déjà mentionné, un grand nombre de médecins disent qu'il faut *"faire son deuil de ses illusions"*. Cette idée, qui s'exprime de manière pessimiste, est sous-tendue par un idéal frustré d'abstinence, dont l'expérience prouve qu'elle ne peut être considérée comme un objectif réaliste pour la plupart des patients ; mais cet idéal n'est pas remplacé par un autre objectif positif. Il en résulte une logique de maintenance par défaut (Cf. *Supra*).

Quelques médecins trouvent que la toxicomanie a changé. Ce qui est ainsi visé concerne essentiellement les produits consommés : recrudescence récente de la consommation de cocaïne, polytoxicomanies : *"on ne rencontre plus de toxicomanes comme avant, d'ailleurs cette loi sur les traitements de substitution et votre recherche arrivent avec une guerre de retard"*. *"Il y en a beaucoup qui sont devenus alcooliques"*. Cependant, au-delà des formes, on peut se demander si le mal-être sous-jacent à ces consommations de drogues n'est pas identique. Certains pensent qu'il doit y avoir des traits communs, mais : *"j'ai l'impression que les plus jeunes sont des cas plus lourds. Ils savent ce que ça fait la came, ils ont vu leurs grands frères tomber dedans. Alors quand ils deviennent toxicomanes quand même, c'est parce que vraiment ça ne va pas dans leur vie... ou dans leur tête"*. Un autre médecin nous dit : *"Il y a deux sortes de toxicos, ceux qui ont subi dans l'enfance souffrances, maltraitements,... et d'autres jeunes désœuvrés qui se laissent entraîner, qui n'ont pas de grosses souffrances"*, mais *"il se peut que la métha masque les problèmes"*...

La plupart des médecins disent avoir appris pas mal de choses au contact des patients toxicomanes. *"Ils ont tous des histoires incroyables, je n'aurais pas imaginé ça avant"* Une constatation souvent énoncée concerne la gravité ou la lourdeur des histoires de vie des patients toxicomanes : *"La rencontre avec ce type de patient, c'est l'ouverture sur un monde qu'on ne soupçonne pas (jusqu'où l'humain peut aller...)"*. En même temps, certains médecins soulignent une grande sensibilité des patients toxicomanes et considèrent qu'ils sont : *"humainement plus profonds que d'autres, je ne m'imaginai pas cela"*, *"ils ont quelque chose de touchant dans leur fragilité"*. Un médecin nous dit encore avoir appris des choses au contact des patients toxicomanes qui valent pour tous les patients, et qu'*"au début, [j'étais] très exigeant avec eux, mais après je me suis rendu compte que je n'étais en fait pas assez exigeant avec mes autres patients"*. *"Le travail avec la plupart des tox est plutôt gratifiant. Il est important de ne pas juger, de ne pas culpabiliser, de ne pas dramatiser..."*.

7. L'organisation pratique

Lorsque nous avons démarré la présente phase de recherche, une nouvelle législation était en cours de préparation en matière de traitements de substitution pour toxicomanes aux opiacés. Comme on le sait, ces traitements ont fait l'objet de batailles juridiques importantes au cours des années 1980, qui ont abouti à la Conférence de Consensus de Gand en 1994. A partir de ce moment, la pratique desdits traitements a été reconnue et encadrée par les médecins, tout en continuant, formellement, de tomber sous le coup de la loi de 1921 sur les substances stupéfiantes. Il s'agissait donc d'une situation de vide juridique provoquant un certain sentiment d'insécurité chez les praticiens. C'est pour combler ce vide juridique que la Belgique s'est enfin pourvue d'une loi, votée le 22 août 2002, reconnaissant légalement ces traitements.

Cette loi proclame qu'*"on entend par traitement de substitution tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, visant, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient"*⁵¹. Elle propose en outre que le Roi –c'est-à-dire, le pouvoir exécutif représenté en l'occurrence par le Ministre de la Santé Publique– réglemente par voie d'Arrêté Royal un certain nombre de questions techniques concernant : la liste des substances stupéfiantes éligibles dans le cadre des traitements de substitution, les conditions de délivrance et d'administration du médicament, l'enregistrement du traitement moyennant le respect de la réglementation relative à la protection de la vie privée, le nombre de patients pouvant être pris en charge par médecin, l'accompagnement et la formation continue du médecin, et la relation du médecin prescripteur avec les centres spécialisés ou les réseaux de soins⁵².

Lorsque nous avons préparé et entamé la démarche d'interviews (janvier - février 2004), l'Arrêté Royal reprenant ces réglementations était toujours en cours de préparation. Il nous paraissait donc intéressant d'inclure des questions portant sur ces sujets. Toutefois, les interviews et *Focus Groups* se sont déroulés jusqu'en mai 2004, alors que l'Arrêté Royal susmentionné a été signé le 19 mars 2004⁵³. Dès lors, le statut des questions portant sur

⁵¹ *Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques* (22/08/2002), Moniteur Belge, Bruxelles, 01/10/2002, p. 44 262, art. 2§4.

⁵² *Ibid.*, pp. 44 262-44 263, art. 2§4 et sq.

