

DHCo

Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical
étude de faisabilité et de suivi

Marc ANSSEAU, Frédéric GUSTIN, Fabienne HODIAUMONT, André LEMAÎTRE,
Salvatore LO BUE, Vincent LORANT, Maria-Isabel PORTET, Jean REGGERS, Marianne
TYBERGHEIN, Paul VAN DEUN

Résumé

Depuis plusieurs années maintenant, la dépendance à une substance, l'héroïne par exemple, est conceptualisée comme une maladie chronique du système nerveux central qui requiert un dispositif de soins spécifiques. Par ailleurs, dans les années quatre-vingt, l'héroïnomanie est entrée dans une phase épidémique entraînant des conséquences dramatiques sur la santé physique, mentale et sociale des personnes affectées.

Dans l'optique de la réduction des dommages (*harm reduction*), certains programmes de traitement des usagers de drogues ont eu notamment pour but de garder contact avec un maximum de patients dépendants afin de réduire ou de prévenir les conséquences de leur dépendance tant au niveau sanitaire que judiciaire.

Ces programmes, efficaces chez un grand nombre de patients dépendants et malgré leur grande accessibilité, ne parviennent toujours pas à toucher certains sous-groupes de patients très sévèrement dépendants ou de patients ayant présenté de multiples échecs aux traitements actuellement disponibles.

Pour atteindre ces populations qualifiées de résistantes, diverses expériences de délivrance d'héroïne sous contrôle médical ont été tentées à l'étranger (Royaume-Uni, Suisse, Pays-Bas) ou sont en cours (Allemagne). Ces différentes études publiées sont détaillées dans l'ouvrage et ont fait l'objet dans un second temps d'une méta-analyse visant à mettre en évidence les effets communs de cette modalité thérapeutique innovante sur la santé des patients impliqués.

Samenvatting

Afhankelijkheid van heroïne, zoals elke middelenafhankelijkheid, wordt de laatste jaren voorgesteld als een chronische ziekte van het centrale zenuwstelsel, met behoefte aan een specifiek verzorgingsaanbod. In de jaren tachtig is heroïneafhankelijkheid echter een epidemie geworden met dramatische gevolgen voor de fysieke, mentale en sociale gezondheid van de getroffen personen.

Vanuit de optiek de schade te beperken (*harm reduction*), hebben bepaalde behandelprogramma's voor drugsgebruikers als opzet gehad het contact te behouden met zoveel mogelijk verslaafde patiënten om de gevolgen van de afhankelijkheid te beperken of te voorkomen zowel op medisch als op justitieel vlak.

Deze programma's waren effectief voor een groot aantal patiënten. Maar ondanks hun grote toegankelijkheid slaagden ze er nog altijd niet in tot bepaalde subgroepen door te dringen die zeer ernstig verslaafd waren of patiënten die vaak mislukten in het huidige behandelaanbod.

Om deze therapieresistente groep te bereiken werden in het buitenland verschillende experimenten opgezet voor Heroïne Verstrekking op Medisch Voorschrift (Verenigd Koninkrijk, Zwitserland, Nederland), of zijn ze nog aan gang (Duitsland). Deze verschillende studies zijn zorgvuldig uitgevoerd en gepubliceerd. Ze maakten achteraf het voorwerp uit van een meta-analyse die de gemeenschappelijke effecten op de gezondheid van de patiënten betrokken bij deze vernieuwende manier van werken in het licht stelde.

Table des matières

I AVANT PROPOS ET REMERCIEMENTS	4
II INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	5
III ASPECTS MÉDICAUX : REVUE DE LA LITTÉRATURE	8
1. AVANT-PROPOS	8
2. DIACETYLMORPHINE : ASPECTS PHARMACOLOGIQUES	8
3. HISTORIQUE	12
4. PROBLEMES DE SANTE LIES A L'UTILISATION D'HEROÏNE	14
5. CONSOMMATION D'HEROÏNE EN BELGIQUE	15
6. LES EXPERIENCES ETRANGERES	16
6.1. LE ROYAUME-UNI.....	16
6.2. LA SUISSE	18
6.3. LES PAYS-BAS	21
6.4. SITUATION ACTUELLE AU PAYS-BAS.....	22
6.5. L'ALLEMAGNE.....	23
6.6. L'ESPAGNE	25
6.7. LE CANADA.....	26
6.8. LES AUTRES PAYS.....	27
7. CONCLUSION.....	27
IV ANALYSE QUANTITATIVE DES EXPÉRIENCES FINALISÉES.....	30
1. INTRODUCTION	30
2. MATERIEL ET METHODES.....	30
1.1. RECHERCHE	30
2.1. DESCRIPTION DES ÉTUDES RETENUES	31
2.2. EXTRACTION DES DONNÉES.....	35
3. RESULTATS	39
4. DISCUSSION.....	41
V CRÉATION DU PROTOCOLE ÉCONOMIQUE.....	44
1. INTRODUCTION	44
2. PREPARATION ET DEFINITION DU PROTOCOLE ECONOMIQUE	44
2.1. DÉFINITION DE LA QUESTION ÉCONOMIQUE ET PERSPECTIVE DE L'ÉTUDE	44
2.2. GROUPE DE CONTRÔLE	46
2.3. MÉTHODE D'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE.....	47
2.4. IDENTIFICATION, MESURE ET ÉVALUATION DES COÛTS	47
2.5. IDENTIFICATION, MESURE ET ÉVALUATION DES RÉSULTATS	51
2.6. AJUSTEMENT DES COÛTS ET BÉNÉFICES SELON LE TEMPS	57
2.7. MESURE INCRÉMENTALE DES COÛTS ET DES BÉNÉFICES POUR CHAQUE ALTERNATIVE....	58
2.8. ANALYSE DES RÉSULTATS, COMPARAISON ET ANALYSE DE SENSIBILITÉ.	58
VI PROTOCOLE D'ÉTUDE : ASPECTS CRIMINOLOGIQUES	58
1. REVUE DE LITTERATURE	58
1.1. CRIMINALITÉ ET TOXICOMANIE : UNE RELATION COMPLEXE	59
1.2. UNE ACTIVITÉ CRIMINELLE DE TYPE ESSENTIELLEMENT LUCRATIF	61
1.3. PROGRAMMES DE DHCo : UNE APPROCHE SITUATIONNELLE	62
1.4. L'EXEMPLE DE LA SUISSE.....	63

1.5. LES PROGRAMMES MÉTHADONE ET DIMINUTION DE LA CRIMINALITÉ, UNE MESURE PRÉVENTIVE AUSSI PERFORMANTE ?.....	65
1.6. CONCLUSION.....	65
2. MESURE DE L'IMPACT D'UN PROGRAMME DE DELIVRANCE D'HEROÏNE SOUS CONTROLE MEDICAL SUR LA CRIMINALITE DES USAGERS DE DROGUES	66
2.1. INTRODUCTION.....	66
2.2. DESCRIPTION GÉNÉRALE DES INDICATEURS DE LA CRIMINALITÉ	66
2.3. QUEL(S) INDICATEUR(S) RETENIR DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION CRIMINOLOGIQUE D'UN TRAITEMENT AVEC PRESCRIPTION DE DIACÉTYLMORPHINE ?.....	71
2.4. CRÉATION D'UN OUTIL ADAPTÉ AU CONTEXTE BELGE.....	72
2.5. CONCLUSION.....	77
VII FAISABILITÉ SUR LE PLAN LÉGAL ET ADMINISTRATIF.....	78
1. INTRODUCTION	78
2. CADRE LEGAL	78
2.1. LE CADRE LÉGAL INTERNATIONAL	78
2.2. LE CADRE LÉGAL NATIONAL.....	82
3. RECOMMANDATIONS EN VUE D'APPORTER AU CADRE LEGAL ET ADMINISTRATIF LES MODIFICATIONS NECESSAIRES.....	84
3.1. INTRODUCTION.....	84
3.2. REMARQUE LIMINAIRE	84
3.1. DES DIFFÉRENTES MODIFICATIONS DE LA LÉGISLATION ENVISAGEABLES.....	84
3.2. NÉCESSITÉ DE RECOURIR À UN TEXTE RÉGLANT LES MODALITÉS PRATIQUES LIÉES AU TRAITEMENT.....	85
4. MODALITES PRATIQUES EXIGÉES POUR LA DELIVRANCE DE DIACETYLMORPHINE	86
4.1. INTRODUCTION.....	86
4.2. APPROVISIONNEMENT ET FABRICATION	87
4.3. TRANSPORT.....	87
4.3. STOCKAGE.....	88
5. CONCLUSION.....	88
VIII PROTOCOLE D'ÉTUDE D'IMPACT PAR RAPPORT À L'INSERTION D'UN PROGRAMME DE DÉLIVRANCE D'HÉROÏNE SOUS CONTRÔLE MÉDICAL	89
1. INTRODUCTION	89
2. IMPACT DANS LES CIRCUITS DE SOINS DE SANTE ACTUELS	89
2.1. PRÉALABLE	89
2.2. FOCUS GROUP.....	89
3. IMPACT AU NIVEAU DE LA POPULATION RIVERAINE	91
3.1. PRÉALABLE	91
3.2. POPULATION AU SENS LARGE : NÉCESSITÉ DE RECOURIR À UNE INFORMATION	91
3.3. POPULATION RIVERAINE.....	91
4. SENSIBILISATION DES MEMBRES DE LA FAMILLE DES TOXICOMANES	93
5. CONCLUSION.....	94
IX PROTOCOLE EXPÉRIMENTAL DHCO	95
1. ORGANISATION ET SUPERVISION DE LA RECHERCHE	95
2. OBJECTIF DE L'ETUDE	95
2.1. OBJECTIF PRINCIPAL.....	95
2.2. OBJECTIFS SECONDAIRES	95
3. POPULATION CIBLE.....	96
3.1. CRITÈRES D'INCLUSION	96

3.2. CRITÈRES D'EXCLUSION	97
4. ÉCHANTILLONS, SELECTION, ALLOCATION.....	97
4.1. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	97
4.2. RÉPARTITION MULTICENTRIQUE.....	98
4.3. DÉTECTION, SÉLECTION ET ALLOCATION DANS LES DIFFÉRENTS GROUPES.....	98
5. DELIVRANCE ET MODE D'ADMINISTRATION DES PRODUITS	100
5.1. PROCÉDURE POUR LA DIACÉTYLMORPHINE	100
5.2. PROCÉDURE POUR LA MÉTHADONE	101
6. ÉTAPES ET DUREE DE L'ETUDE.....	101
6.1. DURÉE DE L'ÉTUDE	101
6.2. PÉRIODE D'INCLUSION ET MESURES DE BASE.....	101
6.3. PÉRIODE DE SUIVI.....	103
6.4. TRAITEMENTS ADDITIONNELS	103
6.5. CALENDRIER	104
6.6. ARRÊTS PRÉMATURÉS	104
7. MESURES.....	105
7.1. COMPARABILITÉ DES DEUX GROUPES	105
7.2. ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT	105
8. CONDUITE DE L'ETUDE.....	106
8.1. EFFETS INDÉSIRABLES	106
8.2. RECUEIL, ENREGISTREMENT ET ARCHIVAGE DES DONNÉES	106
2.5.1. RAPPORT FINAL	107
2.5.2. MODIFICATIONS DU PROTOCOLE	107
9. ANALYSE STATISTIQUE.....	107
9.1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES.....	107
9.2. ANALYSE D'EFFICACITÉ	108
10. ETHIQUE.....	108
10.1. AVIS DES AUTORITÉS MÉDICALES	108
10.2. INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT	108
X IMPLÉMENTATION ET ÉVALUATION D'UN TRAITEMENT DHCO	110
1. INTRODUCTION	110
2. SELECTION DES SUJETS.....	110
3. DELIVRANCE	111
4. MESURES.....	111
XI GLOSSAIRE.....	113
XII BIBLIOGRAPHIE	116
ANNEXE I : Outils d'évaluation	126
ANNEXE II : Information du patient et formulaire de consentement éclairé	131
ANNEXE III : Tableaux comparatifs des expériences étrangères	134
ANNEXE IV : Questionnaires de délinquance autoreportée et victimisation suisses	139
ANNEXE V : Questionnaires de délinquance autoreportée	141
ANNEXE VI : Questionnaires de victimation	152

I Avant propos et remerciements

Le présent travail a été réalisé sous la promotion de :

- Pr. Dr. Marc ANSSEAU, service de psychiatrie – Université de Liège
- M. Jean REGGERS, service de psychiatrie – Université de Liège
- Pr. André LEMAÎTRE, service de criminologie – Université de Liège

En collaboration avec :

- Pr. Vincent LORANT, SESA – Université Catholique de Louvain
- Dhr. Paul van DEUN - De Spiegel, LOVENJOEL

Avec l'appui des chercheurs :

- M. Frédéric GUSTIN, service de psychiatrie – Université de Liège
- Mme Fabienne HODIAUMONT, service de criminologie – Université de Liège
- M. Salvatore LO BUE, service de psychiatrie – Université de Liège
- Mme Maria-Isabel PORTET, SESA – Université Catholique de Louvain
- Mme Marianne TYBERGHEIN, service de criminologie – Université de Liège

Sous la direction de : Mv. Lieve van DAELE – FOD Federaal Wetenschapsbeleid,

il a reçu les conseils et critiques éclairés des membres du COMité d'ACcompagnement suivant (COMAC) :

- Mme Sophie BLOCK, SPF Intérieur
- Prof. dr. Tom DECORTE - Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek, Universiteit Gent
- Mme Isabelle DEMARET – SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
- Dr. Geert DOM - Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout
- M. Maurizio FERRARA - Infor Drogue, Bruxelles
- Dr. Pol GERITS - FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
- Mme Nelly GUILLAUME – DGASS, Région Wallonne, Namur
- M. Claude GILLARD - SPF Justice
- M. Didier KAMPFL - Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise
- Dr. Olivier Le BON - Service Psychiatrie, Hôpital Brugman – Bruxelles
- Me Marianne LEJEUNE - Cour d'Appel de Liège
- Dr. Philippe MAASSEN - Province de Liège
- Mme Sophie NEUFORGE - Coordination des Actions en Toxicomanie, Liège
- M. Alex NEYBUCH – SIAJef, Liège
- Mevr. Diane REYNDERS - FOD Justitie
- M. Hugues REYNIERS – DGASS, Région Wallonne, Namur
- Prof. dr Brice de RUYVER - Strafrecht en Criminologie – Universiteit Gent
- Prof. dr. Bernard SABBE – Psychiatrisch Dienst, Universiteit Antwerpen
- Mme Sandrine SLEIMAN - Institut Scientifique de Santé Publique
- Dhr. Marcel VANHEX - CAD Limburg
- M. Alexander VAN LIEMPT - FOD Justitie
- Mme Denise WALCKIERS - Institut Scientifique de Santé Publique
- Dr. Serge ZOMBEK - CHU St. Pierre

Nous voudrions remercier les chercheurs, les membres du comité d'accompagnement et tout spécialement Madame Lieve van DAELE pour sa gentillesse, sa disponibilité et son très grand professionnalisme.

II Introduction générale

A l'instar des expériences anglaises, suisses et néerlandaises, le projet belge de Délivrance d'Héroïne¹ sous Contrôle (DHCo) médical vise à évaluer l'efficacité de ce type de traitement dans l'optique d'une réduction des dommages chez des héroïnomanes sévèrement dépendants. Cet objectif comprend l'accès au système de soins, étape cruciale vers l'abstinence. Il s'inscrit comme une modalité supplémentaire, complémentaire, dans l'arsenal thérapeutique disponible à l'heure actuelle.

Dans le cadre de cette diversification des soins, il s'agira donc de vérifier pour une population spécifique d'héroïnomanes, dits « résistants », en quoi ce traitement est d'une efficacité inférieure, égale ou supérieure à l'offre actuellement proposée et le plus généralement en comparaison au traitement de maintenance à la méthadone.

La présente étude de faisabilité et de suivi prendra en compte les aspects médicaux, économiques et criminologiques de la délivrance d'héroïne sous contrôle médical. Nous sommes bien conscients qu'en se focalisant sur ces thèmes, certains autres domaines seront occultés, tels les aspects politiques, philosophiques, anthropologiques ou culturels d'un tel projet. Nous regrettons évidemment de ne pouvoir y faire allusion.

Les autorités municipales et nationales de plusieurs pays européens ont autorisé des programmes variés pour répondre aux problèmes de la toxicomanie (Nadelmann, 1992 ; Berridge, 1993). Ces initiatives sont basées sur le principe de « réduction des dommages » (*harm reduction*) et n'impliquent pas nécessairement la diminution de la consommation de produits psychotropes. Le but principal est de rester en contact avec un maximum de patients dépendants, afin de prévenir ou de réduire les conséquences de leur consommation de substance, que ce soit au niveau médical, social ou même judiciaire.

Les premiers programmes de réduction des dommages ont débuté dans les années 1980 aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suisse et en Allemagne. Le facteur qui les a déclenchés est la mise en évidence de la relation entre l'usage de drogues par injection et l'épidémie de SIDA (desJarlais, 1994). On peut citer, parmi ces premiers programmes, la distribution d'aiguilles et de seringues (Hartgers et al., 1989 ; Ingold et al., 1989 ; Buning, 1991), la création de centres de contact avec la possibilité d'une aide médicale (Rhodes et al., 1991 ; Buning, 1993 ; Friedman, 1993). Dans ce même esprit et dans le but d'une abstinence programmée on trouve également les traitements de substitution à la méthadone, au dextromoramide (Palfium), au lévo-acétylméthadol (LAAM), à la buprénorphine ou encore à la morphine, à la morphine injectable. Comme nous le verrons dans la section « Aspect médicaux : revue de la littérature », ces programmes ne parviennent cependant pas à atteindre un sous-groupe de patients sévèrement dépendants ou de patients vivant de multiples échecs dans les traitements qui leur sont actuellement proposés. Ce sous-groupe spécifique constitue ce qu'il est convenu d'appeler le sous-groupe des patients résistants.

Afin de pallier les carences des programmes existants et d'entrer en contact avec cette population particulière, divers projets de prescription de diacétylmorphine ont vu le jour. Actuellement, seules les études suisses et néerlandaises sont finalisées. D'autres sont programmées ou en cours de réalisation. Ces projets seront décrits et étudiés dans la première section de cet ouvrage.

¹ Afin de ne pas alourdir le texte, nous utiliserons le terme héroïne pour faire référence à l'opiacé de consommation illégale et le terme diacétylmorphine pour parler de l'opiacé de qualité pharmaceutique utilisé dans l'expérience. Exception sera faite dans l'expression « Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical » afin de respecter l'intitulé du projet.

Nous tenterons ensuite d'analyser quantitativement ces expériences à l'aide d'une méta-analyse. Celle-ci sera conduite selon les principes des Cochrane Reviews et devrait permettre d'atteindre une puissance statistique plus élevée que chaque étude prise isolément. Néanmoins, cette analyse a pour faiblesse de ne porter que sur les données publiées. Les auteurs ont été contactés à plusieurs reprises afin d'obtenir des données supplémentaires, mais s'y sont refusés eu égard à la nature confidentielle de celles-ci.

Le choix entre diverses options thérapeutiques dépend également de leurs résultats économiques. L'option thérapeutique A peut être cliniquement moins efficace que l'option B, mais néanmoins être préférable si ses coûts sont beaucoup plus faibles. Même si les deux options thérapeutiques manifestent la même efficacité thérapeutique et des coûts comparables, l'option A peut l'emporter sur l'option B si elle présente des bénéfices économiques plus importants, par exemple, en termes de réduction des coûts de la criminalité. La décision de généraliser une option thérapeutique ou de la rendre disponible est donc fortement liée à son évaluation économique. Une section du protocole est donc consacrée aux aspects économiques de l'évaluation. Le protocole économique est construit à partir des recommandations mentionnées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en ce qui concerne l'évaluation économique des programmes de traitement pour les toxicomanes « *Economic Evaluation* » (Ogborne et al. 2000).

La première étape du protocole économique consiste à déterminer quelle est la question économique et la perspective sous laquelle l'évaluation économique sera abordée. Cette étape déterminera en grande partie la structure du protocole économique. Nous considérons que le projet belge de Délivrance d'Héroïne peut être analysé sous une perspective sociétale ou de santé. Le choix entre ces deux perspectives dépend de deux facteurs :

1. les objectifs des différents groupes qui participent au projet ;
2. les objectifs du protocole expérimental.

La perspective sociétale se justifie par le fait que les coûts liés à la toxicomanie dépassent largement la sphère individuelle. Dans cette perspective, McLellan et al. (McLellan et al. 1996) considèrent que l'évaluation économique doit tenir compte :

1. de la réduction de l'utilisation de drogue et d'alcool,
2. d'une amélioration du fonctionnement personnel et social, et
3. de la réduction des dangers pour la santé et la sécurité publique.

La perspective de santé considère l'évaluation de la santé du patient dépendant dans un sens large : réduction de la consommation de stupéfiants, santé physique et morale.

Dans le contexte du projet belge de Délivrance d'Héroïne, deux types de groupe de contrôle ont été retenus. D'une part le programme DHCo utilisera comme groupe de contrôle des toxicomanes suivant un traitement de méthadone. Une deuxième étude peut être envisagée à partir de l'analyse des résultats « avant et après » traitement. Le choix du groupe de contrôle est inclus dans la deuxième partie du protocole économique.

Ensuite, nous présentons les méthodes pour mener une évaluation économique. Une attention particulière est consacrée à la présentation des méthodes de collecte de données pour les coûts et les résultats du projet. Dans cette partie, nous incluons les instruments du protocole clinique et criminologique nécessaires dans notre analyse.

En outre, l'impact qu'occasionne un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical sera analysé d'un point de vue criminologique. Suivant ce point de vue, ce programme vise d'une part à la disparition du besoin du toxicomane de se procurer de l'argent par des voies illégales pour acheter de l'héroïne et d'autre part, à l'éloignement du toxicomane d'un milieu criminogène occasionnant ainsi la diminution des occasions de

commettre des délits mais aussi d'être victime d'infractions. Face à ces objectifs ambitieux, il apparaît essentiel de modéliser un outil susceptible de mesurer l'impact d'un tel programme sur la délinquance et la victimisation des usagers. Cet instrument permettra la mesure de la prévalence^{*2}, de l'incidence* et de la diversité de la délinquance* des héroïnomanes avant et après leur entrée dans le programme. Pour ce faire, dans un premier temps nous présenterons une revue de littérature ; pour ensuite rentrer dans une analyse pointue des différents indicateurs de la criminalité disponibles et enfin, avant de conclure, nous compléterons par la création d'un outil, à la lumière de ces instruments, adapté au contexte belge.

Cette analyse criminologique sera suivie d'une étude de faisabilité sur le plan légal et administratif d'un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical. En effet, ce programme va s'insérer dans un paysage juridique préexistant, paysage qu'il conviendra donc de modifier au regard des particularités qu'occasionne la délivrance d'un tel produit. Le cadre légal national et international existant ; les recommandations en vue d'apporter au cadre légal les modifications nécessaires et les modalités pratiques exigées pour la Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical, voilà en quelques lignes dressés les points abordés tout au long de cette étude de faisabilité.

Qui plus est, nous ne pouvons pas ne pas tenir compte de l'impact qu'occasionnera l'insertion d'un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical au sein des circuits de soins actuels ainsi qu'au niveau des populations riveraines. C'est pourquoi cet axe de recherche consistera en la réalisation de deux protocoles d'étude qualitative distincts, l'un portant sur la place qu'un tel programme devra occuper dans le réseau de prise en charge tel qu'il existe actuellement, l'autre portera sur l'évaluation des campagnes de sensibilisation qui devront être menées auprès de la population riveraine des centres de délivrance. Afin d'apporter une réponse la plus adéquate possible à ces deux groupes de personnes indirectement concernés par le programme, ces protocoles se baseront sur la réalisation de focus group* dont nous avons défini les thèmes, modélisé le guide d'entretien ainsi qu'identifié les échantillons. Enfin, nous traiterons aussi de la sensibilisation qu'il convient d'apporter aux familles des toxicomanes.

Ces diverses sections ont pour objectif ultime la mise en place du protocole expérimental de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical. Celui-ci sera décrit en fin de document. Il tiendra compte des enseignements des expériences qui l'ont précédé, tant dans leurs qualités que dans leurs faiblesses.

² Les astérisques renvoient au glossaire.

III Aspects médicaux : revue de la littérature

1. Avant-propos

La présente section a pour but principal de présenter et de comparer les expériences étrangères en matière de prescription de diacétylmorphine sous contrôle médical.

Elle débutera par une description pharmacologique de la diacétylmorphine, suivi d'un bref historique concernant sa consommation, d'un survol des problèmes liés à son abus et d'une estimation de son utilisation en Belgique.

Viendra ensuite la revue de littérature proprement dite. Elle portera sur les études étrangères finalisées, en cours ou en projet. Elle concernera la méthodologie scientifique, les conditions d'organisation de la distribution, les facteurs d'inclusion et d'exclusion pour les patients, l'insertion des centres dans des réseaux de prise en charge, les effets du traitement sur le plan de la santé publique et mentale, l'usage de drogue et les rapports vis-à-vis d'autres formes de traitement de substitution.

De cette analyse pourra découler *in fine* une proposition de critères pour la création de futurs centres de délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical en Belgique.

Le lecteur intéressé trouvera en Annexe III une série de tableaux comparatifs reprenant les caractéristiques principales des divers projets de prescription de diacétylmorphine.

2. Diacétylmorphine : aspects pharmacologiques

La diacétylmorphine (ou héroïne ou diamorphine) est une substance de la famille des opiacés ou opioïdes, c'est-à-dire une substance exerçant un effet semblable à celui de l'opium. En tant que telle, elle fait partie des dépresseurs du système nerveux central, au même titre que les anxiolytiques*, les sédatifs*, les hypnotiques*, l'alcool, les substances volatiles et le Gamma-Hydrobutyrate (GHB)*.

L'opium, dont la diacétylmorphine est dérivée, est le suc séché des capsules encore vertes du pavot somnifère (*papaver somniferum*), une plante originaire d'Asie. Ce suc contient une vingtaine de substances chimiques de la famille des alcaloïdes* dont seulement deux ont des propriétés psychotropes* notables : la morphine et la codéine. Ces deux substances sont appelées opiacés naturels. Les opiacés synthétisés à partir de ces produits, telle la diacétylmorphine, sont dit semi-synthétiques.

La diacétylmorphine est obtenue par diacétylation de la morphine. Selon le pays d'origine et la méthode de production, l'héroïne produite peut-être d'un blanc pur, beige ou brune.

L'héroïne se vend principalement sous forme de sel, en général, le chlorhydrate. Elle est alors soluble dans l'eau et se prête bien à l'injection. On la trafique aussi sous forme de base libre (*freebase*) ce qui permet sa consommation intra-pulmonaire, car elle est moins détruite par la chaleur.

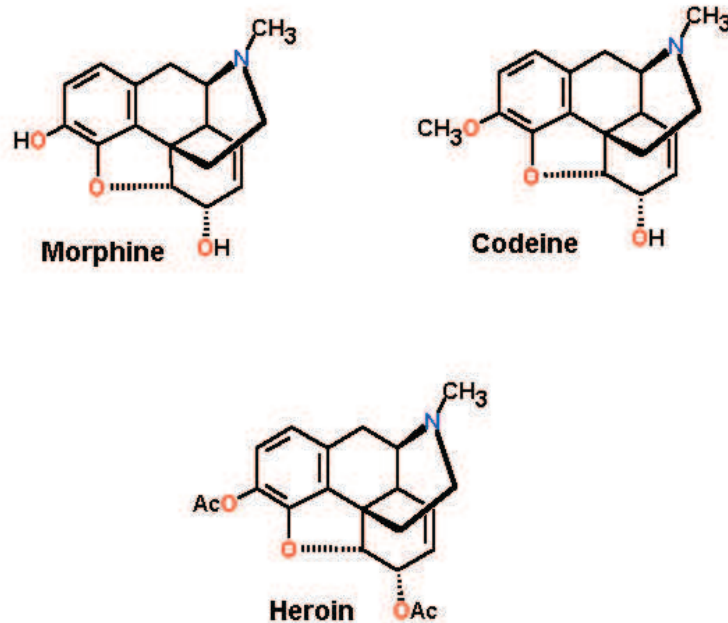


Figure 1 : structure moléculaire de trois opiacés : la morphine, la codéine et l'héroïne

La diacétylmorphine est classée parmi les agonistes* opiacés. En tant que telle, ses effets ressemblent donc à ceux des endorphines* sur l'ensemble des récepteurs opioïdes.

Au sein de la famille des opiacés, les caractéristiques pharmacocinétiques* d'un produit déterminent la nature des effets qu'il entraîne. Plus le début d'effet est rapide, plus le consommateur est susceptible de ressentir un effet agréable intense. La voie et la technique d'administration sont donc très importantes pour l'utilisateur.

La plupart des utilisateurs d'opiacés ont une nette préférence pour l'héroïne. Ils décrivent souvent la poussée orgasmique (*rush ou flash*) de l'héroïne comme étant plus intense et plus durable que celle induite par la morphine. Ce qui induit cette différence est le fait que l'héroïne est beaucoup plus liposoluble* que la morphine. Par conséquent, elle traverse beaucoup plus facilement et plus rapidement la barrière hémato-encéphalique*. La diacétylmorphine n'est pas, à vrai dire, un bon agoniste des récepteurs opioïdes. Ses métabolites, la 6-MonoAcétylMorphine (6-MAM) et la morphine, sont cependant actifs. La diacétylmorphine est donc un précurseur qui facilite la pénétration de la 6-MAM et de la morphine dans le cerveau. L'augmentation rapide des concentrations de ces opiacés, particulièrement la 6-MAM, dans le tissu nerveux expliquerait pourquoi l'effet de la diacétylmorphine est plus intense et plus agréable que celui de la morphine.

Comme noté plus haut, l'héroïne peut être fumée. La technique la plus fréquemment employée est celle dite de la « chasse au dragon » (*chinesing*). Il s'agit de poser un peu d'héroïne sur une feuille d'aluminium et de la chauffer au moyen d'un briquet. Lorsque la poudre fond, l'utilisateur déplace la goutte de liquide formée. Il en résulte une traînée de fumée que le consommateur inhale à l'aide d'un tube.

La diacétylmorphine pénètre dans les poumons sous forme de vapeur, donc sous forme de molécules isolées. L'absorption se fait dans les alvéoles pulmonaires, ce qui entraîne un effet intense et immédiat. La diacétylmorphine est détectable dans le sang en une minute.

La biodisponibilité* de l'héroïne par cette voie est imprévisible. Néanmoins, il est possible d'atteindre des concentrations sanguines qui s'apparentent à celles obtenues à la suite d'une administration intraveineuse, soit de l'ordre de 100 à 300 ng/ml.

La voie intraveineuse est celle que préfère la vaste majorité des utilisateurs. Cette voie permet d'obtenir le maximum d'effet et le meilleur *rush*. Les effets sont plus agréables, mais les risques pour la santé sont également plus importants (voir plus bas). Des doses de 3 à 10 mg d'héroïne donnent des concentrations de l'ordre de 60 à 400 ng/ml, lesquelles varient grandement d'un sujet à l'autre. Ces concentrations chutent rapidement aux limites de détection au terme de 30 minutes.

Comme tout opiacé, la diacéylmorphine exerce son effet en se liant aux récepteurs opioïdes qui sont des récepteurs spécifiques aux morphiniques endogènes ou endorphines. Les récepteurs se situent dans le cerveau, la moelle épinière ainsi que dans certains viscères, comme l'intestin. Leur activation, par les endorphines ou les opiacés exogènes, entraîne une puissante analgésie, de l'euphorie, une dépendance physique et les autres effets indésirables caractéristiques de ces substances (constipation, dépression respiratoire, transpiration, etc.). L'activation continue des récepteurs par les opiacés entraîne un ajustement de leur efficacité, ce qui explique les phénomènes de tolérance* et de dépendance physiologique*.

L'effet recherché par le consommateur d'héroïne n'est pas l'analgésie physique ni le sommeil, mais plutôt l'euphorie et l'analgésie psychologique, c'est-à-dire la sensation de bien-être, de satisfaction et de détachement qu'ils procurent. Notons cependant que la dysphorie, les nausées et les vomissements sont fréquents, particulièrement chez les novices.

Ordinairement, après l'injection d'une dose d'héroïne suffisante, le sujet ressent une euphorie intense qui dure de 45 secondes à quelques minutes. Cette euphorie est décrite comme une sensation orgasmique éprouvée au niveau de l'abdomen. Ce *rush* peut être obtenu à partir de doses de 10 à 25 mg.

Par la suite, une période de sédation, de sensation de paix et de tranquillité s'installe et dure environ une heure. Les mouvements particuliers de la tête témoignent d'un assoupissement. L'effet euphorisant qui persiste est souvent décrit comme une sensation de bien-être accompagnée d'une impression de flottement et de détachement contemplatif de l'environnement physique et social. L'imagerie mentale devient plus abondante, donnant l'impression d'un rêve éveillé. Au surplus, l'anxiété et la douleur autant physique que morale du sujet sont grandement atténuées. Les pulsions sexuelles sont diminuées. L'individu est apathique. Il a de la difficulté à se concentrer et peut présenter des problèmes d'élocution. Ses paupières sont lourdes et son acuité visuelle est réduite, particulièrement en vision nocturne.

A l'examen, on constate un myosis* important. Pour des doses de 3 à 4 mg, la fréquence respiratoire est légèrement réduite. L'appétit est diminué. La motilité gastro-intestinale est réduite, ce qui entraîne la constipation. Les opiacés stimulent la libération d'histamine*, ce qui entraîne une sensation de chaleur de la peau et de démangeaison. La température corporelle est légèrement réduite, la peau est moite, et on note une sécheresse de la bouche ainsi qu'une transpiration excessive.

Une augmentation de la dose entraîne une augmentation de l'intensité et de la durée de l'effet. L'acuité sensorielle et la réponse aux stimuli sont affectées. L'attention, le jugement, la mémoire et la concentration sont altérés. Le sujet a tendance à s'endormir et manifeste un ralentissement psychomoteur. La fréquence respiratoire diminue graduellement et la respiration devient superficielle. La pression sanguine et le rythme cardiaque diminuent.

La tolérance aux opiacés s'installe et s'accroît rapidement. Le sujet devient très tolérant aux effets agréables, mais aussi à la sédation, à l'analgésie, à l'effet émétique* et à la dépression respiratoire. Il développe cependant peu de tolérance à l'effet constipant et au myosis. D'autre part, on observe une tolérance croisée* entre les agonistes opiacés, laquelle est moins

marquée avec les opiacés agonistes-antagonistes*. L'augmentation rapide de la tolérance entraîne deux complications majeures, l'une de nature financière, l'autre de nature physique. En outre, une tolérance importante s'installe rapidement vis-à-vis des effets euphorisants. La tolérance est grandement réduite après quelques jours d'abstinence. Malgré cela, elle se développe plus rapidement chez l'utilisateur expérimenté sevré qui recommence à consommer que chez le néophyte.

Lorsque la dépendance est installée, la consommation doit permettre de maintenir une concentration minimale dans le sang à tout moment. Cette concentration minimale donnée assure à l'utilisateur le maintien de son intégrité. Lorsqu'il dispose de sommes d'argent plus considérables, il peut alors consommer suffisamment pour ressentir les effets agréables recherchés. Les effets renforçateurs primaires directs (euphorie, anxiolyse*) et indirects (éviter le sevrage) des opiacés, les effets renforçateurs secondaires tels que la présence de compagnons consommateurs et les circonstances dans lesquelles se fait l'auto administration ont une grande influence sur la dépendance.

La dépendance physique n'est cependant pas synonyme de toxicomanie : on estime que plus de 90% des personnes qui consomment des opiacés les abandonnent sans trop de difficultés (Lehmann et Lauzon, 1988). Par contre, les 10% d'individus restants, ayant été exposés à des opiacés très euphorisants et anxiolytiques, les habitudes de consommation sont très difficiles à corriger et le taux de rechute très élevé.

Les derniers développements en matière de théorie de l'addiction* indiquent par ailleurs que l'addiction, telle qu'on la conçoit aujourd'hui au travers de critères diagnostiques, est le résultat de l'interaction entre une longue exposition à la drogue et une vulnérabilité phénotypique*.

En effet, Deroche-Gamonet et al. (2004) montrent qu'après une période prolongée d'auto-administration de drogues, des comportements de type addictif sont trouvés chez les rats. Les données des auteurs montrent des similarités frappantes entre cette espèce et les humains. Quelques rats ont développé des comportements similaires au diagnostique de dépendance du DSM-IV (difficulté à stopper l'utilisation ou à limiter la consommation ; forte motivation à prendre la drogue, avec des activités focalisées sur la façon de s'en procurer et sur sa consommation ; poursuite de la consommation en dépit de ses conséquences négatives). Ces comportements n'apparaissent pas après une courte période d'auto-administration, mais se développent, comme chez l'humain, après une exposition prolongée. De plus, comme chez les personnes dépendantes, les rats présentant des comportements de type addictif ont une plus grande propension à rechuter, même après de longues périodes de sevrage. Enfin, 17% des rats de l'expérience rencontrèrent les trois critères sus-mentionnés. Ce pourcentage est proche de celui des utilisateurs humains de drogue diagnostiqués comme dépendants (15%).

Les hypothèses tirées de la recherche expérimentale prônent que la durée d'exposition est le facteur-clé du développement de l'addiction, alors que la pratique clinique favorise la théorie d'une vulnérabilité aux drogues chez certains individus. Les données de Deroche-Gamonet et al. (2004) indiquent que c'est l'interaction de ces deux facteurs qui détermine le développement de l'addiction.

Le sevrage de la diacéylmorphine débute 6 à 12 heures après l'administration de la dernière dose d'héroïne. Au début du sevrage, les symptômes ressemblent à ceux d'une grippe accompagnés d'anxiété et de bâillements. Par la suite, le sujet passe par une étape de sommeil dit « yen », un sommeil agité et persistant plusieurs heures. Le sevrage atteint son paroxysme après 36 à 72 heures. A ce moment, le sujet éprouve de très importants troubles gastro-intestinaux. Ses pupilles sont dilatées et il a la chair de poule. Ces signes s'accompagnent d'un désir obsédant de consommer la drogue. On peut noter également l'anxiété, l'insomnie,

les perturbations importantes du sommeil, l'agressivité, la rage, le délire paranoïde, la tachycardie et l'hypertension. La majeure partie de ces symptômes se résorbent en 5 à 10 jours. Certains symptômes d'abstinence persistent cependant au-delà de cette période. Ce syndrome d'abstinence prolongé se caractérise par l'obsession de consommer, l'anxiété, l'agitation, l'insomnie et les variations de poids.

3. Historique

La diacétylmorphine a été synthétisée pour la première fois en 1874 par Wright et Beckett. Plus de vingt années plus tard, Heinrich Dreser préconise l'utilisation de la diacétylmorphine comme médication « héroïque » pour le soulagement de la toux, particulièrement chez les patients tuberculeux. La diacétylmorphine est commercialisée et on prétend à l'époque qu'elle ne cause pas de dépendance. Elle est même utilisée par certains pour traiter les personnes dépendantes de la morphine. Elle est alors disponible sous forme de sirop ou de comprimés et vendue librement en tant qu'analgésique plus puissant que l'aspirine.

Aux Etats-Unis, entre 1914 et 1916, l'héroïne devient une drogue récréative de choix chez les jeunes. Rapidement, les problèmes liés à cette consommation devinrent évidents et favorisèrent l'apparition de centres spécialisés de délivrance de morphine dans un but de maintenance. Les traitements offerts donnèrent peu de résultats et la maintenance fut bannie à moins qu'elle ne fasse partie d'une cure plus globale. Par la suite, un centre de Louisiane obtint des résultats tout à fait probants en laissant croître l'accoutumance jusqu'à un point d'équilibre. Les toxicomanes en traitement pouvaient mener une vie productive et relativement normale, en vivant et travaillant à l'extérieur du centre. La détermination des autorités à supprimer toute distribution légale de drogue finit par avoir raison de tous les centres de ce genre.

Au début du vingtième siècle, plusieurs pays bannissent l'opium, la morphine et la cocaïne, mais pas l'héroïne. C'est à cette époque qu'un nombre croissant d'utilisateurs commencent à s'injecter et à priser (*sniffer*) l'héroïne.

Dans les années vingt, la dépendance à l'héroïne devient tellement problématique que la consommation de ce produit est prohibée un peu partout dans le monde. En effet, la première tentative de contrôle global de la distribution de l'héroïne date de 1914 aux Etats-Unis avec la loi Harrison sur les narcotiques. Mais il faut attendre 1925 pour voir les États-Unis d'Amérique interdire la fabrication, le trafic et la consommation d'héroïne. En 1931 plusieurs pays suivent cet exemple avec la signature de la convention sur les stupéfiants. Seul le Royaume-Uni lui conserve une place dans la pharmacopée pour le traitement de la douleur et de la dépendance aux opiacés.

A partir de 1935, plusieurs analogues synthétiques et semi-synthétiques de la morphine sont mis au point. Les agonistes-antagonistes et, ultérieurement, les antagonistes sont découverts et utilisés comme antidotes. On parle alors de traitements de désintoxication, mais il n'est pas encore question de substitution.

Au cours de la Seconde Guerre mondiale, des chimistes allemands synthétisent l'aldophine, un substitut synthétique de la morphine, rebaptisé méthadone en 1946. Par la suite, des cliniciens commencent à l'utiliser dans le traitement de la dépendance aux opiacés pour réaliser une désintoxication. A partir des années soixante, suivant les travaux de Dole, Nyswander et Kreek, la méthadone est sélectionnée pour les traitements de maintenance. Depuis, les programmes de maintenance aux opiacés se réalisent quasi exclusivement au moyen de la méthadone.

Depuis son introduction en thérapie, la méthadone a été sujette à un processus de révision et d'évaluation constante qui a permis de démontrer son efficacité élevée (Drucker et al., 1998 ; Gibson et al., 1999). Récemment, des nouveaux agonistes opioïdes ont été introduits dans l'arsenal médicamenteux des programmes de maintenance.

Le LAAM (lévo-acétylméthadol) est un agoniste opiacé à longue durée d'action, ne nécessitant qu'une administration tous les deux ou trois jours. L'utilisation du LAAM n'est pas aussi répandue dans le monde que celle de la méthadone. En effet, malgré des résultats qui semblent plus positifs que ceux de la méthadone (Clarck et al., 2004), plusieurs cas d'arythmie cardiaque associée à une prolongation de l'intervalle QT ont mis en jeu la vie de patients et ont conduit à la remise en question de la présence de ce produit sur le marché.

La buprénorphine est un agoniste-antagoniste opiacé, particulièrement utilisé en France. Les traitements de maintenance basés sur cette molécule constituent des interventions efficaces, mais pas plus que ceux à la méthadone dans des dosages adéquats (Mattick et al., 2004). Récemment, une formule dépôt a été étudiée et montre des résultats tout à fait intéressants (Sobel et al., 2004).

La pharmacothérapie à base d'opiacés oraux est donc fermement établie comme traitement principal de l'addiction aux opiacés illicites depuis les deux dernières décennies. Les histoires socio-politiques, les régulations nationales ou locales ainsi que les modèles de délivrance varient considérablement d'un pays à l'autre.

La diacétylmorphine a acquis un nouveau statut depuis 1961 : la Convention Unique sur les stupéfiants classa la diacétylmorphine parmi les drogues particulièrement dangereuses, mais lui réserva un statut expérimental. Cette nouvelle législation ouvrit la voie aux programmes de recherche sur la prescription de diacétylmorphine.

La propagation de l'addiction à l'héroïne dans les années septante et quatre-vingt, l'augmentation des décès liés à la drogue et l'épidémie des infections HIV et du SIDA parmi les personnes dépendantes ont créé un contexte favorable à une discussion intense sur la prescription de diacétylmorphine.

En effet, malgré ses résultats clairement favorables, la méthadone est insuffisante, dans son mode d'utilisation actuel, pour répondre aux nécessités d'un groupe déterminé d'utilisateurs d'héroïne qui ne s'engagent pas, suivent de manière chaotique ou abandonnent les programmes disponibles.

C'est face à un tel sous-groupe de la sous-population des usagers d'héroïne que, dès le début des années nonante, les hypothèses de travail qu'avait soutenu le *British System*³ furent examinées.

Une proportion considérable d'utilisateurs illégaux d'opiacés ne peuvent donc pas être efficacement retenus voire attirés par les traitements à la méthadone. Les revues portant sur les études de traitement suggèrent qu'une proportion de 30 à 70 % des sujets quitte le traitement à la méthadone endéans les premiers 12-24 mois (Bertschy, 1995).

Une hypothèse qui explique le manque d'attractivité, la déficience du suivi ou l'abandon des traitements à la méthadone veut que celle-ci n'ait pas été sélectionnée par Dole et Nyswander pour ses qualités thérapeutiques particulières dans la dépendance à l'héroïne, mais parce que cette substance possède des caractéristiques pharmacocinétiques et pharmacodynamiques qui lui permettent d'être administrée par voie orale et une seule fois par jour, sans provoquer de

³ Le *British System* sera décrit chapitre 6 section 6.1.

sensations plaisantes trop évidentes qui auraient pu offenser la société nord-américaine des années soixante (Trujols et al., 2000).

On constate que ce sont les utilisateurs d'opiacés les plus difficiles et les plus problématiques qui ne peuvent être attirés par les traitements à la méthadone ou retenus dans ceux-ci. Ces obstacles apparents de désirabilité et d'efficacité des traitements à la méthadone ont mis en place des « limites naturelles » au rôle et à l'efficacité des traitements à la méthadone au niveau de la population. Le traitement assisté à la diacétylmorphine semble ainsi répondre aux limitations du système de soin actuel qui ne parvient pas à atteindre adéquatement une certaine proportion des toxicomanes. Etant donné les caractéristiques de ce sous-groupe, le traitement à la diacétylmorphine est généralement considéré comme dernier recours et comme une addition au système actuel de traitement de l'addiction. Le but premier du traitement restant l'abstinence ou la maintenance, comme dans les formes de traitement précédentes.

Des projets expérimentaux de délivrance d'héroïne sous contrôle sont à l'étude dans un certain nombre de pays : Belgique, France, Luxembourg. Des expériences sont actuellement en cours en Allemagne, en Espagne et au Canada. Les études suisses et néerlandaises sont aujourd'hui terminées et la plupart des données sont actuellement disponibles.

4. Problèmes de santé liés à l'utilisation d'héroïne

Selon l'étude de l'impact et conséquences des maladies, *Global Burden of Disease* (Murray et Lopez, 1996), en 1990, dans les économies de marché, la consommation illicite de drogues aurait été responsable de 28'800 décès (soit 0,4 % du nombre total des décès) ; de 717'000 Années de Vie Perdues (AVP) dues à la mortalité (1,4 % du nombre total des AVP) ; de 1'598'000 Années de Vie Perdues dues à une Incapacité (3,3% du nombre total des API) ; de 2'315'000 Années de Vie en Incapacité (2,3% du nombre total AVI).

Il est également intéressant de noter que dans la plupart des pays de l'Union Européenne, entre 50 et 70% des patients en demande de traitement sont des consommateurs d'héroïne (EMCDDA, 2003). Les pays limitrophes de la Belgique présentent ce taux de 50-70 %, mais ce chiffre dépasserait les 70 % au Luxembourg.

Les effets néfastes de la consommation d'héroïne ne sont pas dus au produit lui-même, mais bien au mode d'utilisation. En effet, la consommation d'opiacés sur base quotidienne sous supervision médicale entraîne relativement peu de problèmes (Léonard et Ben Amar, 2002).

Chaque voie d'administration aura ainsi ses inconvénients propres.

Ainsi, par la voie sniffée, prise, on note des petits risques d'infection de la paroi nasale et de rhinite. Le partage des pailles induit un risque d'hépatite B ou C.

La « chasse au dragon » implique particulièrement des complications pulmonaires : de l'asthme, des difficultés plus ou moins importantes à respirer, des bronchites chroniques.

A terme, la consommation d'héroïne par voie intraveineuse est la plus dangereuse. Le consommateur peut constater une destruction progressive de son système veineux (inflammations, veines bouchées). La pratique de l'injection peut également occasionner des abcès, de la septicémie*, des nécroses*, de la cellulite. Le partage du matériel (aiguille, coton, filtre, cuillère, eau) véhicule des maladies telles que le SIDA, l'hépatite B et C, le tétanos et récemment en Belgique, la tuberculose. Le risque de surdose et de décès est accru par ce mode de consommation. Il existe enfin un risque d'endocardite* suite à des injections non-stériles. Une étude de Oppenheimer et al. (1994) montre que la mortalité annuelle est 12 fois plus élevée parmi les utilisateurs d'héroïne par injection intraveineuse que dans la population générale.

Deux tiers des utilisateurs illégaux d'opiacés consomment leur substance de choix par voie intraveineuse (EMCDDA, 2000). Ce mode d'administration augmente les risques d'infection et en Europe, le taux d'infection par le virus HIV parmi les Utilisateurs de Drogues par Injection (UDI) est compris entre 0,5 et 32 %. L'incidence de cas de SIDA chez ces mêmes UDI s'étend entre 5 et 65 % (EMCDDA, 2000). La majorité des UDI sont infectés par l'hépatite B ou C (Kuo et al., 2004) et le taux de prévalence de ces infections dans cette population peut atteindre localement les 90 % (EMCDDA, 1999).

Une toxicomanie aux opiacés non-traitée accroît encore les dangers de la consommation. Au niveau de l'individu et de la société, ces dangers sont extrêmement élevés. Les toxicomanes âgés qui ne sont pas dans un traitement adéquat ont un risque de mortalité particulièrement plus élevé (Grönbladh et al., 1990) et ont tendance à souffrir de maladies chroniques comme l'hépatite, le HIV/SIDA et d'autres infections. Souvent, leurs conditions de vie sont marquées par la marginalisation sociale. Parmi ceux qui suivent un traitement à la méthadone, le taux de mortalité est substantiellement plus élevé chez ceux pour qui la thérapie a été un échec que pour ceux qui ont été traités avec succès. D'un point de vue social, l'addiction aux opiacés est la cause d'un coût important dû aux crimes et aux traitements de maladies secondaires à la consommation.

Un autre aspect est celui de la comorbidité* psychiatrique. En effet, une étude de Frei et Rehms (2002a) indique que 86% d'un échantillon de 85 opiomanes présentent au moins une pathologie Axe I ou Axe II (DSM-IV)*. La plupart des patients de cet échantillon présentaient des troubles de la personnalité (58%) (trouble de l'axe II). Parmi les autres troubles observés, les auteurs trouvent des troubles affectifs (55%) et des troubles anxieux (26%). Dans une méta-analyse des mêmes auteurs (2002b), portant sur une population de 3 753 opiomanes, au moins un trouble psychique comorbide a été diagnostiqué chez 78% des sujets. Les troubles les plus souvent observés étaient les troubles de la personnalité (42%), suivi des troubles affectifs* (31%) et des troubles anxieux (8%).

5. Consommation d'héroïne en Belgique

Les données concernant la consommation d'héroïne en Belgique sont malheureusement difficile à obtenir. Le nombre d'usagers problématiques d'opiacés (défini comme le nombre d'usagers d'opiacés en demande d'un traitement) a été estimé à un taux de prévalence parmi les 15-54 ans de 0,63% (Leurquin et al., 2000). Le travail de Leurquin et al. (2000) répertorie également 20 200 usagers de drogues par intraveineuse âgés de 15 à 54 ans, soit 0,36% de cette catégorie d'âge.

Nous présentons ici les données concernant d'autres pays afin de donner au lecteur une idée de l'importance de la consommation d'héroïne.

Actuellement, on estime que 0,1 à 0,5 % de la population des économies de marché sont des utilisateurs illégaux d'opiacés. Plus spécifiquement, les personnes dépendantes des opiacés dans la communauté européenne représenteraient de 94 à 400 personnes pour 100'000 adultes âgés de 15 à 64 ans (Farrell et al., 2001). Dans les pays européens, le nombre total de décès liés à l'utilisation de drogue s'élèverait à 7'419 en 1996 (EMCDDA, 2000). Les données belges en matière de décès liés à l'utilisation de drogues prêtent à caution (Reggers et al., 2002).

6. Les expériences étrangères

6.1. Le Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, la prescription de diacétylmorphine à des usagers de drogues à titre de traitement médical relève d'une longue tradition qui trouve son origine dans les années 1920 et qui s'inscrit dans un contexte historique propre à ce pays (Spear, 2002). En effet, il existe une situation distincte comparée aux autres états, puisque la prescription de la diacétylmorphine s'est vue continuée dans le contexte d'une politique définie par la *Commission Rollerstone* en 1926. Cette commission admit que la dépendance aux drogues devait être considérée comme une maladie chronique. Tout en conservant l'abstinence comme objectif primordial de tout traitement de dépendance, ce système, dit « British System », autorisait tout médecin à prescrire de la morphine ou de l'héroïne injectable à leur patient afin de mettre en place un sevrage progressif, pour autant qu'elle puisse permettre au patient de « mener une vie utile ».

Appliqué avec succès jusqu'à la fin des années soixante, le *British System* sera modifié lors de la promulgation du *Dangerous Drug Act* de 1967. A cette époque, le nombre d'usagers de diacétylmorphine détournée n'a cessé d'augmenter. Cette loi limita donc l'autorisation de prescrire de l'héroïne aux seuls médecins détenteurs d'une licence accordée tous les trois ans par le *Home Office* (Ministère de l'Intérieur). En pratique, seuls les psychiatres attachés aux centres de traitement de la toxicomanie du *National Health Service* (NHS) en bénéficient.

Bien qu'il n'existe aucune politique nationale, aucun protocole strict, aucun critère d'admissibilité des patients, le *British System* se caractérise encore actuellement par la flexibilité et la diversité de la prescription. Cependant, en l'absence de cadre, il n'existe pas de gardes-fous tant pour se prémunir d'abus que d'utilisations incorrectes par les patients. Prescrite par des médecins attachés à des dispensaires spécialisés, la diacétylmorphine est délivrée par des pharmacies de quartier (avec des tampons stériles et de l'eau) pour être administrée chez soi, sans surveillance. La plupart des utilisateurs vont la chercher tous les jours à la pharmacie. La diacétylmorphine est prescrite sous forme de poudre sèche en ampoule de 10, 30 et 100mg pour l'injection intraveineuse. Elle est également disponible sous forme de comprimés, de cigarettes imprégnées ou en solution.

Il est important de noter qu'aujourd'hui encore, dans ce système, la prescription de diacétylmorphine dans le traitement de la dépendance aux opiacés ne représente qu'une petite fraction de la prescription en Grande-Bretagne. En effet, la diacétylmorphine est majoritairement prescrite dans des cas d'infarctus du myocarde, de soins palliatifs, d'œdèmes pulmonaires et de douleurs post-opératoires (Gossop et al., 1994).

La prescription de diacétylmorphine pour le traitement de la toxicodépendance est rare, peu de médecins le font et beaucoup de ceux qui la prescrivent le font à contrecœur (Metrebian et al., 2002 ; Stimson et Metrebian, 2003). On compte environ 100 médecins du NHS qui sont détenteur d'une licence, mais seulement 20 médecins sont à l'origine de la majorité des prescriptions. Ces prescriptions ne concernent par ailleurs qu'environ 400 patients, la méthadone représentant le traitement le plus souvent utilisé. Une enquête de Metrebian et al. (2002) montre que les critères d'éligibilité des patients varient grandement d'un praticien à l'autre, ainsi que la dose quotidienne prescrite.

Depuis les années septante, la méthadone est le traitement le plus commun pour la dépendance aux opiacés au Royaume-Uni, mais toutes les personnes dépendantes aux opiacés n'en bénéficient pas. De ce fait, a cru l'intérêt de la recherche pour la prescription de diacétylmorphine au Royaume-Uni.

La première étude concernant la prescription de diacétylmorphine était anglaise : en 1980, Hartnoll et al. sélectionnent 96 héroïnomanes, âgés de 18 à 32 ans, présentant un passé d'addiction aux opiacés d'une moyenne de 6 ans et une utilisation quotidienne d'héroïne sous forme injectable depuis trois mois au moins. Ceux-ci furent aléatoirement placés dans un traitement par injection de diacétylmorphine (n = 44 ; 30 à 120 mg) ou par méthadone orale (n = 52 ; 10 à 120 mg). Leur progrès fut évalué pendant 12 mois. Les résultats de cette étude furent équivoques : on trouve une rétention supérieure dans le groupe diacétylmorphine, ainsi qu'une diminution légèrement supérieure de la consommation illicite d'opiacés et de la criminalité. D'un autre côté, on relève une diminution plus régulière de la dépendance et un taux d'abstinence plus élevé dans le groupe méthadone. De plus, les auteurs ne trouvèrent aucune différence entre les deux groupes au point de vue de l'emploi, de la santé et de la consommation d'autres drogues. Cette étude n'a donc pas montré de préférence claire pour un traitement par rapport à l'autre. Les conclusions que l'on peut tirer du travail de Hartnoll et al. sont cependant limitées : en effet, le processus d'allocation aléatoire des sujets n'est que peu décrit et les doses utilisées (tant dans le groupe traité à la diacétylmorphine que dans l'autre) sont insuffisantes. Hartnoll et al., quant à eux, conclurent que le choix de recourir à l'un ou l'autre traitement dépendait de l'objectif poursuivi : aider un petit nombre d'héroïnomanes à en finir avec leur dépendance (méthadone) ou améliorer l'état du plus grand nombre possible d'usagers (diacétylmorphine).

