



SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL DE PROGRAMMATION POLITIQUE SCIENTIFIQUE

PROGRAMMATORISCHE OVERHEIDSDIENST WETENSCHAPSBELEID

Les prises en charge par traitements de substitution en Belgique

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

Résumé du rapport final, 1^{ère} phase

Coordinateur : Pr. I. PELC (ULB)

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

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

Novembre 2003

ULB

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

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN

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

Les prises en charge par traitements de substitution en Belgique

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

AVERTISSEMENT

L'étude dont le présent document constitue un résumé du rapport final, constitue la première phase d'une recherche élargie qui se poursuit actuellement. Elle s'inscrit dans le cadre de pratiques très diversifiées en matière de traitements de substitution en Belgique, traitements dispensés tant par des psychiatres et/ou des médecins généralistes en cabinet privé que dans des centres spécialisés, des maisons médicales et autres associations de praticiens, ou encore, dans les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues (centres de traitement à bas seuil).

Jusqu'à il y a très peu (août 2002), il n'existait, pour réguler ces activités, que les recommandations de la Conférence de Consensus (1994) ainsi que les conclusions du «Suivi de la Conférence de Consensus » (2000), événements s'étant déroulés à l'initiative du Conseil Supérieur d'Hygiène.

Par ailleurs, ni les praticiens en pratique individuelle, ni ceux travaillant dans des centres spécialisés, n'ont, actuellement, aucune obligation ou même directive de participer à des recensements, des inventaires d'activités réalisées, si ce n'est de se conformer aux règles de déontologie et d'éthique, comme ailleurs dans les soins de santé.

Aussi, toute recherche de ce type nécessite, avant tout, la mise en place d'un cadre de **recherche-action**, soutenu tout au long de la recherche et dans lequel chercheurs universitaires et praticiens de terrain établissent climat de confiance et alliance, afin que les premiers puissent saisir et comprendre toutes les particularités et diversités des pratiques locales, et que les seconds soient motivés pour offrir du temps supplémentaire à celui déjà très chargé qu'ils consacrent à la prise en charge particulièrement lourde et difficile des usagers de drogues.

Dans ces conditions, cette première phase de recherche s'est focalisée sur un nombre limité d'objectifs afin d'en retirer des enseignements suffisamment riches pour proposer et mettre à l'épreuve, au cours de la deuxième phase, un modèle d'évaluation tenant compte des acquis de cette première phase. Comme on le verra, on a pu, au cours de cette première phase, identifier chez les médecins prescripteurs, la diversité des objectifs sous-jacents à leur pratique, les particularités de leur insertion dans le réseau local d'assistance pour usagers de drogues où ils pratiquent habituellement, et leurs réactions face à l'utilisation d'instruments d'évaluation identifiant les multiples aspects et problématiques des usagers de drogues (ASI) ou l'évaluation de leur qualité de vie subjective (QUAVISUB) : paramètres essentiels, rappelons-le, à l'origine de la justification, en son temps, de la mise en place des traitements de substitution.

Tout ceci nous aura déterminés à identifier l'importance que nous devons accorder ultérieurement à l'appréciation et l'évaluation, par le patient lui-même, usager de drogues, de son traitement, en tant qu'acteur principal de son changement.

1. Introduction

1.1. Cadre général

La "Note de politique fédérale relative à la problématique de la drogue" envisage de traduire les conclusions de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution (Gent, 1994) dans une législation contraignante. Le vide juridique qui a persisté jusqu'à la loi du 22 août 2002 a permis le développement de pratiques diversifiées en la matière, qu'il y a lieu d'évaluer.

1.2. Mandat

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

Le présent rapport constitue le résumé du rapport final pour cette première phase.

1.3. Tâches

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

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

Tâche 2 : Inventaire général des médecins travaillant en cabinet privé et pratiquant les traitements de substitution dans les entités géographiques pilotes, inventaire des institutions ambulatoires y afférentes (Province du Hainaut, Bruxelles-Capitale, Province du Limbourg)

Tâche 3 : Évaluation quantitative et qualitative des pratiques des traitements de substitution dans les institutions et chez les médecins en cabinet privé

Tâche 4 : clôture

1.4. Orientation du projet

Les objectifs légaux et cliniques des traitements de substitution ont été établis, en Belgique, au travers de deux documents : d'une part le texte de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution à la méthadone du 8 octobre 1994, d'autre part le récent texte de la loi du 22 août 2002, visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques.

C'est à partir de ces objectifs extrinsèques que se développera le présent rapport. A savoir :

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

1.5. Contexte dans lequel s'inscrit cette recherche

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

Consensus de 1994 ; et 2) le manque d'une méthode générale efficace pour l'évaluation de ces prises en charge en Belgique.

2. Objectifs et but

2.1. Objectifs

2.1.1. Définition et objectifs généraux des traitements de substitution

Cette recherche s'inscrit dans le cadre général de l'étude des toxicomanies et en particulier, des traitements de substitution. Une définition des traitements de substitution, ainsi que les buts qu'ils doivent poursuivre, se trouve dans la loi du 22 août 2002.

2.1.2. Objectif intermédiaire de la recherche

L'objectif intermédiaire de cette première phase de recherche est donc de construire, à partir d'outils existants et de l'expérience des professionnels de terrain, un dispositif d'évaluation adapté aux pratiques propres à la Belgique, ainsi qu'aux conditions d'utilisation particulières de chacune des filières de soins.

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

- 1) les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues (MASS) — Ces dernières ayant déjà fait l'objet d'une évaluation détaillée sous l'égide des SSTC (Pelc & al. 2001) ;
- 2) les institutions ambulatoires spécialisées dans l'accompagnement de personnes toxicomanes (dites "centres de session") ;
- 3) les médecins organisés en réseau d'assistance ;
- 4) les médecins en consultation privée.

2.2. But

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

2.3. Cibles

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

- 2.3.1. Analyse de faisabilité d'utilisation de questionnaires validés préexistants :** l'*Addiction Severity Index (ASI)* (McLellan & al 1992), et le *Questionnaire de Qualité de Vie Subjective (Quavisub)* (Corten 1998)
- 2.3.2. Recueil d'informations pertinentes qualitatives auprès des intervenants :** Intervention institutionnelle et Focus Groups
- 2.3.3. Recherche d'autres outils existants**

3. Aspects juridiques et littérature internationale

3.1. Analyse critique de la situation juridique concernant les traitements de substitution en Belgique, en France et aux Pays-Bas (KULeuven)

Définition

La situation juridico-légale en matière de traitements de substitution est examinée ici sous un angle large. Nous parlons plutôt de "réglementation" car il ne s'agit pas uniquement de viser les lois mais aussi les directives (professionnelles), la jurisprudence, le droit théorique, les documents politiques, etc. internationaux, nationaux mais aussi locaux.

Réglementation internationale

Si on examine, au niveau européen, les aspects juridiques relatifs aux traitements de substitution, on voit l'intérêt d'esquisser au préalable le cadre légal **international** par lequel tous les pays européens doivent tenir compte des réglementations et élargir l'accès aux soins à l'égard des usagers de drogues.

Au niveau international, la base légale la plus significative en matière de traitements de substitution se trouve dans les **Traités des Nations-Unies** de 1961 concernant les drogues ("un simple traité en matière de médicaments anesthésiants"), de 1971 ("un traité relatif aux psychotropes") et de 1988 ("un traité en matière de trafic de médicaments anesthésiants et de psychotropes").

Sur base de ces dispositions, une grande majorité des praticiens et politiciens pensent que les **traitements de substitution** (à la méthadone et autres médications de substitution) pour usagers d'opiacés constituent une forme d'assistance **légitime** de soins dont la réduction de l'abus de drogues est l'objectif. C'est une question d'interprétation, puisque le traité ne nomme pas explicitement cette forme d'assistance mais utilise un système de listes de classification pour les différentes substances stupéfiantes et les mesures de contrôle reliées à ces listes. L'usage, la possession, la production,... de ces substances sont, selon ces traités, *interdits sauf à des fins médicales ou scientifiques*. A ce niveau, il y a encore beaucoup de discussions à propos de la prescription médicale d'héroïne.

Europe

En Europe, les pratiques des traitements de substitution ont évolué entre les années 1970 et 1980 tandis que dans de nombreux pays, il a fallu attendre la fin des années 1990 pour voir apparaître un cadre légal.

Réglementation en Belgique, en France et aux Pays-bas

Le constat essentiel est qu'il existe une grande **diversité** des réglementations en matière de traitements de substitution dans les trois pays susmentionnés, bien qu'ils soient limitrophes.

Les Pays-Bas ont développé assez tôt une **politique libérale progressive** (aussi législative) optant pour la **réduction des risques**, avec un intérêt particulier pour les traitements à la méthadone pour les usagers d'opiacés. A l'heure actuelle, un objectif de ces traitements fait l'unanimité : la diminution des problèmes de santé et l'amélioration de la situation sociale de l'utilisateur. Au début des années 1980, plus de la moitié des acteurs concernés considérait l'abstinence comme l'objectif final du traitement de substitution. **L'organisation** et les **modalités** sont très diversifiées, puisque la réglementation spécifique relative aux traitements de substitution est principalement du ressort des autorités **locales**.

En **Belgique**, à la **fin des années 1970**, des traitements de substitution ont été réalisés sur une petite échelle, malgré l'absence de cadre légal — d'ailleurs quelques médecins seront condamnés pour des prescriptions de méthadone.

Politiciens et gens de terrain ont depuis évolué vers une attitude de plus en plus positive à l'égard de cette forme de traitement. Mais ce n'est qu'en 2002 que ce point de vue s'est concrétisé dans une loi formelle.

Ainsi, la Belgique est le dernier pays européen à offrir un cadre légal aux traitements de substitution. Cela avait engendré une situation hypocrite : d'une part, les prescriptions de traitements de substitution restaient punissables alors que, d'autre part, déjà en **1994**, des **directives** avaient été publiées alors qu'elles n'avaient pas force de loi, et étaient fondées sur la base d'un consensus entre tous les acteurs concernés par le sujet. Ces directives peuvent être considérées comme **largement libérales**.

Les Arrêtés d'exécution des dispositions légales de 2002 sont en ce moment (fin 2003) en passe d'être achevés.

En revanche, la **France** a adopté à chaque fois une attitude rigoureuse en tous points par rapport à la problématique des drogues. Cette **rigueur** est toujours d'actualité à propos de la législation en matière de prescription et de délivrance de méthadone. Celle-ci ne peut, par exemple, se dérouler que dans quelques centres

spécialisés (dans des conditions strictes, et souvent avec objectif d'abstinence), ce qui ne tient absolument pas compte des **besoins** des usagers.

Les médecins qui veulent s'engager dans les traitements de substitution doivent naviguer à travers des règles strictes pour prescrire du Subutex, puisque l'usage à des fins médicales de ce produit est à peine réglementé. Depuis 2 à 3 ans, on observe quelques changements (plus de centres, une position plus libérale). Ainsi, le Subutex reste le médicament le plus prescrit.

Recommandations

Les recommandations ci-dessous sont basées sur un consensus entre les gens de terrain et les politiciens de différents pays européens (dont la Belgique, la France et les Pays-Bas).

Nous devons mentionner que certains points d'accord ne soutiennent pas toujours ces recommandations. De toute évidence, les traitements de substitution sont encore à l'heure actuelle très controversés.

- *Les traitements de substitution, les centres à bas seuil ainsi que les initiatives de réduction des risques devraient s'accroître de manière générale.*
- *Les traitements de substitution devraient pouvoir se baser sur un cadre légal solide comprenant des règles évidentes qui tiennent compte à la fois des diversités des pratiques, des différences entre usagers, des spécificités locales etc.*
- *La réglementation générale en matière de traitements de substitution devrait être souple pour que les traitements puissent être adaptés aux situations spécifiques de chaque patient (ex : assouplissement des critères d'admission, plus d'attention aux traitements de maintenance (à durée indéterminée) avec une optique de réduction des risques, et non d'abstinence, l'élargissement de la liste des substances de substitution admises, en incluant la prescription médicale d'héroïne pour les usagers plus marginalisés et plus problématiques).*
- *Tant que possible, tous les acteurs de santé devraient être concernés par les traitements de substitution : les centres spécialisés, mais aussi les généralistes, les pharmaciens, les centres de santé, les hôpitaux (psychiatriques) et les prisons.*
- *Les possibilités de soutien psycho-social devraient être maximisées, pour les usagers dont la dépendance est conjointe à d'importants problèmes psycho-sociaux.*
- *Il est nécessaire d'avoir plus de recherches scientifiques, notamment une évaluation de la recherche via un enregistrement correct des données, complétées par une recherche qualitative.*
- *Une meilleure formation et une éducation permanente sont nécessaires pour tous les acteurs concernés et les généralistes spécialisés dans ce domaine.*

3.2. Revue de la littérature scientifique internationale

3.2.1. Traitements de substitution et toxicomanie

3.2.1.1. Historique des traitements de substitution

Quand on parle de produits –légaux– de substitution, en remplacement de produits illégaux (ce qui est bien le cas de la méthadone en tant que substitutif de l'héroïne), et surtout dans le cadre de la situation juridique telle qu'elle a été présentée ci-dessus, il est important de se souvenir que ces substances stupéfiantes n'ont pas toujours été interdites par la loi. Au contraire, l'illégalité des opiacés, comme l'héroïne, est, à l'échelle de l'histoire, relativement récente. Maintenant, si l'on replace cette assertion dans son contexte historique, elle prend un autre sens. L'héroïne ayant été synthétisée en 1898 (la cocaïne en 1860), elle n'aurait pu faire l'objet d'une interdiction fort ancienne... A leur découverte, ces produits ont connu un certain engouement dans le cadre d'un usage récréatif (le vin mariani ou le célèbre Coca-Cola à son origine). A l'époque, le laudanum (liqueur d'opium) était fréquemment prescrit pour soulager le stress (déjà!), les inconforts aigus et chroniques, provoquant de la sorte une dépendance iatrogénique. A la fin du XIX^{ème} siècle, deux tiers des personnes dépendantes aux opiacés étaient des femmes blanches âgées appartenant aux classes moyennes et supérieures et un tiers d'invalides de guerre et de mutilés (On estime qu'à la fin du XIX^{ème} siècle, le nombre de ces toxicomanes s'élevait à quelques 300.000 personnes). L'attitude, par rapport à ces femmes, était plutôt de la commisération. Mais très rapidement, on a pu constater les effets dévastateurs de ces usages, et des règles ont été émises pour la commercialisation et l'utilisation des opiacés. Mais, il s'agissait plutôt de "mécanismes de contrôle informel" (Jay M, 2002). C'est ainsi que la toxicomanie diminua fortement dans ces deux groupes.