⁵³ SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, *Arrêté Royal réglementant le traitement de substitution* (19/03/2004), Moniteur Belge, Bruxelles, 30/04/2004.

l'organisation pratique s'est modifiée au cours de la période de recherche. Les décisions ayant été prises, nous reflèterons ici les paroles des médecins à ce propos, plutôt à titre illustratif de leurs points de vue généraux sur ces questions.

7.1. Produits éligibles pour les traitements de substitution

Une majorité écrasante des médecins utilisent la méthadone comme unique produit pour les traitements de substitution. Nous l'avons dit, même la buprénorphine qui est connue des médecins n'est utilisée que rarement et, si plusieurs médecins ont marqué un intérêt à l'arrivée du Subutex sur le marché belge, ils déclarent en même temps que, sauf circonstances particulières, ils continueront de travailler avec la méthadone. Les médecins rencontrés ne sont donc pas demandeurs d'une reconnaissance élargie à d'autres produits — dans le cadre restreint des toxicomanies aux opiacés bien entendu ; en effet plusieurs médecins ont exprimé le désir d'avoir dans la pharmacopée des substances substitutives pour d'autres toxicomanies, notamment vis-à-vis de la cocaïne.

7.2. Conditions de délivrance et d'administration du médicament

Les médecins semblent satisfaits de la manière dont les choses se déroulent actuellement, leurs rapports aux pharmaciens sont bons, ils ne sont donc pas demandeurs de modifications à ce niveau.

7.3. L'enregistrement du traitement

L'idée d'organiser un enregistrement anonyme des traitements de substitution, en vue d'éviter les multiples prescriptions à un même patient, n'intéresse pas particulièrement les médecins. La plupart n'y voient pas d'objections, mais ne se sentent pas vraiment concernés par ce type de mesures. Quelques rares médecins trouvent cependant que c'est une bonne idée pour éviter les abus —on ne s'en étonnera pas, les médecins qui vont dans ce sens ont une vision de la toxicomanie centrée sur les produits— ; quelques autres à l'inverse s'offusquent du caractère stigmatisant et sécuritaire de la démarche : *"C'est parce qu'on a peur de la drogue, mais ils y a des tas d'autres médicaments que l'on consomme de manière abusive, pourquoi on ne fait pas des contrôles pour tous ceux-là ?"*. Ces derniers trouvent généralement que ce n'est pas du ressort de la Loi d'encadrer des traitements thérapeutiques, et soulignent que c'est au niveau des instances médicales qu'éventuellement, des mesures pourraient être prises : *"Qu'on laisse les médecins faire de la médecine, légiférer est absurde !"*.

7.4. Nombre de patients par médecin

La question d'une limitation du nombre de patients en traitement de substitution par médecin ne semble pas concerner les médecins non plus. Une fois encore, ils considèrent qu'il faut laisser la responsabilité au médecin de pratiquer son art comme il l'entend, et qu'en tout état de cause il existe des instances pour contrôler la qualité des soins apportée par les médecins, sans qu'il soit nécessaire de mettre en place de telles limitations. De toute manière, nous devons souligner que, la plupart du temps, les médecins exerçant en privé limitent eux-mêmes leur nombre de patients toxicomanes pour ne pas être étiquetés *"spécialistes"*. Quant

aux médecins d'institution, s'il voient un grand nombre de patients dans le cadre institutionnel, ils tentent le plus souvent de ne pas avoir de tels patients en privé, et les renvoient, le cas échéant, à leur consultation institutionnelle.

7.5. Accompagnement et formation continue des médecins

L'accompagnement et la formation des médecins constituent, en revanche, une thématique importante aux yeux des médecins. Comme nous l'avons signalé, **tous les médecins reconnaissent que la formation de base des médecins généralistes est très nettement insuffisante** par rapport aux problématiques des toxicomanies. Quel que soit l'âge du médecin, l'université où il a été formé ou son point de vue sur la question, tous reconnaissent qu'il y a un manque à ce niveau. Quelques médecins stagiaires rencontrés à l'occasion de ces interviews confirment que la situation actuelle n'est pas meilleure.

Tous les médecins se sont par ailleurs formés avant d'entamer la pratique de ce type de traitements. Un moment décisif à ce niveau a été la Conférence de Consensus de 1994, à la suite de laquelle divers modules de formation ont été organisés, soit à l'initiative de la Société Scientifique de Médecine Générale, soit à l'initiative d'institutions issues du secteur spécialisé. L'organisation de la formation de base et de la formation continue des médecins apparaît donc comme une question d'importance.

En même temps, et de manière apparemment un peu paradoxale, les médecins sont assez rétifs à l'idée de légiférer en matière de formation. Une fois encore, c'est à la profession médicale, et non au législateur, d'organiser de tels dispositifs, selon les médecins. La critique principale, telle que portée par la plupart des médecins, déborde du contexte restreint des traitements de substitution pour toucher à l'ensemble des rapports entre médecine générale et médecine spécialisée. En effet, d'une part, la majorité des médecins s'opposent nettement à un système qui ferait du traitement des toxicomanes une spécialité inaccessible aux autres médecins. La majorité des médecins souligne en effet l'intérêt et la spécificité de l'organisation des soins pour toxicomanes en Belgique, qui permet à ces derniers d'être suivis totalement en médecine générale. Notre observation semble confirmer qu'effectivement, les prises en charge de toxicomanes en Cabinet Privé répondent à un ensemble de demandes qui ne pourraient être prises en compte de la même manière en milieu spécialisé — comme d'ailleurs l'offre de soins en milieu spécialisé répond à d'autres demandes qui ne pourraient être satisfaites adéquatement en Cabinet Privé.

