

## *Evaluation de la Délivrance de Méthadone en Belgique*

Yves Ledoux

**Avec la collaboration de Jean-Paul Brohée et de Jan Lagrain**

## Remerciements

Nous tenons à remercier pour leur soutien et leur collaboration :

Les pharmaciens Jean-Paul Brohée et Jan Lagrain, dont l'expérience dans la délivrance de méthadone a guidé le travail de recherche en lui permettant de rester proche de la réalité vécue par le pharmacien d'officine. Leur implication dans les aspects les plus rébarbatifs de l'organisation de l'étude a favorisé une extension maximale du champ d'investigation.

Le pharmacien Jean-Paul Brohée, promoteur de l'étude au nom de l'Association Pharmaceutique Belge a joué un rôle fondamental pour favoriser l'introduction d'une nouvelle culture de recherche dans le domaine social parmi ses confrères de l'APB. Nous espérons qu'il puisse poursuivre dans cette voie avec son dévouement et ses capacités remarquables d'implication. Il fut le premier à comprendre le rôle nouveau du pharmacien d'officine dans le traitement de substitution et surtout à commencer à le faire connaître au-delà de la profession.

Cette étude a aussi bénéficié du soutien actif des pharmaciens Bernard Bailleux et Philippe Wéry, ainsi que de celui des autres membres du Groupe de travail « Assuétudes » de l'Association Pharmaceutique Belge. L'APB a fourni un cadre et de nombreux moyens complémentaires au bon déroulement de l'étude. Son nouveau