



POLITIQUE SCIENTIFIQUE FEDERALE

Les traitements de substitution en Belgique

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

Résumé

Programme de recherches d'appui à la note de politique
fédérale relative à la problématique de la drogue

Sous la coordination du Pr. I. PELC

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

Laboratoire de Psychologie Médicale, d'Alcoologie et d'étude des Toxicomanies
UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

Afdeling Strafrecht, Strafvordering en Criminologie
KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

1. Introduction

La présente publication est issue du programme de recherches en appui de la politique fédérale en matière de drogues du Service Public fédéral de Programmation Politique Scientifique, 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. La première phase a été consacrée à l'examen de la faisabilité de l'utilisation d'instruments classiques pour l'évaluation de ces traitements. La deuxième phase a été consacrée à l'élaboration d'un dispositif adapté au contexte spécifique de ces traitements en 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

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. Pourtant, cette méthode de traitement aura connu bien des obstacles avant de s'imposer. Lors des premières expériences médicales belges en la matière, au début des années 1980, la loi de 1921 en interdit la pratique, considérant que ces traitements constituent un entretien des toxicomanies. Les années 1980 sont le théâtre d'une bataille administrativo-juridique, surtout au sein du corps médical, entre les partisans et les opposants de la pratique des traitements de substitution. 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 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*" où il préconise la création de centres de soins à bas seuil, les "*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).

L'évaluation que nous avons menée 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.

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 basé sur des instruments 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. Plusieurs éléments ont fait obstacle à ce dispositif, notamment la grande diversité des objectifs et des pratiques en matière de traitements de substitution qui était effacée par ces instruments.

Au cours de la deuxième phase, un nouveau questionnaire a dès lors été construit et 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. Par ailleurs, l'appréhension de la diversité des objectifs et des pratiques en matière de traitements de substitution a été approfondie par des démarches de rencontre avec les praticiens. Nous avons ainsi rencontré une cinquantaine de médecins dans divers lieux d'intervention. Enfin, nous en avons dégagé un certain nombre de recommandations formulées aux autorités compétentes à partir des résultats de la recherche.

3. Le volet quantitatif

3.1. Objectifs et moyens

L'objectif général du volet quantitatif de l'étude était d'aborder et d'explicitier la diversité des pratiques en matière de traitements de substitution. On peut en effet supposer que cette diversité puisse s'expliquer par : le contexte régional (Wallonie, Bruxelles, Flandre), les catégories de médecins, des pratiques propres à chaque praticien, ou le type de patients. Dès lors, 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.

L'étude quantitative a été menée grâce à un questionnaire élaboré pour les besoins de cette recherche : le *SEQ*. Il se compose de deux volets, un "Questionnaire Patient" –destiné au patient– et une "Fiche Technique" — destinée au médecin prescripteur.

Le "Questionnaire Patient" contient 3 parties : l'une concerne les attentes du patient vis-à-vis du traitement, la deuxième porte sur les formes du traitement et les habitudes d'usage de drogues, la troisième enfin mesure la Qualité de Vie Subjective des patients.

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 un niveau d'importance.

3.2. Echantillon de patients

Les patients ont été recrutés par leurs médecins prescripteurs du traitement de substitution. Nous avons distingué les médecins qui pratiquent en Cabinet Privé et les médecins qui pratiquent en institution. Les institutions et médecins partenaires ont reçu une compensation financière pour couvrir la charge de travail que représentait la participation à cette recherche. Les partenaires institutionnels ont été : Les MASS de Charleroi, Bruxelles, Gent et Vlaams Brabant, et le *Projet LAMA* (Bruxelles). Les autres partenaires ont été des médecins en Cabinet Privé exerçant à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie, parfois recrutés en Maison Médicale ou grâce au réseau ALTO (Bruxelles et Wallonie) ou des médecins conventionnés pour la pratique des traitements de substitution (Limburg).