D'autre part, une majorité de médecins craint que, s'il est obligatoire d'avoir subi une formation spécifique pour pouvoir prendre en charge des patients toxicomanes, un grand nombre de médecins se voient contraints de refuser des demandes. En effet, nous savons qu'un grand nombre de médecins ont un petit nombre de patients. Il est peu probable que ces médecins s'investissent énormément dans des formations nécessaires au suivi d'un, deux ou trois de leur patients. S'il devenait obligatoire de se former — ce qui est effectivement le cas pour les nouveaux médecins, selon l'Arrêté Royal du 19 mars 2004, *Cf. Infra* — on pourrait alors un risque de voir l'offre de soins diminuer fortement.

7.6. Relations entre les médecins en cabinet privé et les institutions spécialisées / les réseaux de soins

Nous l'avons dit, tous les médecins rencontrés ont ou ont été en contact avec des institutions spécialisées ou des réseaux de médecins à l'occasion de leur formation aux traitements de substitution. Un grand nombre d'entre eux continuent d'être régulièrement en contact avec de telles institutions à l'occasion de supervisions ou d'autres dispositifs de formation continuée. Il existe, dans certains endroits, des processus réguliers de rencontres entre professionnels du social et de la santé, par exemple dans les quartiers dits "défavorisés", où participent des représentants de diverses institutions tels que services sociaux, Maisons Médicales et, pour ce qui nous concerne, institutions spécialisées dans le domaine des toxicomanies. De tels lieux de rencontre ne sont cependant pas systématiques, ni soutenus structurellement ou financièrement, et dépendent donc de la bonne volonté des personnes qui y participent.

Malgré ce contexte où les contacts existent, lorsque l'on interroge les médecins sur ce qu'ils connaissent d'autres institutions, un certain nombre d'entre eux semblent avoir une connaissance assez superficielle de l'offre de soins existante dans leur région pour les personnes toxicomanes, et du contenu du travail de ces autres acteurs. S'il est courant d'entendre dire que la diversité de l'offre de soins est une bonne chose, il semble en même temps qu'à de rares exceptions, chaque acteur travaille à sa manière dans une relative ignorance des autres approches. La plupart du temps, les médecins en Cabinet Privé considèrent que les institutions sont là pour les cas "*plus lourds*" et y renvoient les patients avec qui "*ça ne va pas*". Généralement, on peut considérer que cette désignation vise les patients qui sont en rupture de cadre, au sens où nous l'entendions au point 4. C'est-à-dire que les médecins en Cabinet Privé renvoient aisément vers les institutions spécialisées les patients qu'ils estiment relativement inconfortables à prendre en charge. De leur côté, il est rare que les médecins d'institution renvoient des patients chez des confrères exerçant en privé. Le plus souvent, ce sont les patients eux-mêmes qui changent de médecin ou de cadre de prise en charge, pour des raisons diverses, mais rarement parce que ce changement s'avérerait fructueux dans le cadre de leur parcours thérapeutique. Le cas le plus courant est celui du patient qui, de manière relativement brutale, estime qu'il ne souhaite plus fréquenter "*un milieu de tox*" et d'être assimilé à eux — alors qu'il en était apparemment très heureux jusqu'alors. On pourrait poser l'hypothèse qu'un tel changement identitaire est une étape cruciale du parcours thérapeutique du toxicomane, mais il faut bien reconnaître qu'il est très rare que les médecins aient l'occasion de se saisir de cet élément.

7.7. Examen de l'Arrêté Royal du 19 mars 2004

Comme nous l'avons expliqué, l'Arrêté Royal réglementant les traitements de substitution a été signé le 19 mars 2004, pendant la période de réalisation des interviews. Il est donc assez intéressant d'examiner le contenu de cet Arrêté Royal et de le comparer aux points de vue exprimés par les médecins.

7.7.1. CONDITIONS DE PARTICIPATION ET ENREGISTREMENT DES MEDECINS : Selon l'Arrêté Royal du 19 mars 2004, tout médecin qui prescrit des traitements de substitution doit, "*durant ou après sa formation, [avoir] été formé spécifiquement à la prise en charge de patients usagers de drogue(s) et à l'instauration d'un traitement de substitution ou qui dispose, au moment de l'entrée en vigueur du présent arrêté, d'une expertise en cette matière ; par formation spécifique [...] on entend une formation organisée par des organisations*

scientifiques de médecins généralistes, de médecins spécialistes, par un centre d'accueil pour toxicomane, par un réseau de prise en charge de patients usagers de drogues ou par un centre spécialisé. [...] Le centre d'accueil, le réseau pour usagers de drogue(s) ou le centre spécialisé juge si l'expertise du médecin candidat à l'enregistrement pour les traitements de substitution est probante"⁵⁴.