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

Ce changement de la composition de la population des toxicomanes n'est pas suffisant à lui seul pour expliquer le fait que les stupéfiants et les drogues soient devenus illicites. Plusieurs facteurs peuvent ici être cités (De Kort M, 1995) :

- 1) Des intérêts économiques et stratégiques ;
- 2) La question morale : (notamment le *Temperance Movement* aux Etats-Unis) ;
- 3) Les intérêts des professions médicales ;
- 4) Des intérêts économiques locaux entre les lobbys du coton et du chanvre aux USA.

C'est un contexte médico-légal qui poussa la *Narcotics Division* à revoir sa position. Entre le milieu et la fin des années 1960, la mortalité liée à l'héroïne représentait la première cause de décès des jeunes adultes entre 15 et 35 ans à New-York. Les cas d'hépatites s'accroissaient vertigineusement. Le nombre de toxicomanes arrêtés pour délits liés aux drogues engorgeait les prisons alors que personne n'était capable de leur offrir un traitement efficace. C'est à ce moment que le Docteur Vincent Dole prit la présidence de la "*Narcotic Committee of the Health Research Council of New-York City*" et fut chargé d'étudier la faisabilité d'un traitement de maintien aux opiacés.

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

Si, bien entendu, cette démarche n'a aucun intérêt dans une logique d'abstinence, elle révèle en revanche des résultats sanitaires surprenants. En effet, les toxicomanes ainsi suivis ne doivent plus passer la plupart de leur temps à réunir l'argent nécessaire à l'achat de leur produit, puisque celui-ci est vendu officiellement en pharmacie et à prix coûtant. Ils récupèrent ainsi la possibilité d'une vie sociale normalisée, voire la possibilité de retrouver du travail. La mise à disposition du produit ne posant plus de problème d'argent, la criminalité diminue en même temps de manière importante. Enfin, la consommation de drogues se fait dans des lieux et avec des moyens hygiéniquement irréprochables, et le produit fourni est d'une grande pureté (Henmann A, 1996). Les complications sanitaires sont ainsi éliminées, et l'impact sur le développement de l'épidémie du SIDA est indéniable.

Bref, bien que la méthadone soit le plus connu et le plus utilisé des produits, il y a lieu de ne pas oublier que d'autres substances existent et c'est pourquoi nous parlons de "traitements de substitution". Dans ce sens, le traitement par prescription d'héroïne fait partie également des traitements de substitution. La distribution médicale contrôlée d'héroïne existe en Suisse depuis 1994, aux Pays-bas depuis 1997 et plus récemment en Allemagne et en Espagne. Au Royaume-Uni, l'héroïne est déjà prescrite depuis une décennie, il est vrai sur une toute petite échelle et une base très sélective (Meuwissen K et al, 2003).

3.2.1.2. *Revue de la littérature*

La notion de traitement de substitution peut être entendue dans un sens large ou dans un sens restreint. Au sens le plus large, il s'agit de remplacer une consommation illicite –et donc clandestine– d'opiacés, par un autre produit dont le contrôle est plus aisé. Ainsi, on peut décrire trois philosophies d'approche :

- la philosophie de substitution au sens strict : un opiacé prescrit remplace l'opiacé illicite — méthadone, buprénorphine,... ;
- la philosophie antagoniste
- la philosophie de la diminution des symptômes

Notre étude se centre sur la philosophie de substitution au sens strict.

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

1) *La méthadone*

- Le Guide Line de l'US Département of health

Pendant de nombreuses années le livre de référence concernant les bonnes pratiques en matière de traitement à la méthadone fut le « *State Methadone Treatment Guidelines* » publié conjointement par l'US Department of

Health and Human Service et la Fondation Phenix (Parrino MW, 1992). Cet ouvrage donne des lignes de conduites concernant les aspects suivants :

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

- Conférence de Consensus et son suivi par le CSH

En octobre 1994, à Gand, s'est tenue la Conférence de Consensus sur la méthadone (Ministère de la Santé Publique, 1994). Quelques années plus tard, en 2000, le Conseil supérieur d'Hygiène (2000) a par ailleurs réalisé un rapport de suivi de cette Conférence.

Cette Conférence de Consensus et son suivi s'accordent pour dire que l'on s'attend à observer dans le décours de ce traitement : « *une réduction de la consommation de drogues et de la pratique d'injection ; une amélioration de la "compliance" thérapeutique ; ainsi qu'une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et une réduction des activités délinquantes* ». Par là même, on s'attend à constater une réduction des risques de transmission des virus du SIDA et des hépatites ainsi qu'une diminution des overdoses, des complications et de la mortalité.

- Autres articles

En France, de 1973 à 1995, les traitements de substitution ont été longtemps limités à deux centres expérimentaux de délivrance de méthadone. En ce qui concerne les posologies, on observera une augmentation de la dose moyenne. Cette dose moyenne est au moins de 110 mg de méthadone par jour.

En Belgique, le traitement par méthadone peut être initié par tout médecin.

Depuis la Conférence de Consensus de Gand, quelques milliers d'usagers de drogues ont été pris en charge par les médecins généralistes du réseau "Alternatives aux Toxicomanies" (ALTO). Les généralistes du projet ALTO ont évalué la pratique de substitution à la méthadone. Il s'avère que ce traitement est efficace dans la stabilisation et la réinsertion du patient et que la compliance au traitement est bonne. Par contre, sur le plan de l'équilibre psychologique et de la consommation de produits les patients semblent moins bien stabilisés

2) La buprénorphine

En France depuis 1996, le système sanitaire a mis à disposition le Subutex (Buprénorphine haut dosage). La forme galénique de la buprénorphine et ses propriétés pharmacologiques d'agoniste partiel de longue durée d'action offrent un cadre sécurisant. Les modalités de prescription et de délivrance diffèrent de celles de la méthadone. Tout médecin, sans restriction de cadre d'exercice, est habilité à prescrire de la buprénorphine haut dosage. C'est pourquoi, elle est davantage prescrite en France (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2001).

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

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

4) Les apports des traitements de substitution

Le traitement de substitution offre la possibilité d'une certaine stabilité, en évitant la succession de phases d'intoxication et de manque génératrices de troubles du comportement entraînant des difficultés professionnelles et relationnelles. Il permet l'élaboration de projets à plus long terme et de renouer des relations sociales équilibrées, entre autres avec la famille.

A travers la revue de la littérature (Avants S et al, 1999, Auriacombe M et al, 1994, Trémeau F et al, 2002), il est bien documenté que les effets bénéfiques du traitement de substitution sont de réduire la consommation illicite d'opiacés, d'entraîner une diminution de la criminalité, de réduire la mortalité liée à l'infection HIV et d'améliorer la réinsertion sociale.

Par ailleurs, la durée du traitement semble être le facteur le plus important dans la prédiction de non-rechute et du maintien des progrès obtenus, après le départ des patients d'un centre de soins.

Il semble que ce soit la situation professionnelle qui s'améliore le plus lentement (amélioration en 24 mois) (Duburcq A et al. 1999). De nombreuses études ont utilisé l'ASI (McLellan AT et al, 1982, Martin C et al, 1996, Strain EC et al, 1996) pour mettre en évidence les éventuels changements dans les différents domaines investigués par l'outil.

3.2.2. Qualité de vie

L'analyse de la littérature internationale (Corten Ph, 1998) met en évidence que ce label est utilisé dans trois grandes acceptions (Mercier C, 1994) :

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

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

La qualité de vie subjective ou « *qualité de vie comme un tout* » repose essentiellement sur le vécu subjectif et insiste sur l'importance de prendre en compte tous les domaines de vie. Corten et al. (2002) ont démontré que ce modèle est heuristique tant pour des sujets sains que des malades mentaux ou des patients présentant des addictions et que les domaines de vie s'organisent autour de quatre grandes dimensions: la vie matérielle, la vie relationnelle, la vie sociale et l'image de soi.

3.2.3 Outils d'évaluation

3.2.3.1. *Addiction Severity Index (ASI)*

Description de l'outil

L'Addiction Severity Index (ASI) est un instrument semi-structuré mis au point en 1980 par une équipe américaine dirigée par McLellan (1985). Cet instrument clinique mesure la gravité des problèmes de toxicomanie et évalue le besoin en traitements du patient dans les sept dimensions suivantes : Etat médical; Emploi et ressources ; Usage d'alcool; Usage de drogues ; Situation légale ; Relations familiales et sociales ; Etat psychiatrique ou psychologique.

L'ASI permet de récolter tant des informations subjectives (préoccupation du patient quant au domaine investigué) que des informations objectives (le nombre, l'étendue et la durée des symptômes sur toute la vie et au cours des 30 derniers jours). Ces données vont permettre de créer deux types de scores : des scores de sévérité et des scores composites. Les **scores de sévérité** sont calculés à partir des items reprenant les préoccupations du patient et évaluation de son **besoin en traitement perçu** et des items dits "critiques" par dimension explorée. Ces scores de sévérité présentent surtout un intérêt clinique, car ils permettent l'évaluation des besoins **subjectifs** en traitement du patient et l'adaptation de ceux-ci tout au long de la prise en charge.

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

Validité, fiabilité et pertinence de l'ASI

Bien que l'ASI ait été utilisé dans plus d'un millier de lieux de traitement, d'après McLellan (l'auteur de l'instrument), et traduit en plus de 9 langues, il n'existe qu'une dizaine d'études (outre celles des auteurs McLellan AT et al, 1980, 1985, 1992, Zanis DA et al, 1994) portant sur la validité de l'instrument (Kosten TR et al, 1983, Hendricks VM et al, 1989, Hodgins DC et al, 1992, McCusker J et al, 1994, Alterman AI et al, 1994, Drake RE et al, 1995, Joyner LM et al, 1996, Rosen CS et al, 2000, Leonhard C et al, 2000, Bovasso GB et al, 2001, Butler SF et al, 2001).

Les propriétés sont les suivantes :

1. L'estimation de la fiabilité au test-retest après trois jours est classée dans l'intervalle suivant : $r = 0.84$ à $r = 0.95$;
2. La fidélité inter-juges aux scores de sévérité est comprise entre $r = 0.74$ à $r = 0.99$;
3. L'instrument a une sensibilité suffisante pour mesurer les changements durant le traitement ;
4. La consistance interne des scores composites va de 0.56 pour l'emploi et les ressources à 0.85 pour l'usage d'alcool ; mais les résultats des α de Cronbach (1951) pour chaque dimension sont fort variables d'une étude à l'autre ;
5. L'ASI permet d'adapter le traitement aux besoins du patient.

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

3.2.3.2. *Quavisub*

Description de l'outil

L'instrument de Qualité de Vie utilisé pour cette recherche est le Quavisub. La qualité de vie y est définie comme le jugement cognitif de l'évalué dans différents domaines de vie, sur son bien-être subjectif, mis en relation avec ses aspirations et expectations.

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

1. La *Satisfaction with Life Domains Scale* (SLDS) de Baker et Intigliata (1982) modifiée par Corten et Mercier (1997) et Caron J et al (1997) qui mesure la satisfaction subjective de 20 domaines de vie ;
2. L'*Importance of Life Domains Scale* (ILDS) de Corten et Mercier (1997) qui mesure l'importance accordée aux 20 domaines de vie de la SLDS ;
3. La *Life Ladder* de Cantril (1965) qui mesure les aspirations et expectations des interviewés ;
4. L'*échelle d'interdépendance* de Corten et Mercier (1997) qui mesure la richesse et la diversité du support social ;
5. La *Social anxiety scale* de Richardson & Tasto (1976) qui mesure la manière dont un sujet est sensible au regard négatif d'autrui ;
6. La *Performance Scale* de Smith et Linn qui mesure l'attrait d'un sujet face aux performances ;
7. *Questionnaire des habitudes de prise de boissons alcoolisées* de Pelc (1985).

Pour les besoins de la recherche, nous avons demandé aux auteurs d'ajouter au set de base, une échelle relative aux substances et sensations procurées par celles-ci.

Validité, fiabilité et pertinence du Quavisub

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

1. La fiabilité au test-retest après 4 jours est comprise dans un intervalle allant de $r = 0.89$ à $r = 1.0$ suivant les échelles.
2. L'instrument est suffisamment sensible pour dégager les changements durant le traitement (testé après 4 mois).
3. Les α de Cronbach sont excellents pour chaque sous échelle.

3.2.3.3. *TUF*

Le "Treatment Unit Form" (TUF) est un outil qui a été développé par une équipe de chercheurs autour du Point Focal grec du réseau REITOX de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (juin 1997)¹. Son objectif était de permettre la construction d'une typologie standardisée à l'échelle de l'Union Européenne des types de services d'assistance et de soins aux toxicomanes. En ce qui concerne notre étude, il a été choisi pour sa valeur descriptive et non pour sa valeur statistique.

¹ <http://eibdata.emcdda.org/Treatment/Process/ttuf.shtml>, 20/08/03

4. Procédure de travail

4.1. Sélection d'institutions (Méthodologie)

4.1.1. Définition du terme « institution » :

Comme spécifié dans les objectifs intermédiaires, cette recherche avait en particulier pour objectif d'étudier les diverses modalités pratiques d'accès aux traitements de substitution en ambulatoire. Nous ne considérerons pas les médecins en consultation privée comme des institutions. Ils seront cependant invités, pour la partie qualitative, aux groupes de discussion.