Au cours des deux passations, nous avons 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

3.3. Les produits utilisés

L'immense majorité des patients de l'échantillon étaient sous méthadone, seuls six étaient sous buprénorphine. Les doses sont extrêmement variables, allant de 1 à 400 mg. Les patients s'en disent généralement satisfaits. Il n'y a pas de différence significative entre régions ou catégories de médecins. Les doses sont significativement plus élevées dans les institutions bruxelloises et dans les cabinets flamands. On observe également des différences de dosage selon le plan de traitement : les patients en traitement à visée de sevrage dégressif reçoivent significativement moins de méthadone que ceux en substitution *stricto sensu* ou en maintenance. Il est probable que les dosages des patients allant apparemment moins bien soient plus élevés.

43% des patients de l'échantillon prennent, ne fut-ce qu'occasionnellement, de l'héroïne, et 15% en prennent quotidiennement. Ces derniers sont essentiellement des patients pris en charge depuis moins de 6 mois. Le traitement à la méthadone contribue donc à faire diminuer le nombre d'usagers quotidiens d'héroïne assez rapidement. La plupart des patients prennent d'autres médicaments psychotropes prescrits : anti-douleurs (66%), somnifères (44%), anxiolytiques (28%) et anti-dépresseurs (26%).

Pour toutes ces consommations, les patients flamands expriment globalement un degré de satisfaction supérieur.

3.4. Le cadre du traitement

Les médecins d'institution tendent à voir leurs patients de manière hebdomadaire, alors que les médecins en Cabinet Privé les voient généralement tous les quinze jours. Les patients pris en charge depuis moins de six mois sont vus plus régulièrement. L'immense majorité des patients sont considérés comme réguliers (93%) et respectant les règles du traitement (95%). Ce haut degré de régularité et du respect des règles est probablement un biais de sélection. Une petite moitié des patients prend sa médication en officine de pharmacie, une autre petite moitié gère son traitement de manière autonome.

Au niveau des plans de traitement, le sevrage dégressif est plus fréquemment observé chez les patients pris en charge depuis moins de six mois, et la maintenance chez les patients en traitement depuis plus de 24 mois. L'abstinence est un objectif plus important pour les patients en sevrage dégressif, tant du point de vue du médecin que du patient lui-même. A l'inverse, les patients en plan de maintenance sont moins réguliers et respectent moins les règles, ils sont suivis depuis plus longtemps, ils sont plus âgés, et ont des dosages de méthadone plus élevés. Les médecins accordent plus d'importance aux objectifs de diminution des risques pour ces patients. L'objectif "*maîtriser sa consommation d'héroïne*" est prioritaire chez les patients de ce groupe.

Il y a donc une certaine cohérence entre le type de patient et le plan de traitement dans lequel les médecins les situent. On peut se demander toutefois si ce ne sont pas les caractéristiques des patients qui déterminent leur classification selon le plan de traitement par les médecins.

3.5. Les objectifs du traitement

L'objectif le plus important, du point de vue des médecins, est le "*maintien du contact avec le système de soins*", suivi de "*l'amélioration de l'image de soi*". L'objectif d'abstinence est peu important pour les médecins d'institution à Bruxelles et en Wallonie, et très important pour les médecins en Cabinet Privé en Flandre. Du point de vue des patients, ceux suivis en Cabinet Privé en 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.

Les corrélations entre les objectifs des patients permettent de dégager 4 dimensions principales : *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.

Les objectifs des dimensions "psychologique" et "sociale" des patients sont mal perçus par les médecins. Par ailleurs, 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. A l'opposé, les préoccupations des médecins liées à la santé ne sont pas relayées chez le patient.

3.6. La trajectoire des patients

38% des patients 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. Les médecins en Cabinet Privé connaissent leurs patients depuis plus longtemps que les médecins d'institution. Les institutions flamandes semblent suivre exclusivement des patients depuis moins de six mois. 34,5% des patients sont en traitement de substitution depuis moins d'un an. Toutefois, 46% des patients ont déjà reçu un premier traitement antérieurement.

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. 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 : plus celle-ci est longue, et plus on s'éloigne d'objectifs d'abstinence à court terme pour aller vers des objectifs de maintenance à long terme.