Ainsi donc, les médecins qui prescrivent les traitements de substitution doivent faire l'objet d'un enregistrement auprès d'un centre d'accueil, d'un réseau pour usagers de drogue(s) ou d'un centre spécialisé. *"Lors de son enregistrement, il s'engage : à prendre en charge des patients usagers de drogue(s) de manière conforme aux recommandations scientifiques en vigueur ; à veiller à leur accompagnement psychosocial ; à consigner dans son dossier médical les caractéristiques, l'évolution et le suivi du patient, le traitement prescrit, son dosage et ses modalités d'administration ainsi que les avis multidisciplinaires ou spécialisés qui auraient été demandés et reçus et à communiquer ces données, à sa demande, au médecin responsable du centre d'accueil ou du réseau pour usagers de drogue(s)"*⁵⁵.

Si l'on analyse quelque peu la position du législateur, celui-ci tente, d'une part, de reconnaître toutes les filières de formation qui ont permis aux médecins, à ce jour, de se former et de pratiquer les traitements de substitution. Autrement dit, tous les médecins qui pratiquaient ces traitements lors de l'entrée en vigueur de l'Arrêté Royal sont dans les conditions légales de poursuivre leur travail. Toutefois, à cette fin, ils doivent désormais s'enregistrer auprès d'un centre d'accueil, d'un centre spécialisé ou d'un réseau de soins. Nous l'avons vu, ces conditions devraient être aisément remplies dans la mesure où tous les médecins rencontrés sont au contact de tels centres ou réseaux.

D'autre part, cependant, l'Arrêté Royal demande que le médecin qui pratique de tels traitements respecte les recommandations scientifiques en vigueur, veille au suivi psychosocial et respecte un certain nombre de règles quant à la tenue du dossier médical. Si la première de ces exigences ne devrait pas poser de problème, les deux autres sont plus compliquées à mettre en application, notamment en ce qui concerne l'accompagnement psychosocial, dont nous avons abondamment parlé.

7.7.2. CONDITIONS D'AGREMENT DES CENTRES D'ACCUEIL ET DES RESEAUX DE PRISE EN CHARGE POUR USAGERS DE DROGUES : Les centres d'accueil, centres spécialisés et réseaux de soins pour usagers de drogue(s) aptes à former les médecins de manière continue font désormais l'objet d'un agrément accordé pour 5 ans et renouvelable. L'Arrêté Royal désigne les caractéristiques des centres et réseaux aptes à obtenir cet agrément, mais ne précise aucune exigence en terme de contenu des formations à organiser, sauf en ce qui concerne les réseaux de soins qui doivent veiller *"à l'accompagnement psychosocial, à la qualité des soins [...] ainsi qu'à la formation continue et au peer-review pour les professionnels de la santé du réseau"*⁵⁶.

⁵⁴ SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, *Op. Cit.*, Art. 2§1, pp. 35 927-35 928

⁵⁵ *Ibid.*, Art. 2§2, p. 35 928

⁵⁶ *Ibid.*, Art. 3§2, p. 35 928

7.7.3. AUTRES DISPOSITIONS :

Substances

L'Arrêté Royal ne reconnaît que deux substances éligibles pour les traitements de substitution : la méthadone et la buprénorphine. Nous avons vu que les médecins n'emploient effectivement que ces deux substances, et parmi elles, la méthadone est largement majoritaire.

Délivrance et administration du médicament

En principe, *"tout traitement de substitution est délivré au patient lui-même en doses journalières. [...] Le médicament est administré, dans le respect de l'intimité du patient, si possible dans une partie de l'officine qui, pour le public, est hors de vue, quotidiennement, sous forme orale, soit en présence du pharmacien qui le délivre ou d'une autre personne agissant sous sa responsabilité, soit dans un centre d'accueil, dans un réseau pour usagers de drogue(s) ou dans un centre spécialisé en présence d'un prestataire de soins se trouvant sous la responsabilité du médecin prescripteur"*⁵⁷. Ces conditions sont assez contraignantes et ne correspondent pas à la pratique d'un grand nombre de médecins rencontrés. Toutefois, *"Par dérogation aux dispositions de l'article 6, le médecin prescripteur peut fixer d'autres règles pour l'administration du médicament si la situation médicale ou psycho-sociale du patient le justifie"*⁵⁸.

Enregistrement des traitements de substitution

*"Les données de la prescription relatives aux traitements de substitution sont rassemblées, [...] anonymisées [...] et transmises à l'Institut Pharmaco-Epidémiologique belge (Ipheb) pour y être traitées dans le cadre du monitoring. [...] Ces données anonymisées sont également utilisées par l'Ipheb à des fins scientifiques et dans le cadre d'analyses épidémiologiques. Lorsque L'Institut de Pharmaco-Epidémiologie de Belgique constate qu'un code identique apparaît sous le nom de médecins différents, il prend contact sans délai avec ces médecins, avec la Commission médicale compétente ainsi qu'avec l'office de tarification concerné afin que celui-ci transmette sans délai le nom du patient au médecin prescripteur"*⁵⁹.

Comme on le voit, l'enregistrement des traitements de substitution est prévu au travers des données à disposition des organismes pharmaceutiques, à des fins de connaissance scientifique, et en même temps de surveillance des pratiques de double-prescription. On ne peut que déplorer, une fois de plus, ce mélange des genres entre connaissance et surveillance, pourtant si fréquent dans le domaine des toxicomanies.

Nombre de patients par médecin

"Le nombre de patients pris en charge par un médecin ne peut dépasser le chiffre de 150 patients différents par année. Cette disposition n'est pas d'application pour les médecins administrant des traitements de substitution dans un centre d'accueil pour usagers de drogue(s)". Aucun des médecins rencontrés ne dépasse ce nombre.