Certains se servirent de cette étude pour favoriser une politique de santé publique en matière de toxicomanie basée essentiellement sur des objectifs de sevrage au détriment d'une politique de réduction des dommages. Le nombre de prescription de diacétylmorphine ne cessa donc de diminuer pour ne plus concerner actuellement que 1 à 2 % du nombre total de prescription concernant des traitements de substitution (Metrebian, 2002).

Une étude par Battersby et al. (1992), traitant 40 sujets avec de la méthadone ou de la diacétylmorphine, toutes deux par voie veineuse, n'a pas pu obtenir de conclusions à propos de l'importance et de l'efficacité de ces thérapies. Environ un tiers des sujets montrèrent une amélioration, 9 atteignirent une abstinence complète, mais les conditions sociales de 8 sujets se détériorèrent significativement. Se posa alors la question de la pertinence de ces traitements, les auteurs ne concluant qu'à un rôle très limité de l'injection d'agonistes opiacés.

Cette question fut résolue avec le travail de Metrebian et al. en 1996. Cette étude porte sur 58 patients à qui le choix avait été donné entre un traitement à la diacétylmorphine ou à la méthadone dans la plus grande clinique de prescription de Londres. Cette étude démontre l'efficacité des deux types de traitement (bonne rétention, diminution substantielle de la consommation de drogues illicites et des comportements à risque ainsi que des activités criminelles). Malheureusement, aucune comparaison ne fut faite entre les deux groupes.

Il ressort d'une étude récente (Metrebian, 2002) que les médecins hésitent à prescrire l'héroïne en l'absence d'études sérieuses démontrant scientifiquement son efficacité sur le plan clinique. Fautes de preuves, la diacétylmorphine semble donc reléguée au second plan, mais la recherche clinique nécessaire n'intéresse pas, semble-t-il, les spécialistes du domaine. Les quelques expériences et observations menées au Royaume-Uni ne fournissent pas de preuve définitive des avantages sanitaires et sociaux qu'un tel traitement peut fournir.

6.2. La Suisse

Au début des années quatre-vingt, la Suisse connaît une augmentation du nombre d'utilisateurs illégaux de psychotropes. Plusieurs scènes ouvertes de la drogue existaient déjà et les problèmes liés aux stupéfiants augmentèrent rapidement : les conditions de vie des consommateurs se détériorèrent, la menace du HIV s'intensifia. Pendant presque dix ans, la seule réponse du gouvernement suisse fut la répression, mais elle ne résolut pas le problème. Le gouvernement fédéral introduit, en 1991, une nouvelle politique en matière de drogue autour de quatre piliers : répression, prévention, thérapie et réduction des dommages.

L'année suivante, alors que les scènes ouvertes sont fermées, le gouvernement accorde la permission de mener des travaux scientifiques concernant la prescription de diacétylmorphine sous contrôle médical. Le processus de réflexion amorcé aboutit au travail d'Annie Mino. Celle-ci rédigea une revue des différentes études scientifiques en matière de prescription de diacétylmorphine et de morphine au niveau international. Son travail suggère que la diacétylmorphine est la meilleure substance pour maintenir la santé physique, mentale et la fonction sociale des héroïnomanes (Mino, 1994).

En 1994, l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) initie le programme PROVE (PROjekt zur ärztlichen VEranschreibung von Betaübungsmitteln : programme de prescription de narcotiques sous contrôle médical) à Zurich. Le projet suisse comportait en fin d'étude 1 146 patients répartis dans 18 centres de quinze villes différentes et a duré 3 ans (janvier 1994-décembre 1996). Les sujets étaient des personnes chez qui la consommation d'héroïne avait une longue histoire et qui avaient à de multiples reprises échoué à des traitements conventionnels.

Le projet suisse constitue une étude de cohorte multicentrique et non-contrôlée comparant sous différents designs (essais randomisés, essais avec indication individuelle, intégration du projet dans des polycliniques prescrivant de la méthadone, intégration du projet dans un établissement pénitentiaire) la diacétylmorphine injectable, fumable, la méthadone orale, injectable et la morphine injectable (Uchtenhagen et al., 1997). Il s'agissait de mettre sur pied un programme d'offre diversifiée de stupéfiants afin d'expérimenter et d'évaluer de nouvelles approches pour le traitement de toxicomanes que les méthodes thérapeutiques classiques ne pouvaient retenir ou atteindre ainsi que de définir dans quelle mesure une telle offre s'avérait, pour cette population résistante, supérieure aux méthodes de traitement habituelles.

Par exemple, le projet PEPS de Genève (Perneger et al., 1998), un essai contrôlé randomisé, comparait un groupe de patients traités pendant 6 mois à la diacétylmorphine par voie intraveineuse (n= 27) à un groupe contrôle de patients sur liste d'attente pour six mois (n = 21). Les patients traités à la diacétylmorphine montrèrent une diminution significative de leur consommation illicite d'héroïne et de benzodiazépines*. De plus, il y eut une diminution des tentatives de suicide dans le groupe diacétylmorphine comparé au groupe contrôle où une augmentation avait eu lieu. Enfin, le groupe expérimental démontra une diminution marquée des revenus illégaux liée à une diminution des comportements délictueux. On peut cependant se demander s'il n'eut pas été plus rigoureux de comparer le groupe expérimental à un groupe contrôle traité à la méthadone. En effet, le projet PEPS tel qu'il a été conçu permet seulement de conclure à l'efficacité de la prescription de diacétylmorphine et non à son efficacité supérieure par rapport à des traitements conventionnels.

D'un point de vue global (Uchtenhagen et al., 1997), les résultats suisses pour les groupes traités à la diacétylmorphine furent significativement meilleurs par rapport aux groupes contrôles. Le taux de rétention fut de 89% après 6 mois, 69% après 18 mois. Plus de la moitié des personnes abandonnant le traitement l'ont fait en passant dans un autre type de traitement

ou ont atteint une abstinence complète. Les effets positifs de la prescription de diacétylmorphine ont été démontrés au point de vue du développement de la santé physique et mentale, de l'intégration sociale et spécialement d'une diminution drastique des activités criminelles associées à la consommation illégale de drogues. La consommation d'héroïne et celle de cocaïne montrèrent une diminution rapide et distincte, alors que la consommation d'alcool et celle de cannabis restèrent virtuellement la même (Uchtenhagen et al., 2003).

D'un autre côté, la diacétylmorphine injectable s'est montrée plus favorable que la méthadone orale et la morphine intraveineuse au point de vue du recrutement des patients, du taux de rétention et de la compliance au traitement. La diacétylmorphine injectable induirait moins d'effets secondaires que la morphine et la méthadone injectables. Il est également important de noter qu'aucune contre-indication absolue à l'encontre de la diacétylmorphine injectable n'a été mise à jour dans cette étude.

Contrairement aux études anglaises, les Suisses ont été à même de conclure par des recommandations claires pour la continuation d'un traitement assisté à la diacétylmorphine restreint, dans des cliniques spécialisées et avec un groupe bien ciblé. Une critique que l'on peut avancer, par rapport à cette étude, est qu'elle fournissait également des services psychosociaux extensifs. Il est dès lors difficile de connaître le poids réel de la prescription d'héroïne dans les résultats obtenus. Malgré cela et malgré que ce programme n'ait pas été conduit comme un essai contrôlé (la plupart des résultats présentés ne dépendant pas de contrôles et randomisations planifiés), cette étude avant-après a produit des résultats très encourageants.

Malgré les critiques, le Conseil Fédéral suisse a décidé d'ancrer le traitement avec prescription de diacétylmorphine en tant qu'option thérapeutique dans le pilier « thérapie » de sa politique en matière de santé publique. Le projet se poursuit donc toujours actuellement et 21 centres de traitement avec prescription de diacétylmorphine sont encore en activité. Ces centres peuvent être publics, universitaires, dépendre d'une association, être indépendants, intégrés à un centre de maintenance à la méthadone, voire même se dérouler en prison. Ils fonctionnent de manière très différentes les uns des autres. Le PEPS de Genève, par exemple, est ouvert 7 jours sur 7, 3 fois par jour et est composé d'une équipe pluridisciplinaire. Les patients, qui s'injectent seuls ou avec l'aide d'un infirmier, viennent sur place prendre leur prescription. La diacétylmorphine est aussi fournie sous forme de comprimés oraux et les patients peuvent demander un supplément de méthadone pour la journée, le week-end ou les vacances, par exemple. La prise en charge est très individualisée.

Les rapports annuels de l'OFSP montrent par ailleurs que ces centres fonctionnent sans qu'aucun accident majeur ne vienne en perturber le bon fonctionnement (OFSP, 2002). Un système de monitoring est en place depuis janvier 2001 et des indicateurs permettent de déterminer dans quelle mesure les objectifs sont atteints. En outre, un système de « *peer-teaching* »* a été développé. Des conférences annuelles ont notamment permis d'échanger et de discuter les résultats concernant le traitement et d'élaborer des stratégies efficaces pour gérer les problèmes qui y sont liés (OFSP, 2004).

Les données du rapport 2002 indiquent que de tous les patients engagés dans le HAT (*Heroin Assisted Treatment*: traitement assisté à l'héroïne) en 2002, 71,5% ont été retenus dans le traitement pendant un an au moins. 52% de ceux qui ont abandonné ont été transférés dans un traitement de maintenance à la méthadone ou dans des traitements basés sur l'abstinence. Les patients restent en moyenne pendant 2,76 ans dans le HAT. Les points négatifs évoqués par ceux-ci tiennent à l'insatisfaction quant aux sanctions en cas d'infraction au règlement et sur l'offre en matière de loisirs et de travail.

Les résultats positifs du PROVE ont été confirmés par de nouvelles études publiées en 2002, en particulier la diminution des comportements criminels (Killias et al., 2002) et le progrès général de la situation sociale et du statut de santé (Güttinger et al., 2002). L'étude de Güttinger et al. (2002) est une étude rétrospective de 6 ans, concernant les patients engagés en 1994 dans le HAT. Parmi ceux qui avaient abandonné le traitement, 64% furent interviewés (n = 112). 111 d'entre eux étaient entrés dans un programme de maintenance à la méthadone ou un programme basé sur l'abstinence. 18 (16%) rapportèrent qu'ils n'avaient pas utilisé illégalement des drogues lors des 6 mois précédant l'interview et qu'ils ne suivaient plus de traitement de substitution. Compte tenu du nombre de personnes qui n'ont pas pu être contactées à nouveau (36% des personnes n'ayant pas été retenus dans le traitement), il est à souligner que les abandons doivent être planifiés avec soins.

Le bilan, après dix années de fonctionnement, est intéressant : la durée optimale de traitement se situerait entre 3,5 et 4 ans et plus longtemps les patients restent en maintenance plus les chances d'un départ positif (arrêt de la consommation, orientation vers une maintenance à la méthadone, vers un traitement visant l'abstinence) sont grandes. Ce traitement ne tend pas à se substituer aux autres traitements existants, mais ne concerne que 4% du nombre total des héroïnomanes. Le but d'atteindre des usagers qui jusque là échappaient aux soins de santé semble donc être maintenu et réalisé avec fruit.

Le coût moyen, dans les centres suisses de traitement ambulatoire, est estimé à 51 CHF (32,95 €). On estime à 96 CHF (62,03 €) le bénéfice économique global dû aux économies réalisées sur les poursuites pénales et les séjours en prison et sur l'amélioration de l'état de santé. Après déductions des coûts, on obtient un bénéfice moyen de 45 CHF (29,08 €) par patient et par jour (OFSP, 1999).

Les derniers chiffres (OFSP, 2004) indiquent un taux d'occupation global de 89,63 %. L'âge moyen des patients est de 37,1 ans (écart-type = 6,2). On compte 76,4 % d'hommes et 23,6 % de femmes.

Les Suisses poursuivent toujours leur objectif de qualité et continuent l'amélioration de leur système de monitoring, l'optimisation de l'utilisation et de l'évaluation des données, réduisent le nombre d'indicateurs et mettent l'accent sur le réseau de « *peer-teaching* ».

Le lecteur intéressé trouvera le détail du fonctionnement suisse dans le « Manuel traitement avec prescription d'héroïne : Directives, recommandations, informations. » (OFSP, 2004).

6.3. Les Pays-Bas

En juillet 1998, sous l'égide du Ministère de la Santé publique et du Conseil de la Santé néerlandais, est créé le CCBH (Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden : comité central du traitement des héroïnomanes) avec pour mission d'étudier la faisabilité d'un projet de co-prescription médicale de diacétylmorphine et le cas échéant de conduire les essais et d'en fournir les résultats. Les études pilotes de faisabilité de la co-prescription de diacétylmorphine, menées à Amsterdam ainsi qu'à Rotterdam, n'ayant rencontré aucun problème, le projet fut élargi à quatre autres villes.

Fort des enseignements retirés du projet helvétique, le CCBH (van den Brink et al., 2002) a mené deux essais cliniques randomisés scientifiquement rigoureux. Le premier examinait l'efficacité de la diacétylmorphine injectée, le second l'efficacité de la diacétylmorphine inhalée (par la technique de « chasse au dragon »). Les deux essais avaient un design* semblable, des mesures basées sur des instruments fermement validés et une définition à priori des réponses et des effets.

En effet, étaient considérés comme répondeurs, les sujets qui, au terme des 12 mois de suivi, présentaient, par rapport à leur entrée dans le programme, une amélioration d'au moins 40% dans au moins un des domaines suivant : santé physique, santé mentale et/ou intégration sociale incluant également une diminution de l'activité délinquante. Cette amélioration ne devait cependant pas se faire au détriment de l'un des autres domaines ni s'accompagner d'une augmentation de la consommation illicite de drogues.

Les outils d'évaluation utilisés étaient l'échelle Maudsley (MAP-HSS) pour mesurer le degré de bien-être physique, l'ASI (Addiction Severity Index) pour évaluer le degré d'intégration sociale et le CIDI (Composite International Diagnostic Interview), le SCL-90 (*Symptom Checklist* 90 items) et une partie de l'ASI pour dresser le bilan psychiatrique.

Chaque design comprenait trois phases distinctes : une phase de qualification d'une durée de 4 à 8 semaines, une phase expérimentale de deux fois 6 mois et une période de suivi de 6 mois.

Les essais néerlandais, comme l'étude suisse, visaient une population d'usagers d'héroïne résistante aux traitements. Cette résistance était définie selon 6 critères :

1. une histoire de dépendance à l'héroïne (selon les critères diagnostiques du DSM-IV) d'au moins 5 ans ;
2. une dose de méthadone minimum de 50 mg par inhalation ou de 60 mg par injection quotidienne pendant une période ininterrompue d'au moins 4 semaines endéans les 5 dernières années ;
3. le sujet a participé dans le courant de l'année précédente à un programme méthadone et était en contact régulier avec un programme méthadone au cours des 6 derniers mois ;
4. l'addiction à l'héroïne est chronique et a été traitée sans succès dans un traitement de maintenance à la méthadone ;
5. consommation quotidienne ou presque quotidienne d'héroïne ;
6. fonctionnement physique et/ou mental et/ou social pauvre.

Le premier essai (diacétylmorphine par injection intraveineuse ; n = 174) compare, sur une durée de 12 mois et 6 mois de suivi, des patients recevant de la diacétylmorphine injectée (3 fois par jour, maximum 1000 mg/jour et 400 mg/dose) en combinaison avec de la méthadone *per os** (1 fois par jour, 30-150 mg/j ; n = 76) à des patients ne recevant que de la méthadone orale (1 fois par jour, 30-150 mg/j ; n = 98).

Après douze mois, la différence du pourcentage de répondeurs était de 25% en faveur du groupe traité à la diacétylmorphine.

Le second essai compare trois groupes : dans le premier les patients reçoivent de la méthadone *per os* (1 fois par jour, 30-150mg/j ; n = 139). Les patients du second groupe reçoivent de la diacétylmorphine inhalée (3 fois par jour, maximum 1000 mg/jour et 400 mg/dose) en combinaison avec de la méthadone (1 fois par jour, 30-150 mg/j ; n = 117). Le troisième groupe ne reçoit que de la méthadone orale lors des 6 premiers mois, dans les mêmes proportions que le premier groupe, et subit le même traitement que le second groupe lors des 6 mois suivants (n = 119)

Après douze mois de traitement, la différence du taux de répondeurs s'élève à 22,7% en faveur du groupe expérimental.

En résumé, les résultats montrent que le traitement expérimental, aussi bien dans le design d'injection que dans celui d'inhalation, était significativement plus efficace que le traitement à la méthadone seule. Les chercheurs ont également relevé que chez les patients répondants du groupe expérimental, la réponse au traitement se traduisait de façon générale par une amélioration dans les divers domaines de fonctionnement pris en compte dans l'étude, alors que la réponse au traitement dans le groupe contrôle se manifestait presque exclusivement dans un seul domaine.

Les auteurs concluent que pour des patients résistants aux traitements actuellement disponibles la co-prescription sous supervision médicale de méthadone orale et de diacétylmorphine injectable s'avère considérablement plus efficace qu'un traitement à la méthadone seule. Sur le plan clinique, cette co-prescription entraîne une amélioration considérable de l'état de santé physique et mentale ainsi qu'une meilleure intégration sociale.

6.4. Situation actuelle au Pays-Bas

Malgré ces résultats plus qu'encourageants et la rigueur scientifique des essais néerlandais, en 2002, le gouvernement n'en a pas autorisé la poursuite suite à un changement de majorité politique. En effet, l'assassinat de Pim Fortuyn, en 2002, a permis à l'extrême droite de prendre la seconde place au parlement néerlandais. Avec les Chrétiens Démocrates et les Libéraux Conservateurs, la nouvelle coalition de droite ne soutint pas l'extension ni même la poursuite de la prescription de diacétylmorphine. Le premier signe du changement de climat fut la mauvaise évaluation des essais au parlement, alors que le précédent ministre de la santé les avait considérés comme positifs. De plus, les Chrétiens Démocrates souhaitaient une politique plus répressive en matière de drogue, ainsi qu'un système apparenté au modèle suédois, visant l'abstinence complète et ceci en porte-à-faux avec la politique libérale de réduction des dommages aux Pays-Bas. L'aspect qui dérangeait le plus les Chrétiens Démocrates était la délivrance « d'héroïne gratuite ». Néanmoins, après une timide reprise quelques mois après dans certaines des villes où l'expérience s'était établie, la situation actuelle s'est considérablement modifiée en faveur de cette approche thérapeutique nouvelle et efficace pour les patients les plus résistants au panel disponible pour le moment.

Le 16 juin 2004 le parlement des Pays-Bas a décidé :

1. de transformer l'expérience de co-prescription d'héroïne sous contrôle médical en un traitement supplémentaire dans l'arsenal des soins aux personnes dépendantes des opiacés.
2. d'étendre les 300 places de l'expérience à 1 000 places de traitement et
3. d'étendre le nombre de villes pouvant recevoir ce type de traitement de 6 à 11 ou 15 villes.

4. d'ajouter à la prise en charge disponible lors de la phase expérimentale des traitements psychosociaux.
5. de donner la permission de soumettre le dossier héroïne aux autorités néerlandaises chargée de l'enregistrement (CBG) des médicaments afin que la diacétylmorphine soit formellement enregistrée comme substance médicamenteuse (par voie inhalable et injectable) rentrant dans le traitement de patients chroniquement atteints par la dépendance à l'héroïne et/ou résistants aux solutions de traitements conventionnelles.
6. Par ailleurs en terme de remboursement des coûts liés à ce traitement spécifique, il a été décidé qu'une enveloppe structurelle sur une base annuelle de 5 millions d'euro serait disponible pour les traitements à la diacétylmorphine. Ce qui signifie qu'outre la contribution du Ministère de la Santé, les villes intéressées par l'implantation d'une telle solution sur leur territoire, devront financer les coûts supplémentaires.

A l'heure actuelle 300 patients bénéficient du traitement dans les 6 villes de l'expérience, à savoir : Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Groningen, Den Haag et Heerlen. Les autres villes candidates sont, dans la région d'Amsterdam : Zaandam et Alkmaar; dans le Brabant : Eindhoven, Helmond et Tilburg; dans la région de Den Haag : Delft; dans le Gelderland : Arnhem, Apeldoorn et Nijmegen; dans la région du Nord : Groningen et Leeuwarden; dans la région Haarlem et le Limburg : Maastricht et Sittard; dans l'Overijssel : Deventer, Zwolle; dans la région de Rotterdam: Dordrecht; dans le Twente : Enchede, Almelo et Hengelo.

Aujourd'hui, fin octobre 2004, aucune de ces villes n'a encore commencé parce que n'ayant pas encore reçu d'approbation formelle selon la procédure spécifique choisie par le Ministère néerlandais de la santé (VWS). En effet, il semblerait, sous toute réserve, que les villes ayant déposé leur candidature et ayant trouvé le financement nécessaire, ne commenceront avec ce type de traitement qu'à la mi-2005 au plus tôt.

6.5. L'Allemagne

Au début des années nonante, face à l'augmentation des décès liés à la drogue et à l'épidémie des infections HIV et du SIDA parmi les usagers de drogues, plusieurs villes ont proposé un changement de la loi concernant les narcotiques en Allemagne (BtMG) dans le but d'autoriser le traitement médical à la diacétylmorphine. Aucune de ces initiatives n'eut de succès et il faudra attendre le début de projet suisse en 1994 pour que s'intensifie le débat à propos de l'introduction d'un essai allemand de traitement assisté à la diacétylmorphine.

Un groupe de sept villes intéressées par le projet, les Länder allemands et le Ministère Fédéral de la Santé ont entamé un effort de coopération au printemps 1999 afin de réfléchir à cette question. Le gouvernement nouvellement élu a déclaré son support à l'initiation d'un projet de protocole de prescription de diacétylmorphine en Allemagne. Le Bundesärztkammer (Association Médicale allemande), les départements policiers de plusieurs grandes villes allemandes, plusieurs groupes commerciaux et un ensemble d'experts ont déclaré qu'ils étaient en faveur d'un projet de protocole de traitements basés sur la diacétylmorphine. Le but de ce projet est, *in fine*, de rendre possible un changement de la BtMG.

Un appel à proposition a été soumis à différents instituts de recherche au début de l'année 2002. Le Centre de Recherche Interdisciplinaire sur l'Addiction de la clinique universitaire de Hamburg-Eppendorf, sous la direction du professeur Michael Krausz, a été mandaté pour mener le projet en septembre 2002.

Le projet allemand est un essai clinique pharmacologique qui teste l'efficacité du traitement assisté à la diacétylmorphine en comparaison au traitement à la méthadone. Le projet examinera différents critères du traitement assisté à la diacétylmorphine et ses relations à

différentes variables. Il investiguera la faisabilité et l'efficacité d'éléments de traitements médicaux et psychosociaux variés.

Dans ce cadre, l'objectif du projet allemand de traitement assisté à la diacétylmorphine des personnes dépendantes des opiacés (Krausz et al., 2002) est d'évaluer dans quelle mesure la prescription de diacétylmorphine dans des conditions de traitement structurées et contrôlées est plus efficace, dans des groupes spécifiques de patients, pour atteindre les buts généralement associés aux thérapies standards.

L'hypothèse primaire est que le traitement assisté à la diacétylmorphine est un supplément thérapeutique significatif à l'actuel réseau de traitement des addictions pour des groupes cibles spécifiques de personnes dépendantes de l'héroïne. Le traitement assisté à la diacétylmorphine devrait conduire à des effets positifs plus grands que la méthadone orale au niveau de la santé, de la consommation de drogues illicites, de la criminalité, de la rétention au traitement, du détachement du milieu de la drogue, de la stabilisation sociale, de l'engagement dans de traitements subséquents.

Afin de tester les différentes hypothèses, le projet allemand (Krausz et al., 2001) prévoit de sélectionner ses sujets (qui devraient être au nombre de 1 120) selon certains critères définis : les sujets devront être âgés de 23 ans au moins, avoir une histoire de dépendance aux opiacés (qui est le diagnostique ICD-10 principal) de 5 ans au moins, utiliser quotidiennement et principalement par voie intraveineuse de l'héroïne ou avoir poursuivi la consommation d'héroïne pendant un traitement de maintenance. Ils devront également présenter des symptômes de maladie physique indiquant un état pauvre de santé ou des signes de détérioration mentale, ne pas avoir subi de traitement pour leur addiction depuis au moins 6 mois et résider dans la ville ou la région où a lieu l'expérience depuis 12 mois au moins.

Ces sujets seront répartis en deux groupes : le premier sera composé des personnes qui n'ont pas pu être atteintes avec succès par l'actuel système de soins des addictions (groupe NA). Le second groupe sera constitué des personnes n'ayant pas profité suffisamment du traitement à la méthadone (groupe SM).

Les sujets de chacun de ces deux groupes seront répartis aléatoirement en un groupe expérimental (qui recevront de la diacétylmorphine par injection intraveineuse, 3 fois par jour avec un maximum de 1000mg par jour et 400mg par dose) et en un groupe contrôle (qui recevront de la méthadone orale une fois par jour, sans limite de dosage).

Ces quatre groupes (NA-expé/NA-contrôle/SM-expé/SM-contrôle) seront à leur tour subdivisés en deux catégories de soins psychosociaux: la moitié des sujets suivra un management individuel avec entretiens motivationnels et l'autre moitié recevra des conseils en matière de drogue et des séances de psychoéducation.

La durée prévue de cet essai est de 24 mois. Il est divisé en 2 parties : d'abord l'examen des effets du traitement à la diacétylmorphine dans les groupes décrits ci-dessus et ensuite un suivi de 12 mois afin d'investiguer les effets à long-terme et les questions telles que l'intégration de ce type de traitement au réseau existant.

Les variables principales prises en compte concernent la santé physique et/ou mentale des patients et leur consommation d'héroïne et de cocaïne. Le taux de rétention dans l'étude, le niveau d'intégration sociale, la réduction des comportements délictueux seront examinés comme variables secondaires. Seront considérés comme répondeurs les patients qui, 12 mois après leur entrée dans le programme, présentent une amélioration de leur état de santé physique et/ou mentale d'au moins 20%, par rapport à la ligne de base, parallèlement à une diminution de leur consommation d'héroïne non accompagnée d'une augmentation de l'usage de cocaïne.

L'originalité du projet allemand est donc double puisqu'il va mesurer séparément les réponses de deux types de patients dits résistants (ceux qui jusque là n'étaient pas en contact avec le réseau de soin de santé et ceux qui ont déjà vécu des échecs dans des traitements de maintenance à la méthadone) et évaluer la pertinence de deux types d'intervention psychosociale par rapport à la prescription de diacétylmorphine.

Les résultats du projet allemand viendront plus que probablement confirmer sur le plan clinique les résultats déjà obtenus en Suisse et surtout aux Pays-Bas.

6.6. L'Espagne

En Andalousie, on observe, dans les groupes des héroïnomanes, une proportion de 20 à 30% de patients résistants, c'est-à-dire de personnes qui vivent des échecs dans les thérapies conventionnelles (Hevia Alonso et al., 2002).

Un consensus social et politique atteint en 1997 et le Parlement Andalou ont autorisé un projet diacétylmorphine dans cette région d'Espagne. Ce projet fut élaboré par la direction générale des toxicodépendances, l'école andalouse de santé publique et l'université d'Andalousie. C'est donc ainsi qu'est né le PEPSA (*Programa Experimental de Prescripcion de Estupefacientes en Andalucia* : programme expérimental de prescription de stupéfiant en Andalousie) qui a pour projet de reproduire en Andalousie les expériences suisses et néerlandaises tout en perfectionnant quelques aspects de leur méthodologie. Ce projet a toutefois nécessité que les autorités espagnoles compétentes modifient, en mai 1999, la loi concernant la diacétylmorphine afin de la qualifier de « produit en phase d'investigation ».

Après qu'un premier projet fut refusé par l'Agence espagnole des Médicaments, l'équipe de Hevia Alonso a mis au point un protocole d'étude comparative, randomisée et ouverte de prescriptions diversifiées et individualisées de diacétylmorphine.

L'objectif principal de ce projet est de démontrer que la prescription diversifiée, individualisée et sous protocole, de diacétylmorphine administrée par voie intraveineuse est plus efficace que la prescription de méthadone orale pour améliorer la santé physique et/ou mentale et/ou l'intégration sociale de sujets dépendants des opioïdes qui ont vécu des échecs dans au moins deux traitements conventionnels.

A cette fin, deux groupes seront constitués : un groupe expérimental qui recevra de la diacétylmorphine par voie intraveineuse (100-500mg par jour, n=120) en combinaison avec de la méthadone *per os* (20-60mg par jour). Le groupe contrôle ne recevra que de la méthadone par voie orale (40-150mg par jour, n=120). Dans les deux groupes, la détermination de la dose sera individualisée. De plus, les doses maximums pourront être augmentées dans des cas exceptionnels. Enfin, tous les sujets suivront également un programme de soutien psycho-médico-social. Le projet prévoit un traitement d'une durée de 9 mois.

Les sujets seront considérés comme répondeurs s'ils démontrent une amélioration de leur santé générale de 20% au moins et/ou une amélioration de leur santé mentale de 20% au moins et/ou une amélioration de leur ajustement socio-familial de 20% au moins. Ils devront ne pas présenter de détérioration supérieure à 20% dans l'un ou l'autre de ces domaines.

Le 27 août 2003, les 45 premiers sujets andalous se sont injectés la diacétylmorphine.

Le parlement catalan s'est également montré favorable au lancement d'un projet de recherche. Ce projet a été confié à l'équipe de Trujols et al. (2000) et prévoit une prescription de diacétylmorphine exclusivement par voie orale. Le protocole de recherche a été approuvé par le Ministère de la Santé, mais la date de lancement n'est pas encore arrêtée.

6.7. Le Canada

Le projet canadien (Fischer et al., 2004), baptisé NAOMI (North American Opiate Medication Initiative) est prévu comme un essai contrôlé randomisé, multicentrique de thérapie assistée à la diacétylmorphine pour les utilisateurs d'opiacés réfractaires au traitement.

L'objectif est de déterminer dans quelle mesure la délivrance de diacétylmorphine injectable en combinaison avec de la méthadone *per os* (groupe expérimental) est plus efficace que la thérapie à la méthadone seule (groupe contrôle) pour recruter, retenir et être bénéfique à des utilisateurs chroniques d'opioïdes par injection qui sont résistants aux options de traitements standards actuels.

Les auteurs formulent comme hypothèse primaire que dans le groupe expérimental, la proportion de ceux qui acceptent de participer et sont retenus dans la thérapie après 12 mois ou qui n'utilisent plus de drogues après 12 mois sera plus élevée que dans le groupe contrôle. Ils avancent également que dans le groupe expérimental, la proportion de sujets qui montrent une diminution de leur utilisation illicite de drogues et de leur comportement criminel (mesuré par l'EuroASI) après 12 mois, sera plus élevée que celle du groupe contrôle.

Le projet nécessitera 470 sujets volontaires qui devront répondre à plusieurs critères d'inclusion, semblables à ceux de la plupart des études finalisées ou en projet : être dépendant de l'héroïne (DSM-IV) depuis un minimum de 5 ans, être âgé de 25 ans au moins, utiliser quotidiennement l'opiacé par injection depuis un an au moins, résider depuis un an au moins dans la ville où se tient l'expérience, ne pas avoir suivi de traitement de substitution depuis 6 mois au moins, avoir déjà suivi au moins 2 traitements de substitution durant lesquels, à une occasion au moins, le patient a reçu au moins 60 mg de méthadone tous les jours pendant 30 jours consécutifs ou plus.

Les sujets seront répartis en deux groupes. Le premier (groupe contrôle) sera composé de 210 sujets qui recevront un traitement à la méthadone *per os* (1 fois par jour, dosage basé sur les pratiques usuelles). Dans le second groupe (expérimental, n = 260) les sujets s'injecteront de la diacétylmorphine (trois fois par jour) et recevront de la méthadone (une fois par jour). 50 sujets du groupe expérimental recevront de l'hydromorphone (une molécule pharmacologiquement similaire à la diacétylmorphine) en lieu et place de la diacétylmorphine. Cette condition servira à évaluer la consommation d'héroïne illicite auto-révélée. Les dosages de diacétylmorphine et de méthadone seront ajustés selon les données de l'expérience suisse. Le traitement durera 12 mois, après lesquels les sujets seront suivis pendant 12 autres mois (des rétributions pécuniaires seront utilisées à ce moment pour assurer un suivi complet).

Les mesures évalueront les domaines habituels de santé physique et mentale, les données criminologiques, la qualité de vie, l'insertion sociale, etc. Les outils utilisés seront les suivants : examen physique, examen psychiatrique, EuroASI et suppléments, SF-36, WHO-DAS II, EuroQOL et toxicologie urinaire. Les sujets seront considérés comme répondeur s'ils montrent au moins 20% d'amélioration, par rapport à la ligne de base*, à la sous-échelle de consommation illicite de drogues de l'EuroASI ou dans la sous-échelle de statut légal de ce même instrument, ou dans ces deux sous-échelles. Ils ne devront pas montrer une détérioration de plus de 10%, par rapport à la ligne de base, sur l'une ou l'autre des sous-échelles de l'EuroASI. Les sujets seront définis comme « retenus à 12 mois » s'ils rencontrent un des 4 critères suivants : compliant* à la médication de l'étude lors des 10 à 14 derniers jours du traitement, est engagé dans un programme de désintoxication à la date de fin de traitement, est engagé dans un programme « *drug-free* » (sans drogue) à la date de fin de traitement, est abstinent à la date de la fin de traitement.

Sur le plan du design et des outils utilisés, ce projet n'apporte pas de nombreuses innovations par rapport aux expériences précédentes. Il s'inspire d'ailleurs en grande partie des expériences suisses et néerlandaises. Le seul apport du projet NAOMI réside dans la constitution d'un groupe traité à l'hydromorphe qui permettra d'évaluer la fiabilité de la consommation d'héroïne auto-révolée.

Ce projet devait avoir démarré depuis le 31 mars 2004. Selon des données non-officielles datant de la fin octobre 2004, il débiterait en décembre 2004.

6.8. Les autres pays

D'autres pays ont également entrepris des recherches dans l'optique de mettre sur pied, dans un avenir proche, des essais de traitement avec prescription de diacétylmorphine.

Ainsi au Grand-Duché du Luxembourg, la révision de la loi sur les stupéfiants, adoptée en mars 2001, a institué une base légale au traitement avec prescription de diacétylmorphine. Le Ministère de la Santé a décidé qu'un essai démarrerait en 2004 et a mis en place un groupe de travail chargé de le préparer. Ni les institutions qui participeront à ce projet ni le lieu de l'étude ne sont encore connus.

En France, dans le courant du deuxième trimestre 2001, le gouvernement et le Ministère de la Santé ont approuvé par principe le lancement d'un projet de recherche sur le traitement avec prescription de diacétylmorphine et ont mandaté un groupe d'experts chargés de préparer cette expérience. Avec la victoire de la droite aux élections du printemps 2002, le gouvernement en place a à nouveau tendance à privilégier des objectifs d'abstinence en matière de politique de la drogue. Pour cette raison, il ne faut pas s'attendre à ce que la France mette prochainement en route un essai de traitement avec prescription d'héroïne.

Quant à l'étude de faisabilité en Australie, elle fut interrompue en août 1997 après que le gouvernement fédéral eut retiré son soutien suite à un changement de majorité.

7. Conclusion

Les risques liés à une expérience de délivrance contrôlée de diacétylmorphine sont multiples, mais certains d'entre eux ont été contournés par les expériences suisses et néerlandaises. Ainsi, pour éviter une migration de toxicomanes venant d'autres régions, l'essai de van den Brink et al. (2002) limitait l'inclusion des sujets aux personnes qui étaient enregistrées dans la ville où le traitement se déroulait depuis au moins trois ans. Les problèmes liés à une grossesse durant le traitement peuvent être évités, autant que faire se peut, en excluant les sujets de sexe féminin enceintes au début de l'expérience, en encourageant la protection des rapports sexuels et en pratiquant régulièrement un test de grossesse.

On pourrait également penser que la prescription de diacétylmorphine pourrait réduire la motivation à une désintoxication. L'expérience suisse semble montrer que ce n'est pas le cas, puisque la moitié des sujets de l'essai ont abandonné le traitement pour passer à un traitement à la méthadone ou mieux encore à un traitement visant l'abstinence.

L'exemple du Royaume-Uni permet de penser qu'il n'y aura pas de prescription massive de diacétylmorphine. En effet, les médecins anglais prescrivent peu et ceux qui le font le font à contrecœur (Metrebian et al., 2002).

Tant dans l'expérience suisse que néerlandaise, aucune dose de diacétylmorphine n'a été détournée sur le marché noir. On ne déplore, pour les deux essais confondus, que dix-huit tentatives infructueuses de détournement.

Les nuisances publiques semblent, dans les essais suisse et néerlandais, très modérées. La mise en place d'un règlement d'ordre intérieur a, selon l'équipe suisse, joué un rôle important dans la minimisation des événements indésirables.

Le traitement à la diacétylmorphine ne semble pas devenir ingérable à long terme puisque la Suisse et les Pays-Bas poursuivent encore aujourd'hui, dix ans après le début des essais pour les premiers, la prescription sans qu'aucun problème majeur ne soit rencontré.

Les expériences pourraient encourager les personnes peu ou non dépendantes à devenir dépendantes afin de pouvoir participer aux expériences. Cependant, l'installation de la prescription de diacétylmorphine en tant que modalité thérapeutique en Suisse n'a pas créé un appel d'air. Les toxicomanes ne portent donc pas un intérêt aussi marqué qu'on le suppose pour la prescription d'héroïne. Il semblerait par ailleurs que les sujets ne cherchent pas le produit en soi, mais plutôt une porte d'entrée dans le système. Une fois introduits, ils souhaitent passer à autre chose. On peut même se demander si le simple fait de participer à une expérience de délivrance de diacétylmorphine et donc d'être reconnu comme une personne dépendante de l'héroïne n'a pas d'effet en soi.

Reste que la délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical pourrait encore comporter certains inconvénients : ainsi une expérience peut rendre l'application de la loi plus complexe en ce que la différence entre la diacétylmorphine et l'héroïne s'estomperait ou en permettant une certaine justification des crimes commis sous l'influence de la prescription de diacétylmorphine ; un essai pourrait conduire à adopter des attitudes plus permissives en matière de drogues illégales ; la sécurité routière pourrait être compromise par les participants à l'expérience...

De plus, l'expérience suisse s'est rapidement trouvée confrontée à un problème d'organisation. En effet, dans l'expérience PEPS (Perneger et al., 1998), certains sujets contrôle n'ont pas accepté longtemps d'être bloqué sur la liste d'attente. Ils exigeaient de pouvoir subir un traitement également, ce que les auteurs ne purent refuser étant donné la positivité des résultats déjà obtenus.

Cela étant dit, les travaux suisses et néerlandais ont démontré que la prescription de diacétylmorphine était matériellement faisable et sans conséquence pour la santé des patients. Cette modalité thérapeutique s'est montrée considérablement plus efficace que les programmes de traitement à la méthadone. On a pu observer un taux de rétention important dans les groupes traités à la diacétylmorphine, une amélioration considérable de la santé physique, mentale, de l'intégration sociale et familiale, ainsi qu'une diminution de la consommation illicite de drogues et des comportements délictueux. Les effets bénéfiques du traitement basé sur la diacétylmorphine semblent liés à sa continuité dans le temps et il constitue, en définitive, un complément thérapeutique important permettant d'inclure dans le réseau de soins de santé des personnes fortement dépendantes. On a donc pu atteindre le sous-groupe des personnes dépendantes des opiacés résistantes aux traitements conventionnels. La plupart des résultats obtenus dans cette population particulière sont positifs. Ils sont d'autant plus encourageants qu'on avait été incapable, jusque là, d'atteindre avec fruits ces patients dits résistants.

Selon Stimson et Metrebian (2003), la prescription de diacétylmorphine apporterait plusieurs bénéfices. Elle attirerait des personnes qui ne le sont pas par d'autres traitements et les y retiendrait plus longtemps. Elle aiderait les personnes à stopper ou réduire leur utilisation d'héroïne, court-circuitant ainsi le marché illicite et s'assurer que les personnes dépendantes de l'héroïne peuvent utiliser une drogue de qualité et de puissance connue. La prescription de diacétylmorphine sous contrôle médical réduirait le nombre de personnes souffrant de problèmes de santé ou utilisant des pratiques malsaines d'injection qui peuvent conduire à la

transmission du virus HIV ou de l'hépatite B ou C. Elle réduirait les crimes qui permettent de maintenir les habitudes toxicomanes, ce qui résultera en des coûts de justice criminelle et de prison amoindris. Enfin, elle fournirait une pierre angulaire à un changement graduel de la consommation d'héroïne vers la méthadone ou l'abstinence.

Comment les sujets vivent-ils la prescription d'un opiacé injectable ? Un travail de Sell et Zador (2004) a tenté de répondre à cette question par rapport au contexte britannique. 104 sujets, d'un âge moyen de 36,3 ans ont été interrogés. La majorité (75%) recevaient de la méthadone injectable, les 25% restant recevant de la diacétylmorphine injectable. La plupart du temps, ce type de traitement a été recherché pour être à même de recevoir un produit de dose et de pureté connue, pour améliorer les relations familiales et pour éviter les problèmes de justice. La moitié était satisfaite du traitement, mais un grand nombre des patients traités à la méthadone souhaitaient passer à la diacétylmorphine ou augmenter leur dose. Bien qu'un certain nombre de qualités furent reconnues à la méthadone, les sujets citèrent de nombreux avantages de la diacétylmorphine par rapport à celle-là. On peut citer, entre-autres, la plus grande facilité d'injection, la similitude des effets recherchés avec l'héroïne, l'absence des effets déplaisants de la méthadone, la meilleure formulation pharmaceutique, etc.

Les critiques les plus souvent avancées à l'égard du traitement assisté à la diacétylmorphine (voir, par exemple, Copeman, 2002) sont les mêmes que l'on formulait à l'égard du traitement à la méthadone il y a 20 ou 30 ans. Elles incluent, la plupart du temps le fait que fournir de la diacétylmorphine prolonge la dépendance du patient, le fait qu'il s'agisse d'une résignation à l'incurabilité de l'addiction. L'idée de réduction des dommages (qui sous-tend la réalisation de tous les projets finalisés, en cours ou planifiés) a été complètement mise à l'écart dans la formulation de ces critiques.

Les idées préconçues se doivent d'être graduellement remplacées par des perceptions plus réalistes du problème de la drogue et du traitement des personnes toxico-dépendantes résistantes.

La possibilité de l'implémentation de traitements assistés à la diacétylmorphine doit également passer par un changement de la mentalité qui gravite autour de l'héroïne, tant dans l'esprit du public, des médecins que dans celui des consommateurs de drogue. En effet, l'héroïne est vécue comme un symbole de maladie et de danger social et doit devenir une substance à valeur thérapeutique, utilisée dans la légitimité médicale. Pour le consommateur, l'usage d'héroïne qui, jusque là, constituait une partie de son style de vie que l'on pourrait qualifier d'hédoniste, doit devenir un médicament et il devra se considérer lui-même comme une personne souffrant d'une maladie chronique qui nécessite ce médicament.

IV Analyse quantitative des expériences finalisées

1. Introduction

Comme nous l'avons vu dans la revue de littérature concernant les aspects médicaux de la délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical, les programmes de réduction des dommages, efficaces chez un grand nombre de patients dépendants et malgré leur grande accessibilité, ne parviennent toujours pas à toucher certains sous-groupes de patients très sévèrement dépendants ou de patients ayant présenté de multiples échecs aux traitements actuellement disponibles.

Pour atteindre ces populations qualifiées de résistantes, diverses expériences de délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical ont été tentées à l'étranger (Royaume-Uni, Suisse et Pays-Bas).

Afin de mesurer les effets de ces diverses expériences de délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical, une méta-analyse avait été planifiée. Cette analyse quantitative sera basée sur les méthodes utilisées par les Cochrane Reviews et décrites par Cucherat (1997) et réalisée sur les données disponibles et accessibles au moment de la recherche grâce au programme *Comprehensive Meta-Analysis*TM.

Il est important de signaler ici que depuis que la proposition de projet DHCo a été mise en place, une Cochrane Review sur les traitements à base de diacétylmorphine a été réalisée par Ferri et al. (2003). Celle-ci a conclu à l'impossibilité de comparer les études finalisées et n'a donc pas calculé de statistique de méta-analyse à proprement parler.

Sensu stricto, la décision de Ferri et al. est peu critiquable. Néanmoins, afin d'intégrer, malgré tout, des indices communs aux différents essais, certains calculs ont tout de même été mis en œuvre dans le présent travail. Il s'agira donc de conduire une méta-analyse plus souple que celle de Ferri et al. qui autorisera la comparaison des données. Ainsi, à titre indicatif, une estimation approximative sera à disposition.

Il importe au lecteur peu averti de ce type de travail quantitatif de bien mesurer les conclusions que l'on peut tirer d'une telle approche. En effet, Cucherat (1997) nous rappelle que la méta-analyse est une démarche plus qu'une simple technique, qui a pour but de combiner les résultats de plusieurs essais thérapeutiques pour en faire une synthèse reproductible et quantifiée. Cette synthèse génère un gain de puissance statistique (au sens où les essais cliniques isolés n'ont parfois pas assez de sujets – patients, pour pouvoir mesurer certaines différences) dans la recherche de l'effet d'un traitement, une précision optimale dans l'estimation de la taille de l'effet et permet en cas de résultats apparemment discordants d'obtenir une vue globale de la situation. Appliquée à la médecine la méta-analyse répond à un besoin grandissant du fait du nombre croissant des connaissances sur lesquelles doivent se baser les décisions médicales et les choix thérapeutiques. C'est cette démarche qui a prévalu dans la mise en analyse de la littérature relative à la délivrance d'héroïne sous contrôle médical.

2. Matériel et méthodes

1.1. Recherche

La recherche des études ayant déjà été réalisée pour la revue de littérature concernant les aspects médicaux, les études ont été recherchées sur base de cette bibliographie. Les auteurs des différents essais ont été contactés afin d'obtenir un maximum de données, mais ceux-ci n'ont pas répondu favorablement eut égard à la nature jugée confidentielle de leurs données.

Les critères d'inclusion des études étaient les suivants :

1. porter sur des sujets dépendant de l'héroïne ;
2. cette dépendance devait être suffisamment marquée pour convaincre les mandataires de la recherche d'inclure les patients dans un traitement ;
3. l'intervention devait consister en une prescription de diacétylmorphine seule ou en combinaison avec de la méthadone et devait être comparée à n'importe quel autre traitement de maintenance ;
4. Idéalement, une méta-analyse ne devrait inclure que des essais contrôlés randomisés (*Randomized Control Trials* - RCT) (Kunz et al., 2004). Cependant, les seuls RCT correctement réalisés à ce jour sont les deux de van den Brink et al. (2002). Aussi il a été décidé que tout essai impliquant un contrôle de l'intervention serait inclus.

Au premier abord, les études éligibles selon les critères sus-cités sont : Battersby et al. (1992), Hartnoll et al. (1980), MacCusker et Davies (1996), Metrebian et al. (1996), Perneger et al. (1998), Uchtenhagen et al. (1997), van den Brink et al. (2002a), van den Brink et al. (2002b).

Après analyse, trois études doivent être écartées de la méta-analyse. L'étude de Battersby et al. (1992) est une étude rétrospective dont les données sont difficilement analysables et qui ne comparait que peu les groupes diacétylmorphine et méthadone. Metrebian et al. (1996) n'ont pas comparé le groupe traité à la diacétylmorphine au groupe traité à la méthadone. La présentation de leur données ne nous permet pas de procéder à cette comparaison. Enfin, l'étude de cohorte multicentrique de Uchtenhagen et al. (1997), étant un plan avant-après, ne permet aucune comparaison à un groupe contrôle. En effet, même si théoriquement, le groupe expérimental est son propre contrôle, il n'est pas possible de comparer un pourcentage de rétention dans le traitement, par exemple, puisque le traitement n'était par définition pas appliqué avant l'expérience.

2.1. Description des études retenues

Sept études rencontrent donc les critères d'inclusion sus-cités. Elles comprennent un total de 643 patients.

1. Hartnoll et al. (1980)

- Sujets : N = 96, héroïnomanes ayant pris contact avec la Clinique de Dépendance à la Drogue du CHU de Londres. Ils étaient âgés de 18 à 32 ans ($\mu = 24$ ans), présentant un passé d'addiction aux opiacés d'une moyenne de 6 ans et une utilisation quotidienne d'héroïne sous forme injectable depuis trois mois au moins.
- Intervention : aléatoirement placés dans un traitement
 - Expérimental : par injection de diacétylmorphine (n = 44 ; 30 à 120 mg)
 - Contrôle : par méthadone *per os* (voie orale – p.o.) (n = 52 ; 10 à 120 mg).
 - Durée de 12 mois.
- Mesures d'*outcome* : rétention, utilisation illicite d'opiacés, utilisation d'autres drogues, emploi, santé, criminalité.
- Type d'étude : essai clinique randomisé.

2. McCusker et Davies (1996)

- Sujets : N = 66, issus de trois cliniques spécialisées et dont l'héroïne était la drogue principalement utilisée avant l'entrée en traitement.

- Intervention : les sujets étaient déjà répartis en deux groupes au début de l'expérience, un appariement selon l'âge, le genre, la durée moyenne de consommation et la durée moyenne de prescription a été mis en place.
 - Expérimental : diacétylmorphine par injection ou fumée (n = 27 ; dosage selon la consommation illicite).
 - Contrôle : méthadone p.o. (n = 39 ; dosage selon la consommation illicite).
 - Durée : 12 mois.
- Mesures : rétention, dosage quotidien d'opiacés prescrits, utilisation illicite de drogues, argent dépensé dans l'achat illicite de drogues, santé somatique, comportements à risque, fonctionnement psychologique, fonctionnement social.
- Type d'étude : étude de cas contrôlée.

3. Perneger et al. (1998)

- Sujets : N = 51, recrutés dans le canton de Genève, âgés de plus de 20 ans, consommateurs quotidiens d'héroïne par injection intraveineuse depuis 2 ans au moins, marginalisés ou présentant des signes de santé pauvre et ayant déjà vécus des échecs dans deux traitements de la dépendance.
- Intervention : aléatoirement placés dans un traitement
 - Expérimental à la diacétylmorphine par voie intraveineuse (n= 27 ; μ = 500 mg/jour)
 - Contrôle de patients sur liste d'attente (n = 24).
 - Durée de 6 mois.
- Mesures d'*outcome* : consommation illicite d'héroïne, statut de santé, logement, dépenses mensuelles liées à la drogue, sources de revenus, comportement criminel.
- Type d'étude : essai clinique randomisé.

4. van den Brink et al. (2002a)

- Sujets : N = 174, usagers d'héroïne résistants aux traitements. Cette résistance était définie selon 6 critères :
 - a) une histoire de dépendance à l'héroïne (selon les critères diagnostiques du DSM-IV) d'au moins 5 ans ;
 - b) une dose de méthadone minimum de 50 mg par inhalation ou de 60 mg par injection quotidienne pendant une période ininterrompue d'au moins 4 semaines endéans les 5 dernières années ;
 - c) le sujet a participé dans le courant de l'année précédente à un programme méthadone et était en contact régulier avec un programme méthadone au cours des 6 derniers mois ;
 - d) l'addiction à l'héroïne est chronique et a été traitée sans succès dans un traitement de maintenance à la méthadone ;
 - e) consommation quotidienne ou presque quotidienne d'héroïne ;
 - f) fonctionnement physique et/ou mental et/ou social pauvre.
- Intervention :
 - Expérimentale : diacétylmorphine injectée (μ = 549mg/jour) en combinaison avec de la méthadone *per os* (μ = 71 mg/j ; n = 76).
 - Contrôle : méthadone p.o. (μ = 60 mg/jour ; n = 98).
 - Durée 12 mois

- Mesures d'*outcome* : achèvement du traitement, réponse au traitement après douze mois (amélioration de 40% au moins dans un des domaines étudiés : santé physique, statut psychiatrique, fonctionnement social et consommation de drogues ; cette amélioration ne devait pas se faire au détriment d'un autre domaine ou d'une augmentation de la consommation)
- Type d'étude : essai contrôlé randomisé.

5. van den Brink et al. (2002b)

- Sujets : N = 375, usagers d'héroïne résistants aux traitements. Cette résistance était définie selon les 6 critères de van den Brink et al. (2002a).
- Intervention :
 - Expérimental : diacétylmorphine inhalée (547 mg/jour) en combinaison avec de la méthadone *per os* (57 mg/jour ; n = 117).
 - Contrôle : méthadone orale (67mg/jour ; n = 139).
 - Groupe C : Conditions du groupe expérimental pendant les 6 premiers mois et du groupe contrôle pendant les 6 derniers (μ méthadone = 66mg/jour ; μ diacétylmorphine = 539 mg/jour ; n = 119).
 - Durée 12 mois
- Mesure d'*outcome* : achèvement du traitement, réponse au traitement après douze mois (amélioration de 40% au moins dans un des domaines étudiés : santé physique, statut psychiatrique, fonctionnement social et consommation de drogues ; cette amélioration ne devait pas se faire au détriment d'un autre domaine ou d'une augmentation de la consommation)
- Type d'étude : essai contrôlé randomisé.

Etude	Publication	N	Groupes*	N	Durée	Outcomes	Résultats**
Hartnoll et al. (1980)	Archives of General Psychiatry	96	DAM Méthadone	44 72	12 mois	rétenion utilisation illicite d'opiacés utilisation d'autres drogues Emploi Santé Criminalité	+ - = = = +
McCusker et Davies (1996)	Journal of Substance Abuse Treatment	66	DAM Méthadone	27 39	12 mois	Rétention utilisation illicite d'opiacés dépenses liées à la drogue santé somatique comportements à risque fonctionnement psychologique fonctionnement social	+ = + = + + =
Perneger et al. (1998)	British Medical Journal	51	DAM Autre traitement de maintenance	27 24	6 mois	utilisation illicite d'opiacés statut de santé Logement dépenses liées à la drogue sources de revenus comportements criminels	+ + = + + +
van den Brink et al. (2002a)	Edité par le CCBH	174	DAM i.v. + méthadone p.o. méthadone p.o.	76 98	12 mois	Rétention réponse au traitement	- +
van den Brink et al. (2002b)	Edité par le CCBH	375	DAM inhalée + méthadone p.o. méthadone p.o.	117 139	12 mois	Rétention réponse au traitement	- +

* Groupes pris en considération dans la présente analyse. Le groupe C de van den Brink (2002b), où les sujets sont traités pendant 6 mois à la méthadone, puis pendant 6 mois avec une co-prescription héroïne/méthadone, n'est pas pris en compte.

** + indique un résultat favorable pour le groupe héroïne, = une différence non-significative, - un résultat en faveur de la méthadone.

DAM = Diacétylmorphine

Tableau 1 : résumé des caractéristiques des études prises en considération

2.2. Extraction des données

La manière dont sont présentés les résultats dans les cinq essais retenus va permettre de calculer des risques.

Le risque, dans un groupe donné, est la proportion de personnes qui présentent un évènement généralement négatif (un décès, par exemple) sur le nombre total de sujet de ce groupe. Ainsi, si dans un traitement quelconque, 4 sujets sur 100 sont décédés, on dira qu'il y a un risque de 4% de décéder suite à ce traitement.

Le calcul de ce risque permet de calculer un **Risque Relatif (RR)**, c'est-à-dire de comparer le **Risque** dans un groupe **expérimental (Re)** par rapport à un risque de base, c'est-à-dire par rapport au **Risque** dans le groupe **contrôle (Rc)**. Si le risque de décès est de 2% dans un groupe expérimental ($Re = 0,02$) et de 4% dans un groupe contrôle ($Rc = 0,04$), le risque relatif est de $0,02/0,04$, soit de 0,5 et l'on peut conclure qu'un patient aurait 2 fois plus de chance de décéder dans le groupe contrôle.

2.2.1 Rétention

Rappel : e = groupe expérimental – c = groupe contrôle

1. Hartnoll et al. (1980)

- 31/44 patients du groupe diacétylmorphine ont été retenus après 12 mois de traitement ; 13/52 patients du groupe méthadone ont été retenus après 12 mois de traitement.
- $Re = 70,45\%$ - $Rc = 25\%$ - $RR = 2,82$; $IC^{95\%} [1,70-4,68]$; $p < 0,0000$

Dans cet essai, il y a donc 70% de rétention dans le groupe diacétylmorphine contre 25% dans le groupe méthadone. Ce qui donne un risque relatif de 2,82. Autrement dit, il y a environ 3 fois plus de chance de rester en traitement dans le groupe diacétylmorphine que dans le groupe méthadone. Cette différence d'effet est, de plus, statistiquement significative.

2. McCusker et Davies (1996)

- 26/27 sujets du groupe diacétylmorphine ont été retenus après 12 mois de traitement ; 25/39 patients du groupe méthadone ont été retenus après 12 mois de traitement.
- $Re = 96,30\%$ - $Rc = 64,10\%$ - $RR = 1,50$; $IC^{95\%} [1,17-1,92]$; $p < 0,002$

96 % des sujets traités à la diacétylmorphine restent dans le traitement pendant 12 mois ; ce chiffre est de 64% pour le groupe traité à la méthadone. Il y a donc, dans cet essai, 1,5 fois plus de chance d'être retenu si l'on se trouve dans le groupe diacétylmorphine. Cette différence est statistiquement significative.