4.1.2. Province du Hainaut

Pour la province du Hainaut, la présente recherche a privilégié la région de Charleroi dans la mesure où, d'une part, la prévalence de problèmes de toxicomanie y est relativement élevée et, d'autre part, l'équipe de recherche possédait une série d'informations préalables recueillies lors de la recherche-évaluation des MASS (Pelc I et al, 2001). Parmi les institutions recherchées, les auteurs ont identifié :

- 1) La MASS de Charleroi (Diapason) ;
- 2) Les institutions ambulatoires spécialisées : les *Collectifs de Santé de Charleroi-Nord* et de *Gilly-Haies* ;
- 3) Le réseau « Alto ».

Bien qu'envisagé en tant que réseau pour le Hainaut, le travail avec le réseau Alto de Charleroi s'est avéré inutile, dans la mesure où il regroupe essentiellement des médecins qui exercent également dans les institutions spécialisées de la région.

4.1.3. Bruxelles-Capitale (Francophones)

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

- 1) La MASS de Bruxelles (qui est une institution fédérale et donc bilingue, mais principalement francophone) ;
- 2) Institutions ambulatoires spécialisées : le Projet LAMA ;

A ce titre, la participation du *Projet Lama* nous semblait primordiale. Toutefois, cette institution n'a finalement pas pu faire partie de l'échantillon.

- 3) Réseau : le Réseau d'Aide aux Toxicomanes (RAT) ;

Il n'a finalement pas été possible de concrétiser la participation du RAT à cette étude. Principalement, les raisons en ont été l'utilisation par le RAT d'un autre outil (Evolutox) qui fait toujours l'objet de recherches internes.

4.1.4. Province du Limbourg

- 1) MSOC-Limbourg : La MASS est en fait le seul centre ambulatoire du Limbourg qui applique des traitements de substitution. ;

2) Institutions ambulatoires spécialisées : il n'existe aucun autre centre de type ambulatoire qui recourrait aux traitements de substitution dans le Limbourg ;

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

- 4) Médecins libéraux: voir infra 4.3.

4.1.5. Bruxelles-Capitale (Néerlandophones)

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

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

- 3) Médecins libéraux: voir infra 4.3.

4.2. Méthode de sélection des cas dans cette étude

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

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

Par ailleurs un groupe contrôle a été établi pour le Quavisub. Ce groupe contrôle provient de la banque de données des auteurs du questionnaire. Chaque patient a été apparié à un individu contrôle en bonne santé de même genre, de même catégorie d'âge et de même niveau éducationnel.

4.2.2. Province du Limbourg

Après avoir expliqué les aspects concrets de la recherche auprès de la MASS de Genk (antenne centrale), le coordinateur a accepté de remplir le formulaire TUF et de collaborer à la constitution des échantillons représentatifs regroupant 50 personnes de leur patientèle méthadone. Lors du retrait des questionnaires pour patients (EuropASI et Quavisub), quelques problèmes pratiques sont apparus : principalement, la chercheuse devait elle-même faire passer les questionnaires (ce qui prend beaucoup de temps), et peu de patients se sont présentés aux rendez-vous.

4.2.3. Bruxelles-Capitale (Néerlandophones)

Les mêmes problèmes pratiques (temps de passation et non-respect des rendez-vous) ont été rencontrés par la collaboratrice de Transit qui, à ce moment, faisait passer elle-même les questionnaires (EuropASI) ou bien aidait les patients à les remplir (Quavisub). En ce qui concerne le Centre de Jour *De Sleutel*, nous avons pris contact dans la deuxième phase du projet avec Mme Veerle Raes qui gère les données d'enregistrement des patients de *De Sleutel*.

4.3. Inventaire des professionnels

Il s'agissait, d'une part, **d'identifier les médecins pratiquant les traitements de substitution**, leur proportion, le nombre de leurs patients, et d'autre part, **de constituer, dans chaque entité, un échantillon de médecins** pour les autres tâches de la recherche.

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

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

Ce qui représente : 2641 envois pour la Province du Hainaut, et 4233 envois pour la Région de Bruxelles-Capitale (médecins francophones).

4.3.2. Province de Limbourg et Région de Bruxelles Capitale (Néerlandophones)

La liste de tous les médecins de la province du Limbourg nous a été remise par le directeur médical de la MASS du Limbourg. Nous avons extrait de cette liste les disciplines les plus significatives : généralistes, internistes, gynécologues, neurologues, psychiatres, neuropsychiatres, médecins militaires et les candidats en post-graduats pour ces spécialités. 1235 questionnaires ont été envoyés par la poste dans le Limbourg, et 278 à Bruxelles.

4.4. Focus groups

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

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

4.5. Intevision institutionnelle

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

5. Résultats

5.1. Evaluation Quantitative (ASI, Quavisub)

5.1.1. Addiction Severity Index

5.1.1.1. Recueil des données : questionnaires proposés et remplis

Le protocole mentionné dans le contrat prévoyait de recueillir par institution 30 questionnaires complets et valides (soit 120 questionnaires). L'ASI ayant déjà été utilisé dans plus d'un millier d'études dans le monde, cet objectif ne semblait pas hors de portée. Il s'agissait cependant ici d'évaluer la faisabilité de l'utilisation de cet outil en routine, c'est-à-dire rempli par les intervenants eux-mêmes et non par des chercheurs qui seraient venus faire passer les questionnaires dans les institutions. Du côté francophone, il apparaît que, lorsque les tests ont été entamés, ils sont généralement parvenus à l'équipe de recherche complets et valides, ce qui n'est pas le cas du côté néerlandophone. Par contre l'objectif des 30 tests complets n'a été atteint par aucune institution (maximum 1/3). Il apparaît surtout que les cliniciens se plaignent de la longueur de temps de passation du questionnaire au vu du temps imparti pour une consultation médicale et que les informations recueillies par l'ASI n'apportent pas de plus-value à leur pratique.

5.1.1.2. Validité d'apparence

L'ASI semble répondre parfaitement aux critères d'évaluation proposés par la loi et par la Conférence de Consensus, excepté ceux de Qualité de Vie.

Les items proposés dans l'ASI se concentrent essentiellement sur les éléments déficitaires. La plupart des questions de l'ASI portent sur des éléments objectifs, qui demandent à chaque fois réflexion. Le temps moyen de passation d'un ASI a été dans cette étude de 53 minutes.

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

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

5.1.1.3. Validité de contenu

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

5.1.1.4. Validité de construit

L'analyse de la littérature internationale a mis en évidence que les scores composites atteignaient un α de Cronbach convenable pour la plupart des scores sauf pour la dimension drogues. Malgré la taille de l'échantillon (N=15), les α de Cronbach ont été recalculés. Seuls, les scores "médical" et "emploi" dépassent nettement le seuil, et le score "drogues" est nettement insuffisant.

5.1.2. Quavisub

5.1.2.1. Recueil des données

Le protocole mentionné dans le contrat prévoyait de recueillir par institution 30 questionnaires complets et valides (soit 120 questionnaires). Il s'agissait ici d'évaluer la faisabilité de l'utilisation de cet outil en routine, c'est-à-dire rempli par les intervenants eux-mêmes et non par des chercheurs qui seraient venus faire passer les questionnaires dans les institutions. Du côté francophone, une institution (MASS de Charleroi) a atteint l'objectif. La version du questionnaire proposée pose cependant problème dans la pratique du cabinet médical. Bien qu'en auto-passation, sa forme est trop longue pour être remplie en salle d'attente et nombre de patients qui avaient reçu le questionnaire pour le remplir à la maison ne sont pas revenus avec celui-ci à la consultation suivante.

5.1.2.2. Validité d'apparence

Le Quavisub est un outil ayant pour objet d'évaluer la Qualité de Vie. Par construit, il se veut non spécifique d'une problématique donnée. Par rapport aux objectifs fixés par la loi et proposés par la Conférence de

Consensus, il mesure bien la Qualité de Vie et divers domaines de vie (vie matérielle, vie relationnelle, vie sociale et professionnelle, image de soi et santé,...), mais ne comporte aucun volet sur la délinquance, ni sur la pratique de l'injection (bien qu'il contient une série d'items concernant les substances et les conduites addictives).

Dans l'ensemble, le Quavisub donne la priorité à des réponses subjectives et qualitatives. Il est également plus orienté vers la clinique (versions moyenne et longue) dans la mesure où il rencontre les préoccupations des intervenants et met en lumière les stratégies de Qualité de Vie utilisées par les interviewés. Par rapport à l'ASI, ce questionnaire met l'accent sur ce qui va bien (et pas uniquement sur les côtés déficitaires, bien qu'ils soient répertoriés) et sur ce qui est susceptible d'amélioration.

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

5.1.2.3. Validité de contenu

Comme décrit dans le chapitre méthodologique, il a été constitué un échantillon apparié de personnes en bonne santé de même catégorie d'âge, de sexe et de niveau d'éducation. Tant l'échelle de satisfaction que celle d'importance ou de domaines objectifs, mettent en évidence une différence très significative entre les deux groupes.

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

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

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

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

5.1.2.4. Validité de construit

Toutes les échelles du Quavisub, sauf l'échelle de performance, sont au-dessus des seuils minimaux.

5.1.3. Inventaire et résultats de l'enquête par questionnaire

Comme nous l'avons déjà souligné, cet inventaire a notamment pour objectif de faire un sondage d'opinion, particulièrement auprès de médecins pratiquant ou ayant pratiqué les traitements de substitution, et non de réaliser une enquête épidémiologique sur un échantillon représentatif de l'ensemble des médecins (la pertinence de l'avis de médecins n'ayant jamais vu un toxicomane dans leur pratique étant hors de l'objet de notre étude).

5.1.3.1. Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale (Francophones)

Le questionnaire a été envoyé à 2.641 médecins de la province du Hainaut et à 4.233 médecins de la Région de Bruxelles-Capitale (Fr.). Nous avons reçu, en retour de courrier, 253 questionnaires de la province du Hainaut (soit un taux de réponse de 9.6%) et 430 de Bruxelles-Capitale (soit un taux de réponse de 10.2%).

Parmi l'ensemble des données récoltées (N=683), 45.4% des médecins ont une expérience en matière de prise en charge de patients toxicomanes. 54.6% n'ont ni de pratique privée ni de patient toxicomane. 19.9% ont une pratique privée et une patientèle présentant des problèmes de toxicomanies et 5.1% n'ont pas de pratique privée mais ont des patients toxicomanes.

1. Attitudes des médecins travaillant en cabinet privé et pratiquant les traitements de substitution

- Modalités d'utilisation des traitements de substitution (170 médecins): 127 médecins disent suivre un protocole de substitution au sens strict (suivant la Conférence de Consensus), 103 des traitements de sevrages rapides et 114 des traitements de maintenance. (Classes non mutuellement exclusives) ;
- Fréquence des rencontres patients / médecins (170 médecins) : 56 médecins suivant leurs patients 1 fois tous les 15 jours, 51 1 fois par mois, 39 de façon plus fréquente et 19 irrégulièrement ;
- Nombre de patients par médecin pratiquant en cabinet privé (170 médecins) : les médecins en cabinet privé ont généralement peu de patients en traitement, 54 ont 1 ou 2 patients, 66 ont de 3 à 10 patients.

2. Attitudes des médecins travaillant pratiquant ou ayant pratiqué les traitements de substitution

- Ces médecins sont plutôt favorables à la prescription d'héroïne chez les toxicomanes ;
- Ces médecins sont plutôt favorables à un enregistrement uniformisé et centralisé des patients en traitement de substitution ;
- Ces médecins sont plutôt favorables à l'obligation de soutien et de formation pour les médecins ;
- Ces médecins sont plutôt favorables au remboursement du Subutex ou de la naltrexone par les mutuelles ;
- Ces médecins sont plutôt favorables à l'obligation d'une prise en charge psycho-sociale pour le patient en traitement de substitution.

3. Attitudes des médecins ne pratiquant pas ou plus les traitements de substitution

- Renvoi des demandes de traitements de substitution vers d'autres institutions : 36.5% des médecins ne pratiquant pas ou plus de traitements de substitution disent référer les demandeurs vers une institution et 24,8% vers un confrère psychiatre. Une différence significative est observée entre la manière de référer les demandes chez les médecins bruxellois et chez les médecins hennuyers. Ainsi, les médecins bruxellois renvoient davantage les patients vers une institution alors que leurs confrères hennuyers réfèrent plus souvent vers le généraliste.

5.1.3.2. Province du Limbourg et Bruxelles Capitale (Néerlandophones)

Dès le début de la recherche, un questionnaire d'enquête simple a été envoyé par courrier à tous les médecins (comprenant les médecins généralistes, internistes, gynécologues et (neuro-)psychiatres exerçant en Province du Limbourg et en Région de Bruxelles-capitale (Néerlandophones). Cette enquête avait pour objectif de répertorier l'ensemble des médecins qui pratiquent les traitements de substitution. Pour ces praticiens, une série de questions leur ont été posées telles que : le nombre de patients, les modalités de traitement, les prescriptions, etc. Tous les répondants devaient donner leurs opinions. Quelques données concernant les réponses à cette enquête nous permettent d'avoir un aperçu des principaux résultats.

Réponses

Pour la Province du **Limbourg**, 406 médecins sur 1235 ont répondu : le taux de réponse est de **33%**. De ces 406 médecins, 45 (soit **11%**) pratiquent des traitements de substitution. Ce faible pourcentage peut s'expliquer par la situation spécifique de cette province où il existe un système de "médecins mandatés" (GHA) : médecins qui sont désignés dans leur région pour prendre en charge tous les patients présentant une problématique liée aux drogues illicites (y compris les patients pour la substitution).

En ce qui concerne Bruxelles le taux de réponse est plus bas (qu'au Limbourg) : **21%** (59 des 278 médecins inscrits à l'Ordre des Médecins) mais le pourcentage de médecins qui pratiquent les traitements de substitution est plus élevé (20.3%).