⁵⁷ Ibid., Art. 5 & Art. 6, p. 35 929

⁵⁸ Ibid., Art. 7, p. 35 929

⁵⁹ Ibid., Art. 9, p. 35 929

Quatrième partie

Conclusions et recommandations : les traitements de substitution, dix ans après la Conférence de Consensus

Dix ans après la Conférence de Consensus de Gand, quel regard peut-on jeter sur la pratique des traitements de substitution en Belgique, du point de vue des praticiens et des patients ? Etant donné les vives polémiques qui ont opposé jusqu'à cette époque partisans et opposants de ces méthodes, il importe avant toute chose de replacer la situation actuelle dans le contexte de son évolution. **De ce point de vue, le bilan de la pratique des traitements de substitution en Belgique est positif.**

En effet, l'offre de soins en la matière est aujourd'hui relativement importante de par la possibilité d'une prise en charge complète de cette problématique en médecine générale, aux côtés d'une offre de soins institutionnelle également importante. Cette offre de soins est non seulement quantitativement, mais aussi qualitativement fournie et diversifiée — au point que les instruments standardisés d'évaluation en la matière n'ont pu être convenablement appliqués à la situation belge. Et, bien qu'importante, l'offre de soins, dans ses différentes modalités, répond visiblement à une variété de demandes existantes. Il apparaît en effet que, tant la pratique en médecine générale que la pratique en institution, répondent à des types de patients différents ou à des moments différents dans le parcours des patients, qui ne trouveraient pas une réponse satisfaisante, à ce moment, dans l'autre filière. **Il semble donc essentiel que ces deux grandes modalités de prise en charge perdurent et continuent de se développer.**

Il importe également de souligner que les médecins ayant participé à notre recherche démontrent tous un haut degré de responsabilité dans la gestion des traitements qu'ils prodiguent : tous les praticiens rencontrés ont acquis, principalement par des contacts avec le secteur spécialisé et par des lectures, le savoir nécessaire à la maîtrise technique des traitements de substitution ; tous sont attentifs à éviter d'éventuels abus de la part de leur patients ; tous se sont organisés pour éviter les situations ambiguës dans leurs relations aux patients ; ceux qui travaillent en Cabinet Privé ne suivent qu'un nombre limité de patients et ne souhaitent pas en avoir plus. Il est donc assez clair qu'un certain nombre de craintes exprimées avant la Conférence de Consensus, quant à une dépénalisation des traitements de substitution qui aurait entraîné des dérives et des abus, ne se sont pas réalisées.

Par ailleurs, s'il est habituel dans notre pays de souligner des différences régionales, notre recherche semble montrer qu'en matière de traitements de substitution, si une grande diversité de pratiques existe, celle-ci n'est pas fonction, ni des régions, ni des types de filières médicales (Cabinets Privés *versus* institutions).

Bien évidemment, ces constatations sont propres à notre échantillon de praticiens, et l'on peut imaginer que, s'il existe des médecins malveillants ou mauvais prescripteurs, ils ne se sont pas manifestés pour participer à cette recherche. Néanmoins, à aucune occasion nous n'avons entendu parler de telles situations, ce qui prouve à tout le moins que, si elles existent, elles sont l'exception. Ainsi donc, d'une manière générale, et malgré le vide juridique relatif qui a prévalu jusqu'en 2002, les traitements de substitution en Belgique, tant au niveau de leur organisation qu'au niveau de leur pratique, se sont mis en place de manière satisfaisante et sont sous la maîtrise des professionnels.

Le discours des médecins rencontrés est marqué également d'une nette évolution avec celui qui se faisait entendre à ce sujet il y a dix ans dans le corps médical : un grand nombre de clichés sur les toxicomanes et la toxicomanie sont tombés —principalement en ce qui concerne "*un penchant naturel à la malhonnêteté*", comme l'a dit un médecin—, et l'objectif d'abstinence recherché comme préalable automatique à toute démarche thérapeutique approfondie n'est plus la position dominante aujourd'hui.

Mais, au-delà de ce contexte général globalement positif, quelques difficultés, relativement importantes, sont à souligner. Par exemple, en ce qui concerne les objectifs des traitements de substitution au travers de la diversité des pratiques, on a vu que si la plupart des médecins ne font plus de l'abstinence une étape préalable incontournable à la prise en charge,

celle-ci n'a pas été remplacée par un autre objectif positif au traitement. Il en résulte une pratique assez généralisée de la maintenance –plutôt décrite par les médecins en termes de *stabilisation* et de *normalisation*–, perçue comme un objectif par défaut. On voit en effet, dans l'étude statistique, les différences d'attitude des médecins vis-à-vis de nouveaux patients ou de patients plus anciens. Pour les "*nouveaux patients*" –depuis moins de 6 mois en traitement–, l'objectif d'abstinence reste très vivace et est mis en exergue à relativement court terme, les médecins et les patients se situent plus volontiers dans une logique de sevrage dégressif, et l'encadrement du traitement est plus strict. On pourrait dire que, pour ces patients, l'espérance thérapeutique comprise comme la possibilité d'encre parvenir à une guérison –comprise comme la cessation de la consommation de drogues– reste élevée.