3.7. Qualité de Vie

D'un point de vue général, la qualité de vie des patients 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). Les Flamands expriment une meilleure satisfaction que les autres. Ce qui ne veut pas dire que tous les toxicomanes ont une mauvaise Qualité de Vie : en effet 130 patients sur 295 atteignent un seuil de Qualité de Vie satisfaisante.

3.8. Seconde passation

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 semblerait 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.

3.9. Conclusions

1. Patients compliants : l'immense majorité des répondants (93%) peut être considérée comme respectant bien les **règles du traitement**. Nous ne savons cependant pas s'il s'agit d'un reflet fidèle de la patientèle générale ou un biais de sélection propre à notre échantillon.

2. Très grande diversité des pratiques : les statistiques confirment la très grande diversité des pratiques et l'indépendance des variables par rapport aux patients ou à la prise en charge. Il n'y a donc pas de lien entre le type de patient, ou certaines caractéristiques de sa problématique et le type de prise en charge qu'il reçoit. Pour les patients, *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. Pour les médecins, *la diminution des actes délictueux* est un objectif peu important de la prise en charge.

Au niveau des régions : deux *idéaux-types* en opposition se dégagent : la Flandre d'une part, et Bruxelles d'autre part ; la Wallonie constitue 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. La délivrance de méthadone est plus contrôlée (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.

3. Les dimensions du traitement et les objectifs : 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 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" : les corrélations sont élevées quand le patient met à l'avant-plan des objectifs très concrets tels que "retrouver un travail satisfaisant", elles sont beaucoup moins fortes vis-à-vis d'objectifs moins tangibles tels qu'"être capable de réaliser mes projets" ou "être plus disponible". Enfin, la corrélation est particulièrement faible vis-à-vis de 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".

4. Qualité de Vie – Abstinence – Santé : Ces trois indicateurs discriminent 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.

5. Nouveaux patients – Anciens patients – Patients de longue durée : Il semble que l'on puisse distinguer 3 phases dans l'évolution des traitements de substitution, en fonction de la durée du traitement. Pour les "nouveaux patients" –en traitement depuis moins de 6 mois–, 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 (sevrage dégressif). Pour les *patients plus anciens* –entre 6 et 24 mois de traitement–, 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, pour les *patients de longue durée* –en traitement depuis plus de 24 mois–, l'importance du cadre diminue, et les objectifs de type "réduction des risques" prennent 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.

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. Variables qui pourraient être éliminées : Quelques variables ne sont pas reliées aux paramètres du traitement et du patient. 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, des renseignements sur le mode de consommation d'héroïne.

4. Le volet qualitatif

Au travers de l'approche qualitative, il s'agit : 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 du volet quantitatif et éventuellement 4) de dégager des indicateurs pratiques de mesure de l'évolution des traitements et des patients (visée efficacité des traitements).

4.1. Rappel méthodologique

TABLEAU 2 : 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 heures.

Pour rappel, 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.

Les interviews ont eu lieu au cabinet de l'interviewé. Elles ont été travaillées "en écoute flottante". 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.

Les *Focus Groups* s'adressent à des groupes de participants individuels (ils ne portent que leur parole propre). L'objectif des *Focus Groups* est de faire émerger l'éventail des points de vue par rapport à une question centrale. 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.

Les données qualitatives ont été rassemblées et analysées par agrégation autour d'un certain nombre de thématiques-clé.

4.2. Descriptif général des catégories de médecins

4.2.1. Les médecins en Cabinet Privé

Les médecins en Cabinet Privé ont un nombre très restreint de patients toxicomanes suivis par traitement de substitution. Les consultations dédiées à cette patientèle sont très largement minoritaires. La plupart des médecins disent, à ce propos, ne pas vouloir être étiquetés comme des spécialistes "es-toxicomanies". Certains médecins justifient ce choix par la charge de travail, d'autres intègrent ce choix dans leur conception de la médecine générale, dont la vocation serait l'accompagnement de la personne en souffrance dans les pathologies à caractère chronique. La grande majorité des médecins exerçant en privé ont en tout cas une image assez négative des consultations en institution : *"ce doit être particulièrement ingérable"*¹. La représentation mentale inverse existe chez les médecins d'institution.