3. Perneger et al. (1998)

- 25/27 patients du groupe expérimental ont été retenus à 6 mois ; 22/24 patients du groupe contrôle ont été retenus à 6 mois
- $Re = 92,59\%$ - $Rc = 91,67\%$ - $RR = 1,01$; $IC^{95\%} [0,86 - 1,19]$; $p = 0,90$

Selon les données de cette étude, pour un sujet entrant dans le traitement à la diacétylmorphine, il y a 93% de chance qu'il n'abandonne pas. S'il entrait dans n'importe quel autre traitement de maintenance, il aurait 92 % de chance de ne pas abandonner. Il n'y a pas de différence statistiquement significative et l'on ne peut conclure à un effet favorable du traitement à la diacétylmorphine sur la rétention par rapport à n'importe quel autre traitement de maintenance.

4. van den Brink et al. (2002a)

- 55/76 patients du groupe diacétylmorphine + méthadone ont été retenus à 12 mois ; 83/98 patients du groupe méthadone ont été retenus à 12 mois
- Re = 72,37 % - Rc = 84,69 % - RR = 0,85 ; IC^{95%} [0,73 – 1,01] ; p = 0,05

Dans l'essai « injection » de l'étude de van den Brink, il y a 72% de rétention dans le groupe de co-prescription de diacétylmorphine contre 85% dans le groupe méthadone. Cette différence est à la limite de la significativité, mais nous devons considérer qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes, l'intervalle de confiance du risque relatif incluant 1.

5. van den Brink et al. (2002b)

- 80/117 patients du groupe diacétylmorphine + méthadone ont été retenus à 12 mois ; 121/139 patients du groupe méthadone ont été retenus à 12 mois.
- Re = 68,38 % - Rc = 87,05 % - RR = 0,79 ; IC^{95%} [0,68 – 0,90] ; p = 0,0003

Dans l'essai « inhalation » de l'étude de van den Brink, il y a 68% de rétention dans le groupe de co-prescription de diacétylmorphine contre 87% dans le groupe méthadone. Cette différence est statistiquement significative. On peut donc conclure qu'il y a 1,27 fois plus de chance d'abandonner en étant dans le groupe traité à la diacétylmorphine.

2.2.2 Utilisation d'héroïne illicite

1. Hartnoll et al. (1980)

- Tous les sujets de l'étude poursuivirent l'utilisation d'héroïne.
- Re = 100 % - Rc = 100 % - RR = 0,99 ; IC^{95%} [0,96 – 1,04] ; p = 0,96

Le risque relatif obtenu, son intervalle de confiance ainsi que sa probabilité de dépassement ne permettent de tirer aucune conclusion quant à l'effet du traitement sur la consommation d'héroïne.

2. McCusker et Davies (1996)

- 9/26 sujets du groupe héroïne ont poursuivi l'utilisation d'héroïne ; dans le groupe méthadone 10/25 sujets poursuivirent cette consommation.
- Re = 34,62 % - Rc = 40 % - RR = 1,21 ; IC^{95%} [0,58 – 2,55] ; p = 0,61

Dans cet essai, il est impossible de déterminer si le traitement est favorable à l'arrêt de la consommation d'héroïne eut égard à l'intervalle de confiance du risque relatif incluant 1 ainsi qu'à sa probabilité de dépassement largement supérieure à 0,05.

3. Perneger et al. (1998)

- 6/27 patients du groupe diacétylmorphine poursuivirent l'utilisation d'héroïne ; 14/21 dans le groupe méthadone.
- Re = 22,2 % - Rc = 66,67 % - RR = 0,33 ; IC^{95%} [0,16 – 0,72] ; p = 0,002

Ici, la probabilité de poursuivre la consommation d'héroïne est nettement inférieure dans le groupe traité à l'héroïne avec un risque de 22 % contre 67 % dans le groupe méthadone. Cette différence étant significative, on peut conclure qu'il y a, dans cette étude, environ 3 fois moins de chance de poursuivre la consommation en étant traité à la diacétylmorphine.

4. van den Brink et al. (2002 a et b)

Les données sont intégrées à la mesure de réponse au traitement, ce qui rend impossible leur analyse spécifique.

2.2.3 Utilisation d'autres substances

1. Hartnoll et al. (1980)

Pas de données numériques, les auteurs signalent qu'il n'y a pas de différence notable entre les deux groupes.

2. Perneger et al. (1998)

- L'étude ne révèle aucune différence significative entre les deux groupes, si ce n'est au point de vue de la consommation de benzodiazépines.
- 0/27 sujets du groupe diacétylmorphine utilisaient toujours des benzodiazépines lors du suivi ; 7/21 sujets du groupe méthadone utilisaient toujours des benzodiazépines lors du suivi
- Re = 0 % - Rc = 33,33 % - RR = 0,05 ; IC^{95%} [0,003 - 0,868] ; p = 0,002

Dans l'échantillon de Perneger, le risque de toujours utiliser des benzodiazépines après les 6 mois de traitement est de 0% dans le groupe expérimental contre 33% dans le groupe contrôle. Le risque relatif calculé par *Comprehensive Meta-Analysis*TM permet de conclure, avec 2 chances sur mille de se tromper, qu'il y a 20 fois plus de chance de consommer des benzodiazépines en n'étant pas dans le traitement à la diacétylmorphine.

3. McCusker et Davies (1996)

La présentation des données (indice pour chaque drogue consommée) ne permet pas de savoir combien de sujets ont utilisé illicitement une drogue quelle qu'elle soit.

4. van den Brink et al. (2002)

La mesure de réponse au traitement rend impossible l'analyse spécifique de ces données.

2.2.4 Décès

1. Hartnoll et al. (1980)

- 2/44 patients du groupe diacétylmorphine ; 1/52 patients du groupe méthadone
- Re = 45,5 % - Rc = 1,9 % - RR = 2,36 ; IC^{95%} [0,22 - 25,20] ; p = 0,46

Le risque relatif indiquerait une mortalité plus élevée dans le groupe expérimental. Cependant, la probabilité de dépassement ne permet en aucun cas de tirer une telle conclusion.

2. McCusker et Davies (1996)

- Aucun décès n'a été déploré dans cet essai.
- RR = 1,43 ; IC^{95%} [0,029 - 69,88] ; p = 0,86

Le risque relatif, son intervalle de confiance ainsi que sa probabilité de dépassement ne permettent de tirer aucune conclusion quant à l'effet du traitement sur les décès.

3. Perneger et al. (2002)

- Aucun décès dans cet essai.
- RR = 0,89 ; IC^{95%} (0,02 - 43,35) ; p = 0,95

Le risque de décès serait moins élevé dans le groupe expérimental, mais la différence n'est pas significative.

4. van den Brink et al. (2002a)

- Deux décès, mais rapportés par les auteurs comme “non liés au traitement”.
- RR = 1,29 ; IC^{95%} [0,03 – 64,07] ; p = 0,90

Pas de différence significative au point de vue de la mortalité dans cette étude.

5. van den Brink et al. (2002b)

- Pas de décès.
- RR = 1,19 ; IC^{95%} [0,02 – 59,34] ; p = 0,93

Pas de différence significative au point de vue de la mortalité dans cet essai.

2.2.5 Activités criminelles

1. Hartnoll et al. (1980)

- 27/42 patients du groupe diacétylmorphine et 30/46 du groupe méthadone comptaient sur des activités criminelles en tant que source de revenus.
- Re = 64,29 % - Rc = 65,22 % - RR = 0,99 ; IC^{95%} [0,72 – 1,34] ; p = 0,93

Dans le groupe expérimental, le risque de compter sur des activités criminelles en tant que source de revenu s'élève à 64%. Ce risque est de 65% dans le groupe contrôle. Le risque de compter sur des activités criminelles en tant que source de revenu est donc légèrement plus élevé dans le groupe contrôle, mais non significativement.

2. McCusker et Davies

- 10/26 patients avaient un « statut judiciaire » (en probation ou en attente de jugement) après douze mois dans le groupe diacétylmorphine ; dans le groupe méthadone 8/25 patients avaient un tel statut après douze mois.
- Re = 38,46 % - Rc = 32 % - RR = 1,20 ; IC^{95%} [0,57 - 2,55] ; p = 0,63

38 % des patients du groupe diacétylmorphine avaient un « statut judiciaire » après les douze mois de traitement contre 32% dans le groupe méthadone. Il y a donc 1,2 fois plus de chance d'avoir un tel statut en étant dans le groupe diacétylmorphine, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

3. Perneger et al. (1998)

- 5/27 patients du groupe diacétylmorphine contre 12/21 dans la liste d'attente ont eut des problèmes avec la justice au cours des 6 mois de traitement.
- Re = 18,5 % - Rc = 57,14 % - RR = 0,32 ; IC^{95%} [0,14 – 0,78] ; p = 0,006

Il y a 19% de chance qu'un sujet traité à la diacétylmorphine ait des problèmes avec la justice. Ce risque s'élève à 57% pour un sujet traité à la méthadone. Ce risque est donc 3 fois plus élevé dans le groupe méthadone.

4. van den Brink et al. (2002 a et b)

Données indisponibles pour une analyse spécifique.

3. Résultats

Les résultats suivants ont été calculés grâce au programme *Comprehensive Meta-Analysis*TM. Les résultats fournis consistent en une sorte de moyenne pondérée des risques relatifs de chaque étude. Ils permettent donc de se faire une idée globale des résultats d'un traitement sur base de tous les sujets impliqués dans les différentes études. Ceci permet d'augmenter la puissance statistique (autrement dit, la probabilité de ne pas se tromper en tirant des conclusions) en augmentant la taille de l'échantillon.

Essai	Rétention	Consommation d'héroïne	Benzodiazépine	Décès	Crime
Hartnoll et al. (1980)	+	=		=	=
McCusker et Davies (1996)	+	=		=	=
Perneger et al. (1998)	=	+	+	=	+
van den Brink et al. (2002a)	=			=	
van den Brink et al. (2002b)	-			=	

Tableau 2 : récapitulatif des effets obtenus grâce aux calculs de risques.

3.1.1 Rétention (N = 643)

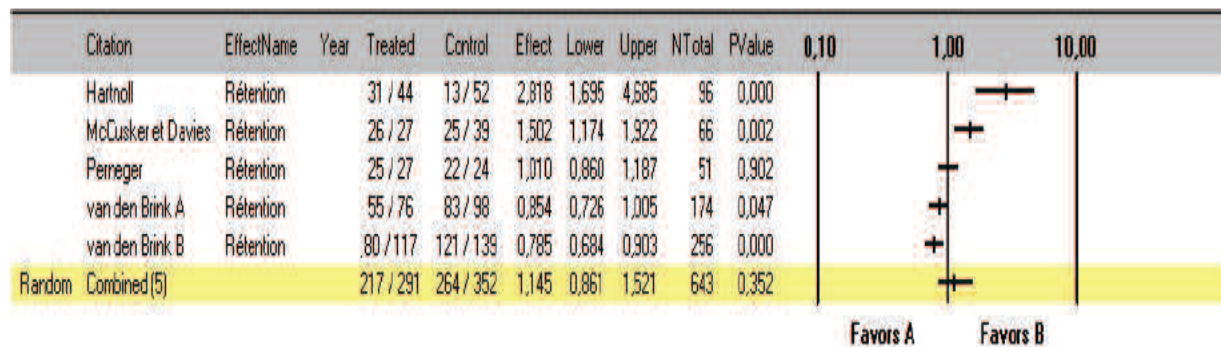


Figure 2 : Risque relatif et son intervalle de confiance dans chaque étude concernant la rétention dans le traitement. Un RR supérieur à 1 indique un effet favorable dans le groupe traité à la diacétylmorphine.

La méthode de Mantel-Haenzel est robuste pour évaluer des critères de jugement binaires tels que ceux présentés dans ce travail. Elle présente également l'avantage de pouvoir s'employer sans modification en cas d'évènements nuls.

En ce qui concerne la rétention, le test d'hétérogénéité fournit les valeurs suivantes :

$$Q(4) = 41,23 ; p < 0,00000$$

Ce qui signifie que les études ne sont pas homogènes dans leurs résultats (la probabilité critique est de 0,10 pour un test d'homogénéité). Ceci conduit à choisir un modèle aléatoire de calcul. Celui-ci fournit les valeurs suivantes :

$$RRc = 1,14 ; IC^{95\%} (0,86 - 1,52) ; p = 0,35$$

Le risque relatif commun (RRc) aux cinq études est la statistique qui prend en compte les données émanant de tous les sujets des différents essais pour évaluer l'efficacité d'un traitement sur un critère donné, en l'occurrence la rétention.

Celui-ci n'est pas significatif (son intervalle de confiance inclut 1, sa probabilité de dépassement est supérieure à 0,05) et ne permet donc pas de tirer des conclusions quant aux effets du traitement sur la rétention. Comme attendu, les essais ne se sont pas montrés homogènes dans leurs résultats, comme l'a montré le test d'hétérogénéité (Q) et sa faible

probabilité de dépassement qui autorise le rejet de l'hypothèse nulle d'homogénéité des essais. L'essai de Hartnoll et al. (1980) et celui de McCusker et Davies (1996) montrent un effet positif, ceux de Perneger et al. (1998) et de van den Brink et al. (2002a) ne montrent pas d'effet, alors que l'essai « inhalation » de van den Brink et al. (2002b) montre un effet supérieur dans le groupe contrôle par rapport au groupe expérimental.

3.1.2 Consommation d'héroïne (N = 197)

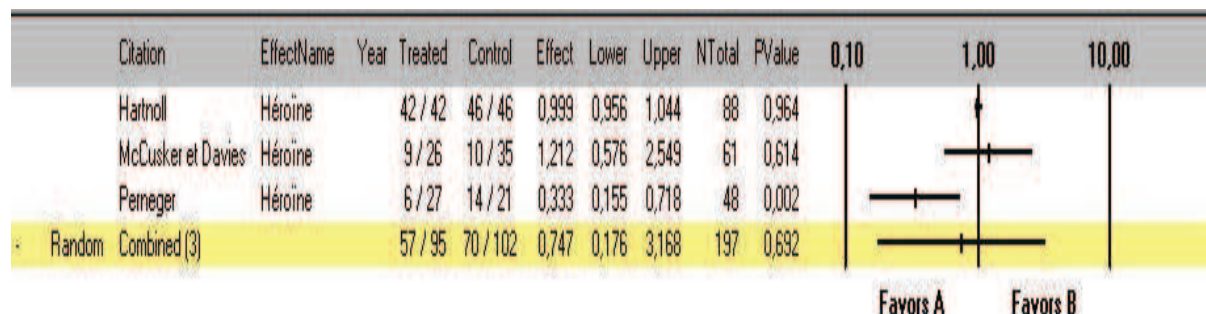


Figure 3 : risque relatif concernant la consommation d'héroïne dans les études de Hartnoll et al. (1980), McCusker et Davies (1996) et Perneger et al. (1998). Un RR inférieur à 1 indique un effet en faveur du traitement à la diacétylmorphine.

En ce qui concerne la consommation d'héroïne, le test d'hétérogénéité fournit les valeurs suivantes :

$$Q(2) = 43,10 ; p < 0,00000$$

Ce qui signifie que les études ne sont pas homogènes dans leurs résultats. Ceci conduit à choisir un modèle aléatoire de calcul. Celui-ci fournit les valeurs suivantes :

$$RRc = 0,75 ; IC^{95\%} (0,18 - 3,17) ; p = 0,69$$

Ce risque relatif commun aux trois études considérées n'est pas statistiquement significatif et ne permet donc pas de tirer des conclusions quant à la consommation d'héroïne. Les résultats sont à nouveau hétérogènes : les résultats de Perneger et al. (1998) indiquent un risque moins élevé de consommer de l'héroïne dans le groupe expérimental, alors que l'étude de Hartnoll et al. (1980) et celle de McCusker et Davies (1996) ne permettent de tirer aucune conclusion.

3.1.3 Consommation d'autres substances

D'après l'étude de Perneger et al. (1998), le traitement à la diacétylmorphine est efficace pour réduire la consommation de benzodiazépine.

$$RR = 0,05 ; IC^{95\%} (0,003 - 0,868) ; p = 0,002$$

3.1.4 Décès (N = 643)

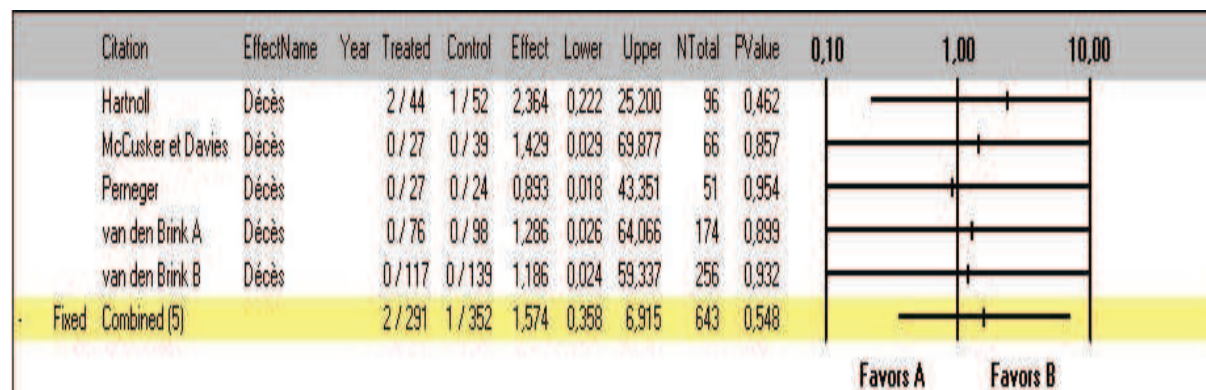


Figure 4 : risques relatifs dans chaque étude concernant les décès.

En ce qui concerne la mortalité, le test d'hétérogénéité fournit les valeurs suivantes :

$$Q(4) = 0,23 ; p = 0,99$$

Ce qui signifie que les études sont homogènes dans leurs résultats. Ceci conduit à choisir un modèle fixe de calcul. Celui-ci fournit les valeurs suivantes :

$$RRc = 1,57 ; IC^{95\%} (0,36 - 6,92) ; p = 0,55$$

Le risque relatif commun n'est pas significatif et ne permet donc pas de tirer des conclusions quant aux effets du traitement sur les décès. Les essais peuvent être considérés comme homogènes. Seul l'essai de Hartnoll et al. (1980) déplore des décès. Ceux-ci sont un peu plus nombreux dans le groupe expérimental, mais le Re indique qu'ils ne comptent que pour 5% de l'effectif expérimental et que la différence avec le groupe contrôle n'est pas significative.

3.1.5 Activités criminelles (N=187)

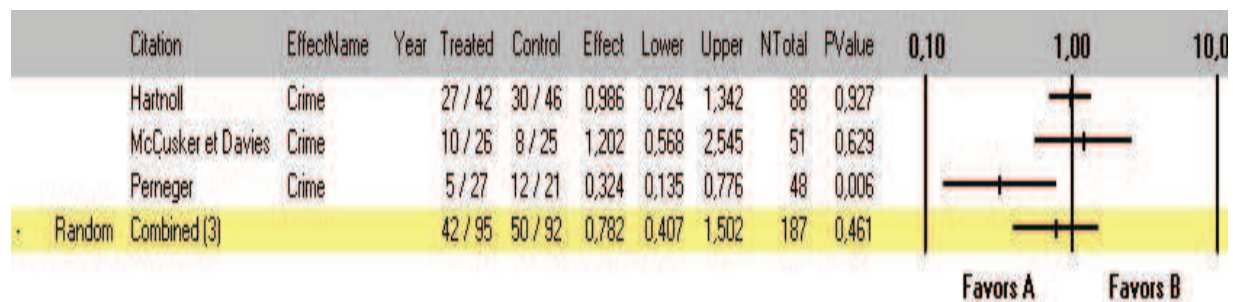


Figure 5 : risque relatif concernant l'activité criminelle dans les essais de Hartnoll et al. (1980) et de Perneger et al. (1998). Un RR inférieur à 1 indique un effet favorable dans le groupe diacétylmorphine.

En ce qui concerne la criminalité, le test d'hétérogénéité fournit les valeurs suivantes :

$$Q(2) = 6,44 ; p = 0,04$$

Ce qui signifie que les études ne sont pas homogènes dans leurs résultats. Ceci conduit à choisir un modèle aléatoire de calcul. Celui-ci fournit les valeurs suivantes :

$$RRc = 0,78 ; IC^{95\%} (0,41 - 1,50) ; p = 0,46$$

Ce résultat non-significatif ne permet pas de tirer des conclusions quant à l'effet du traitement à la diacétylmorphine sur la criminalité.

4. Discussion

Cinq études seulement ont rencontré les critères de sélection de la présente revue. Elles incluent un total de 643 patients. L'hétérogénéité dans les interventions et les mesures d'*outcome* n'ont cependant pas permis une méta-analyse rigoureuse.

La méthode de Mantel-Haenzel ne permet de tirer aucune conclusion concernant la rétention dans le traitement. Prise une à une, on constate que deux études ont montré une rétention significativement meilleure dans le groupe expérimental : celles de Hartnoll et al. (1980) et de McCusker et Davies (1996). Il est intéressant de constater que le meilleur taux de rétention est obtenu dans le pays où la prescription de diacétylmorphine est implantée depuis longtemps et donc dans le pays qui a sans doute la meilleure expérience pratique. A l'inverse, un des essais néerlandais, connus pour leur rigueur, montre une meilleure rétention dans le groupe traité uniquement à la méthadone par rapport au groupe traité à la diacétylmorphine co-prescrite avec de la méthadone.

L'on est en droit de s'interroger face à un tel résultat. D'un côté, ceci peut être expliqué par le fait que, d'après van den Brink et al. (2002), les règles qui permettaient d'abandonner

l'expérience étaient différentes dans les deux groupes. Les résultats concernant la rétention ne doivent pas occulter les résultats positifs, tels que les 69% après dix-huit mois du PROVE (Uchtenhagen, 1997). Cette étude, si elle est construite sur un plan avant-après impossible à inclure dans une méta-analyse, ne doit pas être mise de côté dans une discussion.

La poursuite de la consommation illicite ne peut être envisagée que dans trois études qui ne montrent pas toutes des résultats. Peut-être faut-il voir dans les résultats positifs de l'expérience suisse un reflet du suivi psycho-médico-social intensif dont les sujets expérimentaux bénéficiaient. L'absence d'effet du traitement dans l'essai d'Hartnoll et al. (1980) peut être amoindri si l'on considère les quantités d'héroïne utilisées. L'essai de McCusker et Davies (1996) reste, quant à lui, non-significatif.

Aucune conclusion claire ne peut être tirée quant à la consommation d'autres substances sur base des données disponibles. Il semble, d'après l'essai de Perneger et al. (1998) que les seules substances dont la consommation est significativement réduite sont les benzodiazépines. Rappelons que le PROVE montra une diminution marquée de la consommation d'héroïne, de cocaïne, mais pas d'effet sur la consommation d'alcool et de celle de cannabis.

Les données concernant la mortalité indiquent un très faible taux dans le groupe expérimental comme dans le groupe contrôle. Une seule étude (Hartnoll et al., 1980) déplore des décès liés au traitement, dont le taux s'élève à 5% dans le groupe expérimental contre 2% dans le groupe contrôle. Si l'on peut considérer que le traitement à l'héroïne ne semble pas occasionner de décès, ceci n'est toutefois pas différent des conditions contrôle. Remarquons que les essais sont homogènes dans leur résultats concernant la mortalité (presque pas de décès), ce qui peut être interprété comme un indice de fiabilité et qui permet de conclure à l'innocuité du traitement.

Concernant l'activité criminelle, une des trois études analysables sur ce point montre que le traitement à la diacétylmorphine permet aux patients de ne pas s'engager dans des activités criminelles. Rappelons toutefois que d'autres études (Uchtenhagen, 1997) démontrent une efficacité du traitement à la diacétylmorphine sur cette variable.

Il est important ici de noter que l'étude de van den Brink et al. (2002) utilisait une mesure composite de la réponse au traitement. Comme cela a déjà été mentionnée, un sujet était considéré comme répondeur si, au terme des 12 mois de suivi, il présentait, par rapport à son entrée dans le programme, une amélioration d'au moins 40% dans au moins un des domaines suivant : santé physique, santé mentale et/ou intégration sociale incluant également une diminution de l'activité délinquante. Cette amélioration ne devait cependant pas se faire au détriment de l'un des autres domaines ni s'accompagner d'une augmentation de la consommation illicite de drogues. Les résultats sur cette mesure furent positifs et l'on peut donc considérer que les différents domaines se sont améliorés et qu'ils n'étaient pas accompagnés d'une augmentation de la consommation illicite de drogues.

L'hétérogénéité mise à jour dans les différents résultats plaide en faveur d'une poursuite des études concernant la délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical. Le protocole belge, pour ne pas tomber dans les travers des études précédentes, devra présenter une puissance statistique plus élevée que ses prédécesseurs et donc inclure un plus grand nombre de sujets.

En conclusion, il est très difficile d'établir des données méta-analytiques sur base des essais actuellement disponibles. Il est dès lors très difficile de tirer des conclusions claires quant aux effets des traitements à la diacétylmorphine. Les études varient grandement quant au mode d'intervention, quant à la durée, quant aux mesures prises. Ils ont également été conduits dans

des situations géographiques, sociales et temporelles différentes. Les méthodes de recrutement des patients rendent également problématiques la comparabilité des études.

Nous rejoignons donc les conclusions de Ferri et al. (2003) lorsqu'ils invitent les futurs chercheurs en la matière à trouver des accords quant à ce qui doit être considéré comme un résultat positif. La méta-analyse n'est pas concluante parce que les objectifs des différents auteurs ne sont pas assez uniformes pour permettre l'intégration des données.

Dans cette perspective une étude belge est une nécessité qui devra utiliser une méthodologie permettant les comparaisons : nécessité absolue d'un groupe de contrôle et outils d'évaluation similaires.

V Création du protocole économique

1. Introduction

L'élaboration du protocole économique pour le projet *DHCo* s'inspire de la révision de la littérature présentée dans la première partie de cette section et des recommandations faites par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en ce qui concerne l'évaluation économique des programmes de traitement pour les toxicomanes « *Economic Evaluation* » (Ogborne et al. 2000). Ces recommandations ont été mises en place dans un cadre plus large sur l'évaluation des services et des traitements de substances psycho-actives « *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment Workbook Series* » (Rush, B., Epping-Jordan, J. et al 2000). Le protocole économique détaille les 8 étapes mentionnées par Ogborne et al. (2000). Nous essayerons de créer des arbres de « décision » à partir des questions incluses dans les différents tableaux. Ceci permettra de déterminer le(s) possible(s) protocole(s) économique(s) qui s'ajustent aux objectifs du protocole clinique et du protocole criminologique.

2. Préparation et définition du protocole économique

2.1. Définition de la question économique et perspective de l'étude

La première étape du protocole économique consiste à déterminer quelle est la question économique et la perspective selon laquelle l'évaluation économique sera faite. Ces deux points doivent être choisis simultanément en tenant en compte : i) des objectifs des différents groupes qui participent au projet ; ii) des objectifs du protocole clinique. Il est important de mentionner que la question économique et la perspective de l'analyse ne dépendent pas uniquement du protocole clinique. Nous pouvons considérer que des acteurs liés au programme (par exemple le gouvernement, les communautés, les pouvoirs locaux, etc.) ont besoin d'avoir une perspective sociétale sur le projet, même si le projet vise l'amélioration de la santé du toxicomane. Il est alors indispensable d'établir un accord entre les différents groupes impliqués dans le projet afin d'aboutir à une évaluation économique qui soit le meilleur reflet des différentes perspectives et besoins. La question et la perspective économiques déterminent en grande partie le choix de la méthode d'évaluation utilisée pour analyser les coûts et les résultats du projet.

Le Tableau 3 ci-après présente les deux perspectives et les questions économiques qui pourraient être le point de départ de l'évaluation économique du programme *DHCo*.

Point de départ de l'analyse	<p>OBJECTIF PRINCIPAL DU PROTOCOLE CLINIQUE : Évaluer, sous contrôle universitaire, le suivi prolongé dans une structure de traitement d'un échantillon du groupe d'héroïnomanes.</p> <p>IMPORTANCE DU PROGRAMME DHCo : Les sujets inclus dans le programme DHCo présentent comme caractéristiques d'être fort isolés, de présenter une dépendance sévère aux opiacés et d'être résistants aux traitements de substitution actuellement présentés. Il n'existe pas des données en Belgique sur l'état de santé de ces patients. En effet, nous pouvons considérer que cette population est cachée et risque de ne pas avoir accès au système de soins de santé belge. Les hypothèses sur les caractéristiques de cette population ont été largement considérées dans les « aspects médicaux ».</p>
Perspective <i>QUESTION ÉCONOMIQUE - objectif de l'évaluation</i>	
Santé	<p>Quel est l'impact du programme DHCo sur la santé des toxicomanes ?</p> <p>Dans cette évaluation, la santé du toxicomane est évaluée dans un sens large :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la consommation de stupéfiants • Etat de santé Physique • Pathologies courantes chez les toxicomanes (voir « aspects médicaux »): • Nombre de cas de Sida – Réduction des comportements sexuels à risque • Hépatite A, B, ou C • Tuberculose • Poids et nutrition • Problèmes de peau (présence d'abcès, de phlegmon, de piqûres) • Hospitalisation et décès • Santé Mentale : anxiété et dépression • Fonctionnement social (relations familiales et sociales, emploi, réduction de la criminalité)
Sociétale	<p>Quel est l'impact du programme DHCo sur la réduction des coûts pour la société de la consommation d'héroïne, sur les risques de santé publique et directement sur la santé des toxicomanes ?</p> <p>Selon cette perspective, McLellan, Woody et al (1996) considèrent qu'un programme visant à réduire la consommation de stupéfiants doit être évalué par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La réduction de la consommation de stupéfiants • Une amélioration du fonctionnement personnel et social • Différentes pathologies du toxicomane. Ceci est aussi tenu en compte dans une analyse ayant comme la perspective de la santé. • Santé mentale • Fonctionnement social • Productivité liée à l'emploi • La réduction des dangers pour la santé et la sécurité publique • Réduction de la criminalité (criminalité acquisitive, coûts du système légal) • Cet aspect est largement abordé dans l'analyse présenté précédemment sur le type de criminalité liée à la toxicomanie • Anxiété et dépression • Fonctionnement social (relations familiales et sociales)

Tableau 3 : perspective et question économique

2.2. Groupe de contrôle

Mener une évaluation économique complète (« *full economic evaluation* ») n'est possible que lorsque plusieurs traitements alternatifs sont comparés. En l'absence d'autres alternatives de traitements ou de groupes de contrôle, l'évaluation économique est partielle (« *partial economic evaluation* ») (Drummond, M. F., Stoddart, G. L. et al 1987). Seule une évaluation économique complète permet d'identifier l'efficacité marginale des traitements. Le choix entre une évaluation économique complète et une évaluation économique partielle dépend directement des caractéristiques du projet et du budget disponible pour l'étude. En effet, le protocole clinique détermine l'existence et les caractéristiques du groupe de contrôle ou du traitement alternatif. Le Tableau 4 présente des groupes de contrôle/traitements alternatifs qui pourraient être envisagés dans le cas du DHC0.

Dans le contexte du programme de DHC0, nous avons retenu deux types de groupes de contrôle. D'une part le programme DHC0 utilisera comme groupe de contrôle des toxicomanes suivant un traitement à la méthadone. Une deuxième étude peut être envisagée à partir de l'analyse des résultats « avant et après » traitement. Cependant, lorsqu'il n'existe pas de groupe de contrôle, les bénéfices du traitement sont généralement surestimés du fait des biais d'auto-sélection : les participants au programme, en comparaison des non-participants, sont en général un sous-groupe disposant d'une probabilité de réponse plus élevée.

Nous ne considérons pas comme alternative possible une évaluation de « *do nothing* » (pas de traitement). En effet, lorsque le groupe de contrôle relève de l'alternative « *do nothing* », ceci implique qu'il est nécessaire d'évaluer les coûts et les résultats dans un groupe qui n'est pas traité. En général, obtenir des données sur des toxicomanes qui ne reçoivent pas de traitement est difficile et peut être considéré comme immoral (Ogborne et al. 2000).

Les essais offrent vraisemblablement un design idéal. Cependant, cette procédure est extrêmement coûteuse car il est nécessaire de recueillir pour chaque bras de l'essai des données sur les coûts et les bénéfices. Rehm, Guggenbühl et Uchtenhagen (2000) soulignent la difficulté d'une randomisation dans le cas des toxicomanes (Rehm et al. 2000).

Groupe de contrôle / traitement alternatif	Impact sur l'évaluation économique
1. Délivrance de méthadone	Le protocole expérimental détermine qu'il s'agit d'une étude multicentrique nationale menée en ouvert, randomisée en deux groupes de toxicomanes sévèrement dépendants à l'héroïne, recevant sous contrôle médical de la diacétylmorphine soit de la méthadone en fonction d'un tirage au sort. Dans ce cas, l'évaluation économique permet de définir l'efficacité marginale* des traitements.
2. Analyse « avant et après »	Le protocole d'implémentation détermine que les toxicomanes participant au DHC0, seront évalués selon leur parcours depuis l'entrée jusqu'à la fin du programme. Dans ce contexte le programme DHC0 se situe en dehors de la sphère expérimentale. L'évaluation économique ne permettra pas de faire des inférences sur l'efficacité marginale du traitement en l'absence d'un groupe de contrôle. Cependant, elle permettra de faire une estimation sur l'importance de la mise en place de cette alternative de traitement.

Tableau 4 : Design de l'étude (groupe de contrôle)

2.3. Méthode d'évaluation économique

Pour chaque perspective de contrôle, le Tableau 5 présente les méthodes économiques conseillées ainsi que la question économique et la perspective de l'étude.

L'analyse coûts-bénéfices (CBA) est étroitement liée à l'économie du bien-être. C'est pourquoi elle a été largement utilisée pour analyser les résultats de différents programmes selon une perspective sociétale (Dolan et Edlin 2002). Le choix de la méthode (Analyse de Coûts, Analyse coûts-bénéfices ou analyse coût-efficacité, CEA) dépend de l'objectif du projet et/ou de la perspective de l'analyse. Selon une perspective sociétale, il est préférable d'utiliser CBA que CEA car la consommation de stupéfiants ne cause pas de tort uniquement aux toxicomanes : elle entraîne également des coûts importants pour la société, principalement en termes de criminalité. Néanmoins, dans une perspective de santé, une évaluation de type CEA devrait être privilégiée. Si nous comparons deux projets (délivrance d'héroïne vs. traitement à la méthadone) et si ces deux projets ont un impact similaire sur la réduction de la criminalité, la méthode d'analyse la plus intéressante sera l'analyse coût-efficacité. Avoir recours à un type d'analyse ne signifie pas que l'on exclut les autres, si les données incluses et collectées pour l'étude permettent les deux analyses. Néanmoins, l'utilisation des deux méthodes d'analyse ne se justifie que si deux objectifs différents sont poursuivis.

Par exemple :

- Analyse Coût-Bénéfice : délivrance d'héroïne et réduction de la criminalité
- Analyse Coût-Efficacité : Déterminer la meilleure alternative de traitement entre la délivrance médicale d'héroïne et la méthadone pour des toxicomanes âgés.

Perspective	Question Économique	Évaluation Économique Complète	Méthode d'Evaluation Économique
Santé	Quel est l'impact du programme DHCo sur la santé des toxicomanes ?	Groupe de 'Contrôle': Avant et après	Coût – efficacité
		Groupe de Contrôle: Patient sous méthadone	
Sociétale	Quel est l'impact du programme DHCo sur la réduction des coûts pour la société liés à la consommation d'héroïne, aux risques de santé publique et directement sur la santé des toxicomanes ?	Groupe de 'Contrôle': Avant et après	Coût – Bénéfice
		Groupe de Contrôle: Patient sous méthadone	

Tableau 5 : Méthode économique utilisée selon les caractéristiques du projet.

2.4. Identification, mesure et évaluation des coûts

Les coûts du programme DHCo

Quelques définitions préalables doivent être introduites en ce qui concerne les « coûts » du projet. Nous devons différencier les coûts économiques et les coûts comptables. Les coûts économiques sont ceux qui incluent les flux financiers ainsi que le coût d'opportunité des ressources gratuites utilisées dans le projet. Par contre, les coûts comptables sont ceux qui traduisent le prix du bien sur le marché, le coût de son financement et sa dépréciation (Smith, M. W., Barnett, P. G. et al 2003). Une évaluation économique se fonde sur le coût d'opportunité, c'est-à-dire la valeur du bien ou service dans son meilleur usage alternatif.

Cette définition n'exclut pas la possibilité d'utiliser les coûts comptables dans l'analyse. En effet, les coûts comptables sont souvent utilisés pour établir une partie des coûts économiques ou pour vérifier les données de coûts recueillies à l'aide d'enquêtes.

Le choix de la méthode de recueil des données de coût est lié aux trois premiers points du protocole économique. D'une part, l'évaluation des coûts doit permettre d'identifier « les ressources » utilisées dans le programme DHC_o. Il est important de mentionner que la définition des ressources qui sont incluses dans l'analyse des coûts est liée à la perspective de l'étude et à la question économique. En effet, les évaluations de coûts peuvent varier selon les intérêts des différents groupes qui participent au projet (Godfrey 2000). Le Tableau 6 présente les différents types de ressources qui doivent être inclus dans l'analyse de coûts selon des perspectives et des questions économiques précises. Il est important de mentionner que le changement des comportements criminels des toxicomanes suivant un traitement pour leur addiction peut être inclus parmi l'analyse des coûts. En effet, cette option est valable si et seulement si :

- a. il n'y pas de double comptabilité en les incluant aussi parmi les « résultats (bénéfices) » du projet
- b. si la valeur incluse parmi les coûts est égale à la différence entre la criminalité liée à la toxicomanie avant et après le(s) programme (s) (cette comparaison dépend du groupe de contrôle choisit).

Il est important de préciser qu'il existe d'autres « ressources » qui peuvent faire partie de l'analyse de coûts ou de l'analyse des résultats. Gold, Siegel et al (1996) montrent que le temps employé par le patient pour suivre le traitement peut être introduit au niveau du numérateur (coûts) ou du dénominateur (résultat). Les auteurs mentionnent que la seule difficulté qui peut se présenter lors des transferts des coûts entre le numérateur et le dénominateur est de ne pas pouvoir comparer les ratios coût – efficacité (C/E) (Gold M.R., Siegel J.E. et al 1996). Ce point est abordé plus bas.

McLellan, Woody et al (1996) suggèrent que la réduction de la criminalité puisse être analysée comme un des « résultats » des traitements visant à réduire ou à éliminer la consommation de substances psycho-actives (McLellan et al. 1996). Nous analyserons les coûts de la criminalité selon ce dernier critère.

Perspective	Question Économique	Type de ressources qui font partie de l'analyse des coûts
1. Santé	Quel est l'impact du programme DHC _o sur la santé des toxicomanes ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ressources liées au traitement 2. Soins de santé liés à des conséquences du traitement 3. Ressources des patients (et/ou des familles) utilisées pour suivre le traitement (ex. temps du patient)
2. Sociétale	Quel est l'impact du programme DHC _o sur l'utilisation de substances psycho-actives, sur la santé et l'emploi des toxicomanes et sur les coûts de la criminalité ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ressources liées à la provision du traitement 2. Ressources des patients (et/ou des familles) utilisées pour le traitement (ex. coûts de transport) <p>❖ Coûts de la criminalité liés à la toxicomanie</p>

Tableau 6 : Ressources qui doivent être incluses selon la perspective et la question économique

Les coûts du groupe de contrôle

La récolte des données de coût

Faire une évaluation économique complète sur le programme DHCo implique l'existence d'un groupe de contrôle et/ou d'un traitement alternatif (Tableau 4). Ceci implique que dans certains cas, il est nécessaire de prévoir une collecte de données en ce qui concerne les coûts (et les résultats) des alternatives de traitement. Il est indispensable de faire la récolte des données sur le groupe de contrôle en accord avec la perspective et la question économique établie dans la première partie du protocole économique. En effet, nous pouvons considérer qu'un traitement alternatif a été conçu dans un but différent de celui du programme DHCo. Cependant, l'évaluation de cette alternative doit être en accord avec les objectifs de notre analyse. Il faut donc tenir en compte que l'analyse des coûts peut être faite :

- Dans un seul « type » de service
- Dans plusieurs « types » de service

Lorsque l'analyse porte sur des services ayant des structures différentes (résidentiel vs. non-résidentiel), il est nécessaire de pouvoir recueillir les données sur des catégories standardisées.

Il existe deux méthodes pour mesurer les coûts. La méthode des coûts moyens utilise des sources secondaires et impute « les prix » des interventions qui ont été répertoriées. La méthode de « micro-costing » consiste à faire une collecte de données. Smith, Barnett et al. (2003) mentionnent qu'il est habituel d'utiliser les deux méthodes dans la récolte des coûts d'un projet (Smith, M. W., Barnett, P. G. et al 2003). En général, la méthode de micro-costing est utilisée pour compléter les données obtenues par la méthode des coûts moyens. Cependant, si les coûts moyens disponibles ne correspondent pas de manière précise aux interventions du projet, ces données peuvent générer des biais dans l'analyse des coûts. Sachant que le DHCo est un projet ayant des caractéristiques particulières, il est fortement conseillé d'utiliser du micro-costing. La construction d'un instrument de micro-costing permet de déboucher sur une analyse économique de qualité. Depuis plus de 10 ans, le professeur Michael French de l'Université de Miami développe un instrument de micro-costing, le DATCAP, visant à obtenir les coûts des « cliniques de santé mentale, des services de traitements de l'alcoolisme, des services de traitements non-résidentiels de l'assuétude et pour des programmes d'assistance sociale » (French 2000a; French 2000b). Le DATCAP considère tant les coûts comptables que les coûts économiques (coût d'opportunité). Cet instrument permet d'obtenir les coûts totaux et les coûts par catégorie. Le DATCAP a été conçu pour pouvoir identifier le coût moyen du traitement par patient pendant un période de temps spécifique. En même temps, il permet d'obtenir le coût moyen par épisode de traitement en fonction de sa durée. Nous considérons que l'utilisation du DATCAP permettra d'obtenir une analyse valide des coûts. Son utilisation peut réduire considérablement les coûts de l'évaluation économique du programme DHCo. Cependant, il est important de considérer que l'utilisation correcte du DATCAP nécessite d'une formation préalable ; en outre, il sera nécessaire de le traduire, et de l'adapter aux caractéristiques particulières du projet DHCo.

L'analyse de coût, pré-requis pour une analyse coût-bénéfice et/ou coût-efficacité

L'analyse des coûts est un pré-requis pour une analyse coût-bénéfice et/ou coût-efficacité (coût-utilité). Ceci n'implique pas que les coûts appartenant à une analyse spécifique peuvent assurer le bon déroulement d'une analyse coût-bénéfice et/ou d'une analyse coût-efficacité. Cependant, si l'on considère que les coûts du projet sont uniquement liés aux traitements (la délivrance d'héroïne et le traitement du groupe de contrôle), les données de coûts obtenues à partir d'une méthode de micro-costing pourront être utilisées pour les deux types d'analyse.

Expérience internationale et coûts espérés du programme DHCo

Le Tableau 7 présente les résultats de l'étude de Roebuck, French et McLellan sur 85 études de coûts à l'aide du DATCAP et les coûts du projet PROVE. Nous avons inclus les coûts relatifs au projet PROVE dans ce tableau car il s'agit des seules données disponibles sur les coûts d'un programme de délivrance médicale d'héroïne.

Modalité de traitement	Type de traitement	Coût moyen semaine (\$)	Déviation Standard	Distribution de coûts par catégorie (%)		
				Travail	Immeubles	Fournitures
<i>DATCAP¹</i> <i>Traitement Non-résidentiel</i>	Maintenance à la méthadone	91	33	55.3	13.3	12.6
	Consultation externe régulière	121	85	67.9	10.2	5.5
	Consultation externe intensive	462	243	55.5	20.8	7.3
	Consultation externe pour adolescents	194	91	81.1	4.3	3.0
	Programme de traitement sous supervision légale	82	43	69.5	3.4	2.2
<i>DATCAP¹</i> <i>Traitement résidentiel</i>	Résidentiel pour adultes	700	343	55.5	12.7	10.3
	Résidentiel pour adolescents	1138	-	61.6	8.0	6.4
	Groupe thérapeutique	587	194	47.6	18.2	11.8
	Groupe thérapeutique en prison	55	11	87.7	0.4	1.72
<i>PROVE²</i>	Prescription médicale d'héroïne	273	-	70.0	19.0 ³	

1. (Roebuck et al. 2003) - 2. (Gutzwiller F and Steffen F. 2000). Les coûts de CHF → \$ - 3. % des coûts directs sauf le personnel

Tableau 7 : Analyse des coûts

A partir des données du Tableau 7 nous formulons trois hypothèses sur l'ampleur des coûts en ce qui concerne le programme *DHCo* :

1. Le design du programme *DHCo* est fait sur base d'un traitement non-résidentiel. Cet aspect du programme est fort intéressant. En effet, l'expérience internationale montre que les centres de traitement résidentiels ont des coûts moyens par semaine plus élevés que les centres de traitement non-résidentiels. Nous pouvons donc considérer que les coûts du programme *DHCo* seront moins élevés que ceux des centres de traitement résidentiel de sevrage.
2. La population cible de l'étude est composée de « personnes présentant une toxicomanie grave à l'héroïne, abandonnant, suivant de façon chaotique ou n'ayant pas accès aux traitements actuellement proposés ». Ces individus ont des besoins importants en terme de suivis « psycho-médico-social » ; en conséquence, les coûts du *DHCo* risquent d'être plus importants que dans traitement classique. En effet, l'expérience internationale montre que les traitements d'assuétude pour des populations avec des besoins spécifiques (comme les adolescents) ont des coûts moyens supérieurs aux programmes visant d'autres types de toxicomanes.
3. Nous considérons que les caractéristiques particulières des patients qui sont visés par le programme *DHCo* risquent d'avoir un impact sur la distribution des coûts. Il est intéressant de noter que c'est dans les traitements pour des populations avec des besoins

particuliers (non-résidentiels pour adolescents) que les coûts du travail sont proportionnellement les plus élevés (81.1%). Ce résultat est corroboré par l'expérience du programme PROVE où les coûts liés aux personnels représentent 70% du total.

2.5. Identification, mesure et évaluation des résultats

2.5.1 Identification des résultats

S'il existe un certain nombre de méthodes pour collecter les données relatives aux coûts, il n'en existe pas autant pour collecter les résultats. De plus, il n'existe pas de consensus réel sur ce que sont les résultats à mesurer lors de l'établissement de programmes de traitement de la consommation de stupéfiants (Harwood H.J. et al 2002b). Les instruments mesurant la réduction de la consommation et l'amélioration de l'état de santé des individus sont appréhendés dans le protocole clinique.

Pour cette raison, l'évaluation économique des « résultats » des programmes de traitements de la toxicomanie doit s'adapter aux instruments choisis par les cliniciens. Nous mentionnons ci-dessous des outils cliniques qui ont été choisis parmi les recommandations du groupe de travail sur « La convenance des traitements et des soins d'assuétude en Europe – *Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT)* » et qui peuvent être utilisées pour mener l'évaluation économique (Rehm et al. 2000) :

- European Addiction Severity Index (EuropASI)
- Treatment Demand Indicator Protocol (TDI) (voir Annexe I, point 9)
- SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised)
- Composite International Diagnostic Interview (CIDI)
- Global Assessment of Functioning (GAF)
- WHOQOL instruments (Quality of life)
- SF-36 Health Survey Physical Mental Health Summary Scales
- EQ-5D, EuroQol Group (Quality of Life)
- Rétention dans le traitement

Pour évaluer les coûts de la criminalité liée à la consommation de stupéfiants nous proposons d'inclure :

- European Addiction Severity Index (EuropASI)
- Sondage de délinquance auto-reportée
- Sondage de victimisation
- Données de statistiques policières

2.5.2 Revue de la littérature et Instruments utilisés pour l'analyse coût-bénéfice

McLellan, Woody et al (1996) considèrent que les traitements d'addiction doivent être mesurés à partir de trois catégories :

1. Réduction de la consommation de substances psycho-actives.
2. Amélioration du fonctionnement social et personnel.
3. Réduction de la criminalité et des dangers pour la santé publique.

Les auteurs mentionnent que les deux premières catégories sont consistantes avec les mesures d'efficacité utilisées par l'Administration américaine de l'alimentation et des drogues (*Food and Drug Administration*) en ce qui concerne l'évaluation de projets liés à la santé. La dernière catégorie, par contre, est spécifique aux traitements d'addiction et renvoie à l'aspect sociétal de l'analyse coût-bénéfice (McLellan et al. 1996). Les auteurs utilisent l'index ASI pour évaluer les trois catégories. Ils mentionnent que les résultats de l'ASI doivent être validés à l'aide de test d'urine et/ou de sang (voir le protocole clinique).

French, Salomé et al. (2002) proposent des guides méthodologiques pour évaluer les bénéfices du traitement d'assuétude sur base de l'index ASI (French et al. 2002). Le Tableau 8 présente les recommandations des auteurs, les questions de l'ASI et leur transformation en unité monétaire. Pour arriver à utiliser cette méthodologie, nous comparons la correspondance des catégories de l'ASI et de l'EuroASI. Ensuite, nous identifions les bases de données permettant d'assigner aux résultats de l'EuroASI des unités monétaires.

2.5.3 Remarque sur l'utilisation de l'ASI et L'EuroASI

- Pour les trois premières catégories (C,1,2 et 3), l'information de l'ASI (question G19) et de l'EuroASI (question 8) correspond à l'endroit où l'individu a passé le plus de temps. Par contre, le nombre de jours (ASI-G20 et EuroASI-9) correspond à la totalité des jours passés dans toutes les institutions.
- Pour les catégories 4 et 9, il est nécessaire de construire un élément de qualité de vie similaire à celui utilisé par French et al. Cet instrument pourrait éventuellement reprendre les valeurs de qualité de vie, mais les prix doivent être extraits des bases belges. Il est important de mentionner que les questions sur la santé du patient sont plus nombreuses dans l'EuroASI. A partir de l'état de santé du patient, il est possible d'envisager les coûts du traitement des maladies.
- Pour la catégorie numéro 5 (revenu et emploi), nous constatons que l'EuroASI ne contient pas la question utilisée par French et al. de l'ASI (E-12). En effet, les questions de l'EuroASI visent à déterminer les sources des revenus et non leur montant, ce qui handicape évidemment l'évaluation économique. Pour surmonter ce problème nous proposons deux solutions :
 - Faire une simulation des salaires
 - Inclure lors de l'interview avec le patient une question sur les revenus provenant de son emploi

Nous considérons que la deuxième option permet d'obtenir des données de meilleure qualité. Ce point doit être discuté avec les cliniciens.

- Les catégories 6 et 7 sont évaluées en unité monétaire dans l'ASI et l'EuroASI
- Les coûts de la criminalité sont calculés sur base de plusieurs hypothèses qui peuvent être spécifiques à l'étude de French et al. Pour cette raison, il est nécessaire de vérifier ces hypothèses par rapport à la réalité belge et en particulier au type de patients participant au programme DHCo. Il est nécessaire de vérifier si nous pouvons considérer que les toxicomanes commettent une seule infraction par jour. Ceci pourra être vérifié en utilisant le Sondage de délinquance auto-reportée (voir protocole criminologique). Dans l'étude de French et al. l'infraction n'est pas spécifique et son coût est donc calculé comme une moyenne pondérée des possibles infractions commises par les toxicomanes. La pondération utilisée pour les coûts est égale à la probabilité que chaque infraction soit commise. Il est important de mentionner que les coûts des infractions sont établis ici comme des coûts supportés par des tiers. En effet, nous ne pouvons pas considérer qu'une réduction de la toxicomanie a un effet sur les coûts globaux du système judiciaire (voir protocole criminologique).
- S'il n'existe pas de données précises sur les coûts de la délinquance en Belgique, nous proposons de trouver des bases de données au niveau international. A partir de ces bases, nous pouvons choisir les données appartenant à un pays avec des caractéristiques similaires à celles de la Belgique (ou de(s) la ville(s) impliquées dans l'étude) et ensuite transformer ces valeurs en « prix » belges à l'aide des indicateurs de parité de pouvoir d'achat (PPP).

(French et al. 2002)			Recommandation pour le DHCo		
C	Variables qui doivent être incluses dans l'analyse	2.5.4 ASI	Transformation en valeur monétaire et base de données utilisées	EuroASI	Valeur monétaire et base de données utilisées
1	Nombre de jours dans un hôpital	G-19 – Have you been in a controlled environment in the past 30 days G-20 How many days	Valeur moyenne d'une journée dans un hôpital dans la zone métropolitaine de Pennsylvanie	General information # 8-9 Have you been in a controlled environment in the past 30 days How many days	Le RCM – RFM enregistre l'activité et les dépenses hospitalières par groupe de pathologies (DRG). Il permet de fournir une estimation de la facture moyenne d'une hospitalisation selon divers groupes de pathologies et de sévérité.
2	Nombre de jour dans un hôpital psychiatrique	V.2.5.4.1.1 G19 , G20	Somme des tarifs moyens d'une évaluation et des services d'un centre (hôpital) psychiatrique et d'une consultation individuelle de psychothérapie dans l'état de la Pennsylvanie	General information # 8-9	Le résumé psychiatrique minimum (RPM) permettra de calculer des durées de séjour par catégories DSM IV . Un prix de journée moyen d'une hospitalisation psychiatrique pourra être extrait des statistiques de l'INAMI. Néanmoins le prix de séjour devra être complété pour tenir compte des autres coûts : honoraires, médicaments, ...
3	Nombre de jours dans un centre de traitement d'assuétude résidentiel (centre ou hôpital)	G19 , G20	Calcul sur base des données publiées et non-publiées du DATCAP	General information # 8-9	L'INAMI finance un certain nombre d'initiatives résidentielles dans ce domaine. Le prix moyen d'une journée d'hébergement pourrait en être extrait. Une alternative consisterait à utiliser le prix de séjour moyen d'une habitation protégée.
4	Nombre de jours ayant des problèmes médicaux	M6- How many days have you experienced medical problems in the last 30 days	Estimation du coût et de la qualité de vie multiplié par le nombre de jour ayant des problèmes médicales (French et al. 1996)	Medical status # 11 How many days have you experienced medical problems in the last 30 days	Création d'un instrument
5	Revenu provenant de l'emploi	E-12- How much money did you receive from the following in the past 30 days from employment	Données en unité monétaire	Pas de correspondance directe	Données en unité monétaire

6	Valeur des achats d'alcool	D23- How much money would you say you spend during the past 30 days on alcohol	Données en unité monétaire	Drug/alcohol use# 21 how much did you say you spent during the past 30 days on alcohol	Données en unité monétaire
7	Valeur des achats de drogues	D23 How much money would you say you spend during the past 30 days on drugs	Données en unité monétaire	Drug/alcohol use# 21 how much did you say you spent during the past 30 days on drugs	Données en unité monétaire
8	Nombre de jours dans des activités illégales	L27- How many days in the past 30 have you engaged in illegal activities for profit	<ul style="list-style-type: none"> Hypothèse 1 crime par jour Valeur moyenne des coûts de la délinquance associée à l'assuétude 	Legal status #18- How many days in the past 30 have you engaged in illegal activities for profit	Modification des hypothèses sur base de la réalité belge
9	Nombre de jours avec problèmes psychiatriques	P-12 how many days in the past 30 have you experienced these psychological problems ?	Estimation du coût et de la qualité de vie multiplié par le nombre de jours ayant des problèmes psychiatriques (French et al. 1996)	Psychiatric status #11 how many days in the past 30 have you experienced these psychological problems ?	Création d'un instrument

Tableau 8 : Utilisation des questions de l'ASI pour calculer les bénéfices des traitements d'addiction (French et al. 2002) et recommandation pour le DHC

2.5.5 Revue de la littérature et Instruments utilisés pour l'analyse coût – efficacité (coût – utilité)

L'analyse coût – efficacité est de plus en plus utilisée pour évaluer les programmes relatifs à la santé (Gold M.R.; Siegel J.E.; Russel L.B. et Weinstein M.C. 1996). Cette technique particulière permet d'éviter de convertir les résultats non-marchands en valeurs monétaires. Il faut mentionner deux points intéressants concernant la CEA pour les traitements de la consommation de stupéfiants. Premièrement, la CEA permet de comparer les résultats sur la santé de différents traitements des assuétudes. Cela peut aider à déterminer si un type de traitement peut plus efficacement réduire la dépendance à la drogue d'une population spécifique (Masson C.L. et al. 2004). De plus, la CEA peut servir à analyser l'efficacité d'un traitement spécifique pour réduire d'autres maladies liées à la drogue telles que le HIV (Zaric G.S. et al. 2000).

Deuxièmement, l'analyse de la CEA peut évaluer « des années de survie (*Years of Survival*) ou la qualité de vie des années de survie (*QuALity Years of survival – QALY*) » sans pour cela donner une valeur monétaire à la vie humaine (Barnett 1999). Lorsque les résultats sont mesurés en terme de QALY nous parlerons d'analyse coût – utilité (Gold M.R.; Siegel J.E.; Russel L.B. et Weinstein M.C. 1996). Peu de CEA relatives à la consommation de stupéfiants utilisent les QALYs alors que, dans le domaine de la santé, il s'agit probablement de la meilleure mesure des résultats. La méthode par QALY diffère d'une évaluation psychométrique par la prise en compte des préférences des individus pour les différents états de santé (voir figure 6). Elle permet une valorisation économique non-monnaire du résultat de santé.