Raisons de ne pas pratiquer les traitements de substitution

Parmi les répondants **limbourgeois** qui ne pratiquent pas les traitements de substitution, la plupart (environ 40%) renvoient l'usager de drogues vers un collègue généraliste (mandaté) ou vers une institution spécialisée, et plus rarement vers un collègue psychiatre. De surcroît, plus d'un quart des répondants ne reçoivent tout simplement pas de telles demandes. Il faut remarquer que parmi les répondants limbourgeois qui ne pratiquent pas de traitement de substitution, 20% disent qu'il ne se sentent pas assez compétents pour prendre en charge des patients présentant un problème lié à la consommation de drogues illicites. Il se pourrait qu'une trop faible attention soit accordée aux problématiques liées aux drogues lors de la formation médicale. A la dernière place, on trouve la proposition « pour éviter le contact avec l'usager de drogues », qui est reprise dans 10% des cas, ce qui n'est pas négligeable.

Les réponses émanant des **bruxellois** sont assez similaires à celles des limbourgeois, à l'exception qu'ils réfèrent moins souvent le patient et qu'ils font usage plus souvent de la catégorie "autre". En première place, ils réfèrent le patient, tout comme les Limbourgeois, (mais ils sont moins de 30% à le faire) vers une institution spécialisée et moins vers un confrère médecin. La deuxième raison invoquée est qu'ils ne reçoivent pas ou quasi pas de telles demandes ($\pm 25\%$). Que cela signifie qu'il n'y ait pas de demande est naturellement douteux. Une explication plus plausible a émergé lors des discussions avec les médecins néerlandophones bruxellois. L'Ordre des Médecins néerlandophone est en effet particulièrement strict à l'égard des médecins qui prescrivent des produits de substitution, c'est pourquoi les usagers de drogues sont davantage référés chez les médecins francophones. Tout comme les Limbourgeois, une grande partie des répondants ne s'estime pas assez compétente pour prendre en charge les usagers de drogues (illicites). Bien que la proposition suivante soit classée avant-dernière ("éviter le contact avec les usagers de drogues"), elle n'en reste pas moins mentionnée par

12% des médecins. Comme déjà souligné, la catégorie "autre" est souvent utilisée par les médecins bruxellois. On peut constater ce que nous avons déjà mentionné, c'est-à-dire que l'Ordre des Médecins d'expression flamande a pris une position forte contre les traitements de substitution. Une raison avancée parmi les réponses possibles est aussi que "l'on ne veut pas voir de toxicomanes devant sa porte".

Nombre de patients, produits et fréquence de contacts

En ce qui concerne les réponses aux questions qui concernent uniquement les médecins pratiquant des traitements de substitution, nous ne pouvons mettre en exergue que quelques tendances générales de par le petit nombre de répondants (Limbourg : N=46 ; Bruxelles : N=12).

Au niveau du **Limbourg**, le nombre de patient par médecin varie très fort. Cependant, une tendance semble se dégager, à savoir que les généralistes mandatés (**GHA**) ont un **nombre de patients plus élevé** (entre 20 et 50).

Cela peut vraisemblablement s'expliquer par le fait que ces généralistes travaillent en étroite collaboration avec la MASS du Limbourg, qui mobilise un grand nombre de clients pour la substitution. Les **autres médecins** ont assez **peu de patients** (de 1 à 4). Immanquablement, il existe toujours des exceptions.

En ce qui concerne les produits, la **méthadone** occupe clairement la première place, cependant on trouve aussi le **Temgesic** (Buprénorphine) mais dans une moindre mesure. Il se dégage que les GHA prescrivent autant le Codicontin que le Temgesic alors que les autres médecins prescrivent rarement du Codicontin ou n'en font jamais mention.

La fréquence avec laquelle les patients sont vus diffère à nouveau entre les médecins du GHA et les **autres**. Ces derniers **rencontrent très souvent** leurs patients (en moyenne 1 fois par semaine), tandis que les GHA ont un rythme de rencontres d'une fois tous les quinze jours, voire moins souvent encore. Ceci s'explique par le fait que les patients du GHA sont quasi exclusivement vu à la MASS où les médecins se trouvent à tour de rôle.

Comme les médecins limbourgeois "ordinaires", les répondants **bruxellois** ont en général un **petit nombre de patients** (de 1 à 3) chaque exception n'étant pas reprise (de 17, 20 allant même jusqu'à 30 patients pour un médecin). Plus qu'au Limbourg, la **méthadone** est utilisée par les 12 médecins bruxellois. Ils voient leurs patients en moyenne une fois par semaine ou une fois tous les quinze jours, ce qui est **très fréquent** mais un peu moins que dans la province du Limbourg.

Modalités

Les médecins **limbourgeois** du GHA semblent prescrire plus aisément des médicaments de substitution à long terme que les médecins "ordinaires", qui appliquent ces traitements plus souvent à court terme. Des trois modalités proposées, le traitement de **maintenance** à durée indéterminée est le plus fréquent (environ 75%), suivi du traitement de **substitution stricto sensu** (environ 68%). Bien que ce soit la modalité la moins fréquemment utilisée, le sevrage dégressif est pratiqué pour plus de la moitié des patients (55% des patients).

Les répondants **bruxellois** prescrivent principalement des traitements de **substitution stricto sensu** et un peu moins de traitements de **maintenance** à durée indéterminée. La modalité de sevrage dégressif est nettement moins appliquée, environ 2/3 des répondants ne l'utilisent pas.

Une **remarque** importante doit être faite quant à la place qu'occupe cette modalité et qui, à plusieurs reprises, nous a été évoquée lors d'entretiens avec les médecins et les soignants. *Ces modalités ne correspondent pas tout à fait à la pratique quotidienne*. En général au début du traitement, on ne sait pas quelle modalité sera appliquée ; cela se révèle *au cours du traitement* et ça dépend de *la situation spécifique et singulière du patient*. Des changements de modalités de traitements peuvent se faire *en fonction de changements* dans la situation du patient.

Contact avec des intervenants spécialisés dans le domaine des drogues

La situation **limbourgeoise** est plus facile : les médecins du GHA travaillent avec la MASS du Limbourg. Les autres médecins peuvent être en contact avec la MASS, avec un centre résidentiel, ou encore travailler de manière isolée. En ce qui concerne les répondants à notre enquête, 12 des 21 médecins non mandatés n'ont actuellement **aucun contact** avec des **intervenants spécialisés**, ce qui est un nombre considérable. Dans la seconde phase de cette recherche, la priorité sera donnée à l'investigation, par entretien, des raisons pour lesquelles ces 12 médecins n'ont aucun contact avec les intervenants spécialisés.

Pour les médecins **bruxellois**, la différence entre institutions et réseaux de généralistes n'est pas évidente. On s'aperçoit que l'une et l'autre des catégories mentionnent les mêmes institutions ou services. De plus, comme il y a très peu de centres néerlandophones à Bruxelles, **les médecins néerlandophones travaillent plutôt en collaboration avec les centres et / ou les médecins francophones**.

Sondage d'opinion

La dernière partie de notre enquête concernait l'opinion des répondants à propos de quelques sujets connexes aux traitements de substitution qui doivent encore être discutés. La distinction faite entre les répondants qui pratiquent les traitements de substitution de ceux qui ne les pratiquent pas ou plus ne montre pas de différence significative.

Pour tous les médecins **limbourgeois**, il existe un **consensus** sur les sujets "*enregistrement uniformisé*", "*obligation de soutien / de formation pour les médecins*" et "*obligation d'un suivi psycho-social pour les patients*". Ces thèmes engendrent la quasi-unanimité et sont évalués (dans ce même ordre) de "très favorable" à "favorable".

Quant à la question du "*remboursement du Subutex ou de la Naltrexone*", elle suscite des opinions favorables ou laisse les répondants sans avis sur la question.

Cela peut s'expliquer par le fait qu'en Flandre, ces produits sont à peine connus. D'ailleurs, certains répondants l'ont souligné. Le sujet relatif à la *prescription médicale d'héroïne* est **plus controversé** : allant du "favorable" au "défavorable", avec un avis **légèrement négatif chez les médecins pratiquant les traitements de substitution**, alors que ceux qui ne les pratiquent pas ou plus sont **très négatifs**. Il faut aussi pointer le fait que la catégorie "sans avis" a aussi largement été cochée, mettant en évidence que peu osent exprimer leur opinion à ce sujet.

En ce qui concerne les médecins **bruxellois**, nous ne pouvons pas nous exprimer, car il y a trop peu de répondants, et la moitié de ceux-ci n'ont pas répondu à la question. Ils fournissent des résultats **analogues** à ceux du Limbourg à l'exception du thème de la prescription médicale d'héroïne où les médecins pratiquant les traitements de substitution, sont légèrement favorables par rapport à leurs confrères qui ne pratiquent pas de tels traitements, et qui sont très défavorables.

En **résumé**, pour Bruxelles et pour le Limbourg, nous pouvons constater que les répondants sont plutôt favorables à tous les sujets. Par contre, la question de la prescription médicale de l'héroïne est plus controversée (jugée plutôt défavorablement) à l'exception de quelques cas positifs dont on ne fera pas mention (transmis par des médecins qui pratiquent les traitements de substitution).

5.2. Evaluation Qualitative : Focus Groups et groupes de discussion

5.2.1. Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale (Francophones)

5.2.1.1. Focus Groups avec les médecins pratiquant les traitements de substitution en cabinet privé

4 Focus Groups (FG) se sont tenus dans le cadre de cette recherche : 2 à Bruxelles, 2 à Charleroi. Conformément aux critères de cette méthodologie, les réunions ont été organisées autour d'une thématique ouverte en vue de susciter les discussions et de recueillir l'éventail des opinions exprimées. Cette thématique d'approche concernait une présentation de la situation légale des traitements de substitution et les modalités techniques de ces traitements, comme, par exemple :

- la liste des produits éligibles dans le cadre d'un traitement de substitution (méthadone, buprénorphine...);
- les conditions de délivrance et d'administration du médicament ;
- l'enregistrement du traitement dans le respect de la loi sur la protection de la vie privée ;
- le nombre de patients pouvant être pris en charge par médecin ;
- l'accompagnement du traitement et la formation continue du médecin ;
- la relation que le médecin entretient avec un centre spécialisé ou un réseau de soins (Loi, 2002).

Globalement, la situation des médecins pratiquant les traitements de substitution en cabinet privé est complexe du point de vue de leur évaluation. En effet, premièrement, un nombre de médecins relativement important suivent un petit nombre de patients : il y a donc une grande dispersion des sujets. Deuxièmement, le cadre restrictif de la consultation médicale, et surtout sa durée (de 10 à 30 minutes) rendent impossible l'utilisation d'outils trop spécialisés. Troisièmement, le recours au médecin libéral est souvent justifié par le caractère intime de cette relation thérapeutique : on fait alors appel au médecin de famille, celui qui a suivi ses patients tout au long de leurs divers problèmes de santé, qui jouit de la confiance de plusieurs membres d'une même famille, qui connaît éventuellement le contexte de vie de ses patients, et qui peut garantir une certaine confidentialité.

5.2.1.2. Groupes de discussion d'"intervention institutionnelle" avec les membres des institutions

Le travail d'"intervention institutionnelle" a surtout été orienté sur la bonne conduite des tests avec les questionnaires susmentionnés. C'est au cours de ces groupes de discussion que les intervenants des différentes équipes ont pu exprimer leurs points de vue vis-à-vis de la pertinence des outils utilisés, qu'ils ont été formés à l'utilisation des outils, qu'ils ont pu émettre des idées pour l'amélioration du processus de recherche propositions d'autres outils, qu'ils ont donné leurs avis sur la validité des outils et leur utilisation.

La démarche d'intervention institutionnelle est conçue pour des périodes dites "à moyen terme" (2 à 3 ans). C'est à ce moment qu'elle donne ses meilleurs résultats, notamment dans le travail de l'adéquation entre les objectifs d'une équipe et les dispositifs mis en œuvre pour les atteindre. A ce stade, tout au plus avons-nous cerné la relative adéquation du questionnaire Quavisub avec les préoccupations des intervenants, et en revanche, la relative inadéquation des préoccupations de l'ASI avec le travail clinique des intervenants.

5.2.2. Province du Limbourg et Bruxelles-Capitale

5.2.2.1. Panel de médecins mandatés de la province du Limbourg

Nos informations les plus pertinentes ont été récoltées lors du panel qui s'est réalisé avec **16 médecins mandatés** de la province du Limbourg, puisque le TUF qui était prévu dans la méthodologie de recherche n'apporte pas toutes les informations nécessaires. Dans un premier temps, nous avons posé au groupe une **liste de questions fermées** créée par l'équipe de recherche de la KULeuven. Dans un deuxième temps, nous avons posé des questions ouvertes présentées sous forme de discussion dont les thèmes intéressaient tant les chercheurs que les praticiens de terrain participant au panel.

En moyenne les **répondants** étaient **généralistes depuis 18 ans** et avaient **depuis 9 ans le statut de généralistes mandatés** (GHA). Depuis 1997, ce système de GHA est associé à la MASS.

1) Diversités

Après avoir rassemblé les données, la conclusion la plus importante en matière de traitements de substitution, tant au niveau théorique que pratique, concerne les **différences** dans tous les aspects.

C'est le bémol le plus remarquable quand on sait que les répondants mettent d'avance en doute l'utilité de ces questions "aussi les directives de la conférence de consensus sont appliquées par tous les acteurs de la même manière"...

Nous discutons ici des résultats essentiels mis en exergue à partir de la liste de questions fermées lors de la première partie du panel avec les 16 limbourgeois du GHA. A travers ces résultats, il est évident qu'il existe des diversités dans l'application des traitements de substitution dans une même région (ex : Province du Limbourg). Nous mettrons en exergue durant la deuxième phase de la recherche ces diversités.