Plus la durée du traitement est importante, plus on s'éloigne de ce schéma idéal pour aller vers un plan de traitement orienté vers une forme de maintenance par défaut. Ainsi, chez les "*patients de longue durée*" –en traitement depuis plus de 24 mois–, l'encadrement du traitement est moins important, l'abstinence n'est plus un objectif au traitement, et la problématique à traiter est plutôt décrite en termes de pathologie chronique qu'il y a lieu d'accompagner en attendant une hypothétique rémission spontanée — un improbable changement dans la vie du patient. Ainsi, d'une certaine manière, l'espérance thérapeutique, toujours comprise comme la cessation de la consommation de drogues, est alors nettement plus faible.

Il reste donc que, dans un cas comme dans l'autre, l'objectif idéal à atteindre est l'abstinence, même si pour les derniers celle-ci semble impossible à obtenir — c'est pourquoi la maintenance est décrite comme un objectif par défaut. Le fait que la grande majorité des médecins admette que la problématique des toxicomanies trouve son origine dans les aspects plus psychiques et / ou sociaux des parcours de vie des patients, et que la manifestation d'un syndrome toxicomaniaque est probablement plus un symptôme d'un mal-être plus profond, ne semble pas avoir entraîné pour autant une modification de la compréhension de la problématique à traiter, et donc des objectifs à attribuer au traitement et aux pratiques qui en découlent.

Une explication déterminante de cette situation tient probablement à **l'organisation de la formation des médecins** vis-à-vis des problèmes d'assuétudes et plus généralement vis-à-vis des dimensions psychologiques et / ou sociales de certaines pathologies, dont les toxicomanies constituent un exemple patent. Il importe de souligner toutefois que si la formation des médecins peut parfois sembler insuffisante en ce qui concerne les enjeux psycho-sociaux des problèmes de toxicomanie, un manque de clarté est également notable dans le discours des représentants du secteur spécialisé en matière de drogues vis-à-vis de ces mêmes enjeux.

1. Améliorer la formation universitaire des médecins vis-à-vis des assuétudes

Précisément, la nouvelle loi du 22 août 2002 complétée par l'Arrêté Royal du 19 mars 2004 insiste particulièrement sur la formation des médecins. En effet, tout médecin qui prescrit des traitements de substitution doit être un médecin généraliste agréé ou un médecin spécialiste "*qui a, durant ou après sa formation, été formé spécifiquement à la prise en charge de patients usagers de drogue(s) et à l'instauration d'un traitement de substitution ou qui dispose, au moment de l'entrée en vigueur du présent arrêté, d'une expertise en cette matière ; par formation spécifique [...], on entend une formation organisée par des organisations scientifiques de médecins généralistes, de médecins spécialistes, par un centre d'accueil pour toxicomane, par un réseau de prise en charge de patients usagers de drogues ou par un centre spécialisé. Par expertise, on entend la formation spécifique et la formation*

*continue, la connaissance de la pharmacologie, les publications scientifiques et l'expérience dans les traitements de substitution. [...] Tout médecin qui administre des traitements de substitution doit pouvoir apporter la preuve qu'il suit une formation continue, lit des articles en rapport avec cette matière et participe aux activités d'un centre d'accueil, d'un réseau pour usagers de drogue(s) ou d'un centre spécialisé*⁶⁰.

De notre recherche, il apparaît que, sans nul doute, les médecins qui actuellement pratiquent les traitements de substitution répondent aux exigences légales. Cependant, il apparaît en même temps qu'en ce qui concerne la pratique de ces traitements en médecine générale, les médecins ne souhaitent pas être étiquetés comme "spécialisés" en matière de toxicomanies et souhaitent limiter le nombre de leurs patients — ce qui est cohérent également au regard de la qualité des soins. Il est donc hautement probable que les jeunes médecins qui aujourd'hui s'orientent vers la médecine générale en Cabinet Privé, refuseront d'investir leur temps dans des formations complexes en matière de toxicomanies en vue de suivre un, deux ou trois patients au maximum. **Il y a donc un risque, dans cette situation, de voir l'offre de soins en médecine générale diminuer à l'avenir.**

En même temps, il apparaît que la formation de base des médecins, celle qui entre dans le cadre du cursus universitaire, est très nettement insuffisante, voire inexistante, en matière de toxicomanies. **Il semble donc indispensable que cette pathologie devenue courante dans les sociétés contemporaines fasse l'objet d'une plus grande attention dans les cursus universitaires de médecine, de sorte que tout médecin généraliste sortant de l'université soit apte à pratiquer les traitements de substitution, sans nécessité de formation complémentaire ou spécialisée.**

2. Mieux sensibiliser les médecins aux dimensions psychologiques et sociales de la problématique des toxicomanies

L'exigence de formation des médecins ne concerne pas que la connaissance des problématiques d'assuétudes, des méthodes de traitement médical, de la symptomatologie et / ou de la pharmacologie des traitements de substitution. Nous avons vu dans cette recherche l'importance des dimensions psychologiques et sociales des problématiques de toxicomanies, et la difficulté que ces dimensions représentent pour les médecins. D'une part, les médecins semblent fort peu sensibilisés à la détection des demandes à caractère psycho-social de leurs patients. D'autre part, ils semblent mal connaître les spécificités du travail à effectuer dans ce champ, bien qu'ils en reconnaissent l'importance dans les problèmes de toxicomanie. Cet élément rejoint la problématique, nettement plus vaste, de l'appréhension des dimensions psycho-sociales des symptômes, syndromes ou pathologies rencontrées couramment en médecine générale (insomnie, dépression, névralgies et autres douleurs à caractère psychosomatique, etc.).