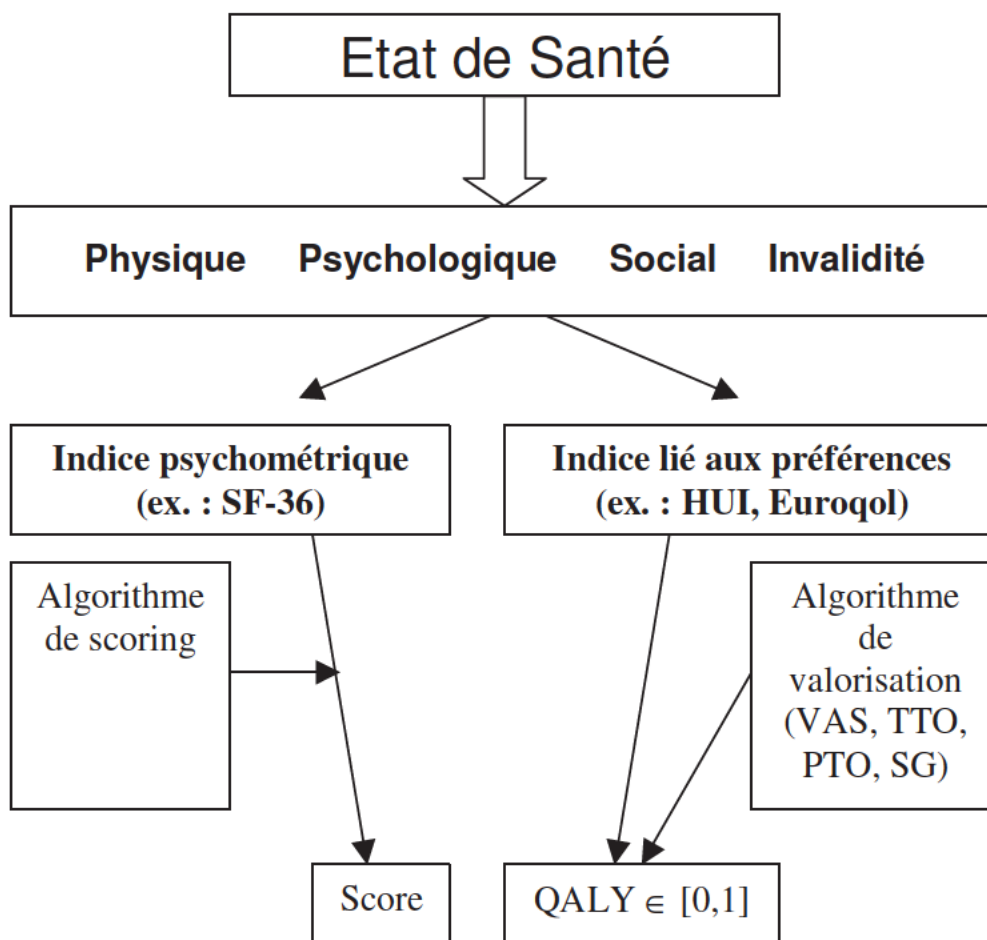


Figure 6 : Comparaison des méthodes de valorisation

Il est à noter que des études utilisant les QALY ont signalé que « des méthodes permettant des ajustements de la qualité de vie n'ont pas encore été développées » pour les troubles liés à la consommation de stupéfiants (Masson C.L. et al. 2004). Barnett, Zaric et Brandeau signalent la même difficulté méthodologique et utilisent un ajustement de 0,9 de la qualité de la vie pour des traitements d'entretien et de 0,8 pour l'utilisation de drogues par injection (Barnett et al. 2001a). Les mêmes coefficients d'ajustement sont utilisés par Zaric, Brandeau et Barnett (Zaric G.S. et al. 2000).

Enfin, dans d'autres travaux, les résultats sont également mesurés en termes de jours d'abstinence (Harwood H.J. et al. 2002a). Le tableau 9 synthétise les mesures des différents résultats utilisés dans différentes CEA des traitements de consommation de stupéfiants.

Nous avons constaté que les études CEA évaluant les programmes de traitement de la consommation de stupéfiants ont pour objectifs de :

1. comparer l'abstinence (réduction de l'utilisation de stupéfiants),
2. analyser l'impact du traitement sur un point spécifique de la santé (HIV). Ce type d'analyse se justifie quand le principal objectif du projet est d'améliorer l'état de santé des individus dépendants à l'héroïne. Il reste donc à déterminer l'instrument clinique utilisé pour la mesure des résultats dans le CEA.

Etude	Mesure
(Barnett 1999)	Years of survival*
(Zaric G.S et al. 2000)	QALY*
(Masson C.L. et al. 2004)	QALY*
(Barnett et al. 2001a)	<ul style="list-style-type: none"> • Rétention dans le traitement • Analyse positive d'urine (opiacés)***
(Barnett et al. 2001b)	QALY*
(Doran et al. 2003)	Journée sans consommation d'héroïne**
(Mojtabi R. and Zivin J.G. 2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinence pendant 5 ans • Réduction de la consommation pendant 5 ans

* Ratio C/E - ** Valeur incrémentale du C/E - *** Différents résultats sont présentés

Tableau 9 : Mesure des résultats

2.5.6 Utilisation de l'ASI pour mesurer la réduction de la consommation de substances psycho-actives

Un choix doit être fait en ce qui concerne la mesure d'efficacité d'un traitement comme le DHCo (Rehm et al. 2000). Ce choix, ainsi que mentionné antérieurement, doit tenir compte des perspectives des acteurs de l'étude. Dans la suite du document, nous prendrons – à titre provisoire – la perspective santé du point de vue du clinicien.

Sachant que lors d'une analyse coût-efficacité l'unité des résultats n'est pas modifiée (transformée en unité monétaire), nous pouvons considérer que le choix entre les différentes mesures doit être établi pour atteindre des résultats « optimaux » d'un point de vue clinique. La décision sur les instruments définitifs pour mesurer l'efficacité du programme doit être prise pendant la mise en place du projet, en considérant les points formulés au début de ce document (perspectives, objectifs, etc.). Cependant, à l'heure actuelle, il est clairement défini dans le protocole clinique que le principal critère d'efficacité sera le nombre de jours de suivi (survie, rétention) dans l'étude. Cette mesure est utilisée de façon courante dans l'expérience internationale (voir Tableau 9).

D'autres critères d'efficacité pourraient également être envisagés :

1. Scores de différentes échelles de l'EuroASI

L'EuroASI peut être utilisé pour l'analyse de l'efficacité du traitement. Si l'on considère que l'efficacité du traitement est déterminée par la réduction de la consommation de stupéfiants, les questions D1 à D13 de l'ASI ou les questions 01 à 13 de la partie sur les drogues/alcool de l'EuroASI peuvent être utilisées.

2. QALY

Comme il a été dit plus haut, la plus grande difficulté d'un point de vue méthodologique découlant de l'utilisation de l'indice QALYs est qu'il n'existe pas d'instrument de qualité de vie spécifique aux toxicomanes. Si l'approche par QALY était retenue, il faudrait envisager à la fois un instrument générique (type Euroqol, Nottingham Health Profile) et spécifique aux problèmes d'addiction. Les études de QALY dans le domaine de l'addiction restent encore relativement récentes (Barnett, 2001b) et les instruments de qualité de vie applicables à ces patients demandent à être validés.

3. Etat de santé psychique (SCL-90-R, CIDI, TPQ et ASI)

L'efficacité peut être également mesurée en termes de réduction de symptômes psychologiques et psychiatriques : réduction de la symptomatologie de dépression, d'anxiété, de troubles de la personnalité, amélioration du fonctionnement psychosocial, etc. De nombreux instruments existent en la matière et sont discutés dans le protocole clinique.

2.6. Ajustement des coûts et bénéfices selon le temps

Définir les perspectives d'un projet en termes de coûts et de bénéfices peut être difficile et dépend du "type" d'analyse. La CEA tient généralement compte du fait qu'une fois le traitement terminé (et que les coûts du traitement sont bouclés), certains résultats en termes de santé peuvent se poursuivre : tandis que les coûts sont immédiats, les résultats d'une moindre morbidité se feront sentir bien au-delà de la période d'observation. Dès lors que l'horizon de temps des coûts n'est pas le même que celui des résultats, il est nécessaire de développer un modèle tenant compte de l'évolution de ces résultats.

Ceci est surtout utilisé lorsque l'évaluation de projet est faite à l'aide d'une analyse coût – utilité. Pour évaluer ces résultats futurs (et parfois les coûts à venir), il est nécessaire d'inclure dans l'analyse du projet des modèles de probabilité permettant de prédire que le résultat se poursuivra dans le temps (par exemple les années de survie). Nous avons constaté que les études CEA dans le domaine de la consommation de stupéfiants considéraient une perspective de 10 ans (Barnett et al. 2001c; Masson C.L. et al. 2004; Zaric G.S. et al 2000).

Une analyse CBA considère les perspectives d'un autre point de vue. Dans une analyse CBA, la mesure des coûts et des résultats est en relation avec la durée du projet et se termine généralement après le suivi du patient. Yates (1999) affirme qu'il est difficile d'établir la durée pendant laquelle le suivi de la consommation de drogue (abstinence) doit être effectué (Yates, B.T. 1999). Il mentionne que des cas de rechutes ont été enregistrés 5 ans et même jusqu'à 10 ans plus tard mais qu'il serait difficile de suivre le patient sur une aussi longue période (en raison des taux élevés de patients perdus et des coûts du suivi). D'une manière générale, le suivi s'effectue à intervalles de un ou deux ans, les perspectives pour une CBA étant la durée du traitement et un ou deux ans après. La raison pour laquelle les perspectives de la CBA sont moins longues n'est pas claire. Barnett (1999) signale qu'une faiblesse de la CBA est que "un bénéfice important dont on ne tient pas compte dans de nombreuses études est l'effet du traitement sur les années de vie gagnées". Nous supposons qu'en raison de cet oubli, les bénéfices et coûts futurs ne sont pas inclus dans la CBA (Barnett 1999).

2.7. Mesure incrémentale des coûts et des bénéfices pour chaque alternative

L'évaluation économique est incrémentale : elle compare le coût / efficacité de l'augmentation d'une unité d'output. Elle porte donc sur le coût marginal et non sur le coût moyen. Plusieurs problèmes se présentent en cette matière : les coûts fixes, le taux d'occupation et les économies d'échelle.

Certaines composantes du coût n'affectent pas, ou peu, le coût marginal. C'est le cas des coûts fixes (chauffage, loyer, entretien des bâtiments, coût de l'infrastructure) qui varient peu selon le nombre de patients ou d'épisodes considérés. En cette matière, la règle est de ne tenir compte que des coûts qui, sur le long terme, varient avec le nombre de cas traités (Gold & Siegel, 1996). Certains coûts tel que la recherche et développement ne sont pas pris en considération dans les estimations coûts/efficacité car sur le long terme ils ne varient pas avec le nombre de patients ou d'épisodes traités.

En deuxième lieu, le coût unitaire est fonction du taux d'occupation des centres de délivrance. Il n'est pas rare que certains centres n'arrivent pas à remplir les lits disponibles et fonctionnent donc en sous-capacité, ce qui pousse à la hausse le coût moyen. Néanmoins, cette sous-utilisation ne doit pas polluer les estimations de coûts et il est recommandé de fonder les estimations sur des taux d'occupation normaux. Un taux d'occupation de 80% est une norme fréquemment utilisée (Gold & Siegel, 1996).

Enfin, les centres d'une plus grande capacité bénéficieront d'économie d'échelle (voir Gutzwiller, 2000). Si de telles économies d'échelles sont probables, elles doivent être soit mesurées, soit modélisées dans l'analyse de sensibilité.

2.8. Analyse des résultats, comparaison et analyse de sensibilité

La comparaison des programmes peut se faire sur trois aspects :

- Les coûts marginaux unitaires
- L'efficacité marginale
- Le ratio coût/efficacité

Si une option A est à la fois moins coûteuse et plus efficace, elle est dite dominer l'option B. Néanmoins, le plus souvent, aucune option ne sera clairement dominante et les différentiels de coût seront parfois contrebalancés par des différentiels d'efficacité. En ce qui concerne les analyse coûts / efficacité, les résultats seront le plus souvent communiqués sous la forme d'un ratio coût / résultats. En ce qui concerne une approche coût-bénéfice, on évitera les ratios et la différence entre les bénéfices et les coûts sera privilégiée : en effet, le ratio coût / bénéfice est fort vulnérable à une imputation de coûts négatifs en bénéfice et de bénéfices négatifs en coût, ce qui affectera inmanquablement le ratio.

Enfin une analyse de sensibilité doit être réalisée. Elle consiste à faire varier un certain nombre d'hypothèses sous-jacentes afin d'apprécier la stabilité des résultats globaux. L'analyse de la sensibilité peut se porter sur les hypothèses faites en termes de prix, sur les éléments du modèle épidémiologiques, sur le taux d'actualisation des résultats futurs, etc.

VI Protocole d'étude : aspects criminologiques

1. Revue de littérature

Comme le soulignent Denis Richard et Jean-Louis Senon, « *les psychotropes engendrent par leur seule existence un imaginaire social où dominent quelques thèmes récurrents depuis le XIX^{ème} siècle* » (Barre et al. 2003). Parmi ceux-ci figure la délinquance. Mais plus qu'une manifestation de l'imaginaire collectif, la délinquance des usagers de drogues illégales

constitue à l'heure actuelle un véritable problème de société. Afin de cerner au mieux cette délinquance, on recourt au taux de prévalence, à savoir au pourcentage de personnes d'un échantillon qui ont commis au moins un délit au cours d'un laps de temps déterminé ainsi qu'au taux d'incidence, à savoir au nombre moyen de délits commis par les membres d'un même échantillon durant une période de temps donnée. Les chiffres sont parlants. Diverses études internationales indiquent en effet au sein de ces populations l'existence de taux de prévalence et d'incidence criminelles très élevés. Ainsi, à titre d'exemple, en Angleterre, l'étude de Gossop montre que sur une cohorte de 1 075 sujets héroïnomanes, admis soit en traitement résidentiel soit en traitement méthadone, 63% d'entre eux étaient, dans les trois mois précédents leur entrée dans un de ces programmes, fortement impliqués dans diverses activités criminelles puisqu'ils relèvent sur cette période la commission de 39 505 crimes et délits (Gossop et al. 2002). Coid et al. (2000) trouvent quant à eux dans leur échantillon d'héroïnomanes un taux de prévalence de 85%. On constate des pourcentages similaires dans l'étude genevoise de Perneger et al. (1998) (entre 67 et 82%) ainsi que de Hall et al. (1993)⁴ (60 à 77% selon le sexe des usagers).

Si les statistiques démontrent avec force l'existence d'un lien entre la consommation de drogues illégales et la criminalité, il faut toutefois se garder de conclure à une relation de cause à effet systématique et inévitable. De fait, affirmer que la drogue mène au crime revient à nier l'incidence que le contexte social ou les facteurs environnementaux peuvent avoir sur un individu et oublier qu'une grande majorité des consommateurs gèrent sans dommage leur consommation. Seule une minorité d'entre eux développeront effectivement une dépendance à la drogue et s'impliqueront dans des activités illégales (Brochu, 1997). La relation unissant ces deux phénomènes est donc loin d'être univoque. Et si l'on ne peut nier l'existence d'un lien entre le phénomène criminel et l'abus de ces drogues, la nature de ce dernier reste toutefois ambiguë.

1.1. Criminalité et toxicomanie : une relation complexe⁵

La recherche actuelle, comme le souligne Serge Brochu, est dans une impasse. « *L'étude de la relation drogue-crime se trouve dans une période de crise paradigmatique. Le malaise provient d'une triangulation de motifs : les limites de notre savoir actuel ; une pratique qui ne respecte pas nos connaissances ; un étiquetage pervers des consommateurs. Ainsi, d'une part les modèles conceptuels contemporains n'arrivent pas à s'asseoir sur un corpus empirique cohérent (par exemple, nos échantillons non représentatifs sont habituellement constitués des toxicomanes les plus criminalisés). D'autre part, nous sommes en présence d'une extrême difficulté à intégrer des connaissances qui confrontent nos croyances profondes (par exemple, possibilité d'une consommation réfléchie ou contrôlée). Enfin, nous continuons à apposer des étiquettes négatives aux consommateurs de drogues illicites qui en viennent à préférer l'identité de toxicomane à celle de criminel* » (Brochu, 1997).

Les grands modèles explicatifs classiques de type causal ont en effet aujourd'hui montré leurs limites (Brochu, 1995 ; Casavant et al., 2001 ; Peters, 1996). Ni le modèle psychopharmacologique⁶, ni le modèle économique-compulsif⁷, ni le modèle systémique⁸,

⁴ L'étude de HALL et al. porte sur un échantillon de 313 héroïnomanes, hommes et femmes, à leur entrée dans un programme méthadone. Voir aussi pour d'autres chiffres, BROCHU (1995 : 9-40).

⁵ Voir entre autres BROCHU (1995) ; BROCHU (1997 : 303-314) ; BROCHU et al. (2001 : 173-196) ; BROCHU et al. (2002) ; CASAVANT et al. (2001) ; COID et al. (2000) ; GRAPENDAAL et al. (1995) ; PETERS 1996 ; TONRY et al. (1990).

⁶ Il s'agit du modèle le plus ancien. Ce dernier établit un lien direct entre l'état d'intoxication de l'utilisateur et la manifestation de comportements délinquants et violents dus aux propriétés et aux effets

n'ont su rendre compte à eux seuls de la complexité du phénomène. Pris séparément, ces différents modèles ne permettent d'expliquer qu'une partie de la criminalité associée à la consommation d'héroïne ou de cocaïne, et ne constituent que le résultat d'observations ponctuelles et partielles ne représentant qu'une facette du phénomène proprement dit. Ceux-ci se sont d'ailleurs développés dans un esprit compétitif, sans véritable volonté d'intégration et sans volonté de dresser un portrait plus global de la réalité⁹. Les travaux de Hammersley et al. (1989) sont de plus venus mettre à mal ces modèles conceptuels unidimensionnels en démontrant, en autres, que la relation temporelle entre les deux phénomènes était loin d'être aussi unilatérale qu'elle n'y paraissait. Ainsi, selon lui, l'implication criminelle serait-elle meilleure prédicatrice de l'abus de drogues que l'inverse. Les études de prévalence récentes semblent d'ailleurs confirmer cette assertion puisqu'elles tendent à montrer que les déviations aux normes pénales précèderaient très souvent, chez les usagers, la consommation de drogues illicites et que le développement de la trajectoire criminelle aurait rarement pour cause première le financement de la consommation de substances illégales. Dans de nombreux cas, c'est l'adoption d'un style de vie déviant, semble-t-il, qui aurait conduit l'individu à la consommation de substances illicites et non le contraire : l'expérience de la drogue aurait été rendue possible grâce à l'adoption des normes de la sous-culture et aux revenus tirés de la criminalité (Brochu 1995 ; Coid, 2000 ; Grapendaal, 1995 ; Aebi, 1999).

Dès lors, l'abus de substances psychoactives : conséquence ou cause du crime ? La réalité ne peut assurément être réduite à l'une ou l'autre de ces équations. Comme l'écrit Serge Brochu (Brochu, 1997) : « *La relation drogue-crime n'est pas aussi facile à comprendre qu'on le prétend. La relation triangulaire entre une personne, un produit et un comportement est complexe et ne peut se définir par une courte phrase aussi accrocheuse soit-elle. Il faut se garder de la tendance à réduire la réalité à des simplifications qui la déforment* ». Car même inversés, les modèles conceptuels classiques restent impuissants à rendre compte de la complexité du phénomène. Ceux-ci manquent de nuances. Trop déterministes* ou trop positivistes* dans leurs conceptions, ils ne tiennent aucun compte de la notion de « trajectoire toxicomane¹⁰ », ni des transformations dynamiques de la relation drogue-crime qui peuvent s'opérer à différents stades. De même, les facteurs environnementaux, l'évolution de l'individu ainsi que la signification personnelle du geste posé sont ignorés. Si certains éléments peuvent en effet constituer des préalables à l'adoption de comportements déviants, ils ne peuvent jamais à eux seuls suffire à l'expliquer. Nous ne nous trouvons pas face à un usager de drogues ou un délinquant mais face à un individu en interaction avec un ensemble de systèmes ou d'opportunités. Même dépendant d'une drogue, un individu reste maître des significations qu'il attribue à ses comportements et à son environnement. La recherche tend donc à présent vers des modèles explicatifs de type psychosociaux, non plus linéaires mais probabilistes, qui tiennent compte non seulement d'un ensemble de facteurs de risque, du niveau d'imprégnation déviante (c'est-à-dire une tendance plus ou moins marquée à adopter

psychopharmacologiques des drogues consommées. Ce modèle ne s'est toutefois révélé pertinent que pour l'abus d'alcool.

⁷ Le modèle économico-compulsif établit un lien direct entre la dépendance à une drogue dispendieuse possédant un fort potentiel addictif (cocaïne, héroïne) et une criminalité de nature acquisitive destinée à financer la consommation. Ce modèle cependant n'est applicable qu'à une minorité de consommateurs de substances illicites : les usagers fortement dépendants et économiquement faibles.

⁸ Selon le modèle systémique, le produit n'est plus responsable en lui-même du comportement délinquant mais c'est l'interaction entre des individus ayant opté pour un style de vie déviant et opérant des transactions illégales dans un environnement criminogène (le marché de la drogue) qui est prise en compte.

⁹ Soulignons que seul Goldstein (1985) tenta de faire cohabiter ces trois dimensions en proposant un modèle tripartite, sans toutefois réellement parvenir à les intégrer.

¹⁰ Pour la notion de carrière toxicomane, voir Brochu (1995).

des comportements socialement condamnables) ainsi que des divers stades dans la carrière toxicomane (Brochu, 1995 ; Grapendaal et al., 1995). Aussi, si l'on se réfère au modèle conceptuel intégratif proposé par Serge Brochu¹¹, on peut désormais concevoir qu'un même usager, en un laps de temps variant selon les cas, puisse passer d'une consommation irrégulière de drogues (encouragée et financée par une activité criminelle rentable) à une criminalité économico-compulsive (commandée par l'installation de la dépendance au produit et à ses exigences financières). Tandis qu'un autre usager en restera toujours à une consommation régulée uniquement en fonction de ses ressources financières, qu'elles soient légales ou pas.

Toutefois, s'il est désormais établi qu'il n'existe *a priori* aucune relation directe et incontournable entre le phénomène criminel et la consommation de drogues illicites, cette dernière - surtout lorsqu'il s'agit de drogues dispendieuses comme l'héroïne ou la cocaïne - joue généralement un rôle amplificateur dans le développement et l'intensification de l'activité criminelle, et ce à partir du moment où la consommation devient plus régulière et où la dépendance s'installe. Aussi, plus la dépendance s'enracine, plus la relation drogue-crime semble bel et bien s'inscrire dans un lien causal inévitable. Il s'agit alors généralement d'une criminalité vénale puisque le besoin en drogues exige une rentrée importante d'argent souvent comblée par une activité criminelle de type lucratif. Il existerait donc, à ce stade, une relation réciproque entre la consommation de drogues coûteuses et la délinquance acquisitive (Brochu, 1995).

1.2. Une activité criminelle de type essentiellement lucratif

L'ensemble des travaux s'intéressant à l'ampleur et à la nature de l'implication criminelle des usagers de drogues illégales, et plus particulièrement des héroïnomanes¹², tend effectivement à montrer que ces derniers seraient principalement impliqués dans une délinquance de nature lucrative, très souvent non violente, ayant pour but unique l'obtention de l'argent nécessaire à leur consommation (Brochu, 1995 ; Brochu, 1997 ; Coid et al., 2000 ; Fischer et al., 2001 ; Grapendaal et al., 1995 ; Peters, 1996).

Celle-ci se résume généralement à deux grandes catégories d'infractions : *les crimes d'accord commun* dits aussi crimes consensuels (Brochu, 1995 ; Hunt, 1990) et les *crimes acquisitifs*. Les crimes d'accord commun peuvent être définis comme « *des occupations illégales au cours desquelles chacun des acteurs sociaux convient de jouer son rôle respectif. Ils constituent la conclusion d'une entente entre les deux parties concernées* » (Brochu, 1995). Chez les usagers de drogues, la prostitution de rue - pour les femmes essentiellement - et le trafic de drogues à petite échelle en seraient les manifestations les plus fréquentes. Quant aux crimes acquisitifs, ils concerneraient majoritairement le vol à l'étalage (alcool, cigarettes, textile), délit relativement simple à commettre et pour lequel le risque de poursuites pénales est relativement faible. Les vols par effraction, le recel, l'escroquerie et la fraude - à l'exception de l'émission de chèques sans provision ou la falsification et l'acquisition déloyale d'ordonnances médicales - seraient relativement moins fréquents, leur commission nécessitant une certaine habileté, voire une spécialisation dans le crime. Les vols avec violences seraient plus exceptionnels encore. Impliquant un contact physique avec la victime, ils sembleraient attirer beaucoup moins les usagers. Ils représenteraient souvent la

¹¹ Voir le modèle conceptuel intégratif proposé par Brochu (1995).

¹² Les populations concernées par ces travaux ne sont pas représentatives de l'ensemble des héroïnomanes mais uniquement des individus souvent les plus socialement marginalisés et criminalisés, individus susceptibles d'être concernés par un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical.

délinquance de la dernière chance et se limiteraient à des vols à l'arraché ou à des extorsions (par exemple, le vol de portefeuille avec menaces) (Brochu, 1995)¹³.

On le voit donc l'activité criminelle des toxicomanes consiste essentiellement en une activité portant sur des infractions mineures contre la propriété ou des infractions à la loi sur les stupéfiants (détention, trafic). Ces infractions ne leur fournissant que peu de gains, il leur est dès lors nécessaire de répéter fréquemment la commission de ces petits délits. Notons que, bien qu'il arrive que des violences sexuelles ainsi que des violences physiques graves soient perpétrées par les toxicomanes, ces infractions sont peu courantes et ne sont pas étroitement liées au style de vie des toxicomanes.

Remarquons toutefois que si la commission de ces délits est, dans de nombreux cas, motivée par la nécessité de trouver le moyen de financer l'achat de drogues, dans d'autres, il est probable qu'elle ne soit que le fruit des occasions criminelles qu'offre le milieu du trafic de drogues.

Notons que particulièrement impliqués dans la délinquance et évoluant dans un milieu criminogène, les usagers sont eux-mêmes très souvent les premières victimes de délits : vol d'argent et d'effets personnels, extorsions et arnaques lors de l'achat de drogues. Une certaine violence physique envers les mauvais payeurs ou les délateurs peut également s'exercer (Aebi et al., 1999 ; Brochu et al., 1997 ; Hodiaumont, 2000). Cette victimisation est de nature systémique, c'est-à-dire qu'elle semble inhérente à la sous-culture et au mode d'interactions qui caractérisent le marché illicite de la drogue¹⁴. Enfin, pour les femmes qui se livrent à la prostitution de rue, on constate un risque élevé d'agressions physiques à caractère sexuel.

1.3. Programmes de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical : une approche situationnelle

Une criminalité de type principalement économique-compulsive, plutôt opportuniste¹⁵, liée à un besoin récurrent d'argent causé par une dépendance à une drogue excessivement onéreuse, voilà donc en un mot résumée et caractérisée l'activité criminelle des usagers de drogues. Ainsi circonscrite, nous allons à présent analyser quel peut être l'impact, sur cette dernière, d'un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical.

Mesure inspirée de la théorie et des politiques en matière de drogues dites de réduction des risques, la Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical peut être assimilée à l'approche situationnelle appliquée, depuis quelques années déjà, en matière de prévention de la délinquance (Killias, 2001 ; Cusson, 2002). Le principe de cette approche est simple. Elle ne se focalise pas, comme la plupart des grandes théories en criminologie, sur l'auteur du crime et sa personnalité mais sur l'environnement physique ou social de ce dernier. Elle ne cherche pas à agir sur la personne du délinquant mais à modifier les circonstances particulières dans

¹³ Pour des données chiffrées voir Bertrand (1994) ; Coid et al. (2000) ; Fischer et al. (2001) ; Killias et al. (2002) ; Peters (1996).

¹⁴ Le marché de la drogue (il s'agit ici plus précisément du trafic de rue) représente un lieu privilégié de victimisation pour les usagers et ce pour deux raisons inhérentes à son mode de fonctionnement. Comme tout marché illégal, ce dernier se déroule dans la clandestinité. Les transactions s'effectuent en l'absence de tout contrat écrit légalement exécutoire. L'utilisateur, acheteur aussi bien que vendeur, ne dispose d'aucune garantie juridictionnelle pour faire valoir ses droits et se prémunir en cas d'arnaque ou de mésentente, les différends ont dès lors tendance à se régler via l'emploi de méthodes alternatives de règlement des conflits qui passent généralement par le recours à l'intimidation et à la violence. De même, le risque inhérent à toute implication dans un tel marché, d'être arrêté, voire condamné et incarcéré, génère aussi sa part de violence quiconque dénonce risque de s'exposer à des représailles.

¹⁵ En ce sens qu'il arrive régulièrement que les toxicomanes profitent par exemple d'un système de surveillance défaillant ou d'une fenêtre de voiture ouverte pour délinquer.

lesquelles des délits peuvent être commis afin qu'ils soient rendus malaisés, risqués ou inintéressants pour les auteurs. La prévention situationnelle s'appuie donc sur l'idée que la plupart des délinquants n'agissent pas de manière totalement irrationnelle mais qu'ils peuvent s'adapter aux situations. Cela présuppose qu'ils soient capables d'opérer seuls des choix rationnels. On pose ainsi le principe que l'acte délictueux est un acte humain. Il est donc à la fois un moyen en vue d'une fin et un effort d'adaptation à une situation. Dès lors, il est possible d'infléchir les décisions des délinquants en modifiant les circonstances immédiates du délit de façon à lui ôter tout intérêt à être commis. Ces stratégies de prévention peuvent consister en une suppression des cibles du crime ou une réduction de leur vulnérabilité ; en une suppression des instruments du crime ; en une réduction des gains à en retirer ou bien encore en l'élaboration d'une alternative légale.

Vu sous cet angle, la Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical devrait donc, comme le souligne Aebi, constituer une mesure de prévention situationnelle efficace pour remédier à la délinquance des usagers de drogues (Aebi, 1999). En effet, elle ôte non seulement au patient toute nécessité de recourir à des voies illégales pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de drogues mais l'éloigne également d'un milieu où les opportunités de commettre des délits abondent. Elle offre donc une alternative légale à l'usager pour parvenir aux fins qu'il recherche (l'obtention du produit). Les résultats obtenus en Suisse semblent largement étayer cette hypothèse.

1.4. L'exemple de la Suisse

Le programme suisse de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical est le seul à avoir sur le plan criminologique fait l'objet d'une analyse poussée. Cette analyse a été confiée par l'Office fédéral suisse de la santé publique (OFSP), pour la phase expérimentale du projet (PROVE), à l'Institut de police scientifique et de criminologie de l'Université de Lausanne (IPSC) (Killias et Uchtenhagen, 1996 ; Rabasa et Killias, 1996 ; Killias & Rabasa, 1997 ; Killias et al. 1998).

1.4.1 Méthodologie de la recherche

La méthodologie suivie pour cette évaluation était la suivante : déterminer, grâce à la combinaison de divers indicateurs de la criminalité, le degré d'implication criminelle (taux d'incidence et de prévalence de la délinquance) avant et après l'entrée des usagers dans le programme. Cette combinaison comprenait un ensemble d'indicateurs : d'une part, les données officielles constituées des données policières et judiciaires et d'autre part, les données d'enquêtes constituées des sondages de délinquance autoreportée et des sondages de victimisation¹⁶. Les données d'enquêtes ont été saisies à l'entrée dans le programme, deux fois par la suite à intervalles de 6 mois et enfin 24 mois après le début du traitement. Quant aux données officielles, elles couvrent une période de 6 ans allant des 2 années précédant l'entrée dans le programme aux 4 années suivantes. Ces données permettent donc d'évaluer les effets à court, moyen et long termes de la prescription de diacétylmorphine sur les comportements criminels des sujets traités. Pour la comparaison des scores avant et après l'entrée dans le traitement, le test de Student pour observations paires a été employé.

1.4.2 Les résultats

Tous les indicateurs utilisés, sans exception, montrent une diminution marquée, générale et stable sur le long terme de la criminalité chez les sujets ayant participé à l'évaluation. Fortement criminalisée à son entrée dans le programme, la population sondée présentait des

¹⁶ Ces divers indicateurs ont fait, parallèlement à l'évaluation du projet PROVE, l'objet d'une analyse détaillée. Celle-ci a permis de corroborer leur validité. Voir Aebi (1999).

taux de prévalence et d'incidence criminelles extrêmement élevés. Les données des sondages de délinquance autoreportée ainsi que les données policières révélaiement en effet que 63% de cette population pouvait être identifiée comme délinquante avec une moyenne de 41 délits commis par personne et 3 contacts avec la police enregistrés pour l'année précédant l'entrée dans le programme. Cette criminalité concernait essentiellement, comme décrit ci-dessus, des délits typiquement liés à l'achat de drogues : les délits acquisitifs tels que les vols à l'étalage (35%), le recel (13%), les cambriolages (6,5%) ainsi que le trafic de drogues illégales (66%). Les vols avec violences et les violences physiques étaient très peu représentés (Aebi et al., 1999 ; Ribeaud et Aebi, 2001 ; Killias et al., 2002).

Selon les données recueillies lors des sondages de délinquance autoreportée, la diminution de la criminalité s'est fortement marquée dès les 6 premiers mois de traitement. En outre, cette tendance s'est encore accentuée avec le temps : « *En effet, les taux de neuf des douze délits considérés ont encore diminué entre la première et la seconde interview de suivi* ». Cette diminution concerne principalement les délits étroitement liés au style de vie des usagers : il s'agit des vols à l'étalage, des actes de pickpocket, des cambriolages, des recels, des ventes de différentes drogues ainsi que des arnaques lors de la vente de drogues. Bien que l'on note une diminution de 100% pour les vols dans un automate et les vols à l'arraché, ces deux délits présentaient au départ des taux de prévalence situés au-dessous de 2 %. Dès lors, il convient de ne pas attacher trop d'importance à cette diminution qui *a priori* pouvait sembler significative. Quant aux autres délits (lésions corporelles et blessures avec armes), peu fréquemment rencontrés dans cette population, ils n'ont pas diminué. Après 24 mois de traitement, les taux de prévalence restent pratiquement identiques et indiquent même encore de légères diminutions. Seule une poignée d'usagers s'engagent encore dans des activités délinquantes. Les taux d'incidence, quant à eux, suivent la même courbe évolutive que les taux de prévalence avec une diminution moyenne encore plus marquée (une réduction moyenne de 90% pour l'ensemble des délits). Ces légères différences constatées entre les taux d'incidence et de prévalence montrent de plus que si une minorité de patients continue à s'impliquer dans des activités criminelles, elle le fait de façon moindre. L'analyse des données policières conforte cette tendance avec des diminutions relatives respectives de 70% et 85% pour la prévalence et l'incidence après quatre années de traitement et confirme donc la persistance, sur le long terme, des effets bénéfiques du traitement sur la délinquance des personnes traitées. Parallèlement, notons encore la diminution importante des expériences de victimisation subies, particulièrement marquée pour les délits étroitement liés au mode de vie des toxicomanes (extorsions, vols d'argent et d'effets personnels, arnaques lors de l'achat de drogues) (Aebi et al., 1999).

Les résultats de l'évaluation menée par l'Institut de Police scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne mettent ainsi en évidence que la prescription de diacétylmorphine sous contrôle médical en plus d'être un outil thérapeutique permettant l'amélioration de l'état de santé général des toxicomanes (Uchtenhagen et al., 1997) s'avère également une mesure de prévention de la délinquance efficace pouvant entraîner une amélioration de la qualité de vie générale de la population à travers la diminution de la délinquance commise. Soulignons aussi que les réserves et les critiques qui ont été émises par les experts de l'OMS ainsi que par plusieurs scientifiques lors de la parution des résultats des essais ne sont pas parvenues à mettre en doute l'efficacité de la prescription de diacétylmorphine comme mesure de réduction de la criminalité (Satel et al., 1999 ; OMS, 1999 ; WHO, 2004).

Ajoutons enfin que les données provenant de l'évaluation des essais hollandais de co-prescription de diacétylmorphine semblent également aller dans ce sens ¹⁷.

1.5. Les programmes méthadone et diminution de la criminalité, une mesure préventive aussi performante ?

Tout comme la délivrance de diacétylmorphine, la prescription de méthadone, d'un point de vue criminologique, peut également être assimilée à une mesure de prévention situationnelle puisqu'en fournissant à l'utilisateur un produit de substitution, elle diminue la pression acquisitive qui pèse sur lui. La littérature scientifique dans son ensemble semble largement confirmer cette assertion. La méta-analyse menée en 1998 par Lisa Marsch reprenant 24 études analysant entre autres les effets de divers programmes méthadone sur la délinquance des usagers montre en effet que ces derniers entraîneraient une diminution importante des délits contre la propriété (vols et cambriolages) ainsi que des délits relatifs à la vente de drogues. Néanmoins, ils auraient toutefois, à l'instar de la prescription de diacétylmorphine, un impact limité sur certains types de délits non directement liés au financement de la dépendance (violences physiques et sexuelles) (Marsch, 1998). Les travaux de Coid et al. (2000) pour l'Angleterre ainsi que les travaux de Bathsteen et Legge (2001) pour l'Allemagne indiquent des résultats similaires. Les effets bénéfiques des programmes méthadone sur la délinquance des patients dépendraient également de certaines variables. Ainsi, certains auteurs (Grapendaal et al., 1995 ; Niveau et Laureau, 1999) observent-ils que la méthadone n'aurait d'effet sur le comportement délinquant que lorsqu'elle est prescrite à des patients répondant à des critères d'exigence élevés alors que cet effet est nul ou très faible pour les usagers déjà fortement marginalisés ou enracinés dans des habitudes criminelles avant de devenir dépendants aux opiacés. Cette incapacité à toucher les populations héroïnomanes les plus marginalisées et criminalisées pourrait trouver sa source dans l'inefficacité relative des programmes méthadone à retenir longtemps ce type de population. Car, comme l'ont montré les résultats globaux des essais helvétiques¹⁸ (Killias et al., 2002) ainsi que l'expérimentation genevoise de Perneger et al. (1998), sur le plan criminologique, le traitement à la méthadone peut produire des améliorations quasi semblables à celles observées chez les patients recevant une prescription de diacétylmorphine mais dans la mesure seulement où ils arrivent à se maintenir dans le traitement et à en respecter les règles. Or, c'est là que le bât blesse puisque comme le prouve l'étude comparative de Dobbler-Mikola et al., c'est précisément à ce niveau ainsi qu'au niveau du recrutement des usagers les plus démotivés, que la prescription de diacétylmorphine s'est avérée plus performante que celle de méthadone.

1.6. Conclusion

Quelles conclusions peut-on tirer de cette revue de littérature ?

- 1) Il existe un lien étroit entre la dépendance aux opiacés et l'implication dans des activités criminelles souvent orientées vers des délits contre la propriété ou la vente de drogues.

¹⁷ Bien que les essais hollandais de co-prescription de diacétylmorphine n'aient pas au point de vue criminologique fait, à l'instar du projet PROVE, l'objet d'une évaluation stricte, spécifique et indépendante, les scores de l'ASI - utilisé pour comparer aux différents stades des essais le degré et l'évolution de l'intégration sociale des participants - montrent une diminution radicale du nombre moyen de jours d'activité criminelle. Voir à ce propos Van den Brink et al. (2002 et 2003).

¹⁸ Lors des essais PROVE, l'outil modélisé par l'équipe de Lausanne a également été utilisé pour mesurer l'impact des programmes méthadone sur la délinquance des usagers.

- 2) Cette criminalité relativement peu grave mais souvent intense est essentiellement de nature économique-compulsive, c'est-à-dire liée à un besoin impératif de se procurer l'argent destiné à financer la dépendance à une drogue coûteuse.
- 3) Au regard des résultats issus de l'évaluation des essais suisses de prescription de diacétylmorphine, cette modalité thérapeutique s'est avérée, sur le plan criminologique, pour les populations héroïnomanes les plus criminalisées et marginalisées, être une mesure de prévention situationnelle de la criminalité plus performante que les programmes méthadone dans la mesure où elle présente des taux de motivation et de rétention plus élevés.

2. Mesure de l'impact d'un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical sur la criminalité des usagers de drogues

2.1. Introduction

Mesurer l'impact d'un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical quant à l'implication criminelle des usagers de drogues soumis à un tel programme nécessite inévitablement le recours à des instruments de mesure de la délinquance. En effet, la criminalité, à l'instar d'autres phénomènes sociaux, reste difficilement observable et palpable, du moins de manière directe. Ainsi, souvent, seules les manifestations de certaines *réactions au crime* (par exemple, dénonciation de l'infraction par la victime à la police ou identification d'un suspect) peuvent être constatées. C'est pourquoi, parallèlement au développement des sciences criminelles, les chercheurs n'ont eu de cesse, afin de mieux comprendre et de mieux cerner dans ses multiples manifestations l'objet de leurs préoccupations, de développer et de perfectionner des instruments capables d'approcher la réalité du phénomène criminel. Aussi disposons-nous aujourd'hui d'une panoplie d'indicateurs de la criminalité. Malheureusement, aucun de ceux-ci ne peut prétendre donner une mesure exacte du phénomène étudié, étant tous, à des degrés divers, entachés de problèmes de fiabilité et/ou de validité.

Notre propos est donc dans cette seconde partie, de donner une description générale de ces différents instruments; d'analyser leurs points forts et leurs points faibles; de montrer comment, au travers notamment des expériences étrangères de prescription de diacétylmorphine sous contrôle médical, le recours à ces indicateurs peut s'avérer pertinent et enfin, sur cette base, de proposer un outil adapté au contexte belge.

2.2. Description générale des indicateurs de la criminalité

Notre analyse se limitera aux instruments de mesure classiques de la criminalité, ces derniers ayant fait l'objet de nombreuses évaluations scientifiques et d'une littérature abondante. Nous retiendrons donc les données officielles (à savoir les données judiciaires et policières) ainsi que les sondages de délinquance autoreportée*. Nous y ajouterons les sondages de victimisation* dans la mesure où ceux-ci peuvent servir, entre autres, de mesure indirecte du phénomène criminel.

Nous examinerons, tour à tour, les points forts et les faiblesses que présente chacun de ces indicateurs; leur degré de fiabilité et de validité ainsi que leur aptitude à fournir des indices de la délinquance corrects.

Nous entendons par la *fiabilité d'un indicateur** son aptitude à fournir des mesures intersubjectives et reproductibles, c'est-à-dire son aptitude à fournir, lors de mesures répétées d'un même phénomène et indépendamment de la personne qui manipule l'instrument, un résultat identique. Quant à la *validité d'un indicateur**, elle peut être définie comme son aptitude à mesurer efficacement le phénomène que l'on entend étudier, en l'occurrence ici la

criminalité. Celle-ci recouvre plusieurs concepts. Nous n'aborderons toutefois que celui de *validité de contenu* qui lui-même englobe les concepts de *validité apparente** (l'instrument mesure-t-il bien des comportements reconnus criminels aux yeux de la loi ?) et de *validité logique** (l'instrument permet-il de mesurer l'ensemble de l'activité délinquante ?) (Killias, 2001 ; Aebi, 1999).

Nous retiendrons comme indices : la prévalence, l'incidence ainsi que la diversité de la délinquance qui représente l'étendue de la gamme de délits commis par les membres d'un échantillon durant une période de temps déterminée. Il s'agit d'un indice intéressant de la criminalité dans la mesure où la gamme des délits commis permet d'évaluer le degré d'implication d'un individu dans l'ensemble de la délinquance (Aebi, 1999).

Les données officielles

Nées au dix-neuvième siècle, les données policières et judiciaires constituent l'instrument de base utilisé par les premiers chercheurs pour approcher l'ampleur du phénomène criminel. Les premières rendent compte de la quantité d'infractions constatées par la police et font connaître le nombre d'auteurs identifiés ou arrêtés. Elles sont de tradition plutôt anglo-saxonne. Les secondes, quant à elles, comptabilisent les décisions prises lors de la dernière phase de la procédure pénale et répondent beaucoup plus à la tradition de pays tels que la France ou la Belgique (Kellens, 1998). Jusqu'au milieu du vingtième siècle, c'est sur base de ces données que la majorité des travaux empiriques ont été réalisés (Aebi, 2000). Elles restent aujourd'hui encore l'instrument de mesure de la criminalité le plus couramment employé.

Fiabilité et validité de ces indicateurs

Les statistiques judiciaires peuvent de manière générale être considérées comme un indicateur fiable dans la mesure où une condamnation est toujours une mesure univoque et que la qualification pénale retenue par un tribunal ne laisse place à aucun doute (Killias, 2001). Dans la mesure où elles sont sujettes aux fluctuations des politiques suivies par les organes de police et soumises à de nombreux facteurs subjectifs liés, entre autres, à la victime ou à la personne qui enregistre la plainte, les données policières souffrent au contraire très souvent de problèmes de fiabilité. Ainsi, constate-t-on, que deux policiers, de par l'ambiguïté que revêt la situation, peuvent être amenés à enregistrer différemment le même comportement délictueux ou encore, réagir de manière différente en fonction du groupe ethnique ou du lieu de résidence des personnes concernées (Junger-Tas, 1999 ; Aebi, 1999 ; Killias, 2001).

Toutefois, c'est au niveau de la validité que ces indicateurs présentent le plus de failles. En effet, ceux-ci mesurent uniquement la criminalité apparente, puisqu'ils ne comptabilisent que les infractions qui parviennent à la connaissance des autorités du système pénal, laissant ainsi de côté l'ensemble des délits non décelés, formant ce que l'on nomme le « *chiffre noir* » de la criminalité* (Aebi, 1999 ; Killias, 2001). A la source de l'entonnoir pénal, les statistiques policières semblent souffrir à ce niveau de moins de distorsions que les statistiques judiciaires puisque, selon le « dicton de SELLIN », l'aptitude des statistiques officielles à mesurer la délinquance réelle diminue au fur et à mesure que la procédure s'éloigne de l'offense elle-même (par exemple, le classement sans suite) (Kellens, 1998 ; Aebi, 1999 ; Killias, 2001).

Cette inaptitude, plus ou moins grande selon l'indicateur, à mesurer la criminalité réelle engendre une série de problèmes : problèmes, dans un premier temps, relatifs au calcul du taux de prévalence, puisqu'un nombre certain de délinquants ne sont pas détectés par la police ou, le cas échéant, condamnés par un tribunal ; problèmes, dans un second temps, liés au calcul du taux d'incidence dans la mesure où les délits commis par les délinquants non identifiés ne sont pas non plus, dans la grande majorité des cas, connus des autorités (Aebi, 1999 et 2002). Soulignons encore que les problèmes de calcul d'incidence se posent de façon

d'autant plus aiguë pour les données du casier judiciaire lorsque le jugement concerne des délits continus qui font alors l'objet d'une condamnation unique.

Les données de sondages

Les données officielles, nous venons de le voir, ne donnent qu'une image partielle et indirecte de la réalité du crime: les résultats que l'on peut en obtenir ne reflétant que la criminalité apparente*. C'est pourquoi, afin de pénétrer dans la zone d'ombre qui sépare la criminalité apparente de la criminalité réelle, un nouveau type d'instrument, permettant d'aller au-delà des statistiques officielles et d'approcher le chiffre noir de la criminalité, a vu le jour en criminologie : le sondage. On distingue deux types de sondage : le sondage de délinquance autoreportée qui partage avec les données officielles une focalisation sur l'auteur du crime et le sondage de victimisation (Killias, 2001).

Le sondage de délinquance autoreportée

Dans le domaine criminologique, le sondage de délinquance autoreportée¹⁹ a fait son apparition aux Etats-Unis dans les années cinquante et s'est très vite imposé comme nouvel indicateur de la criminalité²⁰. Cet instrument consiste en un questionnaire dans lequel il est demandé à une personne de révéler les délits qu'elle a commis durant un certain laps de temps (Aebi, 1999).

Les points forts du sondage de délinquance autoreportée

L'atout majeur de cet instrument réside dans sa faculté à approcher, plus près que ne le permettent les données officielles, la criminalité réelle et ainsi à mesurer une partie du « *chiffre noir* » de la criminalité.

Cet outil présente en outre une multitude d'autres avantages (Junger-Tas 1999 ; Aebi, 1999, 2002 ; Killias, 2001) :

- Il offre des renseignements sur le comportement des sujets qui sont indépendants des mécanismes de fonctionnement des services de police. Ainsi, ces sondages se prêtent aisément à l'évaluation de certains programmes tels que ceux de réhabilitation ou de prévention par exemple.
- Il permet d'obtenir des renseignements tenant aux circonstances de la commission des délits ainsi que des informations biographiques détaillées sur l'interviewé.
- Au niveau international, il permet, contrairement aux données officielles dont l'enregistrement dépend de politiques nationales en matière pénale très différentes, des recherches comparatives aisées. Il s'agit en effet d'un outil souple, dont la méthodologie est facilement transposable d'un pays à l'autre.
- Enfin, autre avantage, le sondage de délinquance autoreportée est un instrument qui se prête bien à la réalisation d'études longitudinales à condition qu'il soit répété selon une méthodologie identique. Il est alors possible de suivre l'évolution de la criminalité indépendamment des statistiques.

¹⁹ Soulignons que la terminologie française relative à ce type de sondage n'est pas uniformisée. Nous avons choisi, quant à nous, de nous référer à celle qui a été retenue par nos homologues suisses. On aurait pu toutefois tout aussi bien parler de sondage de délinquance auto-révélee, d'enquête d'auto confession ou d'enquête par autoportrait. On parle en anglais de *self reported delinquency*.

²⁰ Pour un historique des sondages de délinquance autoreportée, voir Killias (2001) et Junger-Tas, et al. (1999).

Les faiblesses des sondages de délinquance autoreportée

Les problèmes qui peuvent toucher le sondage de délinquance autoreportée sont essentiellement liés à des difficultés tenant à sa validité apparente et/ou leur validité logique ainsi qu'à des problèmes de localisation des événements délinquants dans le temps.

a. Les problèmes de validité apparente et de validité logique

La validité apparente d'un sondage de délinquance autoreportée renvoie à son aptitude à ne mesurer que des comportements sanctionnés par le code pénal. Or, on constate que :

- parmi les premiers questionnaires de délinquance autoreportée, un certain nombre d'items faisaient référence à des comportements qui ne suivaient pas la logique des infractions à la loi pénale. Souvent, il s'agissait soit de *comportements* dits *problématiques* - c'est-à-dire qui aux yeux de la loi ne peuvent être considérés comme des délits mais plutôt comme des formes mineures de déviance disparaissant avec l'âge (fugues, absentéisme scolaire, etc.) -, soit des *délits* dits *triviaux*, à savoir des délits qui à eux seuls ne suffiraient pas à faire l'objet de poursuites judiciaires (par exemple resquiller dans les transports en commun) (Junger-Tas, 1999 ; Aebi, 1999, 2002 ; Killias, 2001). L'inclusion dans le sondage de tels comportements ou de tels délits rend inévitablement la validité de celui-ci caduque dans la mesure où peuvent alors être comptabilisés comme délinquants des individus qui ne le sont pas au sens de la loi.
- parfois, la manière dont les questions du sondage sont libellées peut être source de problèmes de validité. C'est le cas notamment lorsque le libellé banalise un acte grave ou lorsque la question est mal posée ou posée de façon ambiguë. Le risque existe alors d'obtenir une « surreportabilité » de certains délits ne correspondant pas à la réalité. Ainsi, une question relative aux coups et blessures libellée de façon dédramatisante peut entraîner le report de comportements - une simple gifle par exemple - relevant plus d'une attitude triviale que d'une infraction au code pénal (Aebi, 1999 et 2002).
- Quant à la validité logique d'un sondage de délinquance autoreportée, elle fait référence à sa capacité à couvrir et à rendre compte, de manière complète, de l'étendue du phénomène délinquant étudié. Or, serait entaché de problèmes de validité, un sondage dont l'ensemble des items ne couvrirait pas de façon adéquate le panel de délits prévus dans la loi pénale susceptibles d'être commis par la population sondée. Notons que pour répondre au critère de validité logique, un sondage ne doit pas nécessairement reprendre l'ensemble des infractions à la loi pénale (Aebi, 1999).

b. Les problèmes de localisation dans le temps des événements délinquants

L'emploi de questionnaire de délinquance autoreportée peut également engendrer un phénomène de *télescopage**. Il arrive en effet très souvent, lors de la passation de ce type de sondage, qu'une personne localise la survenance d'un événement dans une période de référence qui ne correspond pas à celle où a été commis le délit. Ce phénomène se pose avec d'autant plus d'acuité lors de la passation successive d'un même questionnaire à des périodes rapprochées et lorsque la population sondée est fortement impliquée dans la délinquance.

Toutes les difficultés évoquées ci-dessus (de validité et de localisation) ont inévitablement des répercussions quant à la mesure des indices de délinquance : au niveau de la prévalence (en identifiant comme délinquants des individus qui ne le sont pas), d'une part, et au niveau de l'incidence (en comptabilisant à plusieurs reprises le même événement délinquant), d'autre part (Aebi, 1999 et 2002). Notons également que, d'une manière générale, le taux d'incidence mesuré par un sondage de délinquance autoreportée s'avère souvent moins fiable que le taux

de prévalence dans la mesure où il est plus facile pour un répondant de dire s'il est concerné ou non par un comportement donné, mais plus difficilement le nombre de fois où il l'a commis dans un laps de temps déterminé (Killias, 2001).

Soulignons enfin que le sondage de délinquance autoreportée, dont l'emploi a traditionnellement été confiné au terrain de la délinquance juvénile (la grande majorité des sondages de délinquance autoreportée a été réalisée auprès d'adolescents) ou de la délinquance mineure, est souvent considéré par les chercheurs comme un outil peu valide lorsqu'il s'agit de mesurer la criminalité adulte (Kellens 1998 ; Born, 1983).

Le sondage de victimisation

Développé parallèlement et dans le même esprit que le sondage de délinquance autoreportée, cet indicateur contrairement aux trois autres instruments de mesure de la délinquance retenus ci-dessus, se focalise non plus sur l'auteur de l'infraction mais sur la personne qui la subit. Tout comme le révèle le sondage de délinquance autoreportée, cet indicateur offre la possibilité de mesurer une partie du chiffre noir de la criminalité. Par l'interrogation directe d'un large éventail de victimes, il permet de déceler certains délits qui, pour des motivations diverses, n'arrivent pas à la connaissance des services de police. Il constitue une approche complémentaire des statistiques administratives et il autorise, dans certains cas, l'analyse du phénomène de non-recours aux services chargés de traiter la délinquance (Zauberman et Robert 1995).

Le sondage de victimisation consiste simplement à recenser les principaux délits dont les personnes comprises dans un échantillon donné ont été victimes au cours d'une période de référence. Certains de ces sondages, dits alors de *victimisation**, visent à atteindre un autre objectif qui ne se situe plus uniquement dans le *comptage* mathématique des infractions mais bien dans le *contage* de la manière dont la mésaventure a été vécue et ressentie, sur ses conséquences et sur les recours que la personne a tenté de mobiliser pour y faire face (Zauberman & Robert 1995 ; Kellens, 1998). Ce sondage peut également permettre de décrire les rapports entre les victimes et les services de police ou d'autres organisations concernées (assurances, par exemple), de mesurer les conséquences de la victimisation dans la vie quotidienne (précautions particulières, modification des habitudes, pratiques), de situer la place des victimes dans la société ou leur contexte de vie (situation familiale, professionnelle, environnement résidentiel) (Zauberman et Robert, 1995).

Ce sondage souffre généralement des mêmes faiblesses que le sondage de délinquance autoreportée : problèmes de validité apparente, de validité logique et phénomène de télescopage.

Notons que, dans le cadre de l'évaluation purement criminologique d'un traitement avec délivrance contrôlée de diacétylmorphine, un sondage de victimisation pourrait représenter une mesure de contrôle indirect de l'implication criminelle des usagers sondés. Fortement marginalisées et criminalisées, nous l'avons vu, les populations visées par ce type de traitement présentent également très souvent un taux de victimisation élevé (Killias et al., 2002 ; Hodiaumont, 2000). De nombreuses études ont en effet démontré qu'il existait une forte corrélation entre le fait d'être impliqué dans des activités délinquantes régulières et le risque d'être victime (Killias, 2001 ; Fattah, 1991 ; Sampson et Lauritsen, 1990 ; Singer, 1981). Dans cette hypothèse, un éventuel parallélisme entre les taux de délinquance et de victimisation serait un indice d'une bonne validité des données autoreportées (Killias et al., 2002). De plus, placé juste avant le questionnaire de délinquance autoreportée, le sondage de victimisation peut influencer sur l'honnêteté des réponses qui seront apportées au premier dans la mesure où l'interviewé se sentira d'abord traité comme une victime et puis, seulement après, comme un délinquant (Aebi, 1999).

Enfin, l'utilisation d'un tel questionnaire permet également d'élargir la perspective dans la mesure où les expériences de victimisation influent sur la qualité de vie d'un individu, leur diminution implique donc implicitement une amélioration de cette dernière.

2.3. Quel(s) indicateur(s) retenir dans le cadre de l'évaluation criminologique d'un traitement avec prescription de diacétylmorphine ?