2) Objectifs

Contrairement à nos attentes, **aucun consensus** dans les objectifs des traitements de substitution ne se dégage. Quand on doit classer par ordre les trois objectifs les plus importants, on remarque toute l'ambiguïté : plus de la moitié des répondants donne comme objectif primordial "**améliorer les conditions de vie et le fonctionnement social**" (= penser à limiter les préjudices). Tandis qu'en même temps, un quart des répondants classent "**l'abstinence de drogues illicites**" comme premier objectif (= orienté vers une désintoxication physique immédiate et un suivi psychologique).

En résumé, nous ne pouvons pas parler d'un consensus sur les objectifs des traitements de substitution à l'exception de l'objectif d'améliorer les conditions de vie et le fonctionnement social du patient.

3) Critères d'inclusion

Le critère d'inclusion est un second exemple de cette diversité dans la pratique des traitements de substitution. Bien que nous pourrions nous attendre à peu de diversité, puisque les critères d'inclusion sont clairement décrits par la Conférence de Consensus, les médecins donnent de nombreuses réponses divergentes, notamment en ce qui concerne le nombre d'échecs de désintoxication et le nombre d'années de dépendance aux opiacés. Les contrôles d'urine sont appliqués par tous les médecins.

A la question sur ce critère le moins stricte appliqué pour un groupe déterminé, une réponse univoque négative est donnée pour les patients positifs HIV/ hépatite. En ce qui concerne les femmes enceintes, les avis sont partagés : certains avancent que la règle est moins appliquée pour ce groupe, pour d'autres, par contre aucune différence n'est faite entre patients.

4) Médications de substitution et dosages

Sur la nature des traitements de substitution il existe plus d'évidences. La **Méthadone** reste le produit de substitution de référence, tous les médecins le mentionnent alors que **quelques uns** citent la **buprénorphine** ou le **Codicontin**. En ce qui concerne le maniement de **dosages maximaux**, la réponse est **double** : la moitié des répondants vont jusqu'à la dose maximale, l'autre moitié ne le fait pas. La norme (à un cas près) en matière de dose maximale est supérieure à **100mg/jour**. Nous trouvons comme dose maximale absolue, 140 mg chez un médecin. Comme déjà dit il s'agit dans quasi tous les cas de Méthadone. Si nous considérons la file active de tous les médecins, il apparaît que 90% des patients qui suivent des traitements de substitution, reçoivent une dose moyenne, c'est à dire entre 21 et 60mg/jour.

5) Modalités de prises en charge par traitement de substitution

Dans ce domaine, il existe aussi un nombre de constatations importantes :

- Avant tout, aucun des répondants ne pratique des traitements de substitution à durée déterminée, à une exception près ;
- La modalité de traitements de substitution la plus significative est la **maintenance**. Une majorité des répondants prescrivent dans cette perspective. Cela implique naturellement que la durée du traitement de substitution est variable ;
- Ensuite vient, pour un quart des patients, un **traitement de substitution stricto sensu** (2-5 ans) ;
- Le traitement par dose dégressive est peu appliqué. 10% des patients reçoivent un tel traitement.

Ces constatations ne sont pas surprenantes, étant donné qu'il s'agit ici de patients d'une MASS, un service qui fonctionne conformément à une approche de **réduction des risques**, en première instance orientée vers la réintégration des patients dans la communauté.

6) Distribution et délivrance de la médication de substitution

La grande majorité, c'est à dire 13 médecins, prescrivent "toujours" ou "la plupart du temps" dans une MASS. Il est remarquable cependant, que la moitié avouent "**parfois**" **prescrire en pratique privée**. 4 médecins voient leurs patients en pratique privée, mais pour **d'autres raisons médicales** que la prescription de produits de substitution. Un groupe notable de répondants (1/5 des 16 médecins) ne prescrit "jamais" en pratique privée.

7) Evaluation des traitements de substitution

Enfin, encore une explication sur le suivi des patients en traitements de substitution :

- Dans 80% des cas un "**plan**" est mis au point dès le **début** de la prise en charge. La probabilité que cela se passe aussi bien à la MASS (7/16) qu'avec les GHA en commun accord avec la MASS est assez grande ;
- **Pendant** la prise en charge par traitement de substitution, le patient est évalué. Seuls 2 médecins ont dit le faire "parfois". Cela se fait lors des **réunions d'intervisions** où tous les intervenants concernés par un patient sont présents.
- A la **fin** du traitement, une **clôture réussie** de la prise en charge est définie où nous pouvons aller plus avant vers des **critères** qui seront maniés ci-après. La terminologie variée et les réponses très différentes pourraient nous amener à pousser plus à fond cette question. Ce sujet sera en outre approfondi lors du second panel de discussion.

5.3. Autres questionnaires existants

En cours de travail, les chercheurs se sont également penchés sur l'existence et la pertinence de questionnaires alternatifs, plus adaptés à la réalité de terrain. Ces questionnaires alternatifs ont cependant fait l'objet de moins d'études et de publications. Les critères d'analyse de ces questionnaires sont les mêmes que ceux repris précédemment à savoir : les objectifs de traitements énoncés dans la loi et les Recommandations de la Conférence de Consensus.

5.3.1. Evolutox

Ce questionnaire court (19 items) a été mis au point par le Réseau d'Aide aux Toxicomanes et a fait l'objet d'un contrat de recherche FNRS et de la CoCoF (Ledoux Y et al, 1993, Remy C, 1995 et 1997). Comme son nom l'indique, il est destiné à évaluer **l'évolution** d'un toxicomane pris en charge par traitement de substitution.

Les 19 items couvrent les dimensions suivantes :

1. **Produits** : 3 items concernent la fréquence d'utilisation de toxiques, et un concerne le dosage du traitement substitutif ;
2. **Indice de gravité** :
 - a. Facteur de marginalisation composé des 5 items : projet de vie, travail, autonomie, paraître-look, identification au personnage toxicomane ;
 - b. Facteur déviance composé de 3 items délinquance, deal et situation judiciaire ;
3. **Etat de santé** : 3 items explorent l'existence d'une pathologie médicale traitée ou non, l'intensité des affects dépressifs et anxieux ;
4. **Aspects sociaux** : 2 items prennent en compte, d'une part, la situation sociale, et d'autre part, l'autonomie dans la vie quotidienne ;
5. **Travail thérapeutique** : un item évalue le contrat avec le thérapeute et les transgressions, l'autre l'autocritique du sujet par rapport à sa toxicomanie.

Lors du premier contact, une fiche anamnétique sur la toxicomanie et les modes d'usage des produits est remplie par le médecin et le patient remplit un questionnaire auto-administré centré sur son contexte de vie et ses attentes.

Tous les items sont gradués de 0 à 4 et tiennent sur une page recto-verso. Ils doivent être complétés tous les 3 mois à partir du début de la prise en charge. Le temps de remplissage est court et est compatible avec les pratiques médicales en cabinet privé. L'unicité de l'empan de chaque item, tous gradués de la même manière, facilite tant le décodage que les analyses statistiques.

5.3.2. Résumé Toxicomanie Minimum (RTM)

Le Résumé Toxicomanie Minimum (RTM) est un module intégré au Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) et adapté aux spécificités des usagers de drogues hospitalisés.

Ce module a été élaboré avec des professionnels de terrain, il est compatible avec les standards européens et est enrichi d'items à vocation clinique. Par ailleurs, un manuel d'utilisation est disponible. Pour cause de difficultés administratives propres au RPM, le RTM n'a finalement pas encore été mis en application complète à ce jour. Il est toutefois prêt à l'emploi (Bergeret I. et al., 1999 et 2000).

5.3.3. Liste de questions concernant les traitements de substitution – KULeuven

Ce questionnaire expérimental est destiné à appréhender de façon globale la patientèle de médecins généralistes. Il comprend 8 sections :

1. Identification du médecin
2. Buts poursuivis pour les traitements de substitution
3. Critères d'inclusion et d'exclusion des patients
4. Produits de substitution utilisés et dosages
5. Modalités des traitements de substitution
6. Prescriptions et distribution du traitement de substitution
7. Evaluation
8. Nombre de patients en traitement.

Dans l'ensemble, ce questionnaire est clair et facile à remplir. Généralement, il ne demande aucun chiffre précis, mais plutôt des estimations globales (exemple % des patients sous méthadone). Il explore convenablement les volets indispensables pour caractériser une prise en charge.

Du point de vue du construit des échelles, celles-ci souffrent cependant de quelques défauts métrologiques. L'empan des échelles varie, ce qui rend les statistiques avancées plus problématiques. Parfois la réponse "moyen" n'est pas au milieu de l'échelle, ce qui confèrera lors du travail statistique un poids positif à cette réponse au lieu de rester neutre. L'ordre de cotation n'est pas homogène (dans certaines échelles "toujours" correspond à la note maximale, dans d'autres à la minimale), sans qu'on en comprenne la raison.

A ce jour, ce questionnaire expérimental n'a pas encore fait l'objet d'étude de validation (validité de contenu, construit, fidélité...)

Moyennant quelques adaptations métriques, ce questionnaire peut retenir l'attention.

5.3.4. Mini-Questionnaire de Maison Médicale

Lors des rencontres avec les médecins de maison médicale, ceux-ci ont fait part de leur souhait de disposer d'un outil simple et rapide, adapté à la réalité d'une pratique médicale en consultation. De cette discussion en est ressortie l'ébauche ci-dessous. Ce brouillon répond aux exigences suivantes :

- tenir en une seule page (remplissage facile et rapide)
- préserver l'échelle d'évaluation de l'ASI (4 échelons de gravité et d'importance pour le patient)
- aborder malgré tout les différents volets de la multiplicité des problématiques des patients toxicomanes.

Bien-sûr, ce document n'est, à l'heure actuelle, qu'une piste et n'a pas encore été validé.

5.3.5. Vragenlijst Methadoncliënten in Nederland (MCN)

Ce questionnaire a été utilisé aux Pays-Bas par F.M.H.M. Driessen (1992). Il s'agit d'un questionnaire spécifique aux traitements de substitution sous méthadone. Lorsqu'on parcourt le questionnaire, on peut identifier les dimensions suivantes :

1. Identification sociale du patient
2. Usage de drogues et méthadone
3. Santé physique
4. Santé mentale
5. Justice
6. Travail et éducation
7. Anamnèse sur la famille et l'enfance
8. Assistance par professionnels

Le MCN comprend 67 questions qui se suivent à la suite l'une de l'autre, sans subdivisions ni de présentation fastidieuse. Les questions posées sont fort similaires à l'ASI. Bon nombre d'items sont dichotomiques, un certain nombre sont paramétriques. Malheureusement, les items gradués n'ont pas systématiquement le même empan, ce qui rend le travail statistique plus difficile et limite les méthodes utilisables. Tout comme l'ASI, ce questionnaire explore peu les aspects positifs de la vie du toxicomane et certainement pas sa Qualité de Vie. Les conditions de vie matérielle, la vie sociale et affective du sujet ne sont pas abordées. Peu d'items sont susceptibles d'évolution, et ce questionnaire est plus approprié pour développer un profil des consultants que leurs suivi et évolution. Par rapport à Evolutox, ce questionnaire n'explore nullement l'alliance thérapeutique, les projets de vie, l'*insight*, l'identification au personnage toxicomane. Il ne donne pas non plus d'indice de gravité et, à notre connaissance, ne développe pas de score composite. Ce questionnaire, de surcroît, n'explore pas les objectifs de la prise en charge. Par ailleurs, nous ne sommes en possession d'aucune étude concernant sa validation et ses valeurs métriques.

5.3.6. Vragenlijst Methadonverstrekking in Nederland (MVN)

Ce questionnaire a été utilisé aux Pays-Bas par F.M.H.M. Driessen (1990). Il s'agit d'un questionnaire qui, tout comme le TUF, est destiné à établir un profil d'institution. Ce questionnaire détaillé contient 111 items à visée descriptive de l'activité et l'organisation de l'institution.

6. Discussion

Tout au long de ce travail intitulé "Les prises en charge par traitements de substitution en Belgique, Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients", nous avons pris pour parti de nous référer, d'une part, au prescrit de la Loi, et d'autre part, aux constatations énoncées dans la Conférence de Consensus et son suivi.

6.1. Discussion critique de l'analyse quantitative

Trois outils ont été utilisés dans l'analyse quantitative. L'Addiction Severity Index a pour objectif de déterminer les besoins perçus en traitement et d'établir un profil du contexte de la toxicomanie. Le Quavisub, lui, évalue principalement la Qualité de Vie subjective et objective ainsi que la satisfaction éprouvée lors d'usage de produits ou de comportements addictifs. Le TUF est un outil descriptif permettant de dresser un profil général de l'institution. Afin d'évaluer la faisabilité et la pertinence de l'utilisation éventuelle de ces outils en routine, chaque institution a appliqué elle-même ces divers instruments.

6.1.1. L'Addiction Severity Index

L'ASI a déjà été utilisé dans plus d'un millier de sites dans le monde, c'est dire que, moyennant certains dispositifs, il peut être appliqué auprès de toxicomanes ou d'alcooliques. A la lecture des articles publiés, il apparaît cependant que cet outil est surtout utilisé dans des centres de désintoxication résidentiels et hospitaliers qui incluent dans leur pratique une évaluation complète du patient lors de son entrée. Ce n'est pas du tout le contexte rencontré ici.

Sur le fond, les praticiens qui ont encodé les ASI reconnaissent la pertinence des domaines explorés et apprécient, dans cet outil, le fait qu'il élargisse la réflexion à l'ensemble des domaines de vie du toxicomane. Ils lui reprochent cependant sa lourdeur, la disproportion des items portant sur le passé par rapport à ceux explorant la vie actuelle, l'accent mis sur la gravité des problèmes sans mettre en exergue les facteurs positifs.

Sur le plan de l'encodage des items, celui-ci est complexe et nécessite d'une part le recours régulier au manuel et d'autre part une formation certifiée de 2 jours.

Sur le plan de sa validité statistique, l' α de Cronbach de l'indice composite « drogues » n'est pas extraordinaire dans la littérature internationale, et franchement mauvais dans notre échantillon. Par ailleurs, l'empan des items varie pour nombre de questions, ce qui rend son dépouillement plus complexe pour le chercheur.