Comme pour l'ensemble des intervenants cliniques vis-à-vis de leurs patients, il y a 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. 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...)", "les patients [toxicomanes] viennent aux rendez-vous, pas de problème particulier. Il y en a davantage avec les alcooliques ou les psychotiques"*.

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. Pour la plupart des médecins cependant, l'établissement d'un cadre ne répond pas à une logique strictement thérapeutique mais plus au souci d'établir les conditions d'un suivi relativement confortable. C'est alors la maîtrise des conditions de la relation qui est l'objet du cadre. Enfin, pour certains médecins, l'établissement d'un cadre ne semble pas une démarche consciente ou importante. Ces derniers ont une approche minimaliste de leur rôle : ils sont là pour accompagner une personne en souffrance sans intention d'agir sur les causes de cette souffrance.

4.2.2. Les médecins d'institution

Les médecins d'institution rencontrés provenaient : des MASS de Bruxelles et de Charleroi (*Diapason*), et du *Projet LAMA* (Bruxelles). A la différence de ce qui se passe en Cabinet Privé, l'établissement d'un cadre thérapeutique est pris globalement en charge par l'institution, et non par le médecin lui-même. Même lorsque l'accès au traitement de substitution est facilité, le patient entre en contact avec d'autres intervenants avant de rencontrer le médecin. 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, comme en Cabinet Privé.

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

¹ 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.

4.3.1. Les drogues, les opiacés

Au niveau des principes, tous les médecins affirment 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 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. Les pratiques et les représentations mentales sous-jacentes de ces pratiques ne concordent cependant pas avec ces principes.

Il se dégage trois grandes manières de comprendre la problématique à traiter : l'une où la toxicomanie se définit essentiellement par la consommation de drogue, c'est-à-dire de substances psychoactives illicites ; une deuxième où c'est le rapport de dépendance du consommateur au produit qui est l'élément déterminant ; 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.

4.3.2. Les objectifs du traitement de substitution

La plupart des médecins disent ne pas viser l'abstinence comme un objectif prioritaire. Pourtant, une fois encore, les pratiques et les représentations mentales sous-jacentes de ces pratiques ne correspondent pas souvent à ce principe. Pour d'autres, moins nombreux, la dimension psycho-sociale de la problématique est prioritaire, et l'abstinence est éventuellement la conséquence ultime d'un processus de rétablissement au niveau psychosocial. Parmi ces derniers, certains considèrent que le patient doit "*faire son chemin*" et que l'objectif du traitement d'accompagner le patient en essayant de limiter sa souffrance ; d'autres considèrent que le rapport au produit étant neutralisé par le traitement, l'accompagnement consiste alors à travailler les dimensions psycho-sociales de la problématique.

L'abstinence, bien qu'elle ne soit plus souvent considérée comme un objectif en soi, 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 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*"... La grande majorité des médecins disent que l'abstinence était un objectif au début de leur carrière, "*mais on doit vite faire le deuil de ses illusions, la plupart du temps, ce n'est pas possible*". Dès lors, un certain pragmatisme pessimiste tend alors à remplacer cet objectif irréalisable par un objectif de maintenance.

La *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. Cet objectif est donc évoqué, par la plupart des médecins, avec un idéal frustré 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*". La plupart des médecins considèrent la toxicomanie comme une maladie chronique. 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, à moins de circonstances exceptionnelles qui entraîneraient aussi une hypothétique rémission spontanée. Le débat qui s'ouvre alors est celui de la place du médecin généraliste vis-à-vis des problèmes de l'ordre du psychologique ou du

social, qui sont considérés comme déterminants de la bonne marche du traitement de substitution. S'il considère qu'il y a lieu de susciter une intervention dans ces domaines, peut-il 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"* –, ou est-ce du ressort d'autres intervenants, comme les psychologues... *"mais ils n'aiment pas les pys, ils ne sont pas demandeurs"* ? 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.