Tous les indicateurs présentés ci-dessus ont déjà été utilisés, sous diverses formes, dans le cadre de l'évaluation criminologique d'un traitement avec prescription de diacétylmorphine : les données de délinquance autoreportées (ASI) et les données policières dans le cadre de l'évaluation du projet hollandais (Van den Brink et al., 2002) ; les données officielles judiciaires et policières ainsi que les données de sondages, victimisation y comprise, pour le projet suisse (Killias et al., 2002 ; Aebi et al. 1999 ; Uchtenhagen, 1997). Toutefois, soulignons à nouveau que seul le programme suisse de prescription de stupéfiants sous contrôle médical a fait l'objet d'une évaluation criminologique poussée comprenant une analyse de la validité des divers indicateurs utilisés (Aebi, 1999).

Mais que retenir de ces évaluations étrangères ? Deux points essentiellement : d'une part, le sondage de délinquance autoreportée constitue pour ce type d'évaluation l'indicateur le plus pertinent ; d'autre part, le recours à une combinaison de plusieurs indicateurs s'avère d'une grande utilité.

Le sondage de délinquance autoreportée : un outil précieux

L'évaluation criminologique du projet PROVE²¹ a démontré qu'un sondage de délinquance autoreportée répondant à tous les critères de validité apparente et logique (voir ci-dessous) peut être considéré, dans la mesure où il a permis, comparativement aux autres indicateurs employés, de déceler le plus grand nombre de délits et de délinquants, comme l'indicateur de base pour l'évaluation d'un traitement avec prescription de diacétylmorphine (Killias et al., 2002 ; Aebi, 1999 et 2002). Ainsi, contrairement à ce que la recherche a montré pour des échantillons généraux de la population, cet indicateur s'avère valide lorsqu'il s'agit de mesurer la délinquance d'une population adulte d'usagers de drogues. *In casu* l'argument selon lequel, suivant le concept de désirabilité sociale (*social desirability*), des individus sont peu enclins à avouer leurs délits car ceux-ci constituent des comportements contraires aux normes de la vie en société, tombe. Le fait que « *les conditions d'admission aux programmes de prescription d'héroïne organisés en Suisse exigeaient que les participants donnent leur accord pour que leurs antécédents policiers et judiciaires soient consultés et que les participants répondent au sondage de délinquance autoreportée* » explique en grande partie le succès rencontré par les sondages de délinquance autoreportée auprès des populations toxicomanes (Aebi, 2002).

Notons que les Hollandais n'ont pas employé de questionnaire de délinquance autoreportée propre mais se sont contentés, pour ce qui est des données autoreportées, de recourir à l'échelle légale de l'Addiction Severity Index (ASI). Or, sur le plan strictement criminologique, cette échelle de mesure de la délinquance nous paraît faible dans la mesure où elle présente des problèmes de validité logique et de calcul de l'indice d'incidence. On en veut simplement pour preuve le recours, à plusieurs reprises, à la formule « *How many days in the past 30 days...?* » ne permettant pas de se faire une idée quant à l'incidence des infractions commises. En effet, si une personne révèle avoir été engagée quinze *jours* depuis les trente

²¹ Pour une description de la méthodologie employée par les chercheurs suisses, nous renvoyons à la revue de littérature.

derniers jours dans une activité illégale, cela ne nous dit pas pour autant combien de *fois* elle a été engagée dans cette activité ! Ce questionnaire n'est d'aucun secours pour le calcul du taux d'incidence. En outre, en regroupant plusieurs crimes sous un même item (*crimes contre la propriété, crimes avec violence et autres crimes*) on ne peut savoir, en cas de réponse positive, précisément quel(s) délit(s) la personne a commis (par exemple, pour ce qui est de l'item regroupant *les crimes contre la propriété*, si la personne répond qu'elle a commis trois fois ce genre de délit, on ne sait s'il s'agit de vol à l'étalage, de fraude et/ou d'extorsion). Ces renseignements sont encore moins clairs lorsque la personne répond positivement à l'item visant *les autres crimes* : nul ne sait dire à quoi correspondent ceux-ci !

Utilité de recourir à plusieurs indicateurs

Puisque, nous l'avons dit, il n'est pas possible de parvenir à une quantification exhaustive du phénomène délinquant quel qu'il soit et puisqu'il n'existe pas de mesure unique susceptible de donner une image fiable et constante de la délinquance mais seulement des séries de mesures qu'il convient de recouper et de confronter, il vaut mieux ne pas s'attacher à rechercher des instruments de mesure et d'analyse complémentaires dont le croisement ait une réelle valeur scientifique et privilégier une pluralité de méthodes afin d'appréhender au mieux la réalité du phénomène délinquant étudié. C'est pourquoi aussi bien les Suisses que les Hollandais ont opté pour une combinaison de deux ou plusieurs indicateurs qui offre, comme le souligne AEBI, « *la possibilité de suppléer aux déficiences de certains avec les avantages de tel ou tel autre en saisissant la délinquance sous plusieurs angles* » (Aebi, 1999). Cette option permet également par jeu de miroir une validation indirecte des résultats obtenus.

Mais existe-t-il une combinaison idéale ? Les travaux de Aebi (1999, 2000, 2002) montrent, nous l'avons déjà mentionné, l'intérêt de recourir pour ce type d'évaluation au sondage de délinquance autoreportée et semblent également indiquer que les données policières représenteraient son complément le plus adéquat. Celles-ci permettraient en effet de couvrir l'ensemble de la délinquance sans avoir à multiplier le nombre de délits repris dans le sondage de délinquance autoreportée.

Le recours aux données judiciaires apparaît moins pertinent dans la mesure où celles-ci interviennent à un stade plus avancé de la procédure pénale et où le décalage important existant entre la commission du délit, sa détection par la police et la condamnation judiciaire - une condamnation pouvant intervenir plusieurs années après l'interpellation de l'auteur par la police - demande un allongement considérable la période de collecte des données. Quant au sondage de victimisation, outre à servir de mesure indirecte de la criminalité, il permet l'obtention de données plus qualitatives relatives à la qualité de vie des usagers.

2.4. Création d'un outil adapté au contexte belge

Quelle que soit la combinaison des indicateurs pour laquelle on optera, reste à définir concrètement, pour les sondages, d'une part, leur forme et leur contenu, pour les données officielles, d'autre part, leur accessibilité.

Les sondages

Inspirés des questionnaires utilisés par nos collègues suisses²², nous proposons ci-dessous un questionnaire de délinquance autoreportée et un sondage de victimisation adaptés au contexte légal belge. Notons que nous avons retenu comme modèle l'outil suisse dans la mesure où sa validité a été rigoureusement et scientifiquement prouvée suite aux travaux d'Aebi (1999).

²² Nous avons reçu l'aimable accord du Professeur Killias pour reproduire et adapter au contexte belge les questionnaires utilisés par son équipe dans le cadre de l'évaluation criminologique du projet PROVE. Voir les questionnaires en annexe IV.

Le questionnaire de délinquance autoreportée²³

Validité de l'outil

a. Le choix des items et de leur libellé

Le questionnaire de délinquance autoreportée utilisé par les Suisses est une version abrégée et adaptée aux caractéristiques helvétiques du sondage international de délinquance autoreportée. Il reprend une liste de 12 infractions. Celles-ci concernent majoritairement des délits liés à l'acquisition de drogues (vols divers et trafic de drogues) ainsi que quelques délits de nature violente. Les délits y figurant sont donc en grande partie étroitement liés au style de vie des toxicomanes. Des délits plus rares pour cette population car peu associés à leur mode de vie y avaient également été insérés (hold-up, meurtre, agression à caractère sexuelle, etc.) comme mesure de contrôle de la validité des réponses données par les participants.

Pour la version belge du questionnaire, nous avons décidé afin de ne pas alourdir inutilement ce dernier et dans la mesure où seul, selon notre postulat de départ, nous intéresse l'effet du programme sur la délinquance acquisitive servant à financer une addiction coûteuse ainsi que sur la violence systémique caractéristique de ce milieu, de supprimer les délits non directement liés au mode de vie des usagers. Nous avons donc retenu les 13 infractions suivantes : le vol à l'étalage, le vol à la tire, le vol par effraction dans une voiture, le cambriolage, le vol à l'arraché, l'extorsion avec violences et menaces, le faux et usage de faux, le recel, les coups et blessures volontaires, l'outrage public aux bonnes mœurs (visant ici exclusivement la prostitution de rue), le trafic de drogues illégales et enfin, les tromperies et arnaques dans le cadre de ces deux trafics.

L'ensemble de ces infractions nous semble couvrir largement la gamme des délits les plus couramment commis par les populations d'usagers concernés par le traitement avec prescription de diacétylmorphine. Il répond ainsi pleinement au critère de validité logique. De plus, tous les comportements visés correspondent, comme le montre la dernière colonne du tableau présenté ci-dessus, à une infraction au Code Pénal (CP) ou à une loi s'y rapportant (en l'occurrence ici la loi du 24 février 1921 relative au trafic de stupéfiants). Il ne contient ni comportements problématiques ni délits triviaux. Le questionnaire proposé répond donc également sur ce point au critère de validité apparente. De même, le libellé des questions est clair et précis (voir tableau ci-dessous), en ce sens qu'il n'est entaché d'aucune ambiguïté en ce qui concerne la compréhension des termes qu'il renferme (ceux-ci étant largement étayés à l'aide d'exemple) ni le type de comportements explicitement visés. A ce niveau, il remplit également le critère de validité apparente.

²³ Voir le questionnaire adapté au contexte belge en annexe V.

Délits		Libellé de la question	Equivalence pénale
D1	Vol à l'étalage	Avez-vous déjà pris sans payer quelque chose dans un magasin, une grande surface, etc. ?	463 CP ²⁴ (vol simple)
D2	Vol à la tire	Avez-vous déjà fait le pickpocket (les poches des gens) ?	463 CP (vol simple)
D3	Vol par effraction dans une voiture	Etes-vous déjà entré par effraction dans un véhicule afin d'y dérober de l'argent ou quelque autre objet de valeur (gsm, radio, etc.) ?	467 CP (vol qualifié)
D4	Cambriolage	Avez-vous déjà pénétré sans autorisation ou par effraction (en forçant les portes ou les fenêtres) dans une maison, un appartement ou autre bâtiment afin d'y voler quelque chose ?	467 CP (vol qualifié)
D5	Vol à l'arraché	Avez-vous déjà arraché à quelqu'un son sac, son porte-monnaie ou autre en vue de lui dérober de l'argent ou autres objets de valeur (gsm, etc.) ?	468 CP (vol commis à l'aide de violences ou menaces)
D6	Extorsion avec violences et menaces	Avez-vous déjà menacé avec une arme (arme à feu, couteau, bâton) ou frappé quelqu'un afin qu'il vous remette son argent ou d'autres objets de valeur ?	470 CP
D7	Faux et usage de faux	Avez-vous déjà falsifié vous-même et/ou fait usage de chèques, certificats ou ordonnances médicales falsifiées ?	196 – 203 CP
D8	Recel	Avez-vous déjà vendu des objets dont vous saviez qu'ils avaient été volés, détournés ou obtenus illégalement ?	505 CP
D9	Coups et blessures volontaires	Avez-vous déjà volontairement blessé ou porté des coups violents à quelqu'un de sorte qu'il ait dû recevoir une aide médicale ?	398 – 401 CP
D10	Outrage public aux bonnes mœurs	Vous êtes-vous déjà livré à la prostitution de rue ?	383 CP
D11	Trafic de drogues illégales	Vous êtes-vous déjà livré à la vente de cannabis, marijuana ?	Loi 24/02/1921
D12	Trafic de drogues illégales	Vous êtes-vous déjà livré à la vente d'héroïne, cocaïne, ecstasy ?	Loi 24/02/1921
D13	Tromperies et arnaques dans le trafic de drogues	Avez-vous déjà trompé le client lors d'une vente de drogues ?	498 CP

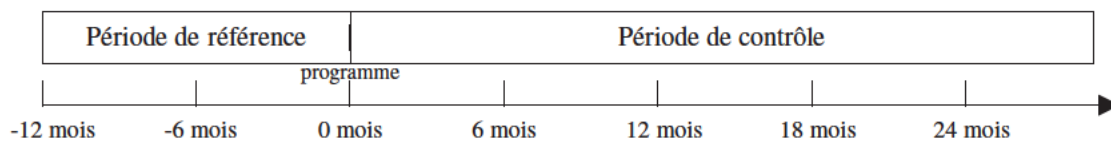
²⁴ Dans ce cas article 463 du Code Pénal

b. La structure du questionnaire

Nous avons choisi de reprendre la structure en escalier utilisée par les Suisses. Pour chaque délit, le sujet sera invité à répondre par l'affirmative ou la négative. Chaque réponse positive entraînera une série de sous-questions de détails : *Combien de fois avez-vous eu ce comportement ? Où cela s'est-il déroulé ? Quelle était la valeur approximative de l'objet dérobé ? Connaissiez-vous la victime ?*, etc. Ces questions permettent d'établir les taux d'incidence, de récolter un ensemble de données d'ordre plus qualitatives notamment sur les circonstances du passage à l'acte, sur la victime, etc. Elles permettent aussi de réduire les erreurs de placement de l'événement dans le temps et de limiter ainsi les problèmes de télescopage.

Méthodologie

La période de référence à laquelle nous conseillons de nous référer correspond à celle couvrant les 12 derniers mois avant l'entrée dans le programme. En outre, des mesures de contrôle auront lieu tous les 6 mois pour les deux premières années de traitement. Notons que nous avons choisi de ne pas allonger la période de référence au-delà des 12 derniers mois avant l'entrée dans le programme car la population à laquelle nous avons affaire s'adonne à une criminalité certes bénigne mais relativement fréquente. Dès lors, recueillir des informations quant à leur criminalité en retournant 2 voir 3 ans en arrière comme l'ont fait les Suisses ne nous semble pas optimum quant à la fiabilité des données recueillies. Ainsi ce *design* permet une vision de l'évolution de la criminalité sur le moyen terme (3ans).



Questionnaire de victimisation²⁵

Validité de l'outil

a. Le choix des items et de leur libellé

Pour l'élaboration du sondage de victimisation, nous avons suivi la même méthodologie que pour le questionnaire de délinquance autoreportée. Nous avons donc choisi afin de remplir le critère de validité logique de ne retenir que les événements victimisants les plus susceptibles d'être rencontrés parmi les usagers de drogues. Nous disposons à ce niveau, en plus des travaux suisses (Aebi et al., 1999), de données liégeoises (Hodiaumont, 2000). Le questionnaire comprend ainsi 5 items reprenant les victimisations suivantes : extorsion, vol simple, coups et blessures, agressions à caractère sexuel et arnaques lors de l'achat de drogue. Le sondage nous semble également répondre au critère de validité apparente dans la mesure où, d'une part, tous les comportements visés sont susceptibles de faire l'objet de poursuites judiciaires et dans la mesure où, d'autre part, le libellé des questions ne revêt aucune ambiguïté.

²⁵ Voir le questionnaire de victimisation adapté au contexte belge en annexe VI. Celui-ci a été réalisé à titre indicatif, d'autres questions pourront s'y greffer en fonction des données que l'on souhaite recueillir au sujet du vécu de la victime.

Délits		Libellé de la question	Equivalence pénale
V1	Extorsion avec violence et menace	Avez-vous déjà été forcé par autrui (avec violence ou menace) de remettre de l'argent ou tout autre objet de valeur ?	468 CP
V2	Vol simple	Mis à part les faits visés par la question V1., vous est-il déjà arrivé d'être victime de vol d'argent ou objet de valeur ?	463 CP
V3	Coups et blessures volontaires	Mis à part les faits visés par la question V.1, vous est-il déjà arrivé que quelqu'un vous agresse physiquement de telle sorte que vous ayez dû recevoir des soins médicaux ?	398 à 401 CP
V4	Tromperies et/ou arnaques lors de l'achat de drogue	Vous est-il déjà arrivé d'être arnaqué ou abusé lors de l'achat de drogues ?	498 CP
V5	Attentat à la pudeur et viol	Vous est-il déjà arrivé d'être victime d'agression à caractère sexuel ou d'abus sexuels ?	372 à 378 bis CP

b. La structure du questionnaire

Nous utiliserons une structure identique à celle employée pour le questionnaire de délinquance autoreportée. Dans l'hypothèse où le sondage serait utilisé non pas uniquement comme mesure indirecte de la criminalité mais également comme mesure de victimation, des questions de détails pourraient être ajoutées : *Comment avez-vous vécu cet événement ? Quelles en ont été les conséquences et répercussions ? Y a-t-il eu plainte ? Si oui, quelles ont été les suites ? Si non, pour quelles raisons n'avez-vous pas porté plainte ?* etc.

Design

La passation des deux sondages se faisant au même moment, nous utiliserons le même design que pour le questionnaire de délinquance autoreportée.

Données officielles

Qu'en est-il de leur présence et de leur accessibilité pour ce qui concerne le programme qui nous occupe ?

Données policières

Depuis quelques années, le paysage policier belge s'est vu complètement transformé : les statistiques policières n'y ont pas échappé ! Ainsi, les données policières peuvent être saisies à trois niveaux : au niveau local, au niveau de l'arrondissement ainsi qu'au niveau national. Les données locales reprennent l'ensemble des infractions dont une zone de police a eu connaissance. Il en va de même pour les données recueillies au niveau de l'arrondissement qui elles compilent l'ensemble des infractions commises au niveau d'un arrondissement judiciaire. Les données nationales, reprises sous le vocable *Banque de données nationales générale*, comprennent une partie des délits commis sur l'ensemble du royaume.

Quant à l'accessibilité des données locales, après avoir obtenu l'aval du chef de corps de la zone visée²⁶, il convient dans un premier temps de donner à la police le nom des personnes pour lesquelles des renseignements doivent être obtenus. Par la suite, la police - en la personne des membres de l'observatoire de la criminalité composé d'un statisticien et d'un criminologue - se charge de vérifier les délits commis par ces personnes via la base de

²⁶ Accord déjà obtenu pour ce qui concerne la Ville de Liège.

données locales. Enfin, l'information est renvoyée à la personne compétente en la matière pour le compte du programme de délivrance de diacétylmorphine. Notons qu'en aucun cas cette information ne pourra mentionner le nom des personnes visées : cette information consistera en une réponse sous la forme de taux d'incidence et de prévalence de l'échantillon visé. Les données récoltées au sein de l'ensemble d'un arrondissement pourront être recueillies sous les mêmes conditions que celles prévues pour les données locales, sous réserve que l'accord à solliciter émane du directeur coordinateur et non plus du chef de corps. Enfin, il appartient à la police fédérale de donner son aval quant à la consultation des données nationales.

A priori, il semblerait évident de se tourner directement vers la *Banque de données nationales générale* et ce afin d'éviter ce à quoi les Suisses ont dû faire face, à savoir la récolte systématique des données au niveau local occasionnant une perte de temps et d'argent. Néanmoins, il est important de noter que cette banque de données ne comprend pas l'ensemble des délits recensés par la police mais un certain nombre d'entre eux seulement. En effet, un système de filtrage entre les données recueillies au local et celles se retrouvant au sein des statistiques fédérales est organisé. Dès lors, afin d'obtenir des données se rapprochant au plus près de la criminalité réelle, il incombe de se référer prioritairement aux données locales ou à celles émanant de l'arrondissement, ces dernières ayant l'avantage de comprendre l'ensemble de la délinquance commise au sein d'un arrondissement judiciaire. Ainsi, si un toxicomane reçoit un traitement dans la ville de Liège et qu'il commet un délit dans une autre ville faisant partie de ce même arrondissement, celui-ci n'échappera pas aux statistiques.

Données judiciaires

Les données judiciaires sont reprises en Belgique dans le casier judiciaire central. En vertu de l'article 3 de la loi du 8 août 1997 modifiant l'article 589 du code d'instruction criminelle²⁷, seules quatre destinataires sont habilités à obtenir la communication des informations qui y sont enregistrées²⁸. Il s'agit des autorités chargées de l'exécution des missions judiciaires en matière pénale, des autorités administratives, des particuliers qui doivent produire un extrait de ce casier et certaines autorités étrangères. En vertu du principe de l'interprétation stricte de la loi pénale, cette liste est exhaustive et ne pourrait donc, sans modification législative, viser les membres du personnel requis dans le cadre d'un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical.

2.5. Conclusion

L'efficacité d'un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical sur le plan criminologique passe inévitablement par une évaluation cohérente et complète de l'expérience. A cette fin, nous disposons de différents indicateurs qui souffrent chacun de divers problèmes tenant à leur fiabilité et /ou à leur validité. Après avoir passé en revue leurs différentes forces et faiblesses, il apparaît que la combinaison de différents indicateurs de la criminalité semble la meilleure solution pour parer aux différents inconvénients rencontrés par chacun. Ainsi l'outil que nous proposons, combinant adéquatement le sondage de délinquance autoreportée auquel on peut joindre le sondage de victimisation et les données policières, justifie largement les inconvénients pratiques et budgétaires qu'il faut résoudre pour mener à bien une telle recherche.

²⁷ Loi du 8 août 1997 relative au Casier judiciaire central, *M.B.*, 24 août 2001, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

²⁸ Pour plus d'information, voyez Derre S. et Seron V., *Le casier judiciaire central*, Actualités de droit pénal et de procédure pénale, in Formation permanente CUP, vol.67, pp.393-401.

Néanmoins, si, pour différents motifs (portant soit sur le degré d'analyse et de précision que l'on souhaite obtenir, soit sur les moyens qui pourront y être affectés), on opte pour le recours à un seul indicateur, on se réfèrera aux données des évaluations menées en Suisse selon lesquelles tous les indicateurs tendent, de manière plus ou moins précise, vers un même résultat. Toutefois, cette option ne permettra pas la validation indirecte que les résultats des différents indicateurs opèrent l'un sur l'autre.

VII Faisabilité sur le plan légal et administratif

1. Introduction

Instaurer un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical ne peut se faire sans recourir à certaines adaptations législatives, ni sans faire face à quelques difficultés pratiques découlant *ipso facto* de cette délivrance. Après avoir exposé le cadre légal (national et international) en vigueur, nous formulerons des recommandations quant aux modifications à apporter à ce cadre. Ensuite, nous nous pencherons sur les modalités pratiques requises en la matière.

2. Cadre légal

Membre de nombreuses organisations internationales, la Belgique est liée par les traités conclus au sein de ces organisations. Dès lors, outre le cadre légal national, nous devons donc aussi tenir compte du cadre légal international existant.

2.1. Le cadre légal international

Les conventions des Nations Unies

Sur le plan international, les politiques concernant les stupéfiants sont régies par trois Conventions des Nations Unies : la Convention unique de 1961²⁹, la Convention de Vienne sur les psychotropes de 1971³⁰ et la Convention de Vienne contre le trafic illicite de stupéfiants et de psychotropes de 1988³¹.

La Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de Genève de 1972

La Convention unique regroupe en un seul corpus l'ensemble des règles du droit international applicables aux stupéfiants émises dans les traités multilatéraux négociés entre 1912 et 1953 concernant le contrôle des drogues. Plus d'une centaine de substances, parmi lesquelles figure la diacétylmorphine, y sont visées. Celles-ci sont réparties en quatre tableaux (I, II, III, IV) selon leur intérêt thérapeutique, le risque d'abus qu'elles engendrent et leur dangerosité pour la santé.

Cette Convention instaure, pour toutes les substances visées, un régime rigoureux d'« économie dirigée » et de contrôle quant à la production, la consommation, le commerce et la distribution de ces dernières. Elle exige également des Etats signataires l'adoption de mesures répressives permettant de lutter contre le trafic et le détournement à des fins illégales

²⁹ Convention unique sur les stupéfiants, signée à New-York le 30 mars 1961 et Protocole portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, approuvés par la loi du 8 décembre 1983, M.B., 14 septembre 1984, en ligne <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

³⁰ Convention sur les substances psychotropes, signée à Vienne le 21 février 1971, approuvée par la loi du 25 juin 1992, M.B., 21 mars 1996, en ligne <http://www.incb.org/e/conv/1971/index.htm>.

³¹ Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, et de l'Annexe, signées à Vienne le 20 décembre 1988, M.B., 21 mars 1996, en ligne <http://www.incb.org/e/conv/1988/index.htm>.

des stupéfiants concernés³² : l'objectif central visé étant de limiter la production et le commerce des substances prohibées à la quantité strictement nécessaire pour répondre aux besoins médicaux et scientifiques des Etats signataires³³.

La Convention unique institue et règle le fonctionnement de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), chargé de vérifier la conformité des mesures prises par les états signataires avec les dispositions des diverses conventions des Nations Unies sur les drogues³⁴.

En 1972, cette convention a été modifiée par un Protocole additionnel qui renforce les mesures administratives et répressives déjà présentes dans le texte de 1961³⁵. En outre, y sont introduites des dispositions relatives au traitement des toxicomanes, recommandant aux parties d'attacher une attention particulière au phénomène de l'abus de drogue et de prendre les mesures nécessaires pour le prévenir et le traiter³⁶.

La Convention de Vienne sur les substances psychotropes de 1971

La Convention de 1971, copie allégée de la Convention unique de 1961, élargit le contrôle des stupéfiants aux psychotropes (hallucinogènes, amphétamines, barbituriques et tranquillisants). On y retrouve énumérées l'ensemble des contraintes administratives relatives au commerce licite de ces substances, les mesures répressives destinées à réprimer leur trafic illégal ainsi que des mesures de prévention et de traitement contre leur l'abus.

La Convention de Vienne contre le trafic illégal de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988

Cette convention constitue un instrument de droit international dont l'objectif est l'harmonisation des mesures de répression à l'échelle mondiale visant ainsi à réduire le trafic illicite de drogues grâce au recours à la criminalisation et aux sanctions. Elle invite donc, le cas échéant, les parties à légiférer en vue d'ériger en infractions pénales les diverses facettes que recouvre le trafic illégal de drogues³⁷.

Esprit général des Conventions onusiennes

La Convention Unique de 1961 trace donc les grandes lignes du prohibitionnisme international; quant aux deux autres, elles intègrent et renforcent l'ensemble des mesures qui visent à exercer un contrôle sur les activités liées à la production, la fabrication, l'exportation et la détention de stupéfiants ainsi que d'autres substances psychotropes. L'objectif principal des Nations Unies était donc, via ces traités, de créer un système de contrôle international apte à réguler la production de stupéfiants et de substances psychotropes en interdisant tout usage sans autorisation préalable des autorités nationales. Ces conventions ont contribué au développement de véritables politiques nationales de réduction de la demande, en incitant les Etats signataires à prévenir l'abus des drogues et à prendre les mesures nécessaires en vue du traitement et de la réhabilitation des toxicomanes. Elles ont également introduit des standards permettant de favoriser l'harmonisation des législations nationales et d'instaurer une coopération judiciaire internationale.

³² Convention unique sur les stupéfiants, art. 35.

³³ Convention unique de 1961, art. 4 c.

³⁴ Ibid., art. 5 et art. 9 à 16.

³⁵ Les amendements portent sur les articles 2, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 19, 20, 22, 35, 36 et 38 de la Convention Unique et y introduit les articles 14bis, 21bis et 38bis.

³⁶ Ibid., art. 38 tel que modifié par l'art. 15 du Protocole de Genève de 1972.

³⁷ Convention de Vienne contre le trafic illégal de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988, art. 3.

Nous voyons donc que les principes moteurs qui animent les conventions onusiennes consistent en la **prohibition** et la **criminalisation**. Toutefois, force de reconnaître indispensable l'usage thérapeutique ou médical de stupéfiants et de psychotropes, les Nations Unies ont dû aménager une brèche dans leur système de prohibition générale afin d'assurer la disponibilité de ces substances à des fins médicales ou scientifiques. Ainsi, en vertu de l'article 4 c de la Convention unique, seul l'usage de stupéfiants à des fins médicales ou scientifiques est autorisé.

Régime applicable à la diacétylmorphine prévu par la Convention unique de 1961

Les mesures de contrôle applicables à la diacétylmorphine sont reprises dans la Convention unique de 1961. Classée par l'Organisation Mondiale de la Santé aux tableaux I et surtout IV de ce traité, elle figure donc parmi les stupéfiants « *aux propriétés particulièrement dangereuses*³⁸ » et est définie, par les termes mêmes de la Convention, comme « *particulièrement susceptible de donner lieu à des abus et de produire des effets nocifs non compensés par des avantages thérapeutiques appréciables*³⁹ ». Seule une valeur thérapeutique et médicale particulièrement limitée lui est ainsi reconnue. C'est pourquoi, à l'instar des autres stupéfiants du tableau IV est-elle soumise au régime de surveillance le plus strict : l'ensemble des mesures de contrôle prévues par la Convention unique lui sont applicables.

Les Etats parties à la Convention sont donc tenus vis-à-vis de la diacétylmorphine « d'adopter toutes les mesures spéciales de contrôle qu'elles jugeront nécessaires⁴⁰ » et « devront si, à leur avis, la situation dans leur pays fait que c'est là le moyen le plus approprié de protéger la santé publique, interdire la production, la fabrication, l'exportation et l'importation, le commerce, la détention ou l'utilisation de tels stupéfiants à l'exception des quantités qui pourront être nécessaires exclusivement pour la recherche médicale et scientifique, y compris les essais cliniques avec lesdits stupéfiants, qui devront avoir lieu sous la surveillance et le contrôle directs de ladite partie ou être subordonnées à cette surveillance et à ce contrôle⁴¹ ».

Compatibilité de la Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical avec les dispositions de la Convention unique de 1961

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, les termes de l'article 4 c de la Convention unique obligent les Parties signataires à « *limiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention de stupéfiants* ». Dans les limites fixées par cet article et au regard de l'article 30 § 2 alinéa b i et ii de la même Convention, la possibilité est également laissée aux Parties d'autoriser, si elles le jugent « *nécessaires ou souhaitables* », la prescription de stupéfiants à des particuliers. La Convention ne prévoyant à ces dispositions aucune restriction, en ce qui concerne les substances reprises au tableau IV du présent traité, on peut donc en déduire la possibilité pour les Parties à la Convention de prescrire de la diacétylmorphine à des particuliers moyennant des « *fins médicales ou scientifiques* ».

Mais quelle acception recouvre ces termes ? Sur ce point, les textes des trois conventions internationales restent muets et ne nous donnent aucune définition des "*fins médicales et scientifiques*". Dès lors, lorsqu'un traité ne dit mot quant à l'interprétation qu'il convient de donner aux termes qu'il renferme, il importe de se référer, conformément au droit

³⁸ Convention unique de 1961, art.3 §5 alinéa a.

³⁹ Ibid., art.3 §5.

⁴⁰ Ibid., art.2 §5 al. a.

⁴¹ Ibid., art.2 §5 al. b.

international public, à la Convention de Vienne sur le droit des traités⁴². L'article 31 de celle-ci⁴³ établit le principe de base d'interprétation de ces derniers: « *un traité doit être interprété de bonne foi suivant le sens ordinaire à attribuer aux termes du traité dans leur contexte et à la lumière de son objet et de son but* ». Or, comme le souligne DE RUYVER (2000), « *ni le sens contextuel ordinaire de l'expression « à des fins médicales ou scientifiques », ni le sens de l'expression à la lumière de l'objet et du but des trois conventions n'apportent d'indications sur l'utilisation correcte de l'expression* ». Dans le respect des principes d'interprétations confinés au sein de la Convention de Vienne sur le droit des traités, les Parties semblent donc entièrement libres d'interpréter cette expression comme elles l'entendent.

C'est ainsi que selon les besoins de différents pays en la matière, l'interprétation et le sens donné à la présente Convention variera. En Belgique, aucune piste précise n'étant actuellement lancée, nous devons nous poser la question de la conformité avec les dispositions internationales de l'implantation d'un système de délivrance diacétylmorphine aussi bien dans le cadre d'une expérience que dans le cadre d'un traitement à proprement parler. Ainsi, au vu de la définition *des fins médicales et scientifiques* contenue dans le rapport 2003 de l'OICS⁴⁴ (OICS 2003 : 42-43), il est conforme à l'esprit de la Convention de dire qu'une expérience de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical rentrerait dans le concept d'usage *à des fins scientifiques* et que la délivrance de diacétylmorphine à titre de traitement, et plus seulement à titre d'expérience, tomberait sous le vocable *à des fins médicales*. On en veut pour preuve le projet suisse, pays membre de la Convention⁴⁵, qui passa successivement d'un projet expérimental à un nouveau type de traitement des personnes toxico-dépendantes.

La position de l'Organe international de contrôle des stupéfiants

Jusqu'en 2004, l'Organe international de contrôle des stupéfiants n'incitait pas les gouvernements à autoriser la prescription de diacétylmorphine⁴⁶. Néanmoins, le rapport de 2003⁴⁷ reconnaît que « *Bien que les résultats dépendent de nombreux facteurs, l'application de ce type de traitement ne constitue pas une violation des dispositions conventionnelles, quelle que soit la substance utilisée pour le traitement conformément à une pratique médicale saine établie* ». Ainsi, bien que ce rapport n'ait pas de force juridique contraignante, il ressort clairement de ce texte que, selon l'OICS, la délivrance de diacétylmorphine pourrait désormais entrer dans le cadre de la notion de traitement poursuivi à des fins médicales ou scientifiques. Néanmoins, il appartient toujours à l'OICS d'apprécier si, *in casu*, le caractère médical ou scientifique dudit traitement est rencontré.

⁴² Convention de Vienne sur le droit des traités, signée à Vienne le 23 mai 1969, approuvée par la loi du 8 juin 1992, *M.B.*, 25 décembre 1993, en ligne http://www.admin.ch/ch/fr/rs/0_111.

⁴³ Convention de Vienne sur le droit des traités, art.31.

⁴⁴ *L'usage médical* d'une substance consiste en son utilisation aux fins médicales (améliorer l'état de santé et de bien-être ; prévenir et traiter une maladie ; aider au diagnostic ; assurer la contraception ou aider à la conception ; assurer l'anesthésie générale). *L'utilisation à des fins scientifiques* d'une substance consiste en son utilisation comme outil d'étude des mécanismes de la santé ou de la maladie ou lorsqu'on étudie l'usage thérapeutique d'un produit.

⁴⁵ Instrument de ratification déposé par la Suisse le 23 janvier 1970 et entrée en vigueur le 22 février 1970.

⁴⁶ Pour en savoir plus voyez Organe international de contrôle des stupéfiants, Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1999, en ligne <http://www.incb.org/e/index.htm>, p. 61-62.

⁴⁷ Organe international de contrôle des stupéfiants, Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2003, en ligne <http://www.incb.org/e/index.htm>, p. 41.

L'article 71 de la Convention de Schengen⁴⁸

Afin de respecter l'article 71 § 5 de la Convention de Schengen stipulant que « *en ce qui concerne la lutte contre la demande illicite de stupéfiants et substances psychotropes de quelque nature que ce soit, les parties contractantes feront tout ce qui est en leur pouvoir pour prévenir et lutter contre les effets négatifs de cette demande illicite* », il est impératif de fixer certaines garanties. C'est ainsi qu'au sein des critères d'exclusion du programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical, il convient d'insérer, en sus de la condition d'inclusion de résidence depuis trois mois sur le territoire de l'arrondissement judiciaire du lieu de l'expérience, la condition que cette résidence perdure pendant le traitement et ce afin d'éviter tout tourisme émanant des demandeurs.

Conclusion

Nous pouvons donc conclure que, dans le respect des obligations confinées au sein des Conventions et plus particulièrement dans le respect du caractère médical ou scientifique du traitement, rien ne s'oppose au niveau international à la Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical.

2.2. Le cadre légal national

Introduction

En devenant partie aux trois conventions des Nations Unies, la Belgique s'est engagée à adapter son arsenal législatif en matière de drogues afin qu'il soit conforme aux dispositions présentes dans ces traités. Ainsi, elle doit prendre les mesures nécessaires pour que les substances placées sous contrôle soient utilisées exclusivement à des fins médicales ou scientifiques.

Remarquons dès à présent que la problématique de la drogue entre dans le cadre de compétences fédérales sous la responsabilité du Service public fédéral Santé publique. Dès lors, cette matière ne peut être réglée qu'aux moyens de dispositions nationales à savoir des lois et des arrêtés royaux essentiellement. C'est pourquoi dans le présent texte il ne sera fait aucune référence à des dispositions de droit communautaire ou régional. Les seules différences notables qui pourraient se faire sentir au niveau de ce programme se situeront plus au niveau local, c'est-à-dire au niveau des différentes pratiques développées au sein des différents centres de délivrance.

Bases légales

L'essentiel de la transposition des obligations contractées par la Belgique en vertu des différentes conventions décrites *supra* se trouve dans la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques⁴⁹. L'arrêté royal du 31 décembre 1930⁵⁰ met en œuvre différentes modalités gravitant autour de la loi de 1921.

⁴⁸ Convention de Schengen du 14 juin 1985, article 71, en ligne http://admi.net/eur/loi/leg_euro/fr_400A0922_02.html.

⁴⁹ Loi du 24 février 1921 relative au trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.*, 6 mars 1921, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

⁵⁰ A.R. du 31 décembre 1930 réglementant les substances soporifiques et stupéfiantes, et relatif à la réduction des risques et à l'avis thérapeutique, *M.B.*, 10 janvier 1931, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

L'article 3 § 3 de la loi du 24 février 1921 réprime la prescription, l'administration et la délivrance abusive « *des médicaments contenant des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes de nature à créer, entretenir ou aggraver une dépendance* ».

En outre, la loi Mahoux du 22 août 2002⁵¹ – du nom du sénateur ayant déposé la proposition de loi – modifie la loi du 24 février 1921 en mettant fin à toute incertitude relative à la prescription de méthadone par certains praticiens. Ainsi, une base légale est donnée à cette pratique installée depuis de nombreuses années. En vertu de l'article 2 § 4 alinéa 1 de la loi⁵², sont exemptés de toute poursuite les praticiens qui auraient dispensé des traitements de substitution. L'alinéa 2 poursuit en donnant une définition de ce que l'on entend par traitement de substitution (voir *infra*).

Selon l'alinéa 3, une liste de ces substances doit être établie par le Roi. C'est ainsi que l'article 4 de l'arrêté royal du 19 mars 2004⁵³ nous dit que sont à considérer comme médicaments de substitution la méthadone et la buprénorphine.

Compatibilité de la Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical avec la législation belge

A l'heure actuelle, il n'existe aucune disposition régissant spécifiquement la distribution de diacétylmorphine. Quel régime se verrait alors appliquer dans l'état actuel de la législation une prescription de diacétylmorphine sous contrôle médical ?

Il ne fait aucun doute que la récente loi Mahoux précitée ne vise pas à proprement parler la Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical. La lecture des travaux préparatoires suffit à conforter cette position : « *En ce qui concerne la délivrance contrôlée d'héroïne, la ministre tient d'emblée à préciser qu'il est totalement exclu de régler cette problématique en catimini par le biais du présent projet de loi* »⁵⁴. Enfin, l'arrêté royal du 19 mars 2004 en ne faisant pas référence à la diacétylmorphine dans son article 4 vient renforcer, si besoin en était, cette opinion.

Dès lors, ces nouvelles dispositions n'étant pas applicables à la prescription de diacétylmorphine, le régime commun de l'article 3 § 3 de la loi 1921 s'y applique. Un médecin qui prescrirait, administrerait ou délivrerait **abusivement** de la diacétylmorphine à un toxicomane encourrait le risque de se voir infliger une des peines visées à l'article 2 bis de la loi du 24 février 1921. Serait donc seul répréhensible l'entretien de toxicomanie de caractère abusif ayant eu pour effet de créer, d'entretenir ou d'aggraver une dépendance. Le débat porte ainsi sur la notion même d'abus, concept non défini par la loi elle-même : c'est pourquoi, il appartient au juge d'apprécier cet abus⁵⁵. Dans ce sens, son interprétation pourrait être guidée par l'article 37 du Code de déontologie médicale⁵⁶ relatant la manière dont le médecin doit traiter et sevrer ses malades de leurs assuétudes. Bien qu'aucune force contraignante ne lui soit encore reconnue⁵⁷, il permet au juge d'apprécier dans chaque cas si un praticien a abusé d'une prescription. En outre, les travaux préparatoires de la loi du 9

⁵¹ Loi du 22 août 2002 visant à la reconnaissance légale des traitements de substitutions et modifiant la loi du 24 février 1924, M.B., 1^{er} octobre 2002, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

⁵² Loi du 22 août 2002, art. 2 §4 al.1, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

⁵³ A.R. du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution, M.B., 30 avril 2004, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

⁵⁴ Projet de loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, Rapport, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2001-2002, n°1749/3, p.11, en ligne <http://www.lachambre.be>.

⁵⁵ Cass., 15 septembre 1987, Pas. 1988, I, 55 ; R.W. 1988-89, 809, note MERCKX.

⁵⁶ Code de déontologie médicale, art. 37, en ligne <http://www.hospitals.be/francais/code/cdm.html>.

⁵⁷ A.R. n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins, art. 15 § 1 al.2, M.B., 14 novembre 1969, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

juillet 1975 (modifiant la loi du 24 février 1921) affirment que « *le critère de l'abus doit être apprécié dans chaque cas d'espèce en fonction de l'exercice normal de la liberté thérapeutique, principe qui doit rester sauf dans l'intérêt même des patients* »⁵⁸.

Enfin, il convient de parler de l'article 23 alinéa 2 de l'arrêté royal du 31 décembre 1930 qui, dans la lignée de la loi de 1921, sanctionne « *tout praticien qui aura, sans nécessité, prescrit, administré ou procuré des stupéfiants de façon à créer, entretenir, ou aggraver une toxicomanie* ». Quant au sens qu'il convient de donner à cette expression *sans nécessité*, la jurisprudence considère qu'il s'agit « *d'une question de fait qui doit s'apprécier dans chaque cas et en tenant compte de l'affection et des souffrances du patient et de l'inefficacité de tout autre traitement ou calmant* »⁵⁹.

Dès lors, la prescription pourrait être considérée par les autorités judiciaires comme abusive, voire non nécessaire, et faire l'objet de poursuites. En outre, cette éventuelle condamnation pénale pourrait être accompagnée d'une condamnation civile, obligeant ainsi le praticien à devoir rembourser des dommages et intérêts à la personne plaignante. C'est pourquoi afin de garantir au mieux la sécurité juridique du praticien et la clarté du débat, il nous paraît opportun que des bases législatives solides soient fixées.

3. Recommandations en vue d'apporter au cadre légal et administratif les modifications nécessaires

3.1. Introduction

La prescription de diacétylmorphine sous contrôle médical est un fait relativement nouveau non encore ancré dans les mœurs (qu'elles soient juridiques ou populaires) : l'adoption d'une telle mesure, que ce soit sous forme d'expérience ou de traitement thérapeutique, ne peut se faire sous silence et nécessite, dès lors, une adaptation législative. Néanmoins, au regard des dispositions en vigueur en la matière, il semble que plusieurs pistes soient envisageables : notre propos sera donc d'en dresser un tableau le plus complet possible.

3.2. Remarque liminaire

Dans l'état actuel de la législation, il semble n'être fait aucune différence entre le régime applicable à une expérimentation de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical et celui applicable à un traitement thérapeutique (c'est-à-dire dans le sens non plus d'une expérience scientifique mais bien d'une modalité thérapeutique à part entière). Ainsi, nous l'avons vu, l'implantation d'une expérience dans le paysage belge n'est pas soumise à plus ou moins de contraintes que ne le serait un traitement thérapeutique. C'est pourquoi, dans les lignes qui suivent, il n'a pas été nécessaire d'opérer de distinction entre les deux options envisageables.

3.1. Des différentes modifications de la législation envisageables

La consécration de la délivrance de diacétylmorphine dans notre droit peut être traduite de diverses manières : soit l'on se tourne vers une modification de l'arrêté royal du 19 mars 2004, soit l'on opte pour une modification de la loi du 24 février 1921. Cette modification dépendra en grande partie de la manière dont les concepts de *traitement de substitution* et de *Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical* seront imbriqués.

⁵⁸ *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 1971-72, n°484, p.3.

⁵⁹ Bruxelles, 3 novembre 1967.

Modification de l'arrêté royal du 19 mars 2004

Si l'on considère que la Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical entre dans le concept de traitement de substitution visé à l'article 3 § 4 alinéa 2 de la loi du 24 février 1921, il suffit au Roi d'ajouter la diacétylmorphine à la liste des substances stupéfiantes autorisées, par l'arrêté royal du 19 mars 2004, pour le traitement de substitution. C'est d'ailleurs en ces termes que se présente la proposition de résolution déposée à la Chambre des représentants par la députée socialiste Marie-Claire LAMBERT⁶⁰. En outre, afin de rencontrer les exigences posées par la Convention unique, il conviendra de mentionner que la prescription de diacétylmorphine ne pourra se faire qu'à des fins médicales ou scientifiques.

Modification de la loi du 24 février 1921

Néanmoins, suivant la définition que la loi Mahoux réserve à la notion de traitement de substitution, il est permis douter quant au fait que la délivrance de diacétylmorphine puisse se retrouver totalement dans les termes de cette définition. En effet, « *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* ». Ainsi, il est possible d'interpréter cette définition en considérant que la délivrance de diacétylmorphine ne vise pas à proprement parler un traitement de substitution car, et cela vise toute la spécificité de ce programme, on ne délivre pas une substance stupéfiante sous forme médicamenteuse à titre de substitution, mais bien la substance stupéfiante en elle-même.

Dès lors, si l'option est faite de se tourner vers une telle interprétation, on ne peut passer outre une modification de la loi du 24 février 1921. Dans ce cas, deux possibilités s'offrent à nous. Premièrement, on peut penser à étendre la notion de traitement de substitution afin que soit aussi visée, outre la prescription de substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, la prescription de substances stupéfiantes *sensu stricto*. D'un autre côté, certains seraient plus enclins à parler dans le cas de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical, non pas de traitement de substitution, mais de traitement d'entretien (OICS 2003 : 41). Bien qu'on puisse discuter sur l'opportunité de recourir à une telle expression dans le cadre qui nous occupe (puisque'il ne s'agit pas en effet *d'entretenir* la toxicomanie des patients), il peut paraître judicieux de recourir à deux concepts différents pour aborder ces deux réalités. En ce sens, on peut lire dans les travaux parlementaires encadrant la loi Mahoux que « *l'héroïne n'est pas d'ailleurs considérée comme un produit de substitution* »⁶¹. Ainsi, on trouverait à côté de la définition du traitement de substitution, une définition s'appliquant au traitement d'entretien dont ferait partie la délivrance de diacétylmorphine.

3.2. Nécessité de recourir à un texte réglant les modalités pratiques liées au traitement

Quelle que soit la consécration juridique choisie, il conviendra de coucher sur papier - au sein d'un arrêté royal par exemple - les différentes modalités liées à cette autorisation de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical. Pour ce faire, nous conseillons de nous référer à

⁶⁰ Proposition de résolution visant à autoriser et soutenir une expérimentation clinique de prescription et de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., 2003-2004, n° 1189, p. 8, en ligne <http://www.lachambre.be>.

⁶¹ Projet de loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, Rapport, *Doc. Parl.*, Ch. repr., sess. ord., 2001-2002, n° 1749/3, p.11, en ligne <http://www.lachambre.be>.

la structure adoptée par l'Ordonnance suisse sur la prescription médicale d'héroïne du 8 mars 1999⁶².

Bien qu'il ne nous appartienne pas de traiter en détail de l'intégralité du contenu qui devrait se retrouver dans cette disposition, certains points nous paraissent néanmoins incontournables :

- il nous semble, dans un premier temps, essentiel pour la bonne compréhension de tous d'intégrer au sein des **dispositions générales** un article traitant des objectifs que l'on vise en instaurant un programme de délivrance de diacétylmorphine et un autre donnant des définitions des différents concepts entourant cette délivrance (la prescription de diacétylmorphine, les personnes visées par le traitement, etc.).
- ensuite, en ce qui concerne le **traitement avec prescription de diacétylmorphine** proprement dit, la structure adoptée par les Suisses vise l'essentiel des points à traiter dans le cadre de cette section. Pour le contenu de celle-ci, nous nous référons à la section relative au Protocole expérimental dans lequel se retrouvent les *critères d'inclusion et d'exclusion* des sujets⁶³. Il convient en outre de mentionner le fait que ce programme s'inscrit dans une *interdisciplinarité* avec prise en charge somatique, psychiatrique et sociale; que le patient déclare avoir été *informé* du déroulement du traitement, de ses droits et de ses obligations y découlant. Quant à *l'administration de la diacétylmorphine*, selon le protocole précité la délivrance sous forme injectable ou inhalable de la diacétylmorphine a lieu exclusivement dans le Centre de Délivrance. Celle-ci doit obligatoirement être consommée sur place.
- les **institutions habilitées** à dispenser le traitement devront être définies, ainsi que les modalités se rapportant au personnel soignant (nombre, formation, etc.).
- la **conservation** des stupéfiants devra être conforme aux prescrits de l'arrêté royal du 31 décembre 1930 (voir *infra*).
- les **données personnelles** relatives aux patients devront être traitées dans le respect de la loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnelles⁶⁴.

4. Modalités pratiques exigées pour la délivrance de diacétylmorphine

4.1. Introduction

La délivrance de diacétylmorphine n'est pas sans poser certaines contraintes liées à son approvisionnement, à sa transformation, à son transport ainsi qu'à son stockage. Au niveau national, les modalités pratiques encadrant un tel programme sont confinées dans l'arrêté royal du 31 décembre 1930 concernant le trafic des substances soporifiques et stupéfiantes⁶⁵. Cet arrêté royal a été adopté en vertu de l'article 1 de la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes et psychotropes⁶⁶ donnant pouvoir au Roi de réglementer ces différents points.

⁶² Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne du 8 mars 1999, en ligne http://www.admin.ch/ch/f/rs/c812_121_6.html.

⁶³ Voir page 103.

⁶⁴ Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnelles, *M.B.*, 18 mars 1993, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

⁶⁵ Arrêté royal du 31 décembre 1930 concernant le trafic des substances soporifiques et stupéfiantes, *M.B.*, 10 janvier 1931, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

⁶⁶ Loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes et psychotropes, *M.B.*, 6 mars 1921, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

4.2. Approvisionnement et fabrication

Modalités requises par le droit belge

Renseignements pris auprès du Service public fédéral Santé publique, la Belgique est un pays producteur de diacétylmorphine. Il est dès lors tout à fait concevable qu'un approvisionnement belge ait lieu dans le cadre du programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical. L'article 11 de l'arrêté royal du 31 décembre 1930 règle les cas dans lesquels la fabrication et la délivrance de diacétylmorphine sont soumises à une autorisation préalable émanant du Ministre de la Santé publique. Pour les modalités pratiques encadrant cette autorisation, nous renvoyons au paragraphes 3 à 7 du même article. Enfin, l'article 11bis de cet arrêté royal fixe une quantité maximale de diacétylmorphine pouvant être produite annuellement.

Une fois l'autorisation obtenue, l'achat de diacétylmorphine par le pharmacien du centre de délivrance ne pourra se faire « *que moyennant production d'un bon de commande daté et signé par l'acheteur autorisé* »⁶⁷. Sur ces bons, fournis par le Service des stupéfiants⁶⁸, doit être mentionné en communication le nom et prénom du titulaire, le numéro de l'officine ainsi que le numéro du dernier bon de commande reçu⁶⁹. Ainsi, il ressort de ces différentes dispositions que chaque centre de délivrance devra contenir en son sein d'une pharmacie dans laquelle un pharmacien officiera.

Contrôle exercé par l'OICS

En vertu de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la Belgique est tenue de remplir certaines obligations :

- article 19 : la Belgique sera tenue de fournir annuellement à l'OICS des *formulaires*, établis par l'organe, mentionnant les quantités de stupéfiants consommés à des fins médicales et scientifiques ainsi que les quantités de stupéfiants qui seront en stock au 31 décembre de l'année à laquelle les évaluations se rapportent⁷⁰.
- article 20 : la Belgique sera tenue de fournir des *statistiques* relatives à la production ou à la fabrication de stupéfiants ; à leur consommation ; à leur saisie et à l'affectation de quantités saisies ; aux importations et aux exportations de stupéfiants ; au stock des stupéfiants au 31 décembre de l'année à laquelle les statistiques se rapportent⁷¹.
- article 21 : la *quantité totale* de stupéfiants fabriqués ne pourra être supérieure à la somme des éléments mentionnés au sein de cet article.

4.3. Transport

Le transport de diacétylmorphine entre son lieu de production et la pharmacie du centre de délivrance tombe sous la compétence du Service public fédéral Santé publique : selon les informations recueillies auprès de ce même Ministère, toutes les démarches à entreprendre de ce côté sont donc réglées par ce Service public.

Les modalités encadrant ce transport sont régies par l'article 13 de l'arrêté royal du 31 décembre 1930 selon lesquels « *le transport doit se faire dans des récipients en verre, en*

⁶⁷ Arrêté royal du 31 décembre 1930, article 16.

⁶⁸ Ibidem, article 16 alinéa 3.

⁶⁹ En ligne <http://www.health.fgov.be>.

⁷⁰ Formulaire B, *Evaluations annuelles*, en ligne <http://www.incb.org/f/>.

⁷¹ Formulaire A, *Statistiques Trimestrielles des Importations et des Exportations de Stupéfiants*, et formulaire C, *Statistiques Annuelles de la Production, de la Fabrication, de la Consommation, des Stocks et des Saisies de Stupéfiants*, en ligne <http://www.incb.org/f/>.

métal ou en matière plastique inaltérable portant l'indication de la substance. Les récipients doivent également être munis d'une étiquette spéciale de couleur rouge orangée portant, imprimées en noir, une tête de mort et la mention « Poison-Vergift ». Ces récipients doivent porter d'une façon apparente un double filet rouge dont les traits ont au moins la largeur des caractères d'imprimerie les plus importants... Ces récipients portent l'indication des noms et adresses de l'expéditeur et du destinataire»⁷².

4.3. Stockage

En vertu de l'article 12 de l'arrêté royal du 31 décembre 1930⁷³, la conservation des stupéfiants destinés à être délivrés doit répondre à plusieurs exigences :

- la conservation doit avoir lieu dans une armoire ou dans un local fermé à clef et réservé à la conservation des stupéfiants ;
- l'accès de ce local ou de cette armoire n'est possible que pour la surveillance et la délivrance des stupéfiants ;
- une clé mise sous enveloppe cachetée doit être tenue en permanence à la disposition des agents chargés de veiller à l'exécution du présent arrêté.

5. Conclusion

A la lecture des pages qui précèdent, on peut affirmer que l'implantation d'un système de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical ne pourra avoir lieu sans tenir compte des réalités juridiques internationales et nationales gravitant autour de ce programme. Néanmoins, la manière de parvenir à l'instauration d'un tel système variera en fonction de l'impact que les politiques voudront susciter autour de cette problématique délicate.

⁷² Arrêté royal du 31 décembre 1930, article 13.

⁷³ Ibidem, article 12.

VIII Protocole d'étude d'impact par rapport à l'insertion d'un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle Médical

1. Introduction

Outre les toxicomanes et les personnes gravitant directement autour du programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical, l'implantation de ce système nécessite de recourir à la consultation et à l'information de certaines personnes indirectement concernées par ce programme. On pense bien-sûr aux circuits de soins de santé actuels avec lesquels il faudra discuter de la place que ce nouveau programme occupera au sein des infrastructures déjà existantes ainsi qu'à la population riveraine et aux familles de toxicomanes empruntées à de nombreuses interrogations.

2. Impact dans les circuits de soins de santé actuels

2.1. Préalable

Bien qu'un tel programme représente une nouveauté dans le cadre des traitements proposés aux toxicomanes, ceux-ci bénéficient déjà de nombreuses structures susceptibles de les prendre en charge que ce soit sur le plan médical, logistique ou psychologique. Dès lors, il paraît essentiel que ces différents centres soient à tout le moins consultés quant à la manière dont il conviendra d'insérer cette nouvelle modalité thérapeutique au sein du réseau de prise en charge tel qu'il se présente actuellement. Pour ce faire, plusieurs formules sont envisageables. C'est pourquoi, afin de trouver la solution la plus adéquate, nous conseillons de recourir à la formule des focus group dont nous traiterons dans le paragraphe suivant.

2.2. Focus group

Notre propos sera, après un descriptif du concept de focus group, de circonscrire le thème, de dresser le schéma du guide d'entretien et de décrire l'échantillon faisant l'objet du focus group relatif à l'impact du programme de délivrance de diacétylmorphine dans les circuits de soins de santé actuels.

Concept de focus group⁷⁴

Outil d'investigation visant à la réalisation d'interviews de groupes structurées et orientées vers un résultat, il rassemble huit à dix *participants* se réunissant pendant une heure autour d'un modérateur. Partant du constat qu'il y a plus dans dix têtes que dans une, cette technique faisant appel à la créativité des participants et à la dynamique de groupe offre la possibilité de démultiplier la capacité d'exploration puis de dégager des idées convergentes. Celle-ci permet, pour un coût relativement faible par rapport aux enquêtes quantitatives, la récolte rapide de nombreuses informations tout en donnant la parole aux participants qui auront vu par la même occasion leur imagination stimulée.

Le *modérateur*, expérimenté dans la dynamique de groupe, a pour mission de susciter une forte interaction entre les participants quant aux thèmes centraux de l'étude ainsi que de veiller à ce que la discussion emprunte bien la voie du sujet choisi. Au regard de la tâche qui lui est dévolue, le choix du modérateur est extrêmement important : la réussite du focus group dépend en grande partie de la manière dont il gère la discussion. Outre le modérateur, la

⁷⁴ Pour en savoir plus voyez Morgan, D. et Krueger, R., *The Focus Group Kit*, Sage publications, 1998, 6 vol.

conduite du focus group requiert la présence d'un *observateur* chargé quant à lui d'acter les moments importants.