Pour toutes ces raisons, il apparaît, au terme de cette étude, que l'ASI, bien qu'il nous ait donné une masse d'informations portant sur divers domaines de la vie du toxicomane, **n'est pas le questionnaire le plus approprié** au contexte de délivrance de traitements de substitution en Belgique ; il reste par contre un outil intéressant dans le cadre d'un centre de soin spécialisé en évaluations et mises au point.

6.1.2. Le Quavisub

Le Quavisub a déjà fait l'objet d'une cinquantaine d'études en France, en Belgique, au Canada et aux USA. Il s'agit d'un questionnaire explorant la Qualité de Vie tant subjective qu'objective. Il est composé d'une série d'outils qui ont été largement utilisés, en particulier le SLDS de Baker et Intigliata. Il se présente sous forme d'une auto-passation qui prend une vingtaine de minutes, le temps d'encodage étant de 10 minutes. Son encodage n'a pas posé de problèmes majeurs à la MASS de Charleroi qui les a fait remplir dans la Salle d'Accueil. Il a cependant été moins rempli dans les maisons médicales, pour des facteurs d'oubli du questionnaire d'une consultation à l'autre. Dans ce contexte, il serait souhaitable de disposer d'une version plus courte que celle utilisée, afin de pouvoir la remplir en salle d'attente.

Sur le fond, le Quavisub est un outil non spécifique. Il peut tout aussi bien être appliqué à des personnes en bonne santé qu'à des toxicomanes, et les auteurs ont bien démontré que le processus d'évaluation de la Qualité de Vie se base sur les mêmes critères chez les personnes en bonne santé et chez les patients. Il met la priorité sur la part subjective du sujet, tout en ne négligeant pas le contexte objectif. Il dispose en outre d'une échelle de satisfaction à l'usage de produits ou de comportements addictifs. Les praticiens ont apprécié la philosophie du questionnaire, plus proche de leur préoccupation clinique et le fait qu'il se penche sur les domaines de vie qui sont susceptibles d'amélioration.

Sur le plan statistique sa validité est très bonne quels que soient les critères. Son encodage est facilité par la mise à disposition d'un logiciel qui calcule automatiquement les scores composites avec le même empan et qui permet également d'imprimer un double rapport : un pour le patient (forme texte), un pour le thérapeute (forme graphique). Il ne nécessite aucune formation particulière pour l'encodage, par contre il nécessite un petit rafraîchissement des connaissances pour la lecture des graphiques qui sont présentés en écarts-types.

Diverses versions existent. En cas d'utilisation conjointe avec l'ASI, la version courte est la plus appropriée. Dans le cadre de la poursuite de cette étude, il est proposé d'utiliser la version moyenne augmentée de l'échelle de perception de sensations lors d'un usage de produits ou lors de l'accomplissement de comportements addictifs.

6.1.3. Le TUF

Le TUF a été utilisé en tant qu'outil à visée descriptive, afin de dresser un profil institutionnel. Il s'agit d'un outil expérimental proposé par le Point Focal Grec de l'Observatoire de Lisbonne. Le peu d'institutions étudiées ne nous permet pas de nous prononcer sur sa valeur discriminante et sur sa pertinence particulière. Il pourrait aisément être remplacé par un autre outil, s'il apparaissait plus adéquat.

6.2. Analyse qualitative

6.2.1. Province du Hainaut et Bruxelles-Capitale (Francophones)

Les démarches qualitatives se sont orientées dans deux approches différentes : d'une part, l'approche des Focus Groups (FG) a été utilisée avec les panels de médecins pratiquant les traitements de substitution en cabinet privé, en vue de faire émerger le plus d'opinions différentes possibles quant aux modalités d'encadrement desdits traitements, et à la faisabilité de la mise en place d'un dispositif d'évaluation adapté à cette pratique spécifique. Plusieurs hypothèses ont été émises, et des propositions de structures d'outils ont été faites.

D'autre part, l'approche d'interview institutionnelle a au contraire été utilisée dans les institutions en vue de faire émerger une parole institutionnelle consensuelle autour de l'utilisation des outils. Mis à part les avis techniques sur les questionnaires, l'apport principal des méthodes qualitatives aura été de montrer la très grande variété des types de prises en charge réalisées au travers des mêmes instruments : la prescription médicale et les traitements de substitution. Il apparaît dès lors qu'une évaluation clinique fiable et à long terme ne saurait faire l'économie du recensement de ces différentes pratiques, qui elles-mêmes reflètent autant de représentations et de philosophies de soins.

6.2.2. Questionnaires alternatifs

Une série de questionnaires alternatifs ont été analysés sur base de leur validité d'apparence. (Permettent-ils de répondre aux critères de la loi et de la Conférence de Consensus ? Sont-ils bien construits ? Sont-ils spécifiques ? Peuvent-ils être utilisés en routine dans une pratique médicale courante, et en particulier dans le contexte belge de délivrance de traitement de substitution en ambulatoire ? S'adaptent-ils à des philosophies de traitement et de prise en charge différentes ? Explorent-ils les objectifs prioritaires de prise en charge ?...).

- **Un seul questionnaire répond à quasi l'ensemble des critères énumérés ci-dessus : l'Evolutox.**
- **Deux questionnaires méritent de ne pas être rejetés vu leur brièveté : le « Mini-Questionnaire de Maison Médicale » et le « KULeuven -vragenlijst betreffende substitutie voor artsen ».**
- **Un questionnaire ne rencontre pas les critères de sélection : le « Vragenlijst Methadoncliënten in Nederland (MCN) ». Un questionnaire pourrait remplacer le TUF : le « Vragenlijst Methadonverstrekking in Nederland (MVN) ».**

Important : Aucun des questionnaires ne mentionne les changements attendus chez les patients par la prise en charge. Ceux-ci sont indispensables pour évaluer si l'institution (ou le praticien en cabinet privé), dans les domaines qu'elle se fixe, observe bien les changements escomptés. Il s'agirait soit de rajouter un item "changements attendus dans la prise en charge", soit de réaliser des focus group au sein des institutions.

7. Propositions et conclusions

7.1. Questionnaire final

Les auteurs, proposent deux formes de questionnaires :

- un questionnaire extra-court inspiré du « **Mini-Questionnaire de Maison Médicale** » et du « **KULeuven -vragenlijst betreffende substitutie voor artsen** » qui devrait être contenu sur 1 page et devrait pouvoir être complété après une consultation en moins de 3 minutes. Ce questionnaire doit encore faire l'objet de validation.
- un questionnaire standard composé des domaines suivants :
 - **Produits** : fréquence d'utilisation de toxiques et dosage du traitement substitutif.
 - **Indice de gravité**
 - **Marginalisation - autonomisation**
 - **Déviante sociale et aspects judiciaires**
 - **Etat de santé physique et psychologique y compris HIV et hépatites**
 - **Situation sociale**
 - **Evolution de l'alliance thérapeutique**
 - **Evénements de vie et éléments anamnestiques**
 - **Qualité vie subjective et objective**
 - **Echelle de perception de sensations lors d'un usage de produits ou lors de l'accomplissement de comportements addictifs**

7.2. Recommandations

Il est indispensable que l'usage de ces questionnaires fasse partie intégrante d'une « recherche-action » telle qu'elle a été définie dans la précédente étude concernant les MASS (Pelc I et al, 2001). Ils doivent donc être implémentés en même temps qu'un accompagnement des institutions dans leur processus de réflexion sur leurs objectifs de traitement. Pour ce faire, il faut :

1. que le remplissage des questionnaires donne lieu à un *feedback* immédiat (sous forme de rapport ou de graphiques compréhensibles). Le plus aisé étant de fournir un outil informatisé ;
2. que régulièrement soit rendu aux institutions un profil d'analyse de leurs encodages soit sous la forme de rapport écrit, soit (mieux) sous forme de rencontre entre l'institution et les centralisateurs de l'information ;
3. que les cliniciens puissent exprimer l'écart qu'ils observent entre les analyses et leurs préoccupations de terrain, et qu'il en soit tenu compte ;
4. que le questionnaire ne soit pas figé et que, en fonction des objectifs ou centres d'intérêts, des évaluations puissent être ajoutées (comme dans le RPM) ;
5. que les dimensions qualitatives qui concernent, notamment, les changements attendus et la relation thérapeutique, ne soient pas laissées pour compte et que le recueil de données ne soit pas un but en soi mais un moyen pour réfléchir sur les pratiques.

7.3. Conclusions

Les résultats d'ensemble de cette première étude sont les suivants :

1. Les traitements de substitution sont, en Belgique, correctement encadrés par des recommandations de bonne pratique mais pratiqués dans des environnements de soins et d'assistance médicaux très diversifiés avec, dans chacun des cas, des objectifs (donc des sens) du traitement très diversifiés ;
2. En-dehors d'institutions spécialisées dans le domaine, le nombre de praticiens pratiquant cette méthode est, d'une part, limité et le nombre de patients pris en charge par chacun d'eux, limité également ;
3. Aucun encadrement administratif n'existe à ce jour pour l'évaluation systématique des traitements et usages dans ce domaine. Par ailleurs, les demandes, par des équipes de recherche dans le domaine de l'usage de drogues, sont aujourd'hui importantes et limitent, de ce fait, de façon considérable, la possibilité pour les équipes de terrain, de participer à de telles évaluations, sauf si l'on se met dans une perspective de recherche-action évolutive au cours de l'étude et autorisant une intégration constante et efficiente de l'équipe de recherche avec les équipes de terrain ;
4. Vu les remarques précédentes, il y a lieu de proposer à ce stade deux types d'outils dont les caractéristiques devraient être celles décrites ci-dessus ;

5. Enfin, de telles recherches ne peuvent se faire que dans le cadre de recherches-action et bénéficier de ce fait d'une grande souplesse d'adaptation de sa méthodologie ; bien évidemment, dans le cadre de définitions précises des objectifs des études préalablement définis.

Bibliographie

- ABBEY A. & ANDREWS F.M. (1985) ; Modeling the Psychosocial Determinants of Quality of Life, in *Social Indicators Research*, 16(1), pp. 1-34
- *Actieplan Toxicomanie-Drugs / Programme d'Action Toxicomanie-Drogue* (02/02/1995), Kabinet van de Eerste Minister / Cabinet du Premier Ministre, Brussel / Bruxelles
- ALTERMAN A.I., BROWN L.S., ZABALLERO A. & MCKAY J.R. (1994) ; Interviewer Severity Ratings and Composite Scores of the ASI: A Further Look, in *Drug and Alcohol Dependence*, 34, pp. 201-209
- ANDREWS F.M. & CRANDALL R. (1976) ; The Validity of Measures of Self-Reported Well-Being, in *Social Indicators Research*, 3, pp. 1-19
- ANDREWS F.M. & INGLEHART R.F. (1979) ; The Structure of Subjective Well-Being in Nine Western Societies, in *Social Indicators Research*, 6, pp. 73-90
- ANDREWS F.M. & MCKENNEL A.C. (1980) ; Measures of Self-Reported Well-Being : Their Affective, Cognitive and Other Components, in *Social Indicators Research*, 8, pp. 127-155
- ANDREWS F.M. & ROBINSON J.P. (1991) ; Measures of Subjective Well-Being, in Robinson J.P., Shaver Ph. R. & Wrightsman L.S. ; *Measures of Social Psychology Attitudes*, vol. I, Academic Press, San Diego (Ca), pp. 61-115
- ANDREWS F.M. & WITHEY S.B. (ed.) (1976) ; *Social Indicators of Well-Being, American's Perception of Life Quality*, Plenum Press, New York
- ANDREWS F.M. & WITHEY S.B. (1974) ; Developing Measures of Perceived Life-Quality. Results from Several National Surveys, in *Social Indicators Research*, 1, pp. 1-26
- *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the EU* (1998), EMCDDA, Lisboa
- AURIACOMBE M., FRANQUES P. & MARTIN C. (1994) ; Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne. Bases scientifiques du traitement et données évaluatives de la littérature. L'expérience et la pratique du groupe de Bordeaux et Bayonne, in Guffens J. (ed.) ; *Toxicomanie, hépatites, SIDA*, Paris, 1994
- AVANTS S., MARGOLIN A. & SINDELAR J.L. (1999) ; Day Treatment Versus Enhanced Standard Methadone Service for Opioid-Dependant Patients : A Comparison of Clinical Efficacy and Cost, in *American Journal of Psychiatry*, 156, pp. 27-33
- BAKER F. & INTAGLIATA J. (1982) ; Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems, in *Evaluation & Program Planning*, 5(1), pp. 69-78
- BALL J.C. & ROSS A. (1991) ; *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, Springer-Verlag, New York
- BARTHWELL A. & GASTFRIEND D.R. (1994) ; Traitement de la polytoxicomanie, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 157-179
- BERGERET I., FROM L., JOOSTEN J., NICAISE P., PELC I (2001) ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers – Validation du module Résumé Toxicomanies Minimum (RTM)*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles
- BERGERET I., DE BACKER V., FROM L., JOOSTEN J., NICAISE P., PELC I (1999) ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles
- BERTSCHY G. (1995) ; Methadone Treatment : An Update, in *European Archives of Clinical Neuroscience*, 245, pp. 114-124
- *Besluit houdende uitvoeringsvoorschriften krachtens de Opiumwet (Opiumwetbesluit)* (09/12/2002), versie geldig vanaf 17 maart 2003.
- BOEKHOUT VAN SOLINGE T. (1996) ; *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk, Handel, gebruik en beleid*, CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
- BONIN B. (1999) ; Traitement substitutif par buprénorphine et travail en réseau, in *Annales Psychiatriques*, 14 (2), pp. 121-126
- BONNET N., BEAUVÉRIE P., GAUDONEIX-TAIEB M., POSSON N., IMBERT E. & FOURNIER G. (2001) ; Evolution de l'implication du pharmacien d'officine dans la prévention des dommages liés à l'usage de drogues et la dispensation des traitements de substitution, in *Annales de Médecine Interne*, 152, pp. 2515-2150