Ainsi, il apparaît qu'il serait fondamental d'**accorder, également dans la formation universitaire de base des médecins, une plus grande importance à ces dimensions psycho-sociales.** Il ne s'agit pas, bien entendu, de transformer tous les médecins en psychothérapeutes, mais de leur assurer **une formation de base en psychologie médicale** plutôt qu'aux pathologies psychiatriques (relation médecin-patient, relation médecin-famille, approche motivationnelle, formation à l'écoute et à l'entretien, psychologie de la souffrance et du traumatisme, au stress, ...)

⁶⁰ SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, *Op. Cit.*, Art. 2§1, pp. 35 927-35 928

Par ailleurs, il est indispensable que les dispositifs actuels de formation continue existants au sein du corps médical (GLEM, groupes Balint...) intègrent des réflexions sur les rapports entre la médecine et les dimensions psycho-sociales de certaines pathologies, et bien entendu en matière de toxicomanies ou ces dimensions apparaissent comme prépondérantes. Il s'agit de mieux cerner le rôle du médecin et de la médecine vis-à-vis de ces problèmes, et de cerner les rapports possibles entre le médecin et d'autres intervenants thérapeutiques dans le cadre des traitements de substitution.

Il nous semble important de souligner que la plupart des médecins sont résistants à l'idée d'une législation spécifique en matière de soins pour personnes toxicomanes : si l'on admet que les toxicomanies puissent être prises en charge en médecine générale comme toute autre pathologie, il n'est pas cohérent de produire pour elles une législation particulière plutôt que de s'en remettre aux instances médicales traditionnelles (universités, sociétés scientifiques de médecine générale, Plate-Formes de Santé Mentale, chambres provinciales et / ou nationale de l'Ordre des Médecins...), **qu'il y a donc lieu d'inviter à la réflexion pour qu'elles travaillent à l'amélioration de la qualité des soins en la matière.**

Enfin, pour que les médecins généralistes puissent être plus attentifs aux dimensions psychologiques et sociales de certaines pathologies, **il serait souhaitable que l'INAMI reconnaisse comme prestation chez les généralistes des entretiens de mise au point de longue durée** (comme cela existe pour les psychiatres).

BIBLIOGRAPHIE

Publications

- ABBEY A. & ANDREWS F.M. (1985) ; MODELING THE PSYCHOSOCIAL DETERMINANTS OF QUALITY OF LIFE, IN SOCIAL INDICATORS RESEARCH, 16(1), pp. 1-34
- AURIACOMBE M., FRANQUES P. & MARTIN C. (1994) ; Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne, Bases scientifiques du traitement et données évaluatives de la littérature, L'expérience et la pratique du groupe de Bordeaux et Bayonne, in Guffens J. (ed.) ; *Toxicomanie, hépatites, SIDA*, Paris, 1994
- BAKER F. & INTAGLIATA J. (1982) ; Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems, in *Evaluation & Program Planning*, 5(1), pp. 69-78
- BALL J.C. & ROSS A. (1991) ; *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, Springer-Verlag, New York
- BROOHAERTS J.P., FRYNS A., KORNREICH CH. & PELC I. ; Assuétudes : motivation au changement et prise en charge semi-ambulatoire, in *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, Vol. III, n°4, Oct. Nov. Déc. 1998 / Jan. 1999, pp.25 et sq.
- CAMPBELL A., CONVERSE PH.E. & RODGERS W.L. (ed.) (1976) ; *The Quality of American Life, Perceptions, Evaluations and Satisfactions*, Russel Sage Foundation, New York
- CANTRIL H. (1965) ; *The Pattern of Human Concerns*, Rutgers University Press, New Brunswick (NJ)
- CASSELMAN J. & MEUWISSEN K. ; *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvang Centra voor druggebruikers, Deelrapport Antwerpen – Genk / Limburg*, DWTC, Brussel, 2001
- CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE / HOGE GEZONDHEIDSRAAD ; *Conférence de Consensus, traitements de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994 / Consensusconferentie substitutiebehandeling met methadon, 8 oktober 1994*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement / Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, Bruxelles / Brussel, 1994
- *Convention entre le Comité de l'Assurance Soins de Santé et l'asbl "Maison d'Accueil Socio-Sanitaire [x]" à [x]*, INAMI, Bruxelles
- CORTEN PH. (1998) ; Le concept de "qualité de vie" vu à travers la littérature anglo-saxonne, in *L'information psychiatrique*, 74, 8 (11/1998), pp. 922-932
- CORTEN PH. & MERCIER C. (1997) ; Quavisub, in Coll. ; *Pattern of Quality of Life among People with Disabilities*, International Report NATO Collaborative Research Grant n° 910084, Northern Atlantic Treaty Organization (NATO), Brussels
- DAZORD A., GERIN P., BROCHIER C., CLUSE M., TERRA J.L. & SEULIN CH. (1993) ; Un modèle de qualité de la vie subjective adapté aux essais thérapeutiques : intérêts chez le patient dépressif, in *Santé Mentale au Québec*, 28(2), pp. 49-74
- DECOURRIERE A. ; *Les drogues dans l'Union Européenne, le Droit en question*, Bruylant, Bruxelles, 1996
- DEGLON J.J. (1994) ; En quoi les pratiques de substitution favorisent-elles l'insertion sociale des toxicomanes ?, in *Annales de médecine interne*, 13, pp. 268-271
- DE RUYVER B. & BULLENS F. ; *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvang Centra voor druggebruikers, Deelrapport Gent - Oostende*, DWTC, Brussel, 2001