Clarifier la mission du groupe ; rappeler aux participants que le succès de l'opération dépend de la participation de tous ; créer une atmosphère de confiance et d'ouverture ; informer les participants de la présence d'un observateur et de son rôle, voilà en quelques lignes dressées les règles qu'il convient de mentionner lors de l'introduction du focus group.

Au cours du focus group, le modérateur devra adopter une forme de leadership assurant ainsi un traitement équitable entre les participants en ce qui concerne le temps de parole imparti. Dans certains cas, il devra user de techniques de relance (demander aux participants de compléter une phrase, reformuler ce qui vient d'être dit, etc.) afin d'assurer la participation et la cohésion du groupe.

A la fin du focus group, le modérateur et l'observateur réalisent un débriefing.

2.1.1 Thème

La place que devra occuper un tel programme dans le réseau de prise en charge tel qu'il existe actuellement et la manière dont cette nouvelle modalité thérapeutique pourrait s'agencer ou reposer sur des structures déjà existantes, tels sont les thèmes essentiels devant faire partie de ce focus group.

2.1.2 Guide d'entretien

Attachons nous maintenant à la construction du guide d'entretien, outil devant servir à l'animation du focus group. Cet outil, construit par le modérateur, composé d'un texte de présentation et des questions à aborder lors des séances de discussions, doit être flexible afin qu'il puisse évoluer lors de la démarche participative. Après avoir donné quelques conseils quant à la manière dont les questions devront être posées, nous insisterons essentiellement sur le schéma général que devra présenter ce guide, en laissant soin au modérateur choisi de fixer plus étroitement ce dernier en fonction de données contextuelles qui d'ici là auront peut-être évolué.

Simple, non biaisées, ouvertes : trois mots caractérisant les questions qui devront être contenues au sein du guide d'entretien. C'est ainsi que, simples quant à leur manière de traiter du sujet, elles devront toujours s'étendre du général au particulier ; aucune connotation positive ou négative susceptible d'orienter le débat ne doit en ressortir ; leur ouverture stimulera l'interaction entre les différents membres du groupe.

Plus concrètement, voici les étapes que le guide d'entretien pourrait emprunter :

- Il nous paraît essentiel dans un premier temps de présenter le programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical en tant que tel.
- Ensuite, le débat pourrait porter sur la nécessité de recourir ou non à un centre prenant le patient intégralement en charge.
- Dans le cas d'une réponse négative, il faudrait se demander quel degré d'implication devraient avoir les différents centres de soins déjà existants par rapport à ce programme de délivrance ?
- Si l'on part du postulat que le travail doit être multicentrique, quel rôle faut-il assigner à chacun ?
- La répartition des tâches contenue dans le Protocole expérimental de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical est-elle adéquate⁷⁵ ?

⁷⁵ Pour la répartition des tâches, voir p. 105.

Echantillon

Adéquatement, il convient de regrouper des gens qui ne se connaissent pas et qui soient représentatifs de l'ensemble des professionnels de la santé en matière de drogue. Le nombre idéal de participants doit s'étaler entre 5 et 12 : il apparaît que lorsque l'on se situe en deçà ou delà de ce nombre la discussion soit moins aisée à mener. Variant en fonction du thème envisagé, du budget disponible et de la population cible, le nombre de focus group qu'il convient d'organiser ne peut être fixé dès à présent.

A ce stade, ne sachant pas précisément dans quel cadre, ni quand le programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical sera implanté, il ne nous est pas possible de désigner nommément les personnes devant faire partie du focus group. Néanmoins, nous pouvons dès à présent citer l'ensemble des acteurs devant se retrouver à cette table : le focus group devrait être composé de manière représentative de membres des diverses organisations gravitant autour des soins de santé en matière de drogues, à savoir des médecins, des psychiatres, des psychologues, des assistants sociaux, des éducateurs et des infirmiers. Quelle que soit la fonction exercée par l'ensemble de ces membres, il convient que la composition du focus group soit aussi représentative de l'ensemble des institutions de soins de santé spécialisées dans le traitement des usagers de drogues. En outre, il serait utile de joindre à ce même groupe une personne attachée de manière plus directe au programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical et ce afin de prendre en compte certaines spécificités inhérentes à un tel programme.

3. Impact au niveau de la population riveraine

3.1. Préalable

L'implantation d'un programme de délivrance de diacétylmorphine aux toxicomanes risque de produire un double soulèvement. Soulèvement de la population riveraine d'une part tenant à une panoplie de craintes liées à la venue d'un centre près de chez elle. Et d'autre part, soulèvement occasionné par l'ensemble de la population quant au concept même de délivrance de diacétylmorphine aux toxicomanes.

3.2. Population au sens large : nécessité de recourir à une information

Comme nous venons de le dire, nous pensons que la passation d'un projet d'une telle envergure suscitera des réflexions au sein de la population dans son sens le plus large. Dès lors, afin de ne pas biaiser l'ensemble des débats entourant un tel programme et afin d'éviter les dérapages y afférents, il convient de donner une information claire, correcte et précise. C'est pourquoi celle-ci devra être soigneusement réfléchie et rigoureusement préparée : il n'est pas question de sombrer dans une information relevant du sensationnel. Elle pourrait se limiter en une sensibilisation quant au programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical à proprement parler et en une description de ses objectifs.

3.3. Population riveraine

3.1.1 Craintes ressenties par la population *versus* nuisances réelles

L'opposition des populations riveraines quant à l'implantation d'un projet quel qu'il soit peut être conceptualisée sous le concept anglais du NIMBY (*not in my back yard* ou pas dans mon

jardin), NIMBY auquel l'implantation d'un centre de délivrance de diacétylmorphine pour toxicomane n'échappera sans doute pas⁷⁶ !

Sans vouloir décrire les craintes probables émanant de la population riveraine quant à l'implantation d'un centre de délivrance de diacétylmorphine près de chez elles, il convient dès à présent d'atténuer celles-ci. En effet, au regard du projet néerlandais de délivrance de diacétylmorphine, on peut dire que "*the supervised medical co-prescription of heroin to chronic heroin dependent patients did not create serious public order and controllability problems for the neighbourhood*"⁷⁷. De plus, il ressort d'une étude menée par la politique scientifique fédérale en matière de drogues et de nuisances que les nuisances en matière de drogues ne font pas partie des préoccupations premières de la population. Ainsi, quand on demande au public interrogé (émanant de différents quartiers, dont certains sont directement concernés par les problématiques en matière de drogues, de six villes de Belgique) ce qu'il entend par le concept de nuisance, seuls 4% des sondés évoquent spontanément les nuisances en matière de drogues (Decorte et al., 2004).

Ces constatations tendent à démontrer qu'au-delà des craintes légitimes émanant des populations riveraines, et auxquelles il faudra apporter une réponse adéquate (*infra*), il faut raison garder et avoir à l'esprit que le programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical n'engendre pas d'augmentation considérable des nuisances. Ainsi, des phénomènes d'attroupement ou de déplacement en masse des toxicomanes n'ont pas été observés dans les différents pays ayant expérimentés un tel programme. Mieux, on peut penser que certaines nuisances, parmi lesquelles celles liées aux seringues usagées jonchant les trottoirs, verront leur fréquence fortement diminuée de par l'obligation qui sera faite dans le cadre du lancement du programme en Belgique de consommer la diacétylmorphine uniquement dans le centre de délivrance.

3.1.2 Solution en vue de diminuer le soulèvement de la population

Bien qu'il ne ressorte pas des expériences réalisées dans d'autres pays que l'implantation d'un centre de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical ait un impact au niveau des nuisances occasionnées aux alentours, il convient de rassurer et d'informer au mieux les populations riveraines en proie à ces doutes. Selon nous, la réalisation d'un focus group, constitué de membre de la communauté au sens large, relatif aux campagnes de sensibilisation qui devront être menées auprès des populations directement concernées par l'implantation géographique d'un lieu de délivrance, constitue le moyen le plus optimum en vue de cerner les attentes de cette population en matière de sensibilisation. Notons que la sensibilisation qu'il conviendra de donner variera indubitablement suivant la manière dont le centre de délivrance sera implanté (au sein des centres déjà existants, au sein d'un centre unique, etc.).

Thème

Comme nous venons de le mentionner, le focus group portera sur l'évaluation des campagnes de sensibilisation qui devront être menées auprès des populations directement concernées par l'implantation géographique d'un lieu de délivrance.

Guide d'entretien

Bien qu'il ne nous appartienne pas, pour les raisons développées *supra*, de fixer étroitement le contenu dudit guide d'entretien, nous allons en dresser les contours :

⁷⁶ Pour en savoir plus sur le phénomène NIMBY voyez en ligne <http://environnement.wallonie.be/nimby>.

⁷⁷ Pour en savoir plus voyez Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 2002, p.151, en ligne <http://www.ccbh.nl/>.

- Il apparaît dans un premier temps primordial d'expliquer en quoi consiste le programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical à proprement parler et d'en décrire les objectifs.
- Ensuite, afin que de cerner au mieux l'objet de la sensibilisation, il faut orienter la discussion autour des sentiments qu'inspire un tel projet auprès des participants du focus group.
- L'objet de la sensibilisation une fois circonscrit, il convient de discuter autour de la forme que devrait revêtir cette sensibilisation. Celle-ci doit-elle avoir lieu sous différentes formes (exposé du programme, débat, visite des centres de délivrance, etc.) ou sous une forme unique ?
- Enfin, il faut fixer le moment le plus adéquat pour réaliser cette sensibilisation, la fréquence de celle-ci et discuter de la nécessité de rencontrer la population tout le long du programme.

Echantillon

Composé de membres de la population au sens large, nous ne pouvons dès à présent désigner nommément les personnes faisant partie du focus group en question. Relevons tout de même que la composition de ce focus group devra être représentative de la population au niveau des tranches d'âge et des couches sociales représentées. En outre, il serait de bon ton que le groupe en question soit composé de gens susceptibles de représenter les commerçants et la population au sens strict car leurs réalités, eu égard à un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical, sont bien différentes.

Notons enfin que nous sollicitons la participation de la communauté au sens large et non de la population riveraine directement. En effet, il nous a paru important que la réalisation de ce focus group ait lieu avant que les centres de délivrance ne soient déterminés et ce afin que la sensibilisation adéquate puisse être lancée concomitamment à cette détermination. De plus, susceptible d'endosser un jour l'étiquette de population riveraine, chaque citoyen est à même de réfléchir quant à la sensibilisation qu'il convient de mener.

4. Sensibilisation des membres de la famille des toxicomanes

Nous ne pouvons terminer ce protocole d'étude d'impact sans évoquer la sensibilisation qu'il conviendra d'apporter aux membres de la famille des toxicomanes suivant un traitement de délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical. En effet, l'entourage du toxicomane, qui en outre est souvent démuné face à la situation de leur proche, ressentira sans aucun doute le besoin d'être informé quant aux tenants et aboutissants du traitement.

Le recours à un focus group pourrait une fois de plus nous aider et ce afin de rencontrer au mieux les attentes de ces familles quant à la manière dont la sensibilisation autour de ce traitement devra avoir lieu.

Le thème du focus group ainsi défini, il convient désormais de dresser les contours du guide d'entretien qui, dans un premier temps, devrait contenir une description du programme de délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical. Ensuite, la discussion devrait porter plus particulièrement sur la sensibilisation qu'il convient d'apporter.

L'échantillon pourrait être composé de membres de familles de toxicomanes, sans que ces derniers ne soient nécessairement susceptibles d'entrer dans le programme, et ce afin que la réalisation du focus group puisse être faite antérieurement au lancement dudit programme. Ainsi, dès le départ de ce dernier, une sensibilisation adéquate pourra être effectuée envers les familles concernées.

5. Conclusion

L'essentiel de ce protocole consiste à sensibiliser le lecteur quant à l'impact qu'occasionne l'implantation d'un programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical sur différents sujets. Nous y revenons et nous insistons encore : quelles que soient les circonstances et les caractéristiques du programme, la consultation des membres des circuits de soins santé et l'information de la population (qu'elle soit ou non riveraine) ainsi que des familles des toxicomanes devront être soigneusement préparées et réfléchies. C'est au regard de la consultation des uns et de l'information des autres que l'on pourra mesurer la réussite de l'intégration du programme de Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical.

IX Protocole expérimental de délivrance d'héroïne sous contrôle médical

Il s'agira d'une étude multicentrique (Liège, Bruxelles, Antwerpen) menée en ouvert, dont les sujets seront aléatoirement répartis en deux groupes parallèles de sujets sévèrement dépendants à l'héroïne, recevant, sous contrôle médical, soit de la diacétylmorphine, soit de la méthadone.

1. Organisation et supervision de la recherche

L'étude sera réalisée dans les trois régions nationales, à raison d'une ville par région (Liège, Bruxelles, Antwerpen). Elle sera effectuée sous la responsabilité d'un comité scientifique universitaire.

Plusieurs coordinateurs seront chargés d'organiser et de superviser le contrôle de l'étude.

L'harmonisation de l'étude sur le terrain, ses aspects techniques et scientifiques seront assurés par des investigateurs principaux, issus du milieu universitaire.

Les centres de chaque ville seront dirigés par un investigateur scientifique local. Il assurera les tâches logistiques de direction et aura également pour rôle de servir de relais entre les instances locales et les investigateurs principaux.

Chaque centre emploiera au moins deux médecins et un pharmacien responsable du fonctionnement des Centres d'Evaluation et de Délivrance (voir plus bas). Ils travailleront en collaboration étroite avec les investigateurs.

L'étude sera soumise supervisée par un comité international d'experts indépendants.

2. Objectif de l'étude

2.1. Objectif principal

Le but de cette étude est de comparer, sous un contrôle scientifique strict et rigoureux, un programme de délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical (conditions expérimentales) à un programme classique de maintenance à la méthadone (condition de contrôle).

Cette comparaison portera principalement sur la rétention dans l'un et l'autre traitement, c'est-à-dire sur le nombre de sujets qui participeront toujours pleinement à l'expérience au moment de sa fin.

2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

1. Evaluer l'action du traitement expérimental et la comparer à celle du traitement contrôle. Cette évaluation comparative se basera sur les variables suivantes :

- a) Évolution de l'état de santé physique du patient (HIV, HVB, HVC, tuberculose, poids, nutrition, hygiène, présence d'abcès, de phlegmons, nombre de piqûres, etc.).
- b) Consommation de substances (héroïne et autres stupéfiants, drogues, médicaments et alcool).
- c) Évolution de l'état de santé mentale.
- d) Statut professionnel et situation financière.
- e) Statut social (relations familiales et sociales, logement, loisirs, mode de vie,...)

- f) Situation judiciaire (délinquance, incarcération,...)
- g) Nombre et durée d'hospitalisations et de décès.

2. Comparer la tolérance des patients aux différents traitements et mesurer les éventuels effets indésirables.

3. Population cible

La population visée par cette recherche est celle des patients sévèrement dépendants des opiacés dits « résistants » telle qu'elle a été définie dans la revue de littérature concernant les aspects médicaux de la DHCo. Il s'agit donc de patients qui n'entrent pas, suivent de façon chaotique ou vivent des échecs répétés dans les traitements actuellement disponibles.

Cette résistance peut être due à des causes diverses : le traitement disponible peut être en contre-indication avec d'autres traitements, le patient ne rentre pas dans les conditions d'admissions minimales d'un centre donné, il présente un manque de motivation important ; il peut avoir été en échec à cause d'un comportement incompatible avec les contraintes des lieux d'offre de soin, parce qu'il a refusé de mener plus avant le traitement, etc.

3.1. Critères d'inclusion

Afin d'être inclus dans l'étude, le sujet devra être diagnostiqué dépendant de l'héroïne (DSM-IV : code 304.00) et cette substance représentera l'assuétude principale. Cette dépendance devra être présente depuis 5 ans au moins. Ces sujets devront de plus rencontrer les critères suivants :

- 1) Etre citoyen belge ou résident légal en Belgique.
- 2) Etre résident sur le territoire de l'arrondissement judiciaire du lieu de l'expérience depuis au moins trois mois.
- 3) Etre âgé d'au moins 20 ans.
- 4) Consommer de l'héroïne quotidiennement.
- 5) Présenter l'une des deux caractéristiques suivantes liées au traitement :
 - Soit, n'avoir eu aucun accès à un quelconque programme de traitement depuis le début de sa toxicomanie
 - Soit, avoir subi des échecs au traitement à la méthadone ou avoir été reconnu comme réfractaire au traitement par un centre de référence. Pour que le sujet puisse être reconnu comme réfractaire au traitement méthadone, il devra remplir les critères suivants (vérifiés au Centre d'Evaluation) :
 - (a) Une tentative est définie par le fait d'avoir reçu une prescription d'un minimum de 60 mg⁷⁸ de méthadone par jour (dose médiane efficace

⁷⁸ En effet, il est fondamental que la dose efficace ait été prescrite préalablement. Il est connu qu'elle est très souvent sous dosée (Payte et al., 1994). La littérature concernant les études méthadone montre qu'en fonction de la dose de méthadone prescrite, le taux de rétention dans les programmes de traitement augmente, la consommation d'opiacés illicites et de cocaïne diminue et l'issue du traitement est satisfaisante. La plupart des études (Bell et al., 1995; Caplehorn et al., 1991; Caplehorn et al., 1994; Caplehorn et al., 1996; Condelli et al., 1993; del Rio et al., 1997; Hartel et al., 1995; Joe et al., 1991; Johnson et al., 1992; Ling et al., 1976; Ling et al., 1996; Maddux et al., 1997; Magura et al., 1998; Maremmani et al., 1994; Rhoades et al., 1998; Saxon et al., 1996; Schottenfeld et al., 1993; Schottenfeld et al., 1997; Siassi et al., 1977) recommandent une dose supérieure à 60 mg par jour ; quelques unes (Strain et al., 1993; Strain et al., 1993) une dose supérieure à 50 mg. Une équipe autrichienne (Loimer et al., 1992) préconise une dose de 90 mg par jour pour des patients présentant des gros symptômes de sevrage et de graves comportements à risque. Pour une revue de la question en français consulter Bertschy, 1995; Parrino, 1994 et Pinoit et al., 1997.

recommandée (Parrino, 1992; Parrino, 1994)) pendant au moins un mois de manière ininterrompue au cours des 5 dernières années ;

- (b) La personne a été enregistrée et a été en contact avec un programme méthadone durant l'année précédente et ce contact doit avoir été régulier (au minimum 50 contacts) ;
 - (c) La personne est chroniquement dépendante de l'héroïne et a suivi différents programmes méthadone sans succès ;
 - (d) La personne a une santé physique et/ou mentale pauvre et un niveau d'intégration /fonctionnement social pauvre (EuroASI score de sévérité inférieur à 5) (Appleby et al., 1997; Martin et al., 1996; McLellan et al., 1992) ;
- 6) Avoir signé le consentement éclairé et marquer son accord vis-à-vis des limites et contraintes énoncées dans le contrat expérimental.
- 7) Les sujets féminins s'engageront à prendre une contraception efficace.

3.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion seront les suivants :

1. Présenter des problèmes médicaux, psychiatriques ou psychosociaux importants en contre-indication pour raisons de santé ou qui pourraient interférer avec la conduite de l'étude ou de son interprétation.
2. Présenter des antécédents de comportements perturbateurs ou agressifs qui pourraient entrer en conflit avec le bon déroulement de l'étude s'ils devaient se reproduire.
3. Pour les sujets féminins du groupe expérimental, être enceinte ou allaitante.
4. Ne pas montrer une motivation suffisante pour les examens réguliers et pour se rendre jusqu'au Centre d'Evaluation ou montrer une forte probabilité à être incarcéré.
5. Les sujets qui n'accepteraient pas de prendre la diacétylmorphine dans le Centre de Délivrance fonctionnant sous contrôle universitaire.
6. Les sujets requérant des doses de méthadone excédant 150 mg⁷⁹ par jour.
7. Les sujets requérant une prescription de diacétylmorphine excédant 1000 mg par jour (ou équivalent sous forme d'inhalation).
8. Les sujets refusant de se mettre en ordre de mutuelle.
9. Les sujets déménageant dans une autre juridiction.

4. Echantillons, sélection, allocation

4.1. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est basée sur les considérations suivantes :

- La délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical doit au minimum permettre de garder 20% de sujets en plus que la délivrance de méthadone.
- Cette différence devra être détectée avec une puissance de 90% (c'est à dire 9 chances sur 10 de percevoir cette différence si elle existe réellement dans la population) au niveau de signification de 5%.

⁷⁹ Les individus requérant une dose supérieure présenteraient des caractéristiques métaboliques particulières.

- La proportion de patients encore présents dans l'étude dans le groupe contrôle à la fin de l'étude est comprise entre 5 et 75% du nombre initial.

Il s'ensuit que l'échantillon devrait comprendre entre 92 et 263 sujets. Dans l'optique d'éviter des problèmes statistiques lors de l'emploi des X^2 , un correctif de continuité sera employé entraînant une augmentation de sujets jusqu'à 300.

Ce chiffre est supérieur à celui des expériences néerlandaises, ce qui conduira à une puissance supérieure à ces essais. La probabilité d'obtenir un effet significatif sera donc plus élevée que dans ces études.

4.2. Répartition multicentrique

Les 300 sujets seront répartis en deux groupes égaux de 150, l'un traité à la diacétylmorphine, l'autre à la méthadone. L'étude se réalisant dans trois villes, chaque centre comptera 50 sujets de chaque groupe.

4.3. Détection des sujets potentiels et procédure de sélection et d'allocation dans les différents groupes

Note préalable : Afin de ne pas perturber le fonctionnement habituel des centres déjà présents sur le terrain, il a été décidé de séparer l'assignation à un groupe particulier, l'évaluation et la délivrance. Cette répartition des tâches se fera comme suit :

Centre Référent : les Centres Référents seront toutes structures de terrain pluridisciplinaire susceptibles de détecter un patient correspondant aux critères d'inclusion de l'étude. Il pourra s'agir de centres dits de référence méthadone et/ou des centres de première ligne comme par exemple le service d'urgences psycho-médico-sociales du Centre Hospitalier Régional de la Citadelle de Liège, la Maison d'Accueil Socio-Sanitaire, Start de Liège ou Accueil Drogues, etc. Ce Centre s'occupera donc de la sélection, mais aussi de l'information de base au sujet.

Centre d'Evaluation : dans cette structure intermédiaire, les patients sélectionnés par le Centre Référent seront évalués afin d'établir une ligne de base et d'assigner le sujet à un groupe.

A l'issue de cette première évaluation, il sera vérifié que le sujet entre dans les critères d'inclusion et d'exclusion.

Par la suite, l'évaluation continue des variables de l'expérience se fera également dans cette structure. Elle constituera également le lien entre le Centre Référent, le Centre de Traitement et les investigateurs pour l'échange d'informations.

Il s'agira d'un lieu distinct des Centres Référents, de Délivrance et de Traitement.

Ce centre emploiera une équipe pluridisciplinaire de psychologues, criminologues, scientifiques sous la responsabilité d'un médecin psychiatre universitaire et de(s) l'investigateur(s) principal(aux).

Centre de Traitement : il s'agit du centre où se déroule le suivi psycho-médico-social habituel et spécifique selon les centres. Idéalement, il s'agira du centre de référence méthadone d'où le sujet provient, mais pourra aussi être une autre structure (entre autre pour le cas où le sujet n'aurait jamais eu de traitement).

Les Centres de Traitement agréés devront signer un contrat de partenariat portant notamment sur l'échange de données nécessaires à l'étude.

Centre de Délivrance : la diacétylmorphine sera délivrée uniquement dans ce centre. Eventuellement, des évaluations spécifiques pourront y avoir lieu. Il devra comprendre au

minimum un médecin responsable, spécialisé en toxicomanie, un pharmacien responsable de la délivrance, un préparateur en pharmacie, des infirmiers, une équipe pluridisciplinaire.

Idéalement, il devrait être localisé à la fois près d'un hôpital disposant d'une structure d'urgence et à proximité du centre ville.

L'entrée se devra d'être protégée et le centre sera équipé d'une salle d'attente, d'une pharmacie, de chambres d'inhalation et d'injection permettant le contrôle visuel, d'une infirmerie comprenant le matériel d'urgence adéquat et d'une salle de repos.

En aucun cas cette structure ne fera de traitement autre que la seule et unique délivrance de diacétylmorphine, tout suivi psychosocial se fera nécessairement dans un Centre de Traitement.

Procédure de sélection des sujets

Le sujet sera sélectionné par le Centre Référent en fonction des critères d'inclusion. Il aura été informé de manière orale de la possibilité de participer à une expérience de délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical. Il se rendra au Centre d'Evaluation, en sachant qu'il existe des critères d'exclusion et que le fait de participer à la première évaluation ne garantit en rien son inclusion dans l'expérience. Il sera informé qu'une compensation lui sera accordée à la fin des examens de base et ce, quelle qu'en soit l'issue.

Procédure d'allocation

Le sujet sera informé, au Centre d'Evaluation, des objectifs et du déroulement de l'expérience, du caractère aléatoire de l'allocation, ainsi que des limites et contraintes de l'expérience. Après avoir signé un consentement écrit (Annexe II), il subira le test bio-psychosocial prévu. Si à la suite de cette évaluation, le sujet remplit toujours les conditions d'inclusion, il sera aléatoirement assigné à un groupe. Cette allocation sera réalisée par une personne neutre, ne participant pas à l'évaluation, grâce à une procédure informatisée.

Si le sujet devait ne pas correspondre aux critères, il sera renvoyé au Centre Référent et recevra un dédommagement pour le déplacement.

Procédure spécifique pour les sujets contrôle

Afin d'éviter une perte massive des sujets de contrôle due à une éventuelle démotivation par rapport au fait de ne pas recevoir de la diacétylmorphine, il a été décidé d'offrir aux sujets contrôle une compensation financière. Cette compensation, sous forme de défraiement, s'élèvera à 125 € pour le testing de base et à 50 € pour les examens de contrôle. Si un sujet devait ne pas poursuivre l'expérience, mais qu'un contact peut être maintenu pour opérer le suivi, il sera proposé que les examens se fassent soit au domicile ou à la résidence du sujet, soit au Centre d'Evaluation.

Procédure spécifique pour le groupe expérimental

Le sujet du groupe expérimental rencontrera le médecin responsable et le personnel du Centre de Délivrance afin que la procédure lui soit expliquée en détails. Il lui sera ensuite conseillé de se rendre dans un Centre de Traitement ou de rejoindre celui qu'il fréquentait déjà.

Le sujet pourra quitter l'étude à tout moment afin de poursuivre son traitement selon d'autres voies.

Une compensation de 125 € lui sera remise pour le testing de base.

5. Délivrance et mode d'administration des produits

5.1. Procédure pour la diacétylmorphine

La délivrance de diacétylmorphine se fera exclusivement dans les Centres de Délivrance. Le Centre sera accessible tous les jours, y compris les week-ends et jours fériés. Les sujets pourront s'y rendre trois fois trois heures par jour.

Le Centre de Délivrance sera accessible aux seuls détenteurs d'une carte d'identification fournie uniquement aux membres du personnel du Centre ainsi qu'aux sujets. Celle-ci renseignera sur le nom, le prénom, la date de naissance et la photo de son détenteur. Elle permettra l'identification à l'entrée et lors de la délivrance. La délivrance ne se fera que sur présentation de la prescription et de ladite carte qui sera comparée aux données informatiques concernant le détenteur de celle-ci. La personne responsable de cette délivrance notera sur la fiche informatique la dose reçue, la date et l'heure.

La diacétylmorphine sera de qualité pharmaceutique, c'est-à-dire stérile et pure. Elle sera délivrée gratuitement sous une forme injectable ou sous une forme inhalable et sera impérativement consommée sur place. Le médecin du Centre de Délivrance choisira le mode de consommation selon l'état de santé physique du sujet ainsi que selon ses habitudes de consommation. Toutefois, des changements en cours d'étude restent possibles. Un sujet injecteur pourra passer à l'inhalation pour autant que le médecin en soit prévenu et que les modalités protocolaires et administratives soient modifiées. Il pourra retourner à l'injection, mais devra pour cela attendre un délai de deux semaines. Il n'y a pas de raison, par contre, pour qu'un sujet inhalateur passe à l'administration intraveineuse.

La diacétylmorphine sera délivrée par une personne travaillant sous la responsabilité du pharmacien (idéalement le pharmacien lui-même ou un assistant en pharmacie dûment formé) responsable du Centre de Délivrance, selon les quantités prescrites par le médecin. La prise du produit se fera sous la surveillance d'un médecin ou d'un infirmier, celui-ci s'assurera que le sujet ne présente aucun problème durant la prise et durant la période de repos. Un membre du personnel accompagnera ensuite le sujet afin que son intégrité physique soit le moins possible en danger.

La diacétylmorphine délivrée aura été marquée au deutérium (isotope stable) préalablement. Ce composant est aisément repérable et sera intégré dans des proportions non toxiques. Ceci sera utile pour vérifier que l'héroïne pharmaceutique ne sorte pas du Centre de Délivrance. L'expérience du CCBH (van den Brink et al., 2002) a également utilisé ce marqueur et les auteurs n'ont rapporté aucun problème lié à son emploi. Par ailleurs, une étude de Peng et al. (1972) indique que les sujets humains peuvent ingérer sans aucun danger et pendant de longues périodes de l'eau contenant 1% d'eau marquée au deutérium. Des effets secondaires (vertiges) n'apparaissent, chez certaines personnes, qu'après administration de hautes doses de deutérium (Landau et al., 1995).

Forme injectable

La diacétylmorphine pour injection intraveineuse sera fournie sous forme de solution préparée le jour même et dosée par l'assistant en pharmacie, dans une seringue stérile. La quantité maximale par jour et par prise sera fixée par le médecin du Centre de Délivrance. Elle sera limitée à 1000mg par jour et 400mg par prise. Cette quantité sera discutée entre le médecin et le sujet de manière à réduire au maximum l'utilisation d'héroïne illégale et d'autres substances. La recherche d'acétylcodéine, marqueur spécifique de l'héroïne, sera recherchée dans les urines. Ce contrôle sera mis en parallèle avec les déclarations du sujet concernant l'utilisation d'autres substances psychotropes. L'administration se fera dans un lieu spécifiquement aménagé à cet effet.

Les premières séances feront l'objet d'une procédure d'apprentissage particulière sous la supervision d'un médecin spécialisé. Il a été prévu que la première dose de diacétylmorphine sera de 30 mg au maximum par prise. Les doses suivantes seront modulées en fonction des résultats de cette première administration. Les doses seront par la suite augmentées progressivement sur une période de plus ou moins 5 jours jusqu'à ce que la dose minimale utile pour le patient soit atteinte, afin d'éviter la consommation d'héroïne, d'éviter les symptômes de sevrage ou une trop forte sédation. Les patients pourront demander une administration complémentaire (20 minutes après la première) pendant la phase d'équilibrage des doses.

Forme inhalable

La formule sera la même que celle utilisée dans l'expérience néerlandaise (van den Brink et al., 2002) : il s'agit de tablettes réalisées à base de diacétylmorphine et de café. Cette forme présente l'avantage d'optimiser la biodisponibilité de la diacétylmorphine en favorisant sa combustion et ne présente pas de toxicité majeure. Rook (2003) a estimé la bio-disponibilité de l'inhalation de vapeurs de diacétylmorphine à partir des feuilles d'aluminium à 53%. Une partie de la diacétylmorphine est probablement désintégrée durant la procédure de chauffage.

La diacétylmorphine sera fumée sur un support en aluminium dans un local différent de celui prévu pour l'injection. Cette condition a été mise en place afin d'augmenter la compliance des sujets en utilisant une méthode qui ressemble le plus possible à la situation actuelle de la rue. Les doses seront mises au point selon les mêmes modalités que dans la condition d'injection.

5.2. Procédure pour la méthadone

Les sujets du groupe contrôle seront suivis exclusivement dans un Centre de Traitement. La méthadone sera consommée soit sur place pour les centres qui ont cette pratique, soit en pharmacie, par une prise orale quotidienne, sauf exceptions prévues par le médecin. La dose de méthadone n'excédera pas 150 mg par jour et sera laissée à la libre appréciation du médecin prescripteur. Ce dernier transmettra au Centre d'Évaluation toute information utile sur les différentes prescriptions et les différents dosages. Ce traitement ne sera pas modifié par rapport à la situation actuelle pour ne pas imposer de contraintes supplémentaires à cette offre de soins.

6. Etapes et durée de l'étude

6.1. Durée de l'étude

L'étude, d'une durée totale de 4 ans, débutera par une période d'inclusion des sujets de 2 ans maximum suivie d'une période d'évaluation de 2 ans également. La période d'inclusion permettra de recruter le nombre de sujets nécessaires à l'étude.

6.2. Période d'inclusion et mesures de base

N.B. : une description des outils d'évaluation est fournie en Annexe I. Ces différents instruments de mesure devront être adaptés au contexte belge si nécessaire.

- 1) Histoire de la toxicomanie et anamnèse générale
- 2) Niveau Biologique
 - a) Examen médical : état somatique général + pression artérielle, fréquence cardiaque, taille et poids (Body Mass Index), dermatologie, nombre de traces de piqûres, présence de phlegmon et d'abcès, réflexes neurologiques, sphère uro-génitale, hygiène personnelle ;

- b) Contrôle médical : état somatique général, Body Mass Index, hygiène personnelle, Statut Médical (EuroASI), nombre de piqûres, phlegmon et abcès ;
 - c) Radiographie du thorax
 - d) Intradermo-réaction à la tuberculine
 - e) Tests biologiques sanguins
 - i) Hématologie :
 - Thrombocytes
 - Leucocytes
 - Hémoglobine
 - ii) Estomac – Intestin – Foie :
 - GPT
 - GOT
 - Phosphatases alcalines
 - Bilirubine
 - iii) Immunologie :
 - Titre d'antistreptolysine
 - HAV (hépatite A)
 - HBV (hépatite B)
 - HCV (hépatite C)
 - HIV
 - f) Tests urinaires sous contrôle visuel :
 - i) Consommation de stupéfiants :
 - taux de créatinine
 - 6-MAM
 - acétylcodéine
 - benzodiazépines
 - barbituriques
 - neuroleptiques
 - cocaïne
 - autres psychostimulants
 - cannabinoïdes
 - alcool
 - opiacés
 - méthadone
 - ii) Urine rénale : Protéinurie – Glucosurie - Hématurie
 - g) Chromatographie des cheveux (Poletini et al., 1997; Tagliaro et al., 1996) pour les substances citées supra
 - h) Tests de grossesse
- 3) Niveau psychiatrique – Psychosocial
- a) Examen psychiatrique : Composite International Diagnostic Interview 2.1 (CIDI) de l'O.M.S. générant un diagnostic psychiatrique compatible DSM-IV ; International Personality Disorder Examination (IPDE) de l'O.M.S. générant un diagnostic d'un trouble de la personnalité compatible DSM-IV, la Symptom Check-List 90 items (SCL-90-R).
 - b) European Addiction Severity Index (EuroASI) :
 - i) Démographie
 - ii) Etat médical
 - iii) Emploi et ressources
 - iv) Relations familiales et sociales
 - v) Usage d'alcool
 - vi) Usage de drogue en plus de l'héroïne ou de la méthadone
 - vii) Situation légale
 - c) Etat psychiatrique ou psychologique
 - i) Impression Clinique Globale (CGI) concerne l'état psychologique du patient, donnée par l'investigateur et le sujet lui-même.
 - ii) Le GAF (Global Assessment of Functioning) de Goldman.
 - iii) Le WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life), le SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form) de Garrat et l'EQ-5D (European Quality of Life 50) de l'EuroQOL group.
- 4) Vérification des critères d'inclusion et d'exclusion.
- 5) Information du patient et accord de participation à l'étude.

6) Treatment Demand Indicator Protocol (TDI) de l'EMCDDA/Pompidou Group

Un registre informatisé de sélection sera tenu pendant toute la durée de l'étude et centralisé dans le Centre d'Evaluation. Ce registre sera accessible au médecin responsable du Centre de Sélection et aux investigateurs. Il sera protégé par un logiciel de cryptage spécifique.

6.3. Période de suivi

Selon le calendrier suivant, au troisième, sixième, douzième, dix-huitième et vingt-quatrième mois après le début de l'entrée dans l'étude, les mesures ci-après seront prises (en référence aux mesures de bases détaillées plus haut) :

- Niveau Biologique
- Contrôle médical : pression artérielle, fréquence cardiaque, taille et poids (Body Mass Index), nombre de piqûres, présence de phlegmon et d'abcès, Statut Médical (EuroASI) et hygiène personnelle.
- Tests biologiques sanguins :
 - Hématologie.
 - Estomac – Intestin – Foie.
 - Immunologie.
- Tests urinaires sous contrôle visuel :
 - Consommation de stupéfiants
 - Urine rénale
 - Tests de grossesse
- Niveau psychiatrique – Psychosocial
 - CIDI 2.1 – SCL90-R – IPDE
 - ASI
 - CGI
 - TDI
 - GAF
 - WHOQOL – SF-36 – EQ-5D

Des tests urinaires pour la recherche de substance seront réalisés plus ou moins tous les trente jours, selon un intervalle variable, de manière à ce que ce test ne puisse être prévisible. Chez les sujets de sexe féminin, ces analyses serviront aussi de test de grossesse.

En plus de la section de l'EuroASI portant sur l'usage de drogues, les personnes du groupe expérimental seront évaluées très régulièrement (tous les jours pendant les deux premières semaines, puis tous les mois) avec une check-list spécifique reprenant la symptomatologie de sevrage, la satisfaction du traitement reçu, les effets indésirables (Check-List SSEI) et diverses remarques éventuelles.

6.4. Traitements additionnels

Si des affections sont présentes avant le début de l'étude ou surviendraient au cours de celle-ci, tous les traitements les concernant seront autorisés. Dans le groupe expérimental comme dans le groupe contrôle, les traitements prescrits seront encodés dans la base de données du Centre d'Evaluation.

6.5. Calendrier

	Jour 1	Mensuel	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois
Revue des critères d'entrée	✓						
Anamnèse générale	✓						
Démographie (EuroASI)	✓						
Histoire médicale et Substances (EuroASI)	✓						
Usage Opiacés (EuroASI)	✓	✓**	✓	✓	✓	✓	✓
Usage Alcool et Drogues (EuroASI)	✓	✓**	✓	✓	✓	✓	✓
Examen médical	✓				✓		✓
Contrôle médical	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Radiographie du thorax	✓		✓ ²	✓ ²	✓ ²	✓ ²	✓ ²
Intradermo-Réaction Tuberculine	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Tests Sanguins	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Tests Urinaires	✓	✓*	✓	✓	✓	✓	✓
Test de Grossesse	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Chromatographie des cheveux	✓						
CIDI 2.1. – IPDE	✓						✓
SCL-90-R	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Etat psychiatrique et social (EuroASI)	✓		✓	✓	✓	✓	✓
CGI	✓	✓**	✓	✓	✓	✓	✓
TDI	✓		✓	✓	✓	✓	✓
GAF	✓		✓	✓	✓	✓	✓
WHOQOL - SF-36 - EQ-5D	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Emploi et Ressources (EuroASI)	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Situation judiciaire (EuroASI)	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Satisfaction du traitement			✓	✓	✓	✓	✓
Check-list SSEI		✓****	✓	✓	✓	✓	✓
Information et consentement	✓						

* : aléatoires - ** : avec le test urinaire - *** : groupe expérimental - ² si intradermo-réaction positive

6.6. Arrêts prématurés

Les arrêts prématurés seront limités autant que faire se peut par l'investigateur. Il essaiera de suivre tous les sujets de l'étude jusqu'à son terme et ce, quelle que soit la structure dans laquelle il se trouve. Une annonce sera donc lancée à toutes les institutions potentiellement impliquées afin d'y recueillir les informations dont l'investigateur aurait besoin.

Il est important de distinguer les arrêts prématurés avec sortie de l'étude de ceux sans sortie de l'étude.

Les conditions d'arrêt prématuré sans sortie de l'étude sont les cas où les sujets du groupe expérimental passent à la méthadone ou à un autre traitement ou les cas où les patients du

groupe contrôle stoppent la méthadone pour passer à une autre type de traitement. Ces arrêts prématurés sans sortie de l'étude seront rapportés dans le cahier d'observation et le sujet sera suivi jusqu'au terme de l'étude selon les modalités prévues par le protocole.

Les conditions d'arrêts prématurés avec sortie de l'étude sont celles où il y aura eu perte de contact avec le sujet, sortie forcée de l'étude selon les critères fixés, incarcération du sujet, évènement incompatible avec la poursuite de l'étude ou décès du sujet. Ces arrêts seront également rapportés dans le cahier d'observation, ainsi que la date du dernier contact avec le sujet.

Les raisons d'exclusion répondront aux critères de sortie à savoir que tous les sujets, qu'ils soient du groupe expérimental ou contrôle, seront exclus de l'étude s'ils présentaient des comportements incompatibles avec le bon fonctionnement de l'expérience. Pour les femmes, développer un grossesse en cours d'étude conduira le sujet à quitter le groupe expérimental.

En cas d'hospitalisation ou d'incarcération (dans la mesure où l'administration pénitentiaire est d'accord) incompatible avec la poursuite de l'étude, une continuation du traitement sera systématiquement proposée : méthadone pour les sujets de contrôle comme expérimentaux.

Les sujets perdus de vue pendant moins de 15 jours seront toujours inclus dans le protocole. Si cette absence devait se répéter plus de 3 fois ou être plus longue que la limite de 15 jours, ils seront considérés comme sortis de l'étude, mais pourront continuer à bénéficier d'un traitement à la méthadone.

7. Mesures

7.1. Comparabilité des deux groupes

Afin de s'assurer de leur équivalence, les deux groupes seront comparés sur les critères suivants :

- Age, sexe, BMI, pression artérielle, fréquence cardiaque, état d'hygiène.
- Lieu de résidence.
- Séjour en institution pendant le mois précédant l'étude.
- Alcoolisme et polytoxicomanie.
- HIV, hépatites A, B, C, tuberculose.
- Scores à l'EuroASI.
- Etat de santé psychique, CIDI 2.1., SCL-90-R, IPDE, TDI, GAF.
- CGI, WHOQOL, SF-36, EQ-5D.

7.2. Evaluation de l'efficacité du traitement

Critère principal

Le critère principal d'efficacité utilisé dans cette étude sera la rétention dans le traitement, autrement dit, le nombre de jours de suivi dans l'étude. Ce critère est un bon indicateur de l'efficacité d'un traitement (Maddux et al., 1992 ; Gottheil et al., 1993 ; Friedman et al., 1994 ; del Rio et al., 1997 ; Simpson et al., 1997).

Deux niveaux de cette mesure seront analysés : la rétention dans le Centre de Traitement et la rétention dans l'étude (le simple fait de participer aux évaluations, même si le traitement a été arrêté).

Critères secondaires

Les critères d'efficacité secondaires seront :

- les scores de qualités de vie : CGI, WHOQOL, SF-36, EQ-5D ;
- les scores des différentes échelles de l'EuroASI ;

- l'état de santé psychique CIDI, EuroASI, IPDE, SCL-90 R, TDI, GAF ;
- la consommation d'alcool, de drogues opiacées ou non, de médicaments

Evaluation de la tolérance

Les critères d'évaluation de la tolérance clinique générale seront :

- examen et contrôle médical ;
- BMI, pression artérielle et fréquence cardiaque ;
- hygiène corporelle et dermatologie ;
- effets indésirables ;
- nombre de patients ayant contracté au cours de l'étude une hépatite ;
- nombre de patients devenus HIV positifs au cours de l'étude ;
- nombre de patients ayant subi une hospitalisation ;
- nombre de décès.

8. Conduite de l'étude.

L'étude sera conduite selon les Bonnes Pratiques Cliniques.

8.1. Effets indésirables

On entend par effet indésirable tout évènement médical, familial, social, professionnel ou légal apparu ou aggravé au cours de l'étude. Tout effet indésirable sera notifié spontanément par le patient ou dépisté par l'investigateur ou ses collaborateurs et sera rapporté dans le cahier d'observation avec un maximum de détails significatifs (date de survenue, description, sévérité, conséquences,...).

On entend par effet indésirable grave un évènement qui met en jeu le pronostic vital immédiat, entraîne une invalidité permanente ou nécessite une hospitalisation. Ces évènements seront immédiatement rapportés par téléphone, fax ou courriel au coordinateur de l'étude qui en avisera le Comité Scientifique. Cet effet indésirable grave sera rapporté et documenté dans le cahier d'observation.

8.2. Recueil, enregistrement et archivage des données

Un contrôle par les autorités de santé sera possible après demande écrite de leur part. Le respect du secret médical et de l'anonymat sera assuré durant ce contrôle.

Les données des différents sujets seront consignées dans un cahier d'observation individuel. Celui-ci comprendra tous les résultats aux différents tests, les remarques et avis, le formulaire de consentement, les prescriptions et toute autre donnée concernant le sujet. Ces cahiers d'observation individuels seront conservés au Centre d'Evaluation.

Un cahier d'observation spécifique au groupe expérimental sera créé au Centre de Délivrance tandis qu'un cahier d'observation spécifique au groupe contrôle sera créé au Centre de traitement. Ces cahiers seront relevés mensuellement.

La qualité de ces cahiers sera assurée par l'investigateur de chaque centre. Il sera chargé de les signer et de certifier l'exactitude et l'intégrité des données qui y seront inscrites. Si une donnée devait être corrigée, elle sera barrée, mais restera lisible. Le correcteur y joindra la date et un paraphe.

Les données provenant des cahiers d'observation seront regroupées et transcrites dans un programme informatique *ad hoc*. Celui-ci sera crypté et garantira l'anonymat des sujets. L'accès à ces dossiers sera autorisé à l'investigateur et aux encodeurs.

La délivrance de diacétylmorphine se fera au travers d'une base de données informatisée qui enregistrera toutes les prescriptions et les délivrances. Seuls l'investigateur principal, le pharmacien, l'assistant en pharmacie et le médecin du Centre de Délivrance et du Centre d'Evaluation y auront accès. Le pharmacien tiendra un registre comme la loi l'y oblige.

Les documents de l'ensemble de l'étude seront archivés par le coordinateur de l'étude pendant au moins 15 ans à compter de la date de fin d'expérience. L'étude sera bien entendu adaptée dans sa logistique en fonction d'une évaluation continue.

2.5.1. Rapport final

Le rapport final de l'étude intégrera les données cliniques, sociales et judiciaires. Il sera rédigé par les membres de l'équipe d'investigateurs principaux sous la responsabilité des coordinateurs de l'étude. Il contiendra en outre le rapport du Comité International d'Expert.

2.5.2. Modifications du protocole

Si une modification du protocole devait avoir lieu après l'accord du comité d'éthique, elle sera documentée sous forme d'amendement signé par tous les investigateurs. Une modification importante (augmentant le risque du patient) nécessitera l'accord préalable du Comité d'Ethique. Si la modification est mineure, une simple note sera transmise au comité d'éthique.

9. Analyse statistique

9.1. Statistiques descriptives

Recrutement des patients

Pour chaque centre, le nombre total de sujets randomisés, la période de recrutement et la période de suivi seront décrits. Le nombre de sujets inéligibles et les raisons de cette inéligibilité seront également présentés.

Description de l'échantillon

La description démographique inclura, globalement et pour chaque groupe de traitement :

- un résumé de la distribution de l'âge (moyenne, déviation standard, minimum, médian, maximum) ;
- la distribution du sexe ;

Et comparera ces caractéristiques entre les groupes afin de s'assurer de leur équivalence.

La description sociale inclura, globalement et pour chaque groupe :

- le groupe d'appartenance géographique (par exemple : groupe expérimental, ville de Liège) ;
- les séjours en institution durant le mois qui précède l'étude ;

La description médicale inclura, globalement et pour chaque groupe de traitement :

- une description (moyenne, déviation standard, minimum, maximum, médiane) des résultats de l'examen physique (poids, taille, pression artérielle, fréquence cardiaque, etc.) ;
- une description (nombre de patients) des résultats des tests de laboratoire (HIV, hépatites, tuberculose);
- une description (nombre de patients) de l'alcoolisme ;
- une description (nombre de patients) de la polytoxicomanie.

Le profil de chaque groupe, décrit par l'EuroASI, sera fourni et comparé pour chaque composante au moyen du test de Wilcoxon.

9.2. Analyse d'efficacité

9.2.1 Analyse du critère principal

La rétention (dans le traitement et dans l'étude), sera évaluée par l'estimateur de Kaplan-Meier. Celui-ci permettra de construire les courbes de survie de chaque groupe. Ceux-ci seront comparés par le test du logrank. Le temps médian de survie dans l'étude sera présenté accompagné de son intervalle de confiance.

La durée de survie dans l'étude est définie comme étant le nombre de jours entre l'allocation aléatoire et le dernier jour de contact, ramené à un multiple de 7 jours afin de tenir compte du suivi hebdomadaire du groupe méthadone.

9.2.2 Analyse des critères secondaires et de la tolérance

Les techniques d'analyse de variance multivariée (MANOVA) (Diggle et al., 1994 ; Kahn et al., 1989 ; Everitt, 1998) seront utilisées afin d'analyser les différences entre les deux groupes sur les critères secondaires.

Les variables définissant la tolérance seront analysées par des tests t de Student qui rendront possible l'évaluation de la différence entre les moyennes des deux groupes.

Les liaisons entre ces différentes variables et le critère principal seront évaluées grâce au « *Cox proportional hazards model* » (Kahn et al., 1989).

10. Ethique

L'étude sera conduite conformément :

- au texte de la Déclaration d'Helsinki adapté par l'Assemblée Médicale Mondiale en Juin 1964, modifiée à Tokyo en octobre 1975, à Venise en octobre 1983, à Hong Kong en septembre 1989 et à Sommerset West en octobre 1996 ;
- aux directives de la Communauté Européenne concernant les Bonnes Pratiques Cliniques pour les études réalisées chez l'homme (GCP III/3976/88 final and EC directive 91/507/EC) ;
- au respect de la déontologie médicale ;
- aux procédures décrites dans le protocole d'étude.

10.1. Avis des autorités médicales

Les coordinateurs de l'étude soumettront au Comité d'Ethique de la Faculté de Médecine de l'Université de Liège ou de(s) université(s) chargée(s) de la mise en route du protocole, à la Commission Médicale Provinciale de la province concernée, à l'Ordre des Médecins et au Parquet local, le protocole d'étude et le document concernant l'information et le consentement du patient. L'étude ne débutera qu'après réception des avis favorables de ces diverses instances.

10.2. Information et consentement du patient

10.2.1 Nature et mode de l'information

Les investigateurs ne pourront faire participer à l'expérience le patient qu'après lui en avoir expliqué le but et les modalités (méthodologie, durée, contraintes, risques et confidentialité, etc.). Les sujets seront informés des limites temporelles de l'étude et donc du fait qu'en l'état actuel des choses aucune extension de l'étude n'est envisagée (après la phase d'expérimentation, le sujet du groupe expérimental sera redirigé vers l'offre de soins existante la plus adéquate). Les informations communiquées devront être commentées oralement au patient, dans un langage et une langue qui lui soient compréhensibles. Elles seront également

résumées dans un document écrit (Annexe II), remis au patient et signé par celui-ci. L'information se fera en deux temps comme énoncé ci-après.

10.2.2 Consentement du patient

Les investigateurs ne pourront faire participer de patient à l'étude qu'après avoir obtenu au préalable son consentement libre et éclairé.

Le consentement sera écrit (Annexe II). Il devra être recueilli sur le formulaire de consentement en deux exemplaires. Un exemplaire sera remis au patient et l'autre sera conservé par le coordinateur de l'étude pendant au moins 15 ans à compter à partir de la fin de l'étude. Ce document, comme toutes les données de l'expérience, sera protégé comme l'exigent la loi relative à la protection des données à caractère médical et la loi relative à la protection de la vie privée.

Ce document reprendra des éléments du contrat expérimental lié aux limites et contraintes de l'expérience, il sera spécifique à chaque groupe (expérimental – contrôle).

X Implémentation et évaluation d'un traitement à base de délivrance d'héroïne sous contrôle médical

1. Introduction

Il pourrait être choisi de ne pas procéder à une expérience avec groupe expérimental et de contrôle, mais plutôt d'implanter directement la délivrance d'héroïne sous contrôle médical dans le réseau de soins de santé.

Dans ce cas, il serait néanmoins nécessaire d'accompagner et d'évaluer les effets d'une telle procédure. L'alternative se trouve donc dans l'évaluation du traitement à base de délivrance d'héroïne sous contrôle médical sur le champ de l'application. Il s'agirait dès lors d'évaluer les patients traités tout au long de leur parcours afin d'évaluer l'essai dans un design avant-après.

2. Sélection des sujets

L'expérience commencerait par une détection des sujets « résistants » à partir des centres dits « référents » (voir protocole expérimental). Par « résistants », il faudra entendre : des patients qui n'entrent pas, suivent de façon chaotique ou vivent des échecs répétés dans les traitements actuellement disponibles.

Afin d'être admis dans un centre de délivrance de diacétylmorphine, ces sujets devront répondre aux critères suivants : le sujet devra être diagnostiqué dépendant de l'héroïne (DSM-IV : code 304.00) et cette substance représentera l'assuétude principale. Cette dépendance devra être présente depuis 5 ans au moins.

Ces sujets devront de plus rencontrer les critères suivants :

- I. Etre citoyen belge ou résident légal en Belgique.
- II. Etre résident sur le territoire de l'arrondissement judiciaire du lieu de l'expérience depuis au moins trois mois.
- III. Etre âgé d'au moins 20 ans.
- IV. Consommer de l'héroïne quotidiennement.
- V. Présenter l'une des deux caractéristiques suivantes liées au traitement :
 - Soit, n'avoir eu aucun accès à un quelconque programme de traitement depuis le début de sa toxicomanie
 - Soit, avoir subi des échecs au traitement à la méthadone ou avoir été reconnu comme réfractaire au traitement par un centre de référence. Pour que le sujet puisse être reconnu comme réfractaire au traitement méthadone, il devra remplir les critères suivants (vérifiés au Centre d'Evaluation) :
 - (1) Une tentative est définie par le fait d'avoir reçu une prescription d'un minimum de 60 mg de méthadone par jour (dose médiane efficace recommandée (Parrino, 1992; Parrino, 1994)) pendant au moins un mois de manière ininterrompue au cours des 5 dernières années ;
 - (2) La personne a été enregistrée et a été en contact avec un programme méthadone durant l'année précédente et ce contact doit avoir été régulier (au minimum 50 contacts) ;
 - (3) La personne est chroniquement dépendante de l'héroïne et a suivi différents programmes méthadone sans succès ;
 - (4) La personne a une santé physique et/ou mentale pauvre et un niveau d'intégration /fonctionnement social pauvre (EuroASI score de sévérité

inférieur à 5) (Appleby et al., 1997; Martin et al., 1996; McLellan et al., 1992) ;

- VI. Avoir signé le consentement éclairé et marquer son accord vis-à-vis des limites et contraintes énoncées dans le contrat expérimental.
- VII. Les sujets féminins s'engageront à prendre une contraception efficace.

En outre, les sujets seront exclus dans les cas suivants :

1. Présenter des problèmes médicaux, psychiatriques ou psychosociaux importants en contre-indication pour raisons de santé ou qui pourraient interférer avec la conduite de l'étude ou de son interprétation.
2. Présenter des antécédents de comportements perturbateurs ou agressifs qui pourraient entrer en conflit avec le bon déroulement de l'étude s'ils devaient se reproduire.
3. Pour les sujets féminins du groupe expérimental, être enceinte ou allaitante.
4. Ne pas montrer une motivation suffisante pour les examens réguliers et pour se rendre jusqu'au Centre d'Evaluation ou montrer une forte probabilité à être incarcéré.
5. Les sujets qui n'accepteraient pas de prendre la diacétylmorphine dans le Centre de Délivrance fonctionnant sous contrôle universitaire.
6. Les sujets requérant des doses de méthadone excédant 150 mg par jour.
7. Les sujets requérant une prescription de diacétylmorphine excédant 1000 mg par jour (ou équivalent sous forme d'inhalation).
8. Les sujets refusant de se mettre en ordre de mutuelle.
9. Les sujets déménageant dans une autre juridiction.

3. Délivrance

Une fois admis dans un centre de délivrance de diacétylmorphine, les patients recevront le produit selon les modalités décrites dans le protocole expérimental (injection intra-veineuse ou inhalation par la technique de chasse au dragon).

4. Mesures

L'efficacité du traitement sera tout d'abord évaluée sur la rétention. Celle-ci sera prise en considération selon deux modalités : on s'intéressera à la fois au temps moyen de rétention et au pourcentage de patients retenus dans l'étude.