- BOVASSO G.B., ALTERMAN A.I., CACCIOLA J.S. & COOK T.G. (2001) ; Predictive Validity of the Addiction Severity Index's Scores in the Assessment of 2-Year Outcomes in a Methadone Maintenance Population, in *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), pp. 171-176
- BRADBURN N.M. (1969) ; *The Structure of Psychological Well-Being*, Adline, Chicago (Il.)
- BRADBURN N.M. & CAPLOVITZ D. (1965) ; *Reports on Happiness : A Pilot Study of Behavior Related to Mental Health*, Aldine, Chicago (Il.)
- BRECHER M. (EDS.) (1972) ; *The Consumers Union Report on Licit and Illicit drugs*, New Haven (CT)
- BROWN J. (1994) ; Pratique responsable en matière de méthadone à emporter, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 147-156
- BURKE D. (1994) ; Intégration des programmes de méthadone à la communauté, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 237-251
- BUTLER S.F., BUDMANN S.H., GOLDMANN R.J., BECKLEY K.E., TROTTIER D., NEWMAN F.L. & CACCIOLA J.S. (2001) ; Initial Validation of a Computer-Administered Addiction Severity Index : The ASI-MV, in *Psychology and Addictive Behaviors*, 15(1), pp. 4-12
- CACCIOLA J.S., ALTERMAN A.I., RUTHERFORD M.J., MCKAY J.R. & MULVANEY F.D. (2001) ; The Relationship of Psychiatric Comorbidity to Treatment Outcomes in Methadone Maintained Patients, in *Drug and Alcohol Dependence*, 61, pp. 271-280
- CAD/MSOC LIMBURG (1999) ; *Jaarverslag 1998*, Hasselt
- CAMPBELL A. (ed.) (1981) ; *The Sense of Well-Being in America, Recent Patterns and Trends*, McGraw Hill, New York
- CAMPBELL A. (1976) ; Subjective Measures of Well-Being, in *American Psychologist*, 31, pp. 117-124
- CAMPBELL A., CONVERSE P.H. & RODGERS W.L. (ed.) (1976) ; *The Quality of American Life, Perceptions, Evaluations and Satisfactions*, Russel Sage Foundation, New York
- CANTRIL H. (1965) ; *The Pattern of Human Concerns*, Rutgers University Press, New Brunswick (NJ)
- CARON J., MERCIER C. & TEMPIER R. (1997) ; Une validation québécoise du Satisfaction with Life Domains, in *Santé Mentale au Québec*, 22(2), pp. 195-217
- CARR-HILL R.A. (1989) ; Assumption of the QALY Procedure. Background Material for the Workshop on QALYs, in *Social Sciences & Medicine*, 29(3), pp. 469-477
- CHATTERJEE S.K. (1989) ; The Limitations of the International Drug Conventions, in ALBRECHT H.J. & VAN KALMTHOUT A. (eds.) ; *Drug Policies in Western Europe*, Freiburg, pp. 7-19
- COFFIN P.O. (1997) ; *Methadone Maintenance Treatment Research Brief*, Drug Policy Alliance, New York - San Francisco
- *Compendium des médicaments, XXI^e ed.* (2003) ; AGIM, Bruxelles
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE / HOGE GEZONDHEIDSRAAD (2000) ; *Rapport de suivi de la Conférence de Consensus sur la méthadone / Verslag over de follow-up van de Consensusconferentie over methadon*, Bruxelles / Brussel
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE / HOGE GEZONDHEIDSRAAD (1994) ; *Conférence de Consensus, traitements de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994 / Consensusconferentie substitutiebehandeling met methadon, 8 oktober 1994*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement / Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, Bruxelles / Brussel
- COOPER J.R., ALTMAN F., BROWN B.S. & CZECHOWICZ D. (1983) ; *Research in the Treatment of Narcotic Addiction : State of Art*, US Govt. Print. Off., Washington D.C.
- CORTEN PH., BERGERET I., FROM L., MERCIER C. & PELC I. (2002) ; *Are Psychiatric Patients Good Probands for Subjective Assessment of the Quality of Life ?* (à paraître)
- CORTEN PH. (1998) ; Le concept de "qualité de vie" vu à travers la littérature anglo-saxonne, in *L'information psychiatrique*, 74, 8 (11/1998), pp. 922-932
- CORTEN PH. & MERCIER C. (1998) ; *Quavistrat, évaluation des stratégies de qualité de vie / Evaluatie van strategieën voor levenskwaliteit*, Bruxelles
- CORTEN PH. & MERCIER C. (1997) ; Quavisub, in Coll. ; *Pattern of Quality of Life among People with Disabilities*, International Report NATO Collaborative Research Grant n° 910084, Northern Atlantic Treaty Organization (NATO), Brussels
- CRONBACH L.J. (1951) ; Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests, in *Psychometrika*, 16, pp. 297-333
- DAZORD A., GERIN P., BROCHIER C., CLUSE M., TERRA J.L. & SEULIN CH. (1993) ; Un modèle de qualité de la vie subjective adapté aux essais thérapeutiques : intérêts chez le patient dépressif, in *Santé Mentale au Québec*, 28(2), pp. 49-74
- DEGLON J.J. (2003) ; *Thirty Years of Substitution Therapy : an Assessment*, Fondation Phénix, Geneva
- DEGLON J.J. (1994) ; En quoi les pratiques de substitution favorisent-elles l'insertion sociale des toxicomanes ?, in *Annales de médecine interne*, 13, pp. 268-271

- DE KORT M. (1995) ; *Tussen patiënt en delinquent, Geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid*, Uitgeverij Verloren, Hilversum
- DE MAERE W., HARIGA F., BARTHOLEYNS F. & VANDERVEKEN M. (2000) ; *Gezondheid en druggebruik in het penitentiair milieu. Ontwikkeling van een epidemiologisch onderzoeksinstrument*, DWTC, Brussel
- DE MAERE W., HARIGA F., BARTHOLEYNS F. & VANDERVEKEN M. (2000) ; *Santé et usage de drogues en milieu carcéral, Développement d'un instrument de recherche épidémiologique*, SSTC, Bruxelles
- DE RUYVER B., VAN BOUCHAUTE J. & BALTHAZAR T. (1994) ; *Methadon : hulpmiddel of wondermiddel ?*, Garant, Leuven – Apeldoorn
- DERVAUX A. & LAQUEILLE X. (1999) ; Traitements de substitution : les règles de prescription, in *La revue du praticien*, 13, pp. 1589-1592
- DEVIS V. (2002) ; *Methadon substitutiebehandeling in de 'geïnteresseerde' huisartsenpraktijk : de praktische aanpak in Vlaamstalig Brussel, eindwerk opleiding huisartsgeneeskunde*, Vrije Universiteit Brussel, Brussel
- DOLE V.P. & JOSEPH H. (1978) ; Long-Term Outcome of Patients Treated with Methadone Maintenance, in *Annals of the New York Academy of Sciences*, 311, pp. 181-189
- DOLE V.P. & NYSWANDER M.E. (1967) ; Heroin Addiction : Metabolic Disease, in *Archives of Internal Medicine*, 120, pp. 19-24
- DOLE V.P., NYSWANDER M.E. & KREEK M.J. (1966) ; Narcotic Blockade, in *Archives of Internal Medicine*, 118, pp. 304-309
- DOLE V.P. & NYSWANDER M.E. (1965) ; A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction, in *Journal of the American Medicine Association*, 193, pp. 645-650
- DRAKE R.E., McHUGO G.J. & BIESANZ J.C. (1995) ; The Test-Retest Reliability of Standardized Instruments Among Homeless Persons with Substance Use Disorders, in *Journal of Studies on Alcohol*, 56(2), pp. 161-167
- DRIESSEN F.M.H.M., VÖLKER B.G.M., KREGTING J. & VAN DER LELIJ B. (1999) ; *De ontwikkeling van de situatie van methadoncliënten gedurende twee jaar*, Bureau Driessen, Den Haag-Utrecht
- DRIESSEN F.M.H.M. (1996) ; *Methadonverstrekking in Nederland*, Ministerie van WVC - Bureau Driessen, Rijswijk/Utrecht
- DRIESSEN F.M.H.M. (1992) ; *Methadonverstrekking in Nederland*, Ministerie van WVC - Bureau Driessen, Rijswijk/Utrecht
- DRIESSEN F.M.H.M. (1990) ; *Methadonverstrekking in Nederland*, Ministerie van WVC - Bureau Driessen, Rijswijk/Utrecht
- DUBURCQ A., CHARPAK Y., BLIN P. & MADEC L. (2000) ; Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients sous Buprénorphine Haut Dosage. Résultats de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex en Médecine de Ville), in *Revue épidémiologique et santé publique*, 48, pp. 363-373
- EDER H., FISCHER G., GOMBAS W., JAGSCH R., STUHLINGER G. & KASPER S. (1998) ; Comparison of Buprenorphine and Methadone Maintenance in Opiate Addicts, in *European Addiction Research*, 4, pp. 3-7
- EMCDDA (2002) ; *Drugs in focus, Key role of substitution in drug treatment*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg
- EMCDDA (2000) ; *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, "Insights Series" (3), Luxembourg
- FACY F. (2000) ; *Epidémiologie clinique des conduites d'usages et d'abus de drogues, Evaluation et toxicomanie : avancées méthodologiques*, INSERM, Paris
- FARELL M. & al. (2000) ; *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, EMCDDA, "Insights", n°3, Luxembourg
- FIELLIN D.A. & al. (1998) ; *Manual for Methadone Medical Management*
- FINNEGAM L.P. & WAPNER R.J. (1987) ; Narcotic addiction in pregnancy, in NEYBIL J.R. ; *Drug Abuse in Pregnancy*, Lea & Febinger, Philadelphia, pp. 203-222
- GACHET L. (1997) ; *La consommation des médicaments de substitution aux opiacés et le détournement des médicaments, Enquête comparative auprès des pharmaciens d'officine de l'agglomération grenobloise*, Thèse pour l'obtention du Doctorat en Pharmacie, Grenoble
- GASQUET I., LANCON C. & PARQUET P. (1999) ; Facteurs prédictifs de réponse au traitement substitutif par Buprénorphine Haut Dosage. Etude naturaliste en médecine générale, in *L'encéphale*, 6, pp. 645-651
- GERIN P., DAZORD A., SALIA. & BOISSEL J.P. (1992) ; L'évaluation de la dépression à la lumière du concept de qualité de vie subjective, in *L'Information Psychiatrique*, 68(5), pp. 47-56
- GRAPENDAAL M., LEUW E., & NELEN J.M. (1991) ; *De economie van het drugbestaan, Criminaliteit als expressie van levensstijl en loopbaan*, Gouda Quint, Arnhem
- HACHEY R & MERCIER C. (1992) L'impact des services de réadaptation sur la Qualité de Vie, in *Santé Mentale au Québec*, XVIII(2), pp 197-200

- HÄYRI M. (1991); Measuring the Quality of Life : Why, How & What?, in *Theoretical Medicine*, 12, pp. 97-
- HENDRICKS V.M., KAPLAN C.D., VAN LIMBEEK J. & GEERLINGS P. (1989) ; The Addiction Severity Index : Reliability and Validity in a Dutch Addict Population, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(2), pp. 133-141
- *Herontwerp van methadonverstrekking naar verslavingszorg* (2002), Bouman Verslavingszorg; Capelle aan den IJssel
- *Het Nederlandse drugbeleid, Continuïteit en verandering, brief van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie en van de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken aan de Tweede Kamer*, (15 september 1995), Rijswijk
- HODGINS D.C. & EL GUEBALY N. (1992) ; More Data on the Addiction Severity Index : Reliability and Validity with the Mentally Ill Substance Abusers, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(3), pp. 197-201
- HOGE GEZONDHEIDSRAAD / CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE (2000) ; *Verslag over de follow-up van de Consensusconferentie over methadon / Rapport de suivi de la Conférence de Consensus sur la méthadone*, Brussel / Bruxelles
- HOGE GEZONDHEIDSRAAD / CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE (1994) ; *Consensusconferentie substitutiebehandeling met methadon, 8 oktober 1994 / Conférence de Consensus, traitements de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994*, Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu / Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Brussel / Bruxelles
- INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE - LOUIS PASTEUR (2002) ; *Enquête de santé par interview – Belgique 2001*, IPH/EPI Reports, n° 2002-25, Bruxelles
- JAY M. (2002) ; Legislation : The First Hundred Years. What Happened When Drugs Were Legal and Why They Were Prohibited, lecture presented in *Legislation conference*, London, 17/07/2002
- JOHNSON R.E. (1992) ; A Controlled Trial of Buprenorphine Treatment for Opioid Dependence, in *Journal of the American Medicine Association*, 267, pp. 2750-2755
- JOSEPH H., STANCLIFF S. & LANGROD J. (2000) ; Methadone Maintenance Treatment (MMT) : A Review of Historical and Clinical Issues, in *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 67 (5 & 6)
- JOYNER L.M., WRIGHT J.D. & DEVINE J.A. (1996) ; Reliability and Validity of the Addiction Severity Index Among Homeless Substance Misusers, in *Substance Use and Misuse*, 31(6), pp. 729-751
- KALTENBACH K., SILVERMAN N. & WAPNER R. (1994) ; Maintien de la méthadone au cours de la grossesse, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 180-197
- *Koninklijk Besluit omtrent de handel in slaap- en verdoevende middelen* (31/12/1930), Brussel
- KOSTEN T.R., ROUNSAVILLE B. & KLEBER H.D. (1983) ; Concurrent Validity of the Addiction Severity Index, in *Journal of Mental and Nervous Disease*, 171, pp. 606-610
- KRAFT M., ROTHBARB A.B., HADLEY T.R., McLELLAN A.T. & ASCH D.A. (1997) ; Are Supplementary Services Provides During Methadone Maintenance Really Cost-Effective?, in *American Journal of Psychiatry*, 154, pp. 1214-1219
- KREEK M.J. (1987) ; Tolerance and Dependence : Implications for the Pharmacological Treatment of Addiction, in HARRIS L.S. (ED.) ; *Problems of Drug Dependence*, National Institute on Drug Abuse, Research Monograph 76, Rockville (MD)
- LAFITTE C., BONNAL F., DAULOUEDE J.P., TIGNOL J. (1998) ; Influence des traitements par la méthadone dans la prise en charge médicale des toxicomanes séropositifs pour le virus du SIDA : résultats d'une étude descriptive, Bayonne, 1996, in *L'Encéphale*, 24, pp. 205-214
- LALANDE A. & GRELET S. (2001) ; *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville, Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, Approche qualitative*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris
- LANE E.A., GUTHRIE S. & LINNOILA M. (1985) ; Effect of Ethanol on Drug and Metabolite Pharmacokinetics, in *Clinical Pharmacokinetics*, 1985 (10), pp. 228-247
- LANGROD J. (1994) ; Politiques et procédures d'admission, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 89-108
- LEDOUX Y. (2001) ; Le devenir de patients en cure substitutive au Réseau d'Aide aux Toxicomanes (RAT). Les dimensions de l'efficacité substitutive, in *Séminaire GEERMM : Evaluation et promotion de la qualité des soins aux toxicomanes, Projet de Recherche-Action : Substitutions en Europe*, Bruxelles
- LEONHARD C., MULVEY K., GASTFRIEND D.R. & SCHWARTZ M. (2000) ; The Addiction Severity Index. A Field Study of Internal Consistency and Validity, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, pp. 129-135
- LILLIN B. (1996) ; Les appels concernant la substitution à Drogues Info Service, in *Interventions*, 57, pp. 28-32