- DE RUYVER B., VAN BOUCHAUTE J. & BALTHAZAR T. (1994) ; *Methadon : hulpmiddel of wondermiddel ?*, Garant, Leuven – Apeldoorn
- DEVIS V. (2002) ; *Methadon substitutiebehandeling in de 'geïnteresseerde' huisartsenpraktijk : de praktische aanpak in Vlaamstalig Brussel, eindwerk opleiding huisartsgeneeskunde*, Vrije Universiteit Brussel, Brussel
- EHRENBERG A. & al. ; *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*, Esprit, Paris, 1998
- EMCDDA (2002) ; *Drugs in focus, Key role of substitution in drug treatment*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg
- EMCDDA (2000) ; *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, "Insights Series" (3), Luxembourg
- GUILLAIN C. ; *La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues*, CRISP, Courier Hebdomadaire n°1796, Bruxelles, 2003
- INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE - LOUIS PASTEUR (2002) ; *Enquête de santé par interview – Belgique 2001*, IPH/EPI Reports, n° 2002-25, Bruxelles
- JACQUES J.P. ; *Pour en finir avec les toxicomanies, psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, De Boeck & Larcier, "Oxalis", Bruxelles, 1999
- JOSEPH H., STANCLIFF S. & LANGROD J. (2000) ; Methadone Maintenance Treatment (MMT) : A Review of Historical and Clinical Issues, in *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 67 (5 & 6)
- KUHN T. ; *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, "Champs", Paris, 1983
- LALANDE A. & GRELET S. (2001) ; *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville, Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, Approche qualitative*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris
- LEDOUX Y. (2001) ; Le devenir de patients en cure substitutive au Réseau d'Aide aux Toxicomanes (RAT), Les dimensions de l'efficacité substitutive, in *Séminaire GEERMM : Evaluation et promotion de la qualité des soins aux toxicomanes, Projet de Recherche-Action : Substitutions en Europe*, Bruxelles
- *Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques (22/08/2002)*, Moniteur Belge, Bruxelles, 01/10/2002
- McLELLAN A.T., ARNDT I.O. & METZGER D.S. (1993) ; The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment, in *Journal of the American Medical Association*, 269, pp. 1953-1959
- MERCIER C. (1994) ; Improving the Quality of Life of People with Severe Mental Disorders, in *Social Indicators Research*, 33, pp. 165-192
- NICAISE P., FROM L., PELC I.; *Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues, rapport de synthèse local Mons – Charleroi*, SSTC, Bruxelles, 2001
- *Note politique du Gouvernement Fédéral relative à la problématique de la drogue / Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek*, Bruxelles / Brussel, 2001
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2002) ; *Evolution de la prise en charge des toxicomanies ; Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001*, OFDT, Paris

- PARRINO M.W. (1992) ; *State Methadone Treatment Guidelines*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève
- PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., MACQUET C., NOIRFALISE A. & al. ; *Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues, Rapport de synthèse global*, SSTC, Bruxelles, 2001
- PERDRIAU J.F., BACLE F., LALANDE M. & FONTAINE A. (2001) ; *Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, Étude prospective de suivi de 95 patients, Approche quantitative*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris
- PINOIT J.M. (1997) ; *Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés*, Masson, Paris
- PIGNARRE P. ; *Les deux médecines : médicaments psychotropes et suggestion thérapeutique*, La Découverte, Paris, 1995
- PROCHASKA J.O. & DICLEMENTE C.C. ; *L'approche transthéorique*, in NORCROSS J.C & GOLDFRIED M.R. & al.; *Psychothérapie intégrative*, Desclée de Brouwer, "Reconnaissances", Paris, 1998, pp. 281-318
- *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue*, Cabinet du Premier Ministre, Bruxelles, 17 janvier 1995
- *Répertoire Commenté des Médicaments 2003*, Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, Bruxelles, 2003
- ROSENZWEIG M. ; *Les drogues dans l'histoire, entre remède et poison, Archéologie d'un savoir oublié*, De Boeck & Belin, "Comprendre", Bruxelles, 1998
- SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, *Arrêté Royal réglementant le traitement de substitution (19/03/2004)*, Moniteur Belge, Bruxelles, 30/04/2004
- SIMARD G. ; *La méthode du "Focus Group"*, Mondia, "Animer, Planifier et Evaluer l'action", Laval (Québec), 1989

Références sur Internet

- <http://www.belspo.be>
- http://www.feditobxl.be/projet_lama/presentation.html ; 20/08/2003
- http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Francais/Brochures/conference_consensus_methadone.html ; 15/10/2004
- <http://www.iph.fgov.be/sasweb/his/fr/index.htm> ; 15/10/2004
- <http://www.maisonmedicale.org> ; 15/10/2004