Dès son arrivée dans le centre de délivrance, une ligne de base sera établie. Celle-ci servira de point de repère à l'évaluation continue qui aura lieu tous les 6 mois. Les critères utilisés seront les suivants :

1) Niveau Biologique

- Examen médical : état somatique général + pression artérielle, fréquence cardiaque, taille et poids (Body Mass Index), dermatologie, nombre de traces de piqûres, présence de phlegmon et d'abcès, réflexes neurologiques, sphère uro-génitale, hygiène personnelle ;
- Contrôle médical : état somatique général, Body Mass Index, hygiène personnelle, Statut Médical (EuroASI), nombre de piqûres, phlegmon et abcès ;
- Radiographie du thorax
- Intradermo-réaction à la tuberculine

- Tests biologiques sanguins :

a) Hématologie :	b) Estomac – Intestin – Foie :	C) Immunologie :
- Thrombocytes	- GPT	- Titre d'antistreptolysine
- Leucocytes	- GOT	- HAV (hépatite A)
- Hémoglobine	- Phosphatases alcalines	- HBV (hépatite B)
	- Bilirubine	- HCV (hépatite C)
		- HIV
 - Tests urinaires sous contrôle visuel :
 - (a) Consommation de stupéfiants :

- taux de créatinine	- barbituriques	- cannabinoïdes
- 6-MAM	- neuroleptiques	- alcool
- acétylcodéine	- cocaïne	- opiacés
- benzodiazépines	- autres psychostimulants	- méthadone
 - (b) Urine rénale : Protéinurie – Glucosurie - Hématurie
 - Chromatographie des cheveux (Poletini et al., 1997; Tagliaro et al., 1996) pour les substances citées supra
 - Tests de grossesse
- 2) Niveau psychiatrique : Symptom Check-List 90 items (SCL-90-R).
 - 3) Niveau psycho-social : European Addiction Severity Index (EuroASI)
 - 4) Qualité de vie : SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form)

Les mesures, prises tous les 6 mois, seront alors comparées suivant les méthodes classiques d'analyse statistiques en mesures répétées (ANOVA). Elle seront publiées sous forme de rapports semestriels.

La tolérance au traitement sera également mesurée selon les mêmes modalités que celles décrites dans le protocole expérimental.

Les arrêts prématurés seront limités autant que faire se peut par l'investigateur. Il essaiera de suivre tous les sujets de l'étude jusqu'à son terme et ce, quelle que soit la structure dans laquelle il se trouve. Une annonce sera donc lancée à toutes les institutions potentiellement impliquées afin d'y recueillir les informations dont l'investigateur aurait besoin.

Les raisons d'exclusion répondront aux critères de sortie à savoir que tous les sujets, qu'ils soient du groupe expérimental ou contrôle, seront exclus de l'étude s'ils présentaient des comportements incompatibles avec le bon fonctionnement de l'expérience. Pour les femmes, développer un grossesse en cours d'étude conduira le sujet à quitter le groupe expérimental.

En cas d'hospitalisation ou d'incarcération (dans la mesure où l'administration pénitentiaire est d'accord) incompatible avec la poursuite de l'étude, une continuation du traitement sera systématiquement proposée : méthadone pour les sujets de contrôle comme expérimentaux.

Les sujets perdus de vue pendant moins de 15 jours seront toujours inclus dans le protocole. Si cette absence devait se répéter plus de 3 fois ou être plus longue que la limite de 15 jours, ils seront considérés comme sortis de l'étude, mais pourront continuer à bénéficier d'un traitement à la méthadone.

XI Glossaire

Addiction : terme anglo-saxon pour exprimer dans sa globalité le phénomène de la dépendance à une substance, situation, comportement.

Agoniste : un agoniste est un agent pharmacologique capable de reconnaître et de se lier à un récepteur donné, de le stimuler et d'induire une réponse physiologique en mimant en tout ou partie de l'action du neuromédiateur spécifique de ce récepteur.

Agoniste-antagoniste : se dit d'une substance ayant des propriétés agoniste et antagoniste à un récepteur donné. Comme par exemple la buprénorphine, le Subutex®, dans le cas des opiacés.

Alcaloïde : substance organique alcaline, contenant de l'azote. Elle est habituellement d'origine végétale et plus rarement animale. Plusieurs psychotropes sont des alcaloïdes (ex. : morphine)

Anxiolyse : diminution voire disparition des éléments anxieux.

Anxiolytique : se dit d'un produit qui provoque l'anxiolyse.

Benzodiazépines : famille de médicaments généralement dits anxiolytiques (qui diminuent l'anxiété) dont le Valium® est un représentant très connu.

Biodisponibilité : efficacité biologique d'un produit au niveau de son organe cible.

Chiffre noir de la criminalité : zone d'ombre composée de la criminalité connue mais impunie ainsi que de la criminalité non détectée.

Comorbidité : par comorbidité on comprend les maladies qui accompagnent souvent une maladie spécifique. Ces autres maladies peuvent être préalables, concomitantes ou secondaires à la maladie spécifique dont on parle.

Compliant – Compliance : capacité à respecter les contraintes d'un traitement.

Criminalité apparente : criminalité connue par l'autorité, que l'on met souvent en relation avec la criminalité réelle et la criminalité légale (c'est-à-dire la criminalité apparente non sanctionnée par des condamnations définitives). La différence entre la criminalité réelle et la criminalité apparente constitue le chiffre noir.

Dépendance physiologique : fait référence à la symptomatologie de sevrage, spécifique à chaque substance qui se manifeste en cas de diminution brutale et à l'arrêt de la prise de la substance.

Design : construction méthodologique

Diversité de la délinquance : étendue de la gamme de délits commis par les membres d'un échantillon durant une période de temps déterminée. Il s'agit d'un indice intéressant de la criminalité dans la mesure où la gamme des délits commis permet d'évaluer le degré d'implication dans l'ensemble de la délinquance.

Déterministes : relatif au déterminisme, selon lequel les actions humaines seraient liées par la chaîne des événements antérieurs

DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – quatrième édition

Emétique : qui provoque la nausée.

Endocardite : infection des cavités internes du cœur.

Endorphine : appelés encore endomorphines ou enképhalines : opioïdes endogènes, i.e. générés par notre propre système nerveux central.

Fiabilité d'un indicateur : un indicateur est fiable lorsque les mesures qu'il fournit sont intersubjectives et reproductibles c'est-à-dire lorsque, lors de mesures répétées du même

phénomène, le résultat obtenu est identique et ceci, indépendamment de la personne qui manipule l'instrument.

Focus group : technique d'analyse qualitative où un ensemble de personnes qualifiées de représentatives quant à un problème déterminé sont interrogées sur un focus particulier. Voir Chapitre VII, section 2.2

Gamma-hydroxybutyrate (GHB) : dépresseur du système nerveux central. C'est un constituant naturel des mammifères qui est présent dans le cerveau et plusieurs tissus de l'organisme, particulièrement le muscle squelettique, le cœur et les reins. Le GHB se présente sous forme de liquide incolore et inodore, de poudre blanche ou de capsule. Les effets recherchés sont la relaxation, la désinhibition et l'euphorie ou ses effets anabolisants. Le GHB peut aussi être administré à l'insu d'une victime pour induire une soumission chimique caractérisée par la désinhibition, la confusion et l'amnésie en vue de la voler ou de l'agresser physiquement ou sexuellement.

Hémato-encéphalique : pour pénétrer dans le tissu cérébral à partir des vaisseaux sanguins, les substances doivent franchir des barrières de protection.

Histamine : l'histamine est un médiateur chimique fabriqué par des cellules appartenant à une variété de globules blancs. Elle est responsable des manifestations allergiques : vasodilatations, oedèmes, bronchoconstriction, etc.

Hypnotique : substance facilitant l'instauration et le maintien du sommeil.

Indicateur de la criminalité : instrument destiné à mesurer le phénomène criminel.

Incidence : voir taux d'incidence.

Ligne de base : premières mesures auxquelles on se référera plus tard.

Liposoluble : se dit d'une substance qui se dissout dans les graisses.

Myosis : constriction de la pupille : pupille en tête d'épingle.

Nécroses : altération d'un tissu consécutive à la mort de ses cellules.

Per Os (p.o.) : voie d'administration d'une substance, modalité orale : par la bouche ; abréviation : p.o. ; le plus souvent utilisé dans ce texte en opposition à i.v., voie intraveineuse.

Pharmacocinétique : caractéristiques du devenir d'un médicament dans l'organisme.

Peer-teaching : enseignement par les pairs.

Phénotypique : relatif au phénotype qui est l'ensemble des caractères individuels correspondant à une réalisation du génotype, déterminée par l'action de facteurs du milieu au cours du développement de l'organisme.

Positivistes : relatif au positivisme, lequel est une doctrine qui se réclame de la seule connaissance des faits, de l'expérience scientifique.

Prévalence : voir taux de prévalence.

Psychotrope : substance qui a une action sur le cerveau.

Questionnaire de délinquance autoreportée : questionnaire dans lequel il est demandé à une personne de révéler les délits qu'elle a commis durant un certain laps de temps.

Questionnaire de victimisation : questionnaire visant à recenser les principaux délits dont les personnes comprises dans un échantillon donné ont été victimes au cours d'une période de référence.

Questionnaire de victimation : questionnaire visant à *conter* la manière dont une personne victime d'une infraction a vécu et ressenti la mésaventure, sur ses conséquences et sur les recours que la personne a tenté de mobiliser pour y faire face.

Rétention dans le traitement : être présent dans un traitement donné – y être en quelque sorte retenu – mesure de l'efficacité de certaines mesures

Sédatif : produit qui calme et qui apaise un état d'agitation ou de nervosité.

Septicémie : infection générale grave

Taux de prévalence de la délinquance : pourcentage de personnes d'un échantillon qui ont commis au moins un délit au cours d'un laps de temps déterminé.

Taux d'incidence ou fréquence de la délinquance : nombre moyen de délits commis par les membres d'un échantillon durant une période de temps donnée.

Télescopage : localisation par une personne de la survenance d'un événement dans une période de temps qui ne correspond pas à celle où a été commis le délit.

Tolérance : nécessité d'augmenter la dose d'un produit pour obtenir un effet identique corollairement à dose égale, effet diminué.

Tolérance croisée : la tolérance peut se généraliser voire augmenter (se croiser) avec les produits d'une même famille (par exemple, les opiacés) qui ont un effet identique de type agoniste.

Troubles affectifs ou troubles thymiques : autre appellation des troubles dépressifs.

μ : symbole mathématique qui réfère à la moyenne.

Validité apparente : un indicateur obéit au critère de validité apparente lorsque celui-ci mesure bien ce que l'on entend mesurer (ex : un questionnaire de délinquance autoreportée obéit au critère de validité de contenu si les comportements délinquants qui figurent dans le questionnaire concernent bien des infractions punissables).

Validité de contenu : la validité apparente et la validité logique forment ce que l'on nomme la validité de contenu.

Validité d'un indicateur : un indicateur est valide lorsqu'il est apte à mesurer efficacement le phénomène étudié.

Validité logique : un indicateur de la criminalité obéit au critère de validité logique lorsque les infractions qu'il couvre sont représentatives de la délinquance que l'on désire mesurer.

XII Bibliographie

- Aebi, M. F. (1999). *La validité des indicateurs de la criminalité: Les sondages de délinquance auto-reportée face aux données de police et du casier judiciaire dans le cadre de l'évaluation des essais suisses de prescription d'héroïne*. Doctoral Thesis Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne.
- Aebi, M. F., Ribeaud, D., and Killias, M. (1999). Prescription médicale de stupéfiants et délinquance : Résultats des essais suisses. *Criminologie*, 32, 127-148.
- Aebi, M. F. (2000). Les indicateurs de la criminalité: Leurs limitations, leur complémentarité et leur influence sur les théories criminologiques. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 2, 131-156.
- Aebi, M. F. (2001). La relation entre cures de substitution à la méthadone et prévention de la délinquance: Une réponse critique à Niveau et Laureau. *Déviance et Société*, 25, 187-203.
- Aebi, M. F. (2002). Comment mesurer la délinquance des toxicomanes adultes? : Une comparaison empirique de la validité des registres de police et des sondages de délinquance auto-reportée. *Criminologie*, 35, 107-131.
- Ahijevych, K. & Parsley, L. A. (1999). Smoke constituent exposure and stage of change in black and white women cigarette smokers. *Addictive Behaviour*, 24, 115-120.
- Allan, C. A. (1991). Acknowledging alcohol problems. The use of a visual analogue scale to measure denial. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 179, 620-625.
- Allhoff, T., Bohme-Molle, J., & Banger, M. (1999). [Combined alcohol dependence and personality disorder and its legal consequences with respect to commitment]. *Fortschr.Neurol.Psychiatr*, 67, 1-6.
- Andrews, G. and Peters, L. (1998). The psychometric properties of the composite international diagnostic interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 80-88.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition*. (4th ed.) Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Appleby, L., Dyson, V., Altman, E., and Luchins, D. J. (1997). Assessing substance use in multiproblem patients : Reliability and validity of the addiction severity index in a mental hospital population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 159-165.
- Barnett, P. G. (1999). The cost-effectiveness of methadone maintenance as health care intervention. *Addiction*, 94, 479-488.
- Barnett, P. G., Zaric, G. S., and Brandeau, M. (2001). The cost-effectiveness of buprenorphine maintenance therapy for opiate addiction in the United States. *Addiction*, 96, 1267-1278.
- Barnett, P. G., Rodgers, J. H., and Bloch, D. A. (2001). A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction*, 96, 683-690.
- Barnett, P. G., Rodgers, J. H., & Bloch, D. A. (2001). A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction*, 96, 683-690.
- Barre, M. D. (1994). *Toxicomanie et délinquance, du bon usage de l'usager de produit illicite*. CESDIP.
- Barre, M. D. (1996). Toxicomanie et délinquance, du bon usage de l'usager de produit illicite. *Déviance et Société*, 20, 299-315.
- Barre, M. D., Pottier, M. L., & Delaitre, S. (2001). *Toxicomanie, police, justice: Trajectoires pénales*.
- Barre, M. D., Richard, D., & Senon, J. L. (2003). Délinquance et toxicomanie. http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/professionnels/ressources/dossier_delinq.pdf.
- Bathsteen M. and Legge, I. (2001). Interdierte und nicht interdierte folgen des Hamburger substituionprogramms. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtreform*, 84, 1-9.
- Batson, H. W., Brown, L. S., Jr., Zaballero, A. R., Chu, A., & Alterman, A. I. (1993). Conflicting measurements of depression in a substance abuse population. *Journal of Substance Abuse*, 5, 93-100.
- Battersby, A., Farrell, M., Gossop, M., Robson, P., and Strang, J. (1992). "Horse trading" prescribing injectable opiates to opiates addict : A descriptive study. *Drug and Alcohol Dependence*, 35-42.
- Bell, J., Chan, J., and Kuk, A. (1995). Investigating the influence of treatment philosophy on outcome of methadone maintenance. *Addiction*, 90, 823-830.
- Berridge, V. (1993). Harm minimization and public health : An historical perspective. In N.Heather, A. Wodak, E. A. Nadelmann, & P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction : From faith to science* (pp. 55-64). London: Whur Publisher.
- Bertrand, B. (1994). *L'influence de la drogue dans le taux et la nature de la criminalité dans la ville de Namur* Université de Liège.
- Bertschy, G. (1995). Methadone maintenance treatment : An update. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 245, 114-124.
- Blow, F. C., Walton, M. A., Barry, K. L., Coyne, J. C., Mudd, S. A., and Copeland, L. A. (2000). The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings. *Journal of the American Geriatric Society*, 48, 769-774.
- Born, M. (1988). *Jeune déviants ou délinquants juvéniles ?* Bruxelles (BE): Editions Mardaga.
- Brochu, S. (1995). *Drogue et criminalité, une relation complexe*. Montréal: Presse Universitaire de Montréal.

- Brochu, S. (1997). Drogue et criminalité : Point de vue critique sur les idées véhiculées. *Déviante et Société*, 21, 303-314.
- Brochu, S., Parent, I., Chamandy, A., and Chayer, L. (1997). Victimization et style de vie parmi un échantillon de toxicomanes incarcérés. *Annales Internationales de Criminologie*, 35, 131-154.
- Brochu, S., Guyon, L., & Desjardins, L. (2001). Trajectoires de délinquance et de consommation de substances chez des hommes et des femmes en détention. *Revue Canadienne de Criminologie*, 43, 173-196.
- Brochu, S., Da Agra, C., & Cousineau, M. M. (2002). *Drugs and crime deviant pathways*. Burlington: Ashgate.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1996). Lifetime anxiety disorders in women with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 368-374.
- Caballero, F. (1989). *Droit de la drogue*. Paris: Dalloz.
- Caplehorn, J. R. and Bell, J. (1991). Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. *Medical Journal of Australia*, 154, 195-199.
- Caplehorn, J. R., Dalton, M. S., Cluff, M. C., and Petrenas, A. M. (1994). Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death. *Addiction*, 89, 203-209.
- Caplehorn, J. R., Irwig, L., and Sauders, J. B. (1996). Physicians' attitude and retention of patients in their methadone maintenance programs. *Substance Use and Misuse*, 31, 663-677.
- Casavant, L. & Collin, C. (2001). *La consommation de drogues illicites et la criminalité : Une relation complexe* Ottawa: Bibliothèque du Parlement.
- Chaiken, J. M. & Chaiken, M. R. (1990). Drugs and predatory crime. In L. Tonry & J. Wilson (Eds.), *Drugs and Crime* (pp. 203-239). Chicago: University of Chicago Press.
- Clarck, N., Lintzeris, N., Gijssbers, A., Whelan, G., Dunlop, A., Ritter, A. et al. (2003). LAAM maintenance vs methadone maintenance for heroin dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews. [On-line]. Available: <http://gateway2.ovid.com/ovidweb.cgi>
- Coid, J., Carvell, A., Kittler, Z., Healey, A., & Henderson, J. (2000). *Opiates, criminal behavior, and methadone treatment*. London: Home Office.
- Copeman, M. (2002). Heroin prescription for opioid addicts. *The Lancet*, 359, 889-890.
- Cucherat, M. (1997). *La méta-analyse*. Paris: Masson.
- Cusson, M. (1992). L'analyse criminologique et la prévention situationnelle. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, 45, 137-149.
- Cusson, M. (2002). *Prévenir la délinquance : Les méthodes efficaces*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Dannon, P. N. & Grunhaus, L. (2001). *Effect of electroconvulsive therapy in repetitive transcranial magnetic stimulation non-responder MDD patients: A preliminary study*. US: Cambridge Univ Press.
- Davidson, J., Yaryura-Tobias, J., DuPont, R., Stallings, L., Barabato, L. M., & van der Hoop, R. G. (2004). *Fluvoxamine-Controlled Release Formulation for the Treatment of Generalized Social Anxiety Disorder*. US: Lippincott Williams and Wilkins.
- De Ruyver, B. (2000). *Les conditions juridiques (préalables) et les mécanismes de contrôle en matière de réduction des risques* Strasbourg.
- Decorte, T., De Ruyver, B., Ponsaers, P., Bodein, M., Lacroix, A.-C., Lauwers, S. et al. (2004). *Drugs en overlast - Drogues et nuisances* Academia Press.
- del Rio, M., Mino, A., and Perneger, T. V. (1997). Predictors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment program. *Addiction*, 92, 1353-1360.
- Deroche-Gamonet, V., Belin, D., and Piazza, P. V. (2004). Evidence for addiction-like behavior in the rat. *Science*, 305, 1014-1017.
- Derre, S. and Seron, V. (2003). Le casier judiciaire central. *Actualités de Droit Pénal et de Procédure Pénale, in Formation Permanente*, 67, 393-401.
- DesJarlais, R. L. (1994). Continuity and change within an HIV epidemic : Injecting drug users in New-York City, 1984-1992. *The Journal of the American Medical Association*, 271, 121-127.
- Diggle, P. J., Liang, K.-Y., & Zeger, S. L. (1994). *Analysis of longitudinal data*. Oxford: Oxford University Press.
- Dolan, P. & Edlin, R. (2002). Is it really possible to build a bridge between cost-benefit analysis and cost-effectiveness analysis? *Journal of Health Economics*, 21, 827-843.
- Doran, C. M., Shanahan, M., Mattick, R. P., Ali, R., White, J., and Bell, J. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance : a cost-effectiveness analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 295-302.
- Driessen, M., Veltrup, C., Weber, J., John, U., Wetterling, T., & Dilling, H. (1998). Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction*, 93, 889-894.
- Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., and Alcabes, P. (1998). Measuring harm reduction : The effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on ecology of HIV. *AIDS*, 12, 217-230.
- Drummond, M. F., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (1987). *Methods for the economic evaluation of health care programs*. Oxford: Oxford University Press.

- Dupras, D. (1998). *Les obligations internationales du Canada en vertu des principales conventions internationales sur le contrôle des drogues* Ottawa: Bibliothèque du Parlement.
- Ebrinc, S., Basoglu, C., Cetin, M., Filiz, M., & Sendogan, N. (2002). *The efficacy and safety of haloperidol and risperidone in patients with schizophrenia / Sizofrenili hastalarda haloperidol ve risperidonun klinik etki ve yan etkileri*. Turkey: Kure Iletisim Grubu.
- Ecdeu, G. W. (1976). *Assessment manual for psychopharmacology*. National Institute of Mental Health.
- Egan, S., Nathan, P., & Lumley, M. (2003). *Diagnostic concordance of ICD-10 personality and comorbid disorders: a comparison of standard clinical assessment and structured interviews in a clinical setting*. United Kingdom: Blackwell Publishing.
- EMCDDA (1999). EMCDDA final report. EMCDDA [On-line]. Available: <http://www.emcdda.eu.int/>
- EMCDDA (2000). EMCDDA scientific report : Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union. EMCDDA [On-line]. Available: <http://www.emcdda.eu.int/>
- EMCDDA (2000). Examens des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution. http://eldd.emcdda.eu.int/databases/eldd_comparative_analyses.cfm [On-line].
- EMCDDA (2003). *Rapport Annuel : Etat du phénomène de la drogue dans l'Union Européenne et en Norvège*. Luxembourg: Office des Publications Officielles de l'Union Européenne.
- Erol, A., Toprak, G., & Yazici, F. (2002). [Predicting factors of eating disorders and general psychological symptoms in female college students]. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 13, 48-57.
- Etienne, A.-M. and Fontaine, O. (1997). Le concept de qualité de vie. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 2, 16-25.
- Everitt, B. S. (1998). Analysis of longitudinal data : Beyond MANOVA. *British Journal of Psychiatry*, 172, 7-10.
- Ezquiaga, E., Garcia-Lopez, A., de Dios, C., Leiva, A., Bravo, M., & Montejo, J. (2004). Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 79, 63-70.
- Falck, R. S., Wang, J., Carlson, R. G., and Siegal, H. A. (2000). Crack-cocaine use and health status as defined by the SF-36. *Addictive Behaviour*, 25, 579-584.
- Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G. et al. (2001). Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity : Results of a national household survey. *British Journal of Psychiatry*, 179, 432-437.
- Fattah, E. A. (1991). *Undersanding criminal victimization* Ontario, Prentice-Hall Canada.
- Ferri, M., Davoli, M., & Perruci, C. A. (2003). Heroin maintenance for chronic heroin dependent. Cochrane Database of Systematic Reviews.1, 2004. [On-line]. Available: <http://gateway2.ovid.com/ovidweb.cgi>
- Fischer B., Medved, W., Kirst, M., Rehm, J., and Gliksmann, L. (2001). Illicit opiates and crime : Results of an untreated user cohort study in Toronto. *Revue Canadienne de Criminologie*, 43, 197-217.
- Fischer B., Schmoldt A., Anis A., Brissette, S., Brochu, S., Hankins, C. et al. (2004). North american opiate medication initiative (NAOMI): Multi-center, randomized controlled trial of heroin assisted therapy for treatment-refractory injection opiate users. ... [On-line].
- Frei, A. and Rehm, J. (2002). Komorbidität : Psychische störungen bei Opiatabhängigen zu beginn einer heroingestützten behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 29, 251-257.
- Frei, A. and Rehm, J. (2002). Die prävalenz psychischer komorbidität unter opiatabhängiger : Eine metaanalyse bisheriger studien. *Psychiatrische Praxis*, 29, 258-262.
- French, M. T., Mausekopf, J. A., Teague, J. L., and Roland, E. J. (1996). Estimating the dollar value of health outcomes from drug abuse interventions. *Medical Care*, 34, 890-910.
- French, M. T. (2000). *Drug abuse treatment cost analysis program (DATCAP) : program version*. (Eighth ed.).
- French, M. T. (2000). *Drug abuse treatment cost analysis program (DATCAP) : Program version user's manual*. (Eighth ed.).
- French, M. T., Salome, H., Sindelar, J. L., and McLellan, A. T. (2002). Benefit-cost analysis of addiction treatment : Methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI. *Health Services Research*, 37, 433-455.
- Friedmann, P., Des, J. D., Peyser, N. P., Nichols, S. E., Drew, E., and Newman, R. G. (1994). Retention of patients who entered methadone maintenance via an interim methadone clinic. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 217-221.
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., and Brazier, J. E. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries : results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1171-1178.
- Garry, R., Fountain, J., Brown, J., Manca, A., Mason, S., Sculpher, M. et al. (2004). EVALUATE hysterectomy trial: a multicentre randomised trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. *Health Technology Assessment*, 8, 1-154.

- Gelernter, J., Kranzler, H., & Satel, S. L. (1999). No association between D2 dopamine receptor (DRD2) alleles or haplotypes and cocaine dependence or severity of cocaine dependence in European- and African-Americans. *Biological Psychiatry*, *45*, 340-345.
- Gibson, D. R., Flynn, N. M., and McCarthy, J. J. (1999). Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, *13*, 1807-1818.
- Gilbert, F. J., Grant, A. M., Gillan, M. G., Vale, L. D., Campbell, M. K., Scott, N. W. et al. (2004). Low back pain: influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome--multicenter randomized trial. *Radiology*, *231*, 343-351.
- Gilvarry, C. M., Russell, A., Hemsley, D., & Murray, R. M. (2001). Neuropsychological performance and spectrum personality traits in the relatives of patients with schizophrenia and affective psychosis. *Psychiatry Research*, *101*, 89-100.
- Godfrey, C. (2000). Cost evaluation. In *Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment workbook* (Workbook 8 ed.).
- Gold, M. R., Siegel, J. E., Russell, L. B., & Weinstein, M. C. (1996). Cost-effectiveness. In *Health and medicine* (New York: Oxford University Press.
- Goldstein, P. J. (1985). The drug/volence nexus : A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, *15*, 493-506.
- Gossop, M., Keaney, F., Pankaj S., and Jackson, M. (1994). The unique role of diamorphine in British medical practice: A survey. *Drugs*, *26*, 1-15.
- Gossop, M., Marsden, J., & Stewart, D. (1998). *National treatment outcome research study at one year* London.
- Gottheil, E., Sterling, R. C., and Weinstein, S. P. (1993). Diminished illicit drug use as a consequence of long-term methadone maintenance. *Journal of Addiction Disorders*, *12*, 45-57.
- Grapendaal, M., Leuw, E., & Nelen, H. (1995). *A world of opportunities : Lifestyles and economic behavior of heroin addicts in Amsterdam*. Albany: State University of New York Press.
- Grönbladh, L., Ohlund, L. S., & Gunne, L. M. (1990). Mortality in heroin addiction : Impact of mathadone treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *82*, 223-227.
- Gureje, O., Miles, W., Keks, N., Grainger, D., Lambert, T., & McGrath, J. (2003). *Olanzapine vs risperidone in the management of schizophrenia: A randomized double-blind trial in Australia and New Zealand* . United Kingdom: Elsevier Science.
- Gutzwiler, F. & Steffen, T. (2003). *Cost-benefit analysis of heroin maintenance treatment*. Basel (CH): Karger.
- Guz, H., Doganay, Z., Ozkan, A., Colak, E., Tomac, A., & Sarisoy, G. (2004). Conversion and somatization disorders; dissociative symptoms and other characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 287-291.
- Güttinger, F., Gschwend, P., Schulte, B., Rehm, J., and Uchtenhagen, A. (2002). Die lebenssituation von drogenabhängigen der heroin gestützten ehandlung in der Shweiz : Eine 6-jahres-katamnese. *Sucht*, *48*, 370-378.
- Hall, W., Bell, J., and Carless, J. (1993). Crime and drug among applicants for methadone maintenance. *Drug and Alcohol Dependence*, *31*, 123-129.
- Hammersley, R. H., Forsyth, A., Morrison, V., and Davies, J. B. (1989). The relationship between crime and opioid use. *British Journal of Addiction*, *84*, 1029-1043.
- Hartel, D. M. Schoenbaum E. E., Selwyn, P. A., Kline, J., Davenny, K., Klein, R. S., and Friedland, G. H. (1995). Heroin use during methadone maintenance treatment : The importance of methadone dose and cocaine use. *American Journal of Public Health*, *85*, 83-88.
- Hartnoll, R. L., Mitcheson, M. C., Battersby, A., Brown, G., Ellis, M., Fleming, P. et al. (1980, August). Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Archive of General Psychiatry*, *37*, 877-884.
- Harwood H.J, Malhotra S., Villarivera C., Liu C., Chong Umi, & Gilani J (2002). *Cost effectiveness and cost benefit analysis of substance abuse treatment an annotated bibliography* Center for Substance Abuse Treatment CSAT.
- Harwood H.J, Malhotra S., Villarivera C., Liu C., Chong Umi, & Gilani J (2002). *Cost effectiveness and cost benefit analysis of substance abuse treatment: A literature review* Center for Substance Abuse Treatment CSAT.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., & SMith, S. R. (2000). *Reliability and validity of DSM-IV axis V*. US: American Psychiatric Association.
- Hodiaumont, F. (2000). *La victimisation criminelle des usagers de drogues : Etude réalisée auprès d'un échantillon de toxicomanes liégeois* Liège.
- Holland, R., Smith, R. D., Harvey, I., Swift, L., & Lenaghan, E. (2004). Assessing quality of life in the elderly: a direct comparison of the EQ-5D and AQoL. *Health Economy*, *13*, 793-805.
- Holtkamp, K., Hebebrand, J., & Herpertz-Dahlmann, B. (2004). The contribution of anxiety and food restriction on physical activity levels in acute anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 163-171.
- Homs, M. Y., Essink-Bot, M. L., Borsboom, G. J., Steyerberg, E. W., & Siersema, P. D. (2004). Quality of life after palliative treatment for oesophageal carcinoma - a prospective comparison between stent placement and single dose brachytherapy. *European Journal of Cancer Care*, *40*, 1862-1871.
- Hughes, J., Jelsma, J., Maclean, E., Darder, M., & Tinise, X. (2004). The health-related quality of life of people living with HIV/AIDS. *Disability and Rehabilitation*, *26*, 371-376.

- Hulme, C., Long, A. F., Kneafsey, R., & Reid, G. (2004). Using the EQ-5D to assess health-related quality of life in older people. *Age Ageing*, 33, 504-507.
- Hunt, D. E. (1990). Drugs and consensual crimes : Drug dealing and prostitution. In L.Tonry & J. Wilson (Eds.), *Drugs and Crime* (pp. 159-202). Chicago: University of Chicago Press.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., and Hubbard, R. L. (1991). Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse*, 3, 73-84.
- Johnson, J. L., Wiechelt, S. A., Ahmed, A. U., & Schwartz, R. P. (2003). Outcomes for substance user treatment in women: results from the Baltimore Drug and Alcohol Treatment Outcomes Study. *Substance Use and Misuse*, 38, 1807-1829.
- Johnson, R. E., Jaffe, J. H., and Fudala, P. J. (1992). A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *The Journal of the American Medical Association*, 267, 2750-2755.
- Junger-Tas, J. and Marshall, I. H. (1999). The self-report methodology in crime research. *Crime and Justice : A review of research*, 25, 291-367.
- Kahn, H. A. & Sempos, C. T. (1989). *Statistical methods in epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Karwautz, A., Troop, N. A., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., & Treasure, J. L. (2003). Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 17, 73-85.
- Kellens, G. (1998). *Elements de criminologie*. Bruxelles: Editions Bruylant et Erasme.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., and Eshleman, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Killias, M. and Uchtenhagen, A. (1996). Does Medical Heroin Prescription reduce delinquency among drug-addicts ? On the evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects and its methodology. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 5, 245-256.
- Killias, M. and Rabasa, J. (1997). Less crimes in the cities through heroin prescription ? : Preliminary results from the evaluation of the Swiss heroin prescription projects. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 4, 424-429.
- Killias, M., Aebi, M. F., and Ribeaud, D. (1998). Effects of heroin prescription on police contacts among drug-addicts. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 6, 433-438.
- Killias, M. (2001). *Précis de criminologie*. (2 ed.) Berne: Staempfli Editions.
- Killias, M., Aebi, M. F., Ribeaud, D., & Rabasa, J. (2002). *Schlussbericht zu den Auswirkungen der Verschreibung von betäubungsmitteln auf die Delinquenz von drogenabhängigen*. Lausanne.
- Killias, M., Aebi, M. F., Ribeaud, D., & Rabasa, J. (2002). *Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes établi sur la base de données autoreportées, policières et du casier judiciaire*. (3 ed.) Lausanne: Université de Lausanne, Institut de Police Scientifique et de Criminologie.
- Killias, M. & Aebi, M. F. (2004). The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland. In M.Natarajan & M. Hough (Eds.), *Illegal drug markets : From research to prevention policy* (New York: Criminal Justice Press.
- Konig, H. H., Ulshofer, A., Gregor, M., von Tirpitz, C., Reinshagen, M., Adler, G. et al. (2002). Validation of the EuroQol questionnaire in patients with inflammatory bowel disease. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 14, 1205-1215.
- Krausz M., Naber, D., Raschke P., Berger J., Cascorbi, I., Degwitz, P. et al. (2002). The German project of heroin assisted treatment of opiate dependent patients. Available: http://www.heroinstudie.de/forschungsdesign_kurzfassung_english.pdf
- Kunz, R., Vist, G., & Oxman, A. D. (2004). Randomisation to protect against selection bias in healthcare trials. <http://www.cochrane.org> [On-line]. Disponible à <http://www.cochrane.org>
- Kuo, I., Mudrick, D. W., Strathdee, S. A., Thomas, D. L., and Sherman, S. G. (2004). Poor validity of self-reported hepatitis B infection and vaccination among young drug users. *Clinical Infectious Diseases*, 38, 587-590.
- Landau, B. R., Wahren, J., Chandramouli, V., Schuman, W. C., Ekberg, K., and Kalhan, S. C. (1995). Use of 2H2O for estimating rates of glucogenesis : Application to the fasted state. *Journal of Clinical Investigation*, 95, 172-178.
- Langeland, W., Draijer, N., & van den, B. W. (2002). Trauma and dissociation in treatment-seeking alcoholics: towards a resolution of inconsistent findings. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 195-203.
- Langeland, W., Draijer, N., & van den, B. W. (2004). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: the role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 28, 441-447.
- Lee, J. A., Mavis, B. E., & Stoffelmayr, B. E. (1991). A comparison of problems-of-life for blacks and whites entering substance abuse treatment programs. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23, 233-239.
- Lehmann, F. & Lauzon, P. (1988). L'entretien à la méthadone dans le traitement de la narcomanie. In P.Brisson (Ed.), (pp. 385-404). Montréal : Gaëtan Morin.
- Lenzenweger, M. F. (1999). Stability and change in personality disorder features: the Longitudinal Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1009-1015.
- Lepège, A., Reveillère, C., Ecosse, E., Caria, A., and Riviere, H. (2000). [Psychometric properties of a new instrument for evaluating quality of life, the WHOQOL-26, in a population of patients with neuromuscular diseases]. *Encéphale*, 26, 13-22.
- Leurquin et al. (2000). *Rapport national belge sur les drogues 2000*. Bruxelles: Unité d'Epidémiologie, ISSP.

- Levin, E. D., Conners, C. K., Sparrow, E., Hinton, S. C., Erhardt, D., Meck, W. H. et al. (1996). Nicotine effects on adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology*, *123*, 55-63.
- Léonard, L. & Ben Amar, M. (2002). *Les psychotropes: Pharmacologie et toxicomanie*. Montréal: Les Presses Universitaires de Montréal.
- Ling, W., Charuvastra, C., Kaim, S. C., and Klett, C. J. (1976). Methadyl acetate and methadone as maintenance treatments for heroin addicts : A veteran administration cooperative study. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 709-720.
- Ling, W., Wesson, D. R., Charuvastra, C., and Klett, C. J. (1996). A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 401-407.
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., and Brody, D. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care : results from the PRIME-MD 1000 study. *American Journal of Medicine*, *101*, 526-533.
- Loimer, N. and Schmid, R. (1992). The use of plasma levels to optimize methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, *30*, 241-246.
- Loo, H., Hale, A., & D'Haenen, H. (2002). *Determination of the dose of agomelatine, a melatonergic agonist and selective 5-HT-sub(2C) antagonist, in the treatment of major depressive disorder: A placebo-controlled dose range study*. US: Lippincott Williams and Wilkins.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M. et al. (1994). The international personality disorder examination : The world health organization/alcohol, drug abuse, and mental health administration pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 215-244.
- Maddux, J. F. and Desmond, D. P. (1992). Ten-year follow-up after admission to methadone maintenance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *18*, 289-303.
- Maddux, J. F., Prihoda, T. J., and Vogtsberger, K. N. (1997). The relationship of methadone dose and other variables to outcomes of methadone maintenance. *American Journal of Addiction*, *6*, 246-255.
- Magura, S., Nwazike, P. C., and Bemsy, S. Y. (1998). Pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction*, *93*, 51-60.
- March Cerda J.C., Perea-Milla Lopez E., Carrasco LImon, F., & Ballesta Gomez, R. (2004). Programa experimental de prescripcion de estupefacientes en andalucia (PEPSA). http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/Upload/Publicaciones/489_pepsa.pdf.
- Maremmani, I., Nardini, R., Zolesi, O., and Castrogiovanni, P. (1994). Methadone dasages and therapeutic compliance during a methadone maintenance program. *Drug and Alcohol Dependence*, *34*, 163-166.
- Marsch, L. A. (1998). The efficacy of methadone maintenance intervention in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality : a meta-analysis. *Addiction*, *93*, 515-532.
- Martin, C., Brabot, D., and Auriacombe, M. (1996). Données descriptives de l'utilisation de l'addiction severity index en France. *Encéphale*, *22*, 359-383.
- Masson, C. L., Barnett, P. G., Sees, K. L., Delucchi, K. L., Rosen, A., Wong, W. et al. (2004). Cost and cost-effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched 180-day methadone detoxification. *Society for the Study of Addiction*.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Iwasaki, Y., Fujimoto, K., & Minonishi, A. (1999). *Clinical characteristics in patients with obsessive-compulsive disorder and a history of impulsive behaviors*. Japan: Igaku Shoin.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2003). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews. [On-line]. Available: <http://gateway2.ovid.com/ovidweb.cgi>
- McCaul, M. E., Svikis, D. S., & Moore, R. D. (2001). Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, *62*, 9-17.
- McCusker, C. and Davies, M. (1996). Prescribing drug of choice to illicit heroin users : The experience of a U.K. community drug team. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, *13*, 521-531.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, *168*, 26-33.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Metzger, D., McKay, J., Durell, J., Alterman, A. I. et al. (1996). Evaluating the effectiveness of addiction treatments : reasonable expectations appropriate comparisons. *Mill Bank Quarterly*, *74*, 51-85.
- Meins, W., Jacobsen, G., and Stratmann, C. (1995). Social adjustment of psychiatric patients : Evaluation of a modified version of the GAF (global assessment of functioning) scale. *Psychiatrische Praxis*, *22*, 206-208.
- Metrebian N., Carnwath, T., Stimson, G. V., and Storz, T. (2002). Survey of doctors prescribing diamorphine (heroin) to opiate-dependent drug users in the United Kingdom. *Addiction*, *97*, 1155-1161.
- Metrebian, N., Shanahan, W., Wells, B., and Stimson, G. V. (1996). Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate dependent drug users : Associated health gains and arm reduction. *Medical Journal of Australia*, *168*, 590-591.
- Mihajlovic, G. S., Milovanovic, D. R., & Jankovic, S. B. (2003). *Comparison of efficacy and safety between individualized and empiric dose regimen of amitriptyline in the treatment of major depressive episode*. United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Mino, A. (1994). Current drug policies: The Geneva example. *Schweiz Rundsch Medical Praxis*, *83*, 950-956.

- Mojtabi, R. and Zivin, J. G. (2003). Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities of substance disorders : A propensity score analysis. *Health Services Research*, 38, 233-259.
- Molina, R. R., Carrasco Perera, J. L., Perez, U. A., & Sanchez, I. S. (2002). [Factors associated to the diagnoses of borderline personality disorder in psychiatric out-patients]. *Actas Espaniolas Psiquiatria*, 30, 153-159.
- Montanes, R. F., Lucas Taracena, M. T., & Martin Rodriguez, M. A. (2003). [Antisocial personality disorder evaluation with the prisoner's dilemma]. *Actas Espaniolas Psiquiatria*, 31, 307-314.
- Montoya, I. D., Levin, F. R., Fudala, P. J., & Gorelick, D. A. (1995). Double-blind comparison of carbamazepine and placebo for treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 38, 213-219.
- Morgan, D. & Krueger, R. (1998). *The focus group kit*. Sage Publications.
- Murray, C. J and Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy : Lessons from the global burden of disease study. *Science*, 274, 740-743.
- Nadelmann, E. A. (1992). Thinking seriously about alternatives to drug prohibition. *Daedalus*, 121, 85-132.
- Niveau, G. and Laureau, M. (1999). Substitution et prévention de la délinquance : L'échec d'une idée simple. *Déviante et Société*, 24, 437-445.
- Norra, C., Mrazek, M., Tuchtenhagen, F., Gobbele, R., Buchner, H., Sass, H. et al. (2003). Enhanced intensity dependence as a marker of low serotonergic neurotransmission in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 23-33.
- OFSP (1999). *Traitement avec prescription d'héroïne : Argumentaire concernant la votation populaire sur l'arrêté fédéral urgent sur la prescription médicale d'héroïne (traitement avec prescription médicale d'héroïne) du 13 juin 1999*.
- OFSP (2002). *Heroin-assisted treatment (HAT) in 2002*.
- OFSP (2004). *HeGeBe info*.
- OFSP (2004). Manuel traitement avec prescription d'héroïne : Directives, recommandations, informations. <http://www.suchtund aids.admin.ch/imperia/md/content/drogen/hegebe/32.pdf> [On-line].
- Ogborne, A., Cooper, D., & Uchtenhagen, A. (2000). Economic evaluation. In *Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment workbook series* (Workbook 8 ed..
- OICS (2003). Rapport de l'Organe International de Contrôle de Stupéfiants pour 2003. <http://www.incb.org/e/index.htm>. [On-line].
- OMS (1999). *Critique internationale des essais suisses de prescription d'héroïne : Rapport de la commission externe d'experts de l'OMS ; prises de position de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants*. Médecins Suisses contre la Drogue.
- Oppenheimer, E., Tobutt, C., Taylor, C., and Andrew, T. (1994). Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: A 22-year follow-up study. *Addiction*, 89, 1299-1308.
- Pallesen, S., Nordhus, I. H., Kvale, G., Havik, O. E., Nielsen, G. H., Johnsen, B. H. et al. (2002). Psychological characteristics of elderly insomniacs. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 425-432.
- Parrino, M. W. (2004). *Traitement à la méthadone*. Genève: Editions Médecine et Hygiène.
- Payte, J. T. & Khuri, E. T. (1994). Principes de détermination du dosage de mléthadone. In M.W.Parrino (Ed.), *Traitement à la méthadone* (Genève: Editions Médecine et Hygiène.
- Pedersen, G. and Karterud, S. (2004). Is SCL-90R helpful for the clinicians in assessing DSM-IV symptim disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 215-224.
- Peng, S. K. and Ho, K. J. (1972). Biological effects of prolonged exposure to deuterium oxide. *Archives of Psychopathology*, 94, 81-89.
- Perneger, T. V., Giner, F., del Rio, M., and Mino, A. (1998). Randomised trial of heroin maintenance program for addicts who fail in conventional drug treatment. *British Medical Journal*, 317, 13-18.
- Peters, P. (1996). *La relation drogue-délinquance : Bilan de la littérature centré sur la Belgique, l'Allemagne et le Grand-Duché du Luxembourg* Université de Liège, Ecole liégeoise de criminologie Jean Constant.
- Petry, N. M. (2003). A comparison of African American and non-Hispanic Caucasian cocaine-abusing outpatients. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 43-49.
- Pinoit, J.-M. & François, I. (1997). *Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés*. Paris: Masson.
- Polettini, A., Stramesi, C., Vignali, C., and Montagna, M. (1997). Determination of opiates in hair : Effects of extraction methods on recovery and on stability analytes. *Forensic Science International*, 84, 259-269.
- Ponce, G., Jimenez-Arriero, M. A., Rubio, G., Hoenicka, J., Ampuero, I., Ramos, J. A. et al. (2003). The A1 allele of the DRD2 gene (TaqI A polymorphisms) is associated with antisocial personality in a sample of alcohol-dependent patients. *European Psychiatry*, 18, 356-360.
- Poulopoulos, C. & Tsiboukli, A. (1999). *Socio-demographic differences, patterns of use and drop-out from Greek drug-free treatment programmes*. United Kingdom: Taylor and Francis.
- Pozzi, G., Tacchini, G., Di Giannantonio, M., & Tempesta, E. (1995). [Mental disorders of drug addicts in treatment: a study of prevalence with retrospective evaluation by means of structured diagnostic interviews]. *Minerva Psichiatrica*, 36, 139-154.

- Pozzi, G., Bacigalupi, M., & Tempesta, E. (1997). Comorbidity of drug dependence and other mental disorders: a two-phase study of prevalence at outpatient treatment centres in Italy. *Drug and Alcohol Dependence*, 46, 69-77.
- Prieto, L., Sacristan, J. A., Hormaechea, J. A., Casado, A., Badia, X., & Gomez, J. C. (2004). Psychometric validation of a generic health-related quality of life measure (EQ-5D) in a sample of schizophrenic patients. *Current Medical Research and Opinion*, 20, 827-835.
- Prueter, C., Schultz-Venrath, U., & Rimpau, W. (2002). Dissociative and associated psychopathological symptoms in patients with epilepsy, pseudoseizures, and both seizure forms. *Epilepsia*, 43, 188-192.
- Pull, C. (1999). IPDE. In M. Bouvard (Ed.), *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité* (pp. 57-63). Paris: Masson.
- Rabasa, J. and Killias, M. (1996). Evaluation de l'impact des essais suisses avec prescription médicale de stupéfiants sur la criminalité des sujets traités : Résultats à court-terme. *Bulletin de Criminologie*, 22, 63-78.
- Reggers, J., Pinto, E., & Anseau, M. (2002). Drug-related mortality in Belgium. In H. Ghodse, A. Oyefeso, A. Baldacchino, & J. Corkery (Eds.), *Drug-related mortality : Perspectives across Europe* (Monograph Series No.2 ed., pp. 27-46).
- Rehm, J., Guggenbühl, L., & Uchtenhagen, A. (2000). *Part IV : Evaluation of effectiveness and economic evaluations*. Zurich: Addiction Research Institute.
- Rhoades, H. M., Creson, D., Elk, R., Schmitz, J., and Grabowski, J. (1998). Retention, HIV risk, and illicit drug use during treatment : Methadone dose and visit frequency. *American Journal of Public Health*, 88, 34-39.
- Ribeaud, D. and Aebi, M. F. (2001). Les effets à long terme de la prescription d'héroïne sur les comportements délinquants des personnes traitées. *Crimiscope*, 18, 7.
- Ro, O., Martinsen, E. W., Hoffart, A., & Rosenvinge, J. H. (2004). Short-term follow-up of adults with long standing anorexia nervosa or non-specified eating disorder after inpatient treatment. *Eating and Weight Disorders*, 9, 62-68.
- Roebuck, M. C., French, M. T., and McLellan, A. T. (2003). DATStats : Results from 85 studies using the drug abuse treatment cost analysis (DATCAP). *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 25, 51-57.
- Rook, E. J. (2003). *Pharmacokinetics and pharmacodynamics of diacetylmorphine in opioid dependent patients*. Utrecht (NL): Universiteit Utrecht.
- Ross, H. E., Cutler, M., & Sklar, S. M. (1997). Retention in substance abuse treatment. Role of psychiatric symptom severity. *American Journal of Addiction*, 6, 293-303.
- Rush, B., Epping-Jordan, J., Lalji, M., Hillebrand, J., Goulet, G., & Monteiro, M. (2000). *Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment workbook series*. World Health Organization.
- Ryan, C. F. and White, J. M. (1996). Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction*, 91, 39-45.
- Sampson, R. J. and Lauritsen, J. L. (1990). Deviant lifestyles, proximity to crime and the offender-victim link in personal violence. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 27, 110-139.
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Lostao, L., & Santed, M. A. (2002). Adverse psychological effects in women attending a second-stage breast cancer screening. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 303-309.
- Sapin, C., Fantino, B., Nowicki, M. L., & Kind, P. (2004). Usefulness of EQ-5D in assessing health status in primary care patients with major depressive disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 20.
- Satel, S. L. and Aeschbach, E. (1999). The Swiss heroin trials : Scientifically sound ? *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 17, 331-335.
- Saxon, A. J., Wells, E. A., Fleming, C., Jackson, T. R., and Calsyn, D. A. (1996). Pre-treatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcomes. *Addiction*, 91, 1197-1209.
- Schaar, I. & Ojehagen, A. (2003). Predictors of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abusers during 18 months of co-operation between psychiatric and social services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 83-87.
- Scheurich, A., Müller, M. J., Wetzel, H., Anghelescu, I., Klawe, C., Ruppe, A. et al. (2000). Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 916-919.
- Schottenfeld, R. S., Pakes, J., Ziedonis, D., and Kosten, T. R. (1993). Buprenorphine : dose-related effects on cocaine and opioid use in cocaine-abusing opioid-dependent humans. *Biological Psychiatry*, 34, 66-74.
- Schottenfeld, R. S., Pakes, J., Oliveto, A., Ziedonis, D., and Kosten, T. R. (1997). Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. *Archives of General Psychiatry*, 54, 713-720.
- Sell, L. and Zador, D. (2004). Patients prescribed injectable heroin or methadone : Their opinions and experience treatment. *Addiction*, 99, 442-449.
- Siassi, I., Angle, B. P., and Alston, D. C. (1977). Comparison of the effect of high and low doses of methadone on treatment outcome. *International Journal of Addiction*, 12, 993-1005.
- Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R. L., Kokkevi, A., Ouwehand, A. W., Stauffacher, M. et al. (1999). The EMCDDA/Pompidou group treatment demand indicator protocol : A European core item set for treatment monitoring and reporting. *European Addiction Research*, 5, 197-207.

- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., and Greener, J. M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 14, 565-572.
- Singer, S. I. (1981). Homogenous victim-offender populations : A review and some research implications. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 72, 779-788.
- Sinha, J. (2001). *L'historique et l'évolution des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants* Ottawa: Bibliothèque du Parlement.
- Smith, M. W., Barnett, P. G., Phibbs, C. S., Wagner, T. H., & Yu, W. (2003). *Micro-cost methods for determining VA health care costs*. Menlo Park: Health Economic Resource Center. Health Services Research and Development Service, U.S. Department of Veterans Affairs.
- Sobel B.-F.X., Sigmon, S. C., Walsh, S. L., Johnson, R. E., Liebson, I. A., Nuwaysir, E. S. et al. (2004). Open-label trial of an injection depot formulation of buprenorphine in opioid detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 11-22.
- Spear, H. B. (2002). *Heroin addiction care and control: The british system 1916-1984*. London: Drugscope.
- Stein, M. D., Mulvey, K. P., Plough, A., and Samet, J. H. (1998). The functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use. *Journal of Substance Abuse*, 10, 75-84.
- Stimson, G. V. & Metrebian N. (2003). *Prescribing heroin: What is the evidence?* York (UK): York Publishing Services Ltd.
- Stohler, R., Dursteler-Mac Farland, K. M., Gramespacher, C., Petitjean, S., Battegay, R., & Ladewig, D. (2000). A comparison of heroin chasers with heroin injectors in Switzerland. *European Addiction Research*, 6, 154-159.
- Strain, E. C., Stitzer, M. L., Liebson, I. A., and Bigelow, G. E. (1993). Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Annals of Internal Medicine*, 119, 23-27.
- Strain, E. C., Stitzer, M. L., Liebson, I. A., and Bigelow, G. E. (1993). Methadone dose and treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 33, 105-117.
- Sun, F., Cousineau, M. M., Brochu, S., and White, N. D. (2004). Consommation de substance psychoactives et degré de gravité du crime. *Revue Canadienne de Criminologie et de Justice Pénale*, 46, 1-26.
- Tagliaro, F., Smith, F. P., Turrina, S., Equisetto, V., and Marigo, M. (1996). Complementary use of capillary zone electrophoresis and micellar electrokinetic capillary chromatography for mutual confirmation of results in forensic drug analysis. *Journal of Chromatography Analysis*, 735, 227-235.
- The WOQOL group (1996). WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/WHOQOL-BREF.pdf [On-line].
- The WOQOL group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Trujillo, J., Casas M., Pérez de los Cobos, J., Battle F., Tejero, A., Bosch, R. et al. (2002). Programas de mantenimiento con heroína: Experiencias, dificultades y justificación. *Enf Emerg*, 2, 80-87.
- Uchtenhagen, A. (1997). *Essai de prescription médicale de stupéfiants : Rapport final des mandataires de la recherche*. Zurich: Universität Zurich.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Milkola, A., Steffen, T., Gutwiller, F., Blätter, R., & Pfeifer, S. (1999). *Prescription of narcotics for heroin addicts: Main results of the swiss national cohort study*. Basel (CH) : Karger.
- Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A., & van Ree, J. M. (2002). *Medical co-prescription of heroin: Two randomized controlled trials*. Utrecht: CCBH.
- Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Koeter, M. W. J., van Zwieten, B., and van Ree, J. M. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts : Two randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 327.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N. K., Apolone, G., and Bech, P. (1998). The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries : results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1159-1165.
- Wells, J. E., Williams, T. H., Macleod, A. D., & Carroll, G. J. (2003). Posttraumatic stress disorder: do electrical startle responses and thyroid function usefully supplement self-report? A study of Vietnam War veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 334-339.
- Westenberg, H. G. M., Yang, H. J., Stein, D. J., & Barbato, L. M. (2004). *A Double-Blind Placebo-Controlled Study of Controlled Release Fluvoxamine for the Treatment of Generalized Social Anxiety Disorder*. US: Lippincott Williams and Wilkins.
- WHO (2004). Report of the panel of evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts. <http://www.emory.edu/NFIA/legal/heroin/whohroin.html>. [On-line].
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., Urnes, O., Irion, T., Brabrand, J. et al. (2003). Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 17, 510-521.
- Wildi, S. M., Cox, M. H., Clark, L. L., Turner, R., Hawes, R. H., Hoffman, B. J. et al. (2004). Assessment of health state utilities and quality of life in patients with malignant esophageal Dysphagia. *American Journal of Gastroenterology*, 99, 1044-1049.
- Wilson, J. Q. (1990). Drugs and crime. In L. Tonry & J. Wilson (Eds.), *Drugs and crime* (pp. 521-545). Chicago: University of Chicago Press.

- Wittchen, H. U. (1994). *Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review*. United Kingdom: Elsevier Science.
- Wu, A. W., Jacobson, K. L., Frick, K. D., Clark, R., Revicki, D. A., Freedberg, K. A. et al. (2002). Validity and responsiveness of the euroqol as a measure of health-related quality of life in people enrolled in an AIDS clinical trial. *Quality of Life Research*, 11, 273-282.
- Zaric, G. S., Brandeau, M., and Barnett, P. G. (2000). Methadone maintenance and HIV prevention : A cost-effective analysis. *Management Science*, 46, 1013-1031.
- Zauberman, R. & Robert, Ph. (1995). *Du côté des victimes : Un autre regard sur la délinquance*. Paris: Editions L'Harmattan.

ANNEXE I

Outils d'évaluation

1. International Personality Disorders Examination (IPDE)

L'IPDE (Pull, 1999) est un test de personnalité semi-structuré mis au point par l'OMS. Il a pour but de tester la probabilité d'un trouble de personnalité en référence au DSM-IV. La version de dépistage comporte 94 questions qui permettent d'éliminer les faux positifs en relation avec l'axe II du DSM-IV (APA., 1994) et les troubles de personnalité de l'ICD-10 (WHO, 1992). Malheureusement, cette version ne permet pas d'établir de diagnostic formel, elle permet uniquement d'éliminer la présence d'un trouble de personnalité particulier, mais pas d'en signer la présence avec certitude.

Les qualités psychométriques de l'IPDE se sont montrées acceptables, d'après les cliniciens qui l'ont évalué, dans une étude de Loranger et al. (1994). La fidélité inter-cotateurs ainsi que la stabilité dans le temps ont également été démontrées.

Une étude de Egan et al. (2003) indique par ailleurs que les interviews structurées, dont l'IPDE, sont plus sensibles et spécifiques qu'une impression clinique pour poser un diagnostic.

L'IPDE a été utilisé dans des études sur la dépression (Esquiaga et al., 2004), la dépendance alcoolique (Driessen et al., 1998 ; Ponce et al., 2003), l'anorexie mentale (Karwautz, 2003), les troubles de la personnalité (Lenzeweger, 1999 ; Molina et al., 2002 ; Montanes et al., 2003 ; Nora et al., 2003), la schizophrénie (Gilvarry et al., 2001).

Il est disponible en français et néerlandais.

2. World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL-26)

La qualité de vie a été définie de la manière suivante : « *une perception individuelle de sa position dans la vie dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses standards. C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et ses relations avec les événements de son environnement* » (The WHOQOL Group, 1996).

La WHOQOL-BREF a pour but de permettre d'évaluer la qualité de vie des sujets au cours des 4 dernières semaines. Elle est composée de 24 items analysant 6 domaines de la qualité de vie (Leplege et al., 2000) : la santé physique, l'état psychologique, les relations sociales, les relations avec les événements environnementaux, les 2 items restant portent sur la qualité de vie et la santé en général.