- *Loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques / Wet betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica* (24/02/1921), Bruxelles / Brussel
- *Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques / Wet strekkende tot de wettelijke erkenning van behandelingen met vervangingsmiddelen en tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica* (22/08/2002), Moniteur Belge / Belgische Staatsblad, Bruxelles / Brussel, 01/10/2002
- MARION I.J. (1994) ; L'analyse d'urine en tant qu'instrument clinique, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 133-145
- MARTIN C., GRABOT D., AURIACOMBE M., BRISSEAU S., DAULOUEDE J.P. & TIGNOL J. (1996) ; Données descriptives issues de l'utilisation de l'Addiction Severity Index en France, in *L'encéphale*, 22, pp. 359-363
- McCUSTER J., BIGELOW C., SERVIGNON C. & ZORN M. (1994) ; Test-Retest Reliability of the Addiction Severity Index Composite Scores Among Clients in Residential Treatment, in *American Journal of Addiction*, 3(3), pp. 254-262
- McLELLAN A.T., ARNDT I.O. & METZGER D.S. (1993) ; The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment, in *Journal of the American Medical Association*, 269, pp. 1953-1959
- McLELLAN A.T., KUSHNER H. & al. (1992) ; The Fifth Edition of the Addiction Severity Index, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, pp. 199-213
- McLELLAN A.T., LUBORSKY L., CACCIOLA J., GRIFFITH J., EVANS F., BARR H. & O'BRIEN C.P. (1985) ; New Data from the Addiction Severity Index : Reliability and Validity in Three Centers, in *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 173(7), pp. 412-422
- McLELLAN A.T., LUBORSKY L. & O'BRIEN C.P. (1982) ; Is Treatment for Substance Abuse Effective ?, in *Journal of the American Medical Association*, 247, pp. 1243-1428
- McLELLAN A.T., LUBORSKY L., O'BRIEN C.P. & WOODY G.E. (1980) ; An Improved Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients : the Addiction Severity Index, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, pp. 26-33
- MERCIER C. (1994) ; Improving the Quality of Life of People with Severe Mental Disorders, in *Social Indicators Research*, 33, pp. 165-192
- MEUWISSEN K., CASSELMAN J. & OPDEBEECK A. (2003) ; *Legal Aspects of Substitution Treatment, An Insight into 9 EU Countries*, EMCDDA, Lisboa
- MEUWISSEN K. (2001) ; De Medisch-Sociale Opvang Centra voor druggebruikers in België (MSOC's), in *Handboek Verslaving*, 2001, B 4365, pp. 1-26
- MICHALOS A.C. (1985) ; Multiple Discrepancies Theory, in *Social Indicators Research*, 16, pp. 347-413
- *Ministeriële Omzendbrief met betrekking tot de integrale aanpak van de drugproblematiek in de penitentiaire instellingen* (18/12/2000), nr. 1722
- NESHIN S. (1994) ; VIH et autres maladies infectieuses, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 199-224
- *Note politique du Gouvernement Fédéral relative à la problématique de la drogue* (2001), Bruxelles
- NYERS R.D., BORG S. & MOSSBERG R. (1986) ; Antagonism by Naltrexone of Voluntary Alcohol Selection in the Chronically Drinking Macaque Monkey, in *Alcohol*, 1986 (3), pp. 383-388
- OBSERVATOIRE EUROPEEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2000) ; *Examen des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution*, Rapport technique élaboré par l'OEDT à la demande du Secrétariat du Groupe Pompidou, Luxembourg
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2002) ; *Evolution de la prise en charge des toxicomanies ; Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001*, OFDT, Paris
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2002) ; *Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement*, OFDT, Paris
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2001) ; *Usagers de drogues injectables et Buprénorphine Haut Dosage, Analyse des déviations de son utilisation*, OFDT, Paris
- PARRINO M.W. (1992) ; *State Methadone Treatment Guidelines*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève
- PAYTE J.T. & KHURI E.T. (1994) ; Principe de détermination du dosage de la méthadone, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 109-131
- PAYTE J.T. & KHURI E.T. (1994) ; Durée du traitement à la méthadone et rétention, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 225-236
- PEGGY A. (1996) ; Buprenorphine as a Pharmacotherapy for Opiate Addiction. What Dose Provides a Therapeutic Response ?, in *American Journal on Addiction*, 5, pp. 220-230

- PELC I. (1985) ; Echelle d'évaluation des habitudes de boisson, in Cottraux J., Bouvard M. & Legeron P. ; *Méthodes et échelles d'évaluation du comportement*, Applications Psychotechniques, Issy-les-Moulineaux, pp. 232-235
- PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., MACQUET C., NOIRFALISE A. & al. (2001) ; *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers, Algemeen rapport*, DWTC, Brussel
- PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN J., MACQUET C., NOIRFALISE A. & al. (2001) ; *Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues, Rapport de synthèse global*, SSTC, Bruxelles
- PERDRIAU J.F., BACLE F., LALANDE M. & FONTAINE A. (2001) ; *Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, Étude prospective de suivi de 95 patients, Approche quantitative*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris
- PINOIT J.M. (1997) ; *Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés*, Masson, Paris
- PLANIJE M.P., SPRUIT I.P. & MENSINK C. (1999) ; *Fact Sheet 10 : Harddrugsbeleid : Opiaten update*, Trimbosinstituut, Utrecht
- *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue / Actieplan Toxicomanie-Drugs (02/02/1995)*, Cabinet du Premier Ministre / Kabinet van de Eerste Minister, Bruxelles / Brussel
- REISINGER M. (1999) ; Quinze ans de traitement à la buprénorphine, in *THS La Revue*
- REISINGER M. (1985) ; Buprenorphine as a New Treatment for Heroin Dependence, in *Drug Alcohol Dependence*, 16, pp. 257-262
- RICHARDSON F. C. & TASTO D. L. (1976) ; Development and Factors Analysis of a Social Anxiety Inventory, in *Behavior Therapy*, 7, pp. 453-462
- *Richtlijnen voor het opsporings- en strafvorderingsbeleid inzake strafbare feiten van de Opiumwet*, vastgesteld op 11/09/1996, inwerkingtreding op 01/10/1996, bijlage A
- ROBAYE F. (1957) ; *Niveaux d'aspiration et d'expectation*, Presses Universitaires de France (PUF), Paris
- ROSEN C.S., HENSON B.R., FINNEY J.W. & MOOS R.H. (2000) ; Consistency of a Self-Administered and Interview-Based Addiction Severity Index Composite Scores, in *Addiction*, 95(3), pp. 419-425
- SASZ TH. (1961) ; *The Myth of Mental Illness*, Paul B. Hoeber Inc., New York
- SCHOTTENFELD R.S., PAKES J.R., OLIVETO A., ZIEDONIS D. & KOSTEN T.R. (1997) ; Buprenorphine Versus Methadone Maintenance Treatment for Concurrent Opioid Dependence and Cocaine Abuse, in *Archives of General Psychiatry*, 54, pp. 713-720
- SIMARD G. (1989) ; *La méthode du "Focus Group"*, Mondia, Coll. "Animer, Planifier et Evaluer l'action", Laval (Québec)
- STRAIN E.C., STITZER M.L., LIEBSON I.A. & BIGELOW G.E. (1996) ; Buprenorphine Versus Methadone in the Treatment of Opioid Dependence : Self-Reports, Urinalysis and Addiction Severity Index, in *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16, pp. 58-67
- STRAIN E.C., STITZER M.L., LIEBSON I.A. & BIGELOW G.E. (1994) ; Comparison of Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence, in *American Journal of Psychiatry*, 151, pp: 1025-1030
- TESTA M.A. & SIMONSON D.C. (1996) ; Assessment of Quality of Life Outcomes, in *Current Concepts*, 334 (13), pp. 835-840
- TORRANCE G.W. (1987) ; Utility Approach to Measuring Health Related Quality of Life, in *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), pp. 593-600
- TRACHTENBERG M.C. & BLUM K. (1987) ; Alcohol and Opioid Peptides : Neuropharmacological Rationale for Physical Craving of Alcohol, in *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1987 (13), pp. 365-372
- TRÉMEAU F., DARREYE A., KHIDICHIAN F., WEIBEL H., KEMPF M., GRETH PH., SCHNEIDER J.L., WANTZ C., WEBER B., STÉPIEN S. & MACHER J.P. (2002) ; Impact d'un traitement de substitution par méthadone sur des sujets dépendants aux opiacés évalués par l'Addiction Severity Index et des contrôles urinaires, in *L'encéphale*, 28, pp. 448-453
- TRÉMEAU F., DARREYE A. & GRETH PH. (1998) ; Traitement de substitution par la méthadone et troubles psychiatriques, in *Annales de Psychiatrie*, 13, pp. 268-271
- UEHLINGER C., DEGLON J., LIVOTI S., PETITJEAN S., WALDVOGEL D. & LADEWIG D. (1998) ; Comparison of Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence, in *European Addiction Research*, 4, pp. 13-18
- *United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988)*, Vienna
- *United Nations Convention on Psychotropic Substances (1971)*, Vienna
- *United Nations Single Convention on Narcotics Drugs (1961), as amended by the protocol of 25 March 1972 (1972)*, New York
- VAN DEN BRINCK W. & al. (2002) ; *Heroïne op medisch voorschrift, Verkorte weergave van de rapportage*, Centrale Commissie Behandeling Heroïne-verslaafden (CCBH), Utrecht

- VAN DIJCK A. (1997) ; *Tolerant Nederland ? Een socio-culturele studie van het Nederlandse beleid inzake roesmiddelen*, licentiaatsthesis Politieke en Sociale Wetenschappen, UIA, Antwerpen
- WEBER J.C. & KOPFERSCHMITT J. (1998) ; Les traitements de substitution chez le toxicomane, in *Presse médicale*, 27, pp. 2088-2099
- *Wet betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdoovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica / Loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques* (24/02/1921), Brussel / Bruxelles
- *Wet strekkende tot de wettelijke erkenning van behandelingen met vervangingsmiddelen en tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdoovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica / Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques* (22/08/2002), Belgische Staatsblad / Moniteur Belge, Brussel / Bruxelles, 01/10/2002
- *Wet tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (Opiumwet)*, + de verschillende wetwijzigingen (12/05/1928). Laatste versie: Staatsblad 2003, 217, geldig vanaf 10 augustus 2003
- WOLFF K., SANDERSON M., HAY A.W.M. & RALSTRICK D (1991) ; Methadone Concentrations in Plasma and Their Relationship to Drug Dosage, in *Clinical Chemistry*, 37(2), pp. 205-209
- WOODY G.E., McLELLAN A.T., LUBORSKY L. & O'BRIEN C.P. (1995) ; Psychotherapy in Community Methadone Programs : a Validation Study, in *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 1302-1308
- ZANIS D.A., McLELLAN A.T., CNAAM R.A. & RANDALL M. (1994) ; Reliability and Validity of the Addiction Severity Index with a Homeless Sample, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6), pp. 541-548
- ZWIBEN J.E. (1994) ; Aspects cliniques du traitement à la méthadone, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 71-87
- ZWIBEN J.E. & PAYTE J.T. (1990) ; Methadone Maintenance in the Treatment of Opioid Dependence : A Current Perspective, in *Western Journal of Medicine*, 152(5), pp. 588-599

URL's

- Evaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge – synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche, juin 1998, in http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/36_subutex.htm ; 28/06/2003
- <http://eibdata.emcdda.org/Treatment/Process/ttuf.shtml> ; 20/08/03
- <http://fmm.victory-creation.com> ; 20/08/2003
- <http://www.drugtext.org/library/articles/peddr0026.htm> ; 13/01/2003
- http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/substitution_legal.pdf ; 28/06/2003
- http://www.feditobxl.be/projet_lama/presentation.html ; 20/08/2003
- http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/Brochures/consensusconferentie_methadone.html / http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Francais/Brochures/conference_consensus_methadone.html ; 11/09/2002
- <http://www.iph.fgov.be> ; 18/08/2002
- http://www.lindsmith.org/cites_sources/brief14.html ; 02/05/2000
- <http://www.openbaarministerie.nl/publikat/drugs/drugsrl.htm> ; 12/07/2003
- <http://www.trimbos.nl/nlfsheet/fc10nl.html> ; 01/04/2003
- VERSTER A. & BUNING E. (2000) ; Methadone Guidelines, in <http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesuk/guidelines.htm> ; 11/09/2002