4.4. Le déroulement du traitement

4.4.1. Contrôles et dosages

Schématiquement, les consultations médicales se déroulent de manière identique chez tous les médecins, en Cabinet Privé ou en institution. Quelques particularités peuvent toutefois être soulignées. Peu de médecins accordent de l'importance aux contrôles. Ceux qui centrent leur conception de la toxicomanie sur la présence des produits sont plus intéressés par ces aspects. 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 qu'à une mesure objective de leurs consommations de drogues.

Les pratiques sont également diversifiées au niveau de la détermination du dosage. Les médecins 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 est plus variable. Les institutions possèdent leurs règles propres. En Cabinet Privé, certaines médecins gardent l'absolu contrôle du dosage du produit de substitution. En général, ils visent la diminution du dosage. Si le patient manifeste des signes d'affaiblissement, 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. Enfin, un certain nombre de médecins attendent que le patient se manifeste lui-même par rapport à cette question. Les patients sont assez demandeurs de diminutions de dose, et le médecin a souvent la tâche de modérer ces demandes.

A part les éléments symptomatiques 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"...* Ainsi, 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-relational, 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.

4.4.2. *Bon sens clinique et spécularité des relations*

Si le médecin doit se baser sur des éléments psychologiques et sociaux pour assurer le bon suivi du traitement, la question se pose quant à son niveau de compétence dans ce domaine. La grande majorité des médecins estime ne pas avoir été suffisamment formée à ce niveau. Force est de constater la relative perplexité de médecins vis-à-vis de certaines situations rencontrées : rendez-vous ratés, interruptions brutales du traitement, refus de parler, arrivées tardives au rendez-vous, histoires de produit perdu, volé ou emprunté... "*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*". Certains médecins ont développé leur 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. 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.

4.4.3. *Les médecins et les intervenants psycho-sociaux*

Les assistants sociaux sont surtout reconnus pour leur rôle de remise en ordre administrative et leur aide à obtenir des facilités sociales (chômage, maladie, invalidité, hébergement, couverture mutuelle)...

Le rôle des psychiatres est reconnu pour les patients qui présentent d'évidentes co-morbidités psychiatriques. En effet, les médecins affirment qu'un grand nombre de leurs patients toxicomanes sont atteints d'autres pathologies psychiatriques. Emerge ainsi une quatrième figure des toxicomanies : pour certains patients aux co-morbidités psychiatriques, le traitement de substitution est 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.

Le rapport des médecins aux psychologues et psychothérapeutes est plus complexe. Il existe chez les médecins 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 celle du médecin conscient de l'impact de cette dimension dans la problématique à traiter, mais qui ne perçoit pas clairement les spécificités des approches psychothérapeutiques ou ne s'estime pas habilité à travailler la demande d'une telle prise en charge.

La situation est bien évidemment fort différente dans les institutions où ces rôles cohabitent. Mais encore faut-il que les processus organisationnels internes aux institutions permette à chaque rôle de se positionner par rapport aux autres 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.

4.4.4. *Ordre et désordres, stabilisation et rapport aux normes sociales*

Ainsi, 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". Est-il si légitime d'assimiler bien-être ou santé du patient avec stabilité et respect des normes sociales ? Tel est la question centrale de la problématique des toxicomanies et des traitements de substitution, et il appartient aux médecins de se positionner vis-à-vis de cette question.

4.5. Les toxicomanes / la toxicomanie

De manière générale, tous les médecins affirment qu'ils n'étaient pas suffisamment formés à la problématique des toxicomanies. Dès lors, 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"*. La plupart disent avoir beaucoup évolué dans leurs perceptions du problème. L'idée la plus couramment soutenue 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"*. Au niveau de l'organisation pratique de ces traitements telle que nouvellement établie par l'Arrêté Royal du 19 mars 2004, l'accompagnement et la formation des médecins constituent une thématique importante. Mais les médecins sont assez rétifs à l'idée de légiférer en matière de formation. C'est à la profession médicale, et non au législateur, d'organiser de tels dispositifs. 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.

5. Conclusions et recommandations

Dix ans après la Conférence de Consensus de Gand, 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 dépenalisation 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'encore 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 toxicomane 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

La 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"*².

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**

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

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, ...)

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).