Les propriétés psychométriques de la WHOQOL-26 ont été évaluées par le groupe WHOQOL en 1998. La consistance interne est excellente puisque les coefficients α de Cronbach vont de 0.66 pour les relations sociales à 0.84 pour la santé physique. La fidélité test-retest est bonne : 0.66 pour la santé physique, 0.72 pour l'état psychologique, 0.76 pour les relations sociales et 0.87 pour les relations avec les événements environnementaux. Les résultats de l'analyse confirmatoire sont très bons.

Les instruments de la WHOQOL sont utilisés d'une manière très variée : au cours de pratiques médicales, en vue d'améliorer la relation médecin-patient, d'évaluer l'efficacité et les mérites relatifs de différents traitements, pour évaluer les services de la santé et afin de mettre au point la politique des soins.

Disponible en néerlandais comme en français.

3. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

Le CIDI a été développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'ancienne Administration de l'Alcool, de l'Abus de Drogue et de la Santé Mentale Américaine (ADAMHA) appelée aujourd'hui Institut National de la Santé (NIH). Le CIDI est composé de quinze sections : douze sections diagnostiques (troubles liés à une substance, première partie; troubles somatoformes; troubles anxieux, première partie; troubles de l'humeur, troubles dépressifs; troubles de l'humeur, troubles bipolaires; schizophrénie et autres troubles psychotiques; troubles des conduites alimentaires; troubles liés à une substance, seconde partie; troubles anxieux, seconde partie; troubles liés à une substance, troisième partie; troubles organiques, y compris troubles mentaux) et trois sections non diagnostiques (démographie, commentaires du sujet et citations de l'interviewer). Chaque section est construite de sorte que si la personne répond négativement aux questions évaluant les critères d'exclusion du trouble, le trouble suivant est évalué. Si par contre elle y répond positivement, il est investigué en profondeur. L'objectif de cette interview est de déterminer la présence ou l'absence de troubles spécifiques.

La fidélité inter-juges du CIDI est excellente et la fidélité test-retest ainsi que la validité sont bonnes (Andrews & Peters, 1998).

Ces résultats sont corroborés par Wittchen (1994) qui trouve des coefficients Kappa bon à excellent pour la fidélité test-retest ainsi que pour la fidélité inter-cotateurs. Le CIDI est donc considéré acceptable pour la plupart des sujets et approprié pour une utilisation dans diverse institution et pays.

Destiné à être utilisé dans les études épidémiologiques des troubles mentaux (Kessler et al., 1994a; Allan, 1991a), le CIDI est aussi utilisé en clinique afin de poser les diagnostics. Dans les études concernant la prescription d'héroïne, le CIDI a été utilisé par van den Brink et al. (2002) et est utilisé dans le projet en cours de Krausz et al. (2002).

Disponible en français (version 2.1.) et en néerlandais (version 1.0.).

4. Short Form Health Survey 36 items (SF-36)

L'objectif de cette échelle est de mesurer l'état de santé des sujets. La SF-36 est constituée de deux échelles principales (Gandek et al., 1998) : l'échelle de santé physique (PCS : *Physical Component Scale*) et l'échelle de santé mentale (MCS : *Mental Component Scale*). Chacune comporte une série de sous-échelles. La première regroupe l'activité physique, les limitations liées à l'état de santé, les douleurs physiques et la santé telle qu'elle est perçue par le sujet. La seconde s'intéresse à la vitalité, à la vie et aux relations avec les autres, à la santé psychique et aux limitations liées à l'état psychique.

L'analyse factorielle de la SF-36 menée par Ware et collaborateurs (Ware et al., 1998) met en évidence deux facteurs principaux interprétés comme les dimensions de santé physique et mentale. Elles expliquent respectivement 76 et 85 % de la variance totale. Les corrélations observées au niveau des sous-échelles vont de 0.64 à 0.86 entre la PCS et la santé physique, l'aptitude physique à effectuer des tâches et les douleurs physiques et de 0.62 à 0.91 entre la MCS et la santé mentale, les réactions émotionnelles et le fonctionnement social. Les sous-échelles perception de la santé et vitalité corréleront modérément avec les deux échelles PCS et MCS. Cette étude montre donc la bonne validité de construct des SF-36 étudiés.

Les questionnaires de qualité de vie sont souvent utilisés puisqu'ils permettent de quantifier l'impact d'une maladie (Linzer et al., 1996) ou d'une dépendance (Blow et al., 2000; Falck et al., 2000; Ryan & White, 1996; Stein et al., 1998) sur la vie quotidienne de la personne. Une

évaluation basée sur le SF-36 a été employée dans le projet suisse PEPSA (Perneger et al., 1998). L'équipe canadienne de Fischer projette également de l'utiliser (Fischer et al., 2004).

Disponible aussi bien en néerlandais qu'en français.

5. European Addiction Severity Index (EuroASI)

L'Addiction Severity index a été, à l'origine, développé par McLellan et al. (1980). Il s'agit d'un outil diagnostique et évaluatif de l'abus d'alcool et d'autres substances. 6 domaines sont investigués par cet outil : la santé physique, l'emploi, la consommation d'alcool et de drogues, le fonctionnement légal, le fonctionnement social et enfin le fonctionnement psychiatrique.

La version européenne de cet outil (EuroASI), dans sa traduction allemande, a été évaluée par Scheurich et al. (2000). Ces auteurs concluent que les différents sous-échelles sont indépendante ou modérément corrélées ($-0.17 < r < 0.34$). Chaque coefficient de corrélation entre les taux de sévérité et les scores composites était significatif ($p < 0.0005$), comprises entre $r = 0.47$ et $r = 0.93$. Les mesures de fidélité indiquèrent une consistance interne modérée à bonne (alpha de Cronbach : 0.69-0.92) et une fidélité inter-juges modérée à excellente (coefficient de corrélation inter-classe: 0.62-0.99).

La validité est démontrée par des taux significativement plus haut dans la section alcool pour des patients dépendants de l'alcool comparés à des patients sans dépendance ($t = 2.99$, 108 df, $p = 0.004$). Des corrélations ($p < 0,001$) significatives ont été trouvées entre la « consommation d'alcool » et le Michigan Alcoholism Screening Test ($r = 0.34$ pour le score composite et $r = 0.44$ pour les taux de sévérité). Des corrélations significatives ont également été trouvées entre le fonctionnement psychiatrique et le SCL-90-R ($r = 0.55/0.51$), ce qui supporte une bonne validité concurrente.

L'EuroASI semble donc présenter des qualités psychométriques acceptables.

L'EuroASI est utilisé dans des études sur l'alcoolisme (Allhoff, 1999 ; Langeland et al., 2002 ; De Wilde et al., 2004 ; Langeland et al., 2004), l'abus de substance (Lee et al., 1991 ; Batson et al., 1993 ; Pozzi et al., 1995 ; Pozzi et al., 1997 ; McCaul et al., 2001 ; Johnson et al., 2003), la tabagie (Ahijevych et Parsley, 1999), la consommation de cocaïne (Gelernter et al., 1999 ; Petry, 2003), d'héroïne (Stohler et al., 2000). L'EuroASI a déjà été utilisé dans des études de prescriptions d'héroïne (van den Brink et al., 2002). L'équipe de Krausz et al., en Allemagne, ainsi que celle de Fischer et al. (2004), au Canada, prévoient également d'utiliser l'EuroASI dans leur expérience.

Disponible en néerlandais ainsi qu'en français.

6. Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R)

Mise au point par Derogatis et al. en 1986 et révisée en 1994, la SCL-90-R concerne les symptômes psychiatriques d'un patient durant les sept jours qui précèdent l'évaluation. Chacun des 90 items est évalué sur une échelle de Likert en 5 points (0 à 4) allant de « pas du tout » à « tout à fait ». Elle a été élaborée pour mesurer, grâce au rapport du patient lui-même, les symptômes psychiatriques principaux, représentés par 9 « dimensions de symptômes primaires ».

Ces dimensions sont évaluées sur neuf sous-échelles : la somatisation, les obsessions-compulsions, la sensibilité inter-personnelle, la dépression, l'anxiété, la colère-hostilité, l'anxiété phobique, l'idéation paranoïde et la psychose.

La SCL-90-R permet également l'évaluation de 3 indices globaux de fonctionnement, à savoir l'index global de sévérité, le total des symptômes positifs et l'index des symptômes positifs de détresse.

Une récente étude de Pedersen et Karterud (2004) a évalué les qualités psychométriques de six premières sous-échelles. Ces auteurs montrent que la validité de ces six sous-échelles est confirmée par de relations significatives avec les symptômes des DSM-III-R et IV correspondants. Ils déplorent cependant que cette validité n'est pas suffisante lorsque l'objectif est d'établir un *screening*. On peut donc attendre du SCL-90 de bien déterminer les différents symptômes qu'un patient peut présenter, mais pas d'établir un diagnostic correctement.

La SCL-90-R est très fréquemment employée dès qu'il s'agit d'établir un bilan psychiatrique des sujets. Elle a par exemple été employée dans des études sur l'anorexie mentale (Holtkamp et al., 2004 ; Ro et al., 2004) et autres troubles alimentaires (Erol et al., 2002), l'insomnie chez des personnes âgées (Pallesen et al., 2002), le cancer du sein (Sandin et al., 2002), l'épilepsie (Prueter et al., 2002), les troubles de conversion et de somatisation (Guz et al., 2004), les troubles de la personnalité (Wilberg et al., 2003), le stress post-traumatique (Wells et al., 2003), l'abus de substance (Ross et al., 1997 ; Schaar et Ojehagen, 2003), la tabagie (Levin et al., 1996), la consommation de cocaïne (Montoya et al., 1995).

Les équipes de Krausz (2002) et de van den Brink (2002) ont également utilisé la SCL-90-R afin dans leurs études sur la prescription d'héroïne.

Disponible en français comme en néerlandais.

7. European Quality of Life 50 (EQ-5D)

Mise au point par l'EuroQOL group (1990), l'EQ-5D permet d'établir un profil de santé en 5 domaines : la mobilité, les soins vis-à-vis de soi-même (*Self-Care*), les activités usuelles, la douleur et l'inconfort, l'anxiété et la dépression. A ces échelles s'ajoute une mesure auto-évaluée de santé globale.

Les qualités psychométriques de l'EQ-5D ont été évaluées dans diverses populations. Ainsi, dans une population de patients schizophrènes (Prieto et al. 2004), on trouve que de hauts scores à la GAF et des scores faibles à la CGI sont liés à de hauts scores sur l'EQ-5D. Les corrélations observées entre l'EQ-5D et les autres indices cliniques s'étalent entre 0.33 et 0.54. Chez des patients atteints du syndrome inflammatoire de Bowe (Konig et al., 2002), on trouve une corrélation entre cette échelle et le CDAI/CAI de $r = -0.65/r = -0.71$ ($p < 0.001$). Les coefficients de corrélations observés entre les échelles VAS de l'EQ-5D et les scores au SF-36 et à l'IBDQ s'étendent entre 0.37 et 0.73 ($p < 0.0001$). Au test-retest, l'EQ-5D se montre fidèle chez les patients stables (coefficient de corrélation intra-classe pour les VAS = 0.77, kappa pour les items de 0.39 to 1.00); les VAS de l'EQ-5D se sont également montré

sensibles lors d'une amélioration de l'état des patients (taille de l'effet 0.79). Chez des patients dans un état avancé de SIDA (Wu et al. 2002), les corrélations entre le MOS-HIV et l'EQ-5D s'étendent entre 0.33 et 0.66. Ces différentes études démontrent la validité de l'EQ-5D et son adaptabilité à divers domaines d'investigation.

Au cours de la seule année 2004, L'EQ-5D a par exemple été utilisé pour mesurer la qualité de vie de populations âgées (Holland et al., 2004 ; Hulme et al., 2004), de patients après des soins palliatifs (Horns et al., 2004), de patientes hystérectomisées (Garry et al., 2004), de personnes atteintes du VIH (Hughes et al., 2004), de patients ayant une dysphagie œsophagienne maligne (Wildi et al., 2004), de patients dépressifs majeurs (Sapin et al., 2004), de patients souffrant de douleur dans le bas du dos (Gilbert et al., 2004).

Fischer et al. (2004) prévoient également d'employer l'EQ-5D dans leur projet de délivrance d'héroïne.

Disponible en français et en néerlandais.

8. Clinical Global Impression (CGI)

La Clinical Global Impression (CGI) concerne l'état psychologique du patient, impression donnée par l'investigateur et le sujet lui-même. Cette impression permet de coter une sous-échelle de sévérité de la maladie et par la suite, une sous-échelle d'amélioration de la maladie.

Elle est particulièrement utilisée pour tester l'efficacité de molécules médicamenteuses (Ebrinc et al., 2002 ; Loo et al., 2002 ; Gureje et al., 2003 ; Mihajlovic et al., 2003 ; Davidson et al., 2004 ; Westenberg et al., 2004).

Disponible en français et en néerlandais.

9. Treatment Demand Indicator Protocol (TDI)

Cet outil a été mis au point par le groupe EMCDDA/Pompidou (Simon et al., 1999) dans le but de servir la recherche épidémiologique en matière de drogue et d'abus de drogue. Il a été employé, par exemple, dans une évaluation de traitements *drug-free* (Polopoulos et Tsiboukli, 1999).

Disponible en français et en néerlandais.

10. Global Assessment of Functioning (GAF)

La Global Assessment of Functioning, mis au point par Goldmann et al. en 1992, a pour but d'évaluer l'Axe V du DSM-IV.

Une étude de Meins et al. (1995), qui évalue cet outil chez 266 patients psychiatrique, conclut que la GAF est un instrument économique et suffisant pour mesurer le fonctionnement adaptatif chez des patients psychiatriques. Le GAF montre un très haut niveau de fidélité inter-cotateurs (Hilsenroth et al., 2000).

Cet instrument a par exemple été utilisé dans des études sur les troubles alimentaires (Bulik et al., 1996), sur la dépression majeure (Dannon et Grunhaus, 2001), les troubles obsessionnels-compulsifs (Matsunaga, 1999).

Disponible en français et en néerlandais.

ANNEXE II

Information du patient et formulaire de consentement éclairé

1. Notice d'information du patient

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude visant à déterminer l'intérêt de vous délivrer sous contrôle médical de l'héroïne pour vous aider à éviter des problèmes de santé, vous aider à retrouver une meilleure qualité de vie et pouvoir vous permettre quand vous serez prêt de pouvoir vous passez de ce produit.

Le but de cette étude est d'évaluer les avantages et inconvénients de la délivrance contrôlée d'héroïne en comparaison avec les traitements existants tels que la méthadone par exemple.

La réalisation d'un protocole scientifique nous impose de comparer deux groupes de patients.

De ce fait, un groupe recevra de l'héroïne et l'autre de la méthadone, suivant un tirage au sort réalisé par ordinateur.

L'étude durera deux ans mais présente de nombreuses contraintes. Il faut savoir qu'après cette durée de 2 ans l'étude scientifique sera interrompue. Il est clair, en l'état actuel, que la possibilité de continuer à recevoir l'héroïne comme traitement ne sera plus possible après cette date. Vous serez alors invité à consulter un des Centres de Traitement pour continuer ce dernier.

Ceux d'entre vous qui feront partie du groupe méthadone doivent savoir que la méthadone est un traitement efficace dans un grand nombre de cas (traitement international de référence). Même si certains ont eu antérieurement une ou des expériences négatives avec la méthadone, ils doivent s'engager à tenter une nouvelle expérience d'arrêt de l'héroïne et de remplacement par la méthadone.

Les contraintes de l'étude sont les suivantes :

Si vous faites partie du groupe de personnes recevant l'héroïne, vous devrez venir régulièrement pendant toute la durée du traitement (deux ans au maximum) au Centre de Délivrance et vous rendre au Centre d'Evaluation chaque fois que cela est demandé. Vous devrez en plus vous faire inscrire dans un Centre de Traitement de votre choix.

Le Centre de Délivrance sera ouvert trois fois par jour pendant trois heures, tous les jours y compris les week-end et les jours fériés. En dehors des heures prévues, le Centre de Délivrance est inaccessible. Vous ne pourrez pas vous rassembler à proximité du Centre de Délivrance en-dehors des heures de délivrance.

L'héroïne sera toujours consommée sur place dans un endroit réservé à cet effet. En aucun cas elle ne pourra être emportée. Elle comporte un additif qui la rend rapidement détectable pour tout contrôle réalisé à l'extérieur du Centre de Délivrance.

Une période d'équilibrage de la dose adéquate pour chacun sera mise en place. Pendant cette période, et uniquement pendant cette période, un supplément d'héroïne pourra être délivré sur demande au médecin responsable du Centre de Délivrance.

Pour les personnes faisant partie du groupe recevant la méthadone, elle vous sera prescrite par le médecin de votre Centre de Traitement et consommée selon les règles de votre Centre de Traitement.

L'héroïne et la méthadone vous seront délivrées gratuitement.

Vous devez accepter d'avoir régulièrement un entretien avec le médecin prescripteur, toutes les semaines pendant les trois premiers mois. Ils pourront ensuite être espacés à raison d'une visite tous les 15 jours pendant les trois mois suivants. A partir du septième mois, les entretiens auront lieu au minimum une fois par mois.

Vous devez accepter un bilan médical et psychologique à des intervalles réguliers : examen physique, prise de sang pour la détection du SIDA, de l'hépatite, une intradermo-réaction pour le dépistage de la tuberculose, des questionnaires concernant votre état psychologique, votre situation sociale et familiale, professionnelle et financière, votre situation judiciaire et votre consommation d'alcool, de drogues et de médicaments ; ces bilans auront lieu avant le début de l'étude puis les troisièmes, sixièmes, douzièmes, dix-huitièmes et vingt-quatrièmes mois après le début de l'étude.

Vous devez accepter un contrôle urinaire mensuel lorsqu'il vous le sera demandé. Le contrôle urinaire sera réalisé sous contrôle visuel d'un infirmier(e) ou d'un médecin dans un endroit spécifiquement prévu.

Pour les femmes il y aura un test de grossesse supplémentaire. Si vous décidez de poursuivre la grossesse, le passage dans le groupe méthadone est nécessaire.

Pour les personnes recevant la méthadone, une compensation financière de 125 euros sera offerte pour le premier ensemble d'examens. Chaque visite de testing supplémentaire entraînera une compensation de 50 euros, à l'exception des prélèvements d'urine mensuels.

Pour les personnes recevant l'héroïne, une compensation financière de 125 euros sera offerte à l'issue du premier ensemble d'examen.

Le non respect d'une de ces règles entraînera la sortie immédiate de l'étude.

Enfin, vous pourrez être assuré que l'étude sera conduite en respectant le secret médical, cela implique que tous les renseignements que vous donnerez ne pourront en aucun cas être divulgués à quiconque, pour quelque raison que ce soit (hormis dans les cas prévus par la loi). Toutes les données informatiques vous concernant seront rendues anonymes et cryptées. Il est bien entendu que votre anonymat sera respecté lors de la publication des résultats.

Cette étude a obtenu l'avis favorable du Comité d'Ethique de l'Université de Liège, de l'Ordre des Médecins, de la Commission Médicale Provinciale et du Parquet.

Bien entendu, vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Si vous êtes d'accord de participer à cette étude, vous voudrez bien donner votre consentement écrit sur le formulaire ci-joint.

Nous vous remercions de votre collaboration.

2. Formulaire de consentement éclairé

Nom de l'investigateur :

Adresse du Centre :

Tél. :

Nom du Patient :

Prénom :

Date de Naissance : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/

(jour) (mois) (année)

Le Docteur m'a informé du caractère expérimental de l'étude qui m'est proposée, ainsi que ses objectifs, ses contraintes et sa durée (et des conséquences qui en découlent). Le projet a été présenté au Comité d'Ethique de l'Université de Liège, à l'Ordre des Médecins, à la Commission Médicale Provinciale et au Parquet.

Un résumé écrit des informations communiquées m'a été remis dans le document joint à la présente (notice d'information du patient).

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles et je n'autorise leur consultation que par des personnes qui participent à la recherche en collaboration avec l'investigateur et éventuellement par un représentant des Autorités de Santé.

J'ai également été informé de mon droit de refuser de participer à cette étude.

En conséquence, j'accepte de participer à l'étude qui m'est proposée et en accepte les conditions.

Fait en double exemplaire dont un pour le patient et un pour l'investigateur,

à

le

Signature et cachet de l'investigateur

Signature du patient (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

ANNEXE III

Tableaux comparatifs des expériences étrangères

PAYS / REGION	TYPE D'ETUDE	COMPARAISONS	N	DUREE	STATUT
Allemagne (Krausz et al., 2001)	Etude multicentrique, ouverte, randomisée, 4x2 stratifiée	Non-atteints vs. Echecs METH DAM i.v. vs. METH p.o. Management vs. Psychoéducation	1120	12m + 12m suivi	En cours
Andalousie (March Cerda et al., 2004)	Essai contrôlé, randomisé et ouvert	DAM i.v. vs. METH p.o.	240	9m	En cours
Canada (Fischer et al., 2004)	Essai contrôlé, randomisé, Multicentrique	DAM i.v. + METH p.o. vs. METH p.o.	470	12m + 12m suivi	En cours
Pays-Bas (van den Brink et al., 2002)	Essai contrôlé, randomisé, Multicentrique	DAM i.v. + METH p.o. vs. METH p.o. DAM inhalée + METH p.o. vs. METH p.o.	549	12m + 6m suivi	Finalisé
Suisse (Uchtenhagen et al., 1997)	Etude de cohorte, Multicentrique	DAM i.v. vs. Liste d'attente DAM i.v. vs. Morphine/METH i.v. DAM i.v. vs. DAM fumée vs. Morphine/METH i.v. DAM i.v. vs. METH p.o. vs. DAM fumée DAM i.v. vs. METH p.o.	1146	3 ans	Finalisé

DAM : diacétylmorphine – METH : méthadone – i.v. : voie intraveineuse – p.o. : voie orale

Tableau 1: caractéristiques générales

Pays / Région	Référence Diagnostique	Age min.	Durée dépendance	Fréquence	Mode	Résidence dans la ville	Substitution	Résistance au traitement
Allemagne	ICD-10	23	5 ans	quotidienne depuis 1an	i.v.	1 an minimum	pas depuis 6 mois	au moins 2 échecs prise pendant un traitement à la méthadone maladie physique détérioration mentale
Andalousie	CIM-10				i.v.			non-atteint par le système échecs multiples
Canada	DSM-IV	25	5 ans	quotidienne depuis 1an	i.v.	1 an minimum	pas depuis 6 mois au moins 1 à 60 mg/j pendant min. 30 jours	au moins 2 échecs
Pays-Bas	DSM-IV	25	5 ans	quotidienne ou presque	i.v. ou inhalée	3 ans minimum	en contact les 6 derniers mois	Épisode à 60mg/j pdt 4 sem. au cours des 5 dern. années traitement méthadone l'année précédente traitement méthadone en échec fonctionnement physique, mental ou social pauvre
Suisse		20	2 ans					au moins 2 échecs déficits de santé et déficits sociaux

Tableau 2 : principaux critères d'inclusion

Pays / Région	Groupe	Description	Dosage	Fréquence	n
Allemagne	NA	personnes non-atteintes par le système actuel			
	SN	personnes en échec dans les traitements méthadone			
	Expérimental	Diacétylmorphine i.v.	Max. 1000mg/j et 400mg/dose	3/j	
	Contrôle	Méthadone p.o.	pas de limite	1/j	
	Soutien 1 Soutien 2	Management individuel avec entretiens motivationnels Psychoéducation avec conseils en matière de drogues			
Andalousie	Expérimental	Diacétylmorphine i.v. + Méthadone p.o.	100-500mg/j + 20-60mg/j		120
	Contrôle	Méthadone p.o.	40-150mg/j		120
Canada	Expé1	Diacétylmorphine i.v. + Méthadone p.o.	selon expérience suisse	3/j + 1/j	210
	Expé2	Hydromorphone i.v. + Méthadone p.o.	selon expérience suisse	3/j + 1/j	50
	Contrôle	Méthadone p.o.	selon pratiques habituelles	1/j	210
Pays-Bas (injectable)	A	Méthadone p.o.	30-150mg/j	1/j	98
	B	Diacétylmorphine i.v. + Méthadone p.o.	Max. 1000mg/j et 400mg/dose	3/j + 1/j	76
Pays-Bas (inhalable)	A	Méthadone p.o.	30-150mg/j	1/j	139
	B	Diacétylmorphine inhalée + Méthadone p.o.	Max. 1000mg/j et 400mg/dose	3/j + 1/j	117
	C	Méthadone p.o. 6 mois --> Diacétylmorphine inhalée + Méthadone p.o. 6 mois	Max. 1000mg/j et 400mg/dose	3/j + 1/j	119

Tableau 3 : constitution des groupes de sujets

Etude	OTI Health Scale	EuroASI	MAP	SCL-90	CIDI	SOWS	MSLQ	EQ-5D	SOZU	WHO-DAS II	SF-36	BPRS
Fisher et al.(2003)		✓						✓		✓	✓	
Krausz et al.(2003)	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓			
Metrebian et al. (1996)	✓											✓
Perneger et al.(1998)											✓	
van den Brink et al.(2002)		✓	✓	✓	✓							

Tableau 4 : Echelles d'évaluation validées utilisées dans diverses études

Etude	Rétention	Santé physique	Santé mentale	Consommation d'opiacés	Consommation d'autres drogues	Criminalité
Hartnoll et al. (1980)	+			-	+	+
McCusker et Davies (1996)	+	=	+	+	=	+
Metrebian et al. (1996)	=	=	=	=	=	=
Perneger et al. (1998)	+	+	+	+	=	+
Uchtenhagen et al. (1997)	+	+	+	+	+/-	+

(les + indiquent un effet positif : criminalité + signifie donc que l'héroïne a un effet plus positif sur la criminalité que la méthadone pour l'étude considérée)

Tableau 5 : résultats d'études comparant la prescription d'héroïne à un traitement à la méthadone

ANNEXE IV

Questionnaires de délinquance autoportée et de victimisation suisses

Questionnaire A : questionnaire de délinquance autoportée		
Code	Délits	Libellé de la question
D100.	Vol d'argent dans un automate ou une cabine téléphonique	Avez-vous déjà endommagé une cabine téléphonique, un distributeur de billets ou un autre type d'automate à sous, pour y prendre de l'argent ?
D.110	Vol à l'étalage	Avez-vous pris sans payer quelque chose dans un magasin, dans une boutique, dans une grande surface ou dans un kiosque ?
D.120	Pickpocket (vol à la tire)	Avez-vous déjà fait les poches des gens ? (faire du pickpocket)
D.130	Vol à l'arraché	Avez-vous déjà arraché à quelqu'un son sac, son porte-monnaie ou autre chose en vue de prendre son argent ?(faire du vol à l'arraché)
D.140	Cambriolage	Avez-vous déjà pénétré sans autorisation ou par effraction (en forçant les portes ou les fenêtres) dans une maison, un appartement, un bâtiment ou un autre local pour y voler quelque chose ?
D.150	Recel	Avez-vous déjà vendu quelque chose dont vous saviez qu'elle avait été volée ?
D.200	Brigandage	Avez-vous déjà menacé avec une arme ou frappé quelqu'un, en vue de lui prendre son argent ou d'autres choses de valeur ?
D.210	Lésions corporelles	Avez-vous frappé violemment ou blessé quelqu'un, à tel point qu'il a dû recevoir une aide médicale ou des soins d'un médecin?
D.220	Lésions avec armes	Avez-vous déjà blessé (intentionnellement) quelqu'un avec un couteau, bâton ou une autre arme ? (Ici, vous devez écarter les comportements que vous avez déjà mentionnés au numéro D.200 et D. 210)
D.300	Trafic de drogues douces	Avez-vous déjà vendu du haschisch, de la marijuana, du cannabis ?
D.310	Trafic de drogues dures	Avez-vous déjà vendu certaines drogues dures telles que l'héroïne, cocaïne, LSD, ecstasy, PCP, crack, amphétamines, etc. ?
D.320	Escroquerie dans le trafic de drogues	Avez-vous déjà arnaqué quelqu'un lorsque vous lui vendiez de la drogue ?

Questionnaire B : questionnaire de victimisation

Code	Délits	Libellé de la question
V.1	Brigandage	Vous est-il arrivé, au cours des trois dernières années, que quelqu'un vous vole de l'argent ou un autre objet avec violence ou menace de violence ?
V.2	Lésions corporelles graves	Mise à part la question V.1, vous est-il arrivé, au cours des trois dernières années, que quelqu'un vous agresse physiquement à tel point que vous avez dû recevoir des soins médicaux ?
V.3	Agressions sexuelles	Vous est-il arrivé, au cours des trois dernières années, d'être victime d'agressions sexuelles, d'abus sexuels ?
V.4	Vol ou arnaque lors de l'achat de drogue	Vous est-il arrivé, au cours des trois dernières années, d'être victime de vol de drogue ou d'arnaque pendant l'achat de drogues ?
V.5	Autres vols	Mise à part les drogues V.4 et le vol avec violence V.1, vous est-il arrivé, au cours des trois dernières années, d'être victime de vol d'argent ou d'objets de valeur ?
V.6	Vol de cycle	Vous est-il arrivé, au cours des trois dernières années, d'être victime de vol de vélo, de vélomoteur ou de moto ?

ANNEXE V

Questionnaire de délinquance auto-reportée

Questionnaire A : questions générales

Vous est-il déjà arrivé de poser un des actes suivants ? ⁸⁰	Non	Oui
D1. Avez-vous déjà pris sans payer quelque chose dans un magasin, une grande surface, etc. ?	(1)	(2)
D2. Avez-vous déjà fait du pickpocket (les poches des gens) ?	(1)	(2)
D3. Etes-vous déjà entré par effraction dans un véhicule afin d'y dérober de l'argent ou quelque autre objet de valeur (gsm, radio, etc.) ?	(1)	(2)
D4. Avez-vous déjà pénétré sans autorisation ou par effraction (en forçant les portes ou les fenêtres) dans une maison, un appartement ou autre bâtiment afin d'y voler quelque chose ?	(1)	(2)
D5. Avez-vous déjà arraché à quelqu'un son sac, son porte-monnaie ou autre en vue de lui dérober de l'argent ou autres objets de valeur (gsm, etc.) ?	(1)	(2)
D6. Avez-vous déjà menacé avec une arme (arme à feu, couteau, bâton, etc.) ou frappé quelqu'un afin qu'il vous remette son argent ou d'autres objets de valeur ?	(1)	(2)
D7. Avez-vous déjà falsifié vous-même et/ou fait usage de chèques, certificats ou ordonnances médicales falsifiées ?	(1)	(2)
D8. Avez-vous déjà vendu des objets dont vous saviez qu'ils avaient été volés, détournés ou obtenus illégalement ?	(1)	(2)
D9. Avez-vous déjà volontairement blessé ou porté des coups violents à quelqu'un de sorte qu'il ait dû recevoir une aide médicale ?	(1)	(2)
D10. Vous êtes-vous déjà livré à la prostitution de rue ?	(1)	(2)
D11. Vous êtes-vous déjà livré à la vente de cannabis, de marijuana ?	(1)	(2)
D12. Vous êtes-vous déjà livré à la vente d'héroïne, de cocaïne, d'ecstasy ?	(1)	(2)
D13. Avez-vous déjà trompé le client lors d'une vente de drogue ?	(1)	(2)

⁸⁰ Selon le design choisi, en fonction de la période à laquelle on se situe, il faudra ajouter à la question générale, soit « depuis les douze derniers mois », soit « depuis les six derniers mois ».

Questionnaire B : questions de détails⁸¹

Question D1. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D1. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

Interviewer : ce symbole « ⇒ » signifie que vous devez sauter directement à la question mentionnée après la flèche.

- 1.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?
- ...nombre de fois
 - jamais
 - je ne sais pas ou plus
 - je refuse de répondre
- 1.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?
- ... âge en années
 - je ne sais pas ou plus
 - je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 1.6.

- 1.3. La dernière fois que vous avez fait ça, qu'avez-vous pris ? Plusieurs réponses sont possibles.
- de la nourriture
 - un ou des DVD, un ou des CD, etc.
 - un ou des vêtements, un ou des sacs, des chaussures
 - un ou des articles de sport
 - une ou des BD, des livres
 - un ou des bijoux, des montres
 - une ou des TV, des radios
 - d'autres marchandises
 - je ne sais pas ou plus

⁸¹ Ce questionnaire a été réalisé à titre **indicatif**, d'autres questions pourront s'y greffer en fonction des données que l'on souhaite recueillir. Nous avons choisi de faire référence au questionnaire soumis aux toxicomanes lors des mesures de contrôle (voyez la référence à la période de six mois dans les questions qui suivent). Il est bien entendu que si l'on se trouve au point de départ du traitement, on aura recouru à la période de douze mois selon le design choisi : les questions mentionneront dès lors « depuis les douze derniers mois ». Notons en outre, que nous avons reçu l'aimable accord du Professeur Killias pour reproduire et adapter au contexte belge le questionnaire portant sur les questions de détails.

j. je refuse de répondre

1.4. La dernière fois, quelle était la valeur approximative des choses que vous avez emportées, si vous aviez dû les acheter normalement ?

- moins de 25 €
- entre 25 et 50 €
- entre 51 et 100 €
- entre 101 et 250 €
- entre 251 et 500 €
- plus de 501 €
- je ne sais pas ou plus
- je refuse de répondre

1.5. La dernière fois, où cela s'est-il passé ? Une seule réponse possible !

- dans le voisinage immédiat de mon habitation, dans mon quartier, dans mon village
- dans une autre ville, un autre quartier, un autre village que dans celle ou celui où j'habite
- à l'étranger
- autre lieu
- je ne sais pas ou plus
- je refuse de répondre

1.6.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- non
- oui
- je ne sais pas ou plus
- je refuse de répondre

1.6.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- non
- oui
- je ne sais pas ou plus
- je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D2. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D2. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

2.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- ...nombre de fois
- jamais
- je ne sais pas ou plus
- je refuse de répondre

2.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- ... âge en années

- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 2.6.

2.3. La dernière fois, quelle était la valeur approximative des choses que vous avez emportées, si vous aviez dû les acheter normalement, ou combien d'argent avez-vous pris ?

- a. moins de 25 €
- b. entre 25 et 50 €
- c. entre 51 et 100 €
- d. entre 101 et 250 €
- e. entre 251 et 500 €
- f. plus de 501 €
- g. je ne sais pas ou plus
- h. je refuse de répondre

2.4.1. La dernière fois que vous avez fait ça, qui était la personne touchée (la victime) ? Plusieurs réponses sont possibles.

- a. une personne que je ne connais pas (un inconnu)
- b. une personne que je connais de vue et/ou de nom
- c. une personne que je connais par mon travail/mes études
- d. quelqu'un avec qui j'entretiens des rapports personnels étroits
- e. quelqu'un de ma famille
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

2.4.2. Cette personne a-t-elle des contacts avec la drogue ?

- a. non
- b. elle en consomme
- c. elle en vend
- d. elle en consomme et en vend
- e. je ne sais pas ou plus
- f. je refuse de répondre

2.4.3. Était-ce un homme ou une femme, et quel était son âge approximatif ?

- a. un homme
- b. une femme
- c. ... âge approximatif en années
- e. je ne sais pas ou plus
- f. je refuse de répondre

2.5. La dernière fois, où est-ce que ça s'est passé ? Une seule réponse possible.

- a. dans le voisinage immédiat de mon habitation, dans mon quartier, dans mon village
- b. dans une autre ville, un autre quartier, un autre village que dans celle ou celui où j'habite
- c. à l'étranger
- d. autre lieu
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

2.6.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

2.6.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D3. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D3. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

3.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- a. ... nombre de fois
- b. jamais
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

3.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- a. ... âge en années
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 3.6.

3.3. La dernière fois, comment vous êtes vous introduit dans la voiture ?

- a. la portière n'était pas fermée à clé
- b. une fenêtre était ouverte
- c. j'ai cassé une fenêtre
- d. j'ai forcé la portière
- e. d'une autre façon
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

3.4. La dernière fois, qu'avez-vous emporté dans la voiture ? Plusieurs réponses sont possibles.

- a. je n'ai rien pris
- b. de l'argent liquide
- c. l'autoradio
- e. un ou des CD, cassettes
- f. un ou des vêtements, des sacs, des chaussures
- g. des bijoux, des montres
- h. d'autres objets de valeur

- i. je ne sais pas ou plus
- j. je refuse de répondre

3.5. La dernière fois, quelle était la valeur approximative des choses que vous avez emportées, si vous aviez dû les acheter normalement, ou combien d'argent avez-vous pris ?

- a. moins de 25 €
- b. entre 25 et 50 €
- c. entre 51 et 100 €
- d. entre 101 et 250 €
- e. entre 251 et 500 €
- f. plus de 501 €
- g. je ne sais pas ou plus
- h. je refuse de répondre

3.6.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

3.6.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D4. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D4. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

4.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- a. ...nombre de fois
- b. jamais
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

4.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- a. ... âge en années
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 4.8.

4.3. La dernière fois, dans quel genre de maison ou local vous êtes vous introduit ? Une seule réponse possible.

- a. dans une maison, une villa
- b. dans un appartement
- c. dans une maison de vacances
- d. dans un bureau
- e. dans une usine, une fabrique, une société
- f. dans un magasin, un centre commercial
- g. dans un restaurant, un bar, un café
- h. dans un hôpital
- g. dans une pharmacie
- i. dans un autre lieu
- j. je ne sais pas ou plus
- k. je refuse de répondre

4.4. La dernière fois, chez qui vous êtes vous introduit ?

- a. un inconnu
- b. une personne que je connais de vue ou de nom
- c. une personne que je connais par mon travail, mes études
- d. une personne avec qui j'entretiens des rapports personnels étroits
- e. quelqu'un qui fait partie de ma famille
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

4.5. La dernière fois, comment vous êtes vous introduit dans cet endroit ?

- a. la porte n'était pas fermée à clé
- b. une fenêtre était ouverte
- c. j'ai cassé une fenêtre
- d. j'ai forcé la porte
- e. d'une autre façon
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

4.6. La dernière fois, qu'avez-vous pris dans ce lieu ? Plusieurs réponses sont possibles.

- a. je n'ai rien pris
- b. de l'argent liquide
- c. du matériel vidéo, hi-fi, TV, DVD
- e. un ou des CD, cassettes, DVD
- f. un ou des vêtements, des sacs, des chaussures
- g. des bijoux, des montres
- h. d'autres objets de valeur
- i. un ou des tableaux
- j. du mobilier
- k. de l'argenterie
- l. du matériel informatique
- m. un ou des livres, des BD
- n. je ne sais pas ou plus
- o. je refuse de répondre

4.7. La dernière fois, quelle était la valeur approximative des choses que vous avez emportées, si vous aviez dû les acheter normalement, ou combien d'argent avez-vous pris ?

- a. moins de 25 €
- b. entre 25 et 50 €
- c. entre 51 et 100 €

- d. entre 101 et 250 €
- e. entre 251 et 500 €
- f. plus de 501 €
- g. je ne sais pas ou plus
- h. je refuse de répondre

4.8.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

4.8.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D5. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D5. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

5.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- a. ...nombre de fois
- b. jamais
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

5.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- a. ... âge en années
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 5.5.

5.3. La dernière fois, quelle était la valeur approximative des choses que vous avez emportées, si vous aviez dû les acheter normalement, ou combien d'argent avez-vous pris ?

- a. moins de 25 €
- b. entre 25 et 50 €
- c. entre 51 et 100 €
- d. entre 101 et 250 €
- e. entre 251 et 500 €
- f. plus de 501 €
- g. je ne sais pas ou plus
- h. je refuse de répondre

5.3.1. La dernière fois que vous avez fait ça, qui était la personne touchée (la victime) ? Plusieurs réponses sont possibles.

- a. une personne que je ne connais pas (un inconnu)
- b. une personne que je connais de vue et/ou de nom
- c. une personne que je connais par mon travail/mes études
- d. quelqu'un avec qui j'entretiens des rapports personnels étroits
- e. quelqu'un de ma famille
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

5.3.2. Cette personne a-t-elle des contacts avec la drogue ?

- a. non
- b. elle en consomme
- c. elle en vend
- d. elle en consomme et en vend
- e. je ne sais pas ou plus
- f. je refuse de répondre

5.3.3. Etait-ce un homme ou une femme, et quel était son âge approximatif ?

- a. un homme
- b. une femme
- c. ... âge approximatif en années
- e. je ne sais pas ou plus
- f. je refuse de répondre

5.4. La dernière fois, où est-ce que ça s'est passé ? Une seule réponse possible.

- a. dans le voisinage immédiat de mon habitation, dans mon quartier, dans mon village
- b. dans une autre ville, un autre quartier, un autre village que dans celle ou celui où j'habite
- c. à l'étranger
- d. autre lieu
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

5.5.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

5.5.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D6. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D6. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

6.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- a. ...nombre de fois
- b. jamais
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

6.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- a. ... âge en années
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 6.7.

6.3. La dernière fois que vous avez fait ça, quelle arme avez-vous principalement utilisée ? Plusieurs réponses sont possibles.

- a. je n'ai pas utilisé d'arme la dernière fois
- b. un couteau, une rame blanche
- c. un bâton
- d. des chaînes, barre de fer
- e. une arme à feu (pistolet, revolver, fusil)
- f. une autre arme
- g. je ne sais pas ou plus
- h. je refuse de répondre

6.4. La dernière fois, quelle était la valeur approximative des choses que vous avez emportées, si vous aviez dû les acheter normalement, ou combien d'argent avez-vous pris ?

- a. moins de 25 €
- b. entre 25 et 50 €
- c. entre 51 et 100 €
- d. entre 101 et 250 €
- e. entre 251 et 500 €
- f. plus de 501 €
- g. je ne sais pas ou plus
- h. je refuse de répondre

6.5.1. La dernière fois que vous avez fait ça, qui était la personne touchée (la victime) ? Plusieurs réponses sont possibles.

- a. une personne que je ne connais pas (un inconnu)
- b. une personne que je connais de vue et/ou de nom
- c. une personne que je connais par mon travail/mes études
- d. quelqu'un avec qui j'entretiens des rapports personnels étroits
- e. quelqu'un de ma famille
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

6.5.2. Cette personne a-t-elle des contacts avec la drogue ?

- a. non
- b. elle en consomme
- c. elle en vend
- d. elle en consomme et en vend
- e. je ne sais pas ou plus
- f. je refuse de répondre

6.5.3. Etait-ce un homme ou une femme, et quel était son âge approximatif ?

- a. un homme
- b. une femme
- c. ... âge approximatif en années
- e. je ne sais pas ou plus
- f. je refuse de répondre

6.6. La dernière fois, où est-ce que ça s'est passé ? Une seule réponse possible.

- a. dans le voisinage immédiat de mon habitation, dans mon quartier, dans mon village
- b. dans une autre ville, un autre quartier, un autre village que dans celle ou celui où j'habite
- c. à l'étranger
- d. autre lieu
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

6.7.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

6.7.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D7. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D7. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

7.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- a. ...nombre de fois
- b. jamais
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

7.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- a. ... âge en années
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 7.4.

La dernière fois, qu'avez-vous falsifié ou utilisé comme faux ?

- a. un chèque
- b. une ordonnance médicale
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

7.3.2. La dernière fois, avez-vous,

- a. falsifié vous-même un chèque, certificat ou ordonnance médical
- b. utilisé ce chèque, certificat ou ordonnance médical falsifiés
- c. falsifié et utilisé un chèque, certificat ou ordonnance médical
- e. je ne sais pas ou plus
- f. je refuse de répondre

7.4.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

7.4.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D8. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D7. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

8.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- a. ...nombre de fois
- b. jamais
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

8.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- a. ... âge en années

- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 8.6.

8.3. La dernière fois, combien avez-vous vendu cette chose ?

- a. moins de 25 €
- b. entre 25 et 50 €
- c. entre 51 et 100 €
- d. entre 101 et 250 €
- e. entre 251 et 500 €
- f. plus de 501 €
- g. je ne sais pas ou plus
- h. je refuse de répondre

8.4. La dernière fois que vous avez fait ça, à qui l'avez-vous vendue ?

- a. une personne que je ne connais pas (un inconnu)
- b. une personne que je connais de vue et/ou de nom
- c. une personne que je connais par mon travail/mes études
- d. quelqu'un avec qui j'entretiens des rapports personnels étroits
- e. quelqu'un de ma famille
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

8.5. La dernière fois, où la vente s'est-elle déroulée ? Une seule réponse possible.

- a. chez moi, à la maison
- b. dans un voisinage immédiat de mon habitation
- c. dans la ville où j'habite
- e. dans une autre ville, un autre village
- f. à l'étranger
- g. dans un autre lieu
- h. je ne sais pas ou plus
- i. je refuse de répondre

8.6.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

8.6.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D9. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D9. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

Mais je dois vous demander si vous en avez déjà parlé dans les questions précédentes ?

- (1) oui, j'ai déjà parlé de ce comportement sous le numéro...
- (2) non, je n'ai jamais parlé de ce comportement

Interviewer : Si l'interviewé répond « oui », veuillez passer directement au comportement commis suivant. S'il répond « non », veuillez passer à la question 9.1.

9.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- a. ...nombre de fois
- b. jamais
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

9.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- a. ... âge en années
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 9.8.

9.3. La dernière fois que vous avez fait ça, combien de personnes furent blessées ?

- a. ... Nombre de personnes blessées
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

9.4. 1. La dernière fois que vous avez fait ça, qui a été blessé ? Connaissez-vous cette personne ? Si la dernière fois, plusieurs personnes ont été blessées, ces questions concernent la personne la plus gravement blessée.

- a. une personne que je ne connais pas (un inconnu)
- b. une personne que je connais de vue et/ou de nom
- c. une personne que je connais par mon travail/mes études
- d. quelqu'un avec qui j'entretiens des rapports personnels étroits
- e. quelqu'un de ma famille
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

9.4.2. Cette personne a-t-elle des contacts avec la drogue ?

- a. non
- b. elle en consomme
- c. elle en vend
- d. elle en consomme et en vend

- e. je ne sais pas ou plus
- f. je refuse de répondre

9.4.3. Etait-ce un homme ou une femme, et quel était son âge approximatif ?

- a. un homme
- b. une femme
- c. ... âge approximatif en années

- e. je ne sais pas ou plus
- f. je refuse de répondre

9.5. La dernière fois, de quels soins médicaux cette personne a-t-elle eu besoin ou aurait-elle eu besoin selon vous ? Une seule réponse possible.

- a. elle n'a pas eu besoin de soins médicaux
- b. de soins de premiers secours seulement
- c. de soins répétés chez un médecin
- d. d'entrer à l'hôpital
- e. d'autres soins médicaux
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

9.6. La dernière fois que vous avez fait ça, quelle arme avez-vous utilisée ?

- a. je n'ai pas utilisé d'arme la dernière fois
- b. un couteau, une rame blanche
- c. un bâton
- d. des chaînes, barre de fer
- e. une arme à feu (pistolet, revolver, fusil)
- f. une autre arme

- g. je ne sais pas ou plus
- h. je refuse de répondre

9.7. La dernière fois, où est-ce que ça s'est passé ? Une seule réponse possible.

- a. dans le voisinage immédiat de mon habitation, dans mon quartier, dans mon village
- b. dans une autre ville, un autre quartier, un autre village que dans celle ou celui où j'habite
- c. à l'étranger
- d. autre lieu
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

9.8.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

9.8.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D10. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D10. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

10.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- a. ...nombre de fois
- b. jamais
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

10.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- a. ... âge en années
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 10.4.

10.3. La dernière fois que cela s'est produit, quelqu'un vous a-t-il forcé de le faire ?

- a. oui
- b. non
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

10.4.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

10.4.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D11. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D11. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

11.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- a. jamais
- b. moins d'une fois par mois
- c. entre 1 et 3 fois par mois
- d. 1 à 2 fois par semaine
- e. 3 à 6 fois par semaine
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

11.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- a. ... âge en années
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 11.6.

11.3. Vendez-vous aussi à des gens que vous ne connaissez pas ?

- a. non, jamais
- b. parfois
- c. souvent
- d. très souvent
- e. je ne sais pas ou plus
- f. je refuse de répondre

11.4. Combien vous a rapporté la dernière vente ?

- a. moins de 25 €
- b. entre 25 et 50 €
- c. entre 51 et 100 €
- d. entre 101 et 250 €
- e. entre 251 et 500 €
- f. plus de 501 €
- g. je ne sais pas ou plus
- h. je refuse de répondre

11.5. Pouvez-vous préciser dans quels endroits vous avez fait la dernière vente ? 3 réponses maximums.

- a. dans la rue
- b. dans un bar, un café
- c. dans une discothèque
- d. dans une salle de jeu
- e. dans un centre pour jeune
- f. devant une école
- g. sur mon lieu de travail
- h. chez moi
- i. chez un copain, une copine
- j. dans un autre endroit
- k. je ne sais pas ou plus
- l. je refuse de répondre

11.6.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

11.6.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D12. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D12. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

12.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- a. jamais
- b. moins d'une fois par mois
- c. entre 1 et 3 fois par mois
- d. 1 à 2 fois par semaine
- e. 3 à 6 fois par semaine
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je refuse de répondre

12.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- a. ... âge en années
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 12.7.

12.3. Quelles drogues avez-vous vendues au cours des six derniers mois ? Nommez les toutes

- a. de l'héroïne
- b. de la cocaïne
- c. du crack, du PCP
- d. de la méthadone
- e. de l'opium, de la morphine
- f. des hallucinogènes
- g. des amphétamines, de l'ecstasy
- h. des solvants, des inhalants
- i. du cannabis
- j. de la marijuana
- k. d'autres drogues
- l. des mélanges de ces drogues citées
- m. je ne sais pas ou plus
- n. je refuse de répondre

12.4. Vendez-vous aussi à des gens que vous ne connaissez pas ?

- a. non, jamais
- b. parfois
- c. souvent
- d. très souvent
- e. je ne sais pas ou plus
- f. je refuse de répondre

12.5. Combien vous a rapporté la dernière vente ?

- a. moins de 25 €
- b. entre 25 et 50 €
- c. entre 51 et 100 €
- d. entre 101 et 250 €
- e. entre 251 et 500 €
- f. plus de 501 €
- g. je ne sais pas ou plus
- h. je refuse de répondre

12.6. Pouvez-vous préciser dans quels endroits vous avez fait la dernière vente ? 3 réponses maximum.

- a. dans la rue
- b. dans un bar, un café
- c. dans une discothèque
- d. dans une salle de jeu
- e. dans un centre pour jeune
- f. devant une école
- g. sur mon lieu de travail
- h. chez moi
- i. chez un copain, une copine
- j. dans un autre endroit
- k. je ne sais pas ou plus
- l. je refuse de répondre

12.7.1. La dernière fois que vous avez fait cela, avez-vous eu affaire à la police ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

12.7.2. Mis à part la dernière fois, aviez-vous eu au cours des six derniers mois affaire à la police pour le même genre de comportement ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

Interviewer, passez aux questions de détails du prochain comportement commis dont vous avez entouré la réponse oui.

Question D13. :

Vous venez de dire que vous avez déjà adopté le comportement D13. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

13.1. Au cours des six derniers mois, combien de fois, approximativement, avez-vous eu ce comportement ?

- a. ...nombre de fois
- b. jamais
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

13.2. A quel âge l'avez-vous fait la dernière fois ?

- a. ... âge en années
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

⇒ Interviewer veuillez passer directement à la question 13.6.

13.3. La dernière fois, combien avez-vous vendu cette chose ?

- a. moins de 25 €
- b. entre 25 et 50 €
- c. entre 51 et 100 €
- d. entre 101 et 250 €
- e. entre 251 et 500 €
- f. plus de 501 €
- g. je ne sais pas ou plus
- h. je refuse de répondre

13.4. Pouvez-vous préciser dans quels endroits vous avez eu ce comportement ? Plusieurs réponses sont possibles.

- a. dans la rue
- b. dans un bar, un café
- c. dans une discothèque
- d. dans une salle de jeu
- e. dans un centre pour jeune
- f. devant une école
- g. sur mon lieu de travail
- h. chez moi

i. chez un copain, une copine

j. dans un autre endroit

k. je ne sais pas ou plus

l. je refuse de répondre

13.5. Qu'avez-vous fait la dernière fois que vous avez eu ce comportement ? Plusieurs réponses sont possibles.

a. couper de la drogue avec une autre substance pour augmenter le gain

b. dealer une autre substance à la place de la drogue

c. garder la drogue alors qu'elle avait été payée d'avance

d. autre

e. je ne sais pas ou plus

f. je refuse de répondre

13.6. Comment l'acheteur a réagi la dernière fois que vous avez eu ce comportement ? Plusieurs réponses sont possibles.

a. pas de réaction visible

b. il s'est plaint auprès de moi

c. il m'a menacé afin que j'arrange l'affaire

d. il m'a menacé avec une arme afin que j'arrange l'affaire

e. il m'a agressé physiquement sans arme

f. autre

g. je ne sais pas ou plus

h. je refuse de répondre

ANNEXE VI

Questionnaire de victimisation

Questionnaire A : questions générales

Au cours <u>des 12 derniers mois</u>, vous est-il déjà arrivé d'être victime d'un des actes suivants ?	Non	Oui	Si oui, combien de fois au cours des 12 derniers mois
V1. Avez-vous déjà été forcé par autrui (avec violence ou menace) de remettre de l'argent ou tout autre objet de valeur ?	(1)	(2)	... fois
V2. Mis à part les faits visés à la question V1., vous est-il déjà arrivé d'être victime de vol d'argent ou objet de valeur ?	(1)	(2)	... fois
V3. Mis à part les faits visés par la question V1., vous est-il déjà arrivé que quelqu'un vous agresse physiquement de telle sorte que vous ayez dû recevoir des soins médicaux ?	(1)	(2)	... fois
V4. Vous est-il déjà arrivé d'être arnaqué ou abusé lors d'achat de drogue ?	(1)	(2)	... fois
V5. Vous est-il déjà arrivé d'être victime d'agression à caractère sexuel ou d'abus sexuel ?	(1)	(2)	... fois

Au cours <u>des 6 derniers mois</u>, vous est-il déjà arrivé d'être victime d'un des actes suivants ?	Non	Oui	Si oui, combien de fois au cours des 6 derniers mois
V1. Avez-vous déjà été forcé par autrui (avec violence ou menace) de remettre de l'argent ou tout autre objet de valeur ?	(1)	(2)	... fois
V2. Mis à part les faits visés à la question V1., vous est-il déjà arrivé d'être victime de vol d'argent ou objet de valeur ?	(1)	(2)	... fois
V3. Mis à part les faits visés par la question V1., vous est-il déjà arrivé que quelqu'un vous agresse physiquement de telle sorte que vous ayez dû recevoir des soins médicaux ?	(1)	(2)	... fois
V4. Vous est-il déjà arrivé d'être arnaqué ou abusé lors d'achat de drogue ?	(1)	(2)	... fois
V5. Vous est-il déjà arrivé d'être victime d'agression à caractère sexuel ou d'abus sexuel ?	(1)	(2)	... fois

Questionnaire B : victimation

Question V1⁸²

Vous venez de dire que vous avez déjà été victime du comportement visé à la question V1. Regardez sur votre questionnaire de quoi il s'agissait et ensuite, je vous poserai quelques questions.

1.6. A quel âge avez-vous été victime de ce comportement la dernière fois ?

- a. ... âge en années
- b. je ne sais pas ou plus
- c. je refuse de répondre

1.3.1. La dernière fois que cela vous est arrivé, connaissiez-vous l'auteur de l'infraction ?

- a. non
- b. oui ⇒ *Veillez passer à la question 1.3.2.*
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

1.3.2. Si oui, cette personne fait-elle partie du milieu de la drogue ?

- a. non
- b. oui
- c. je ne sais pas ou plus
- d. je refuse de répondre

1.4. 1. La dernière victimisation a-t-elle eu des conséquences dans votre vie actuelle ?

- a. non ⇒ *Veillez passer à la question 1.5.*
- b. oui ⇒ *Veillez passer à la question 1.4.2.*

1.4.2. Si oui, lesquelles ? Plusieurs réponses sont possibles.

- a. perte d'emploi
- b. handicap physique
- c. dépression
- d. peur de sortir seul
- f. peur de sortir le soir
- g. angoisses
- h. perte de sommeil, cauchemars
- i. autre
- j. je ne sais pas ou plus
- k. je refuse de répondre

1.5.1 Avez-vous porté plainte ?

- a. non ⇒ *Veillez passer à la question 1.5.2.*

b. oui ⇒ *Veillez passer à la question 1.5.3.*

1.5.2. Quelles ont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas porté plainte ?

- a. honte
- b. pitié à l'égard du coupable
- c. doute quant aux chances de retrouver le coupable
- d. peu d'importance des faits
- e. doute quant aux chances d'obtenir réparation
- f. arrangement avec le coupable
- g. réticence à se rendre au bureau de police
- h. crainte d'être soi-même impliqué
- i. autre
- j. je ne sais pas ou plus
- k. je en veux pas répondre

1.5.3. Quelles ont été les suites de votre plainte ?

- a. la personne a été reconnue coupable et condamnée
- b. la personne a été acquittée
- c. le dossier a été classé sans suite
- d. le dossier est toujours en cours et n'a pas encore été jugé
- e. autre
- f. je ne sais pas ou plus
- g. je en veux pas répondre

⁸² Notons que les questions empruntées pour le questionnaire de victimation sont les mêmes quelles que soient les victimisations subies, c'est pourquoi nous n'avons reproduit qu'une fois ce questionnaire. Celui-ci a été réalisé à **titre indicatif**, d'autres questions pourront s'y greffer en fonction des données que l'on souhaite recueillir au sujet du vécu de la victime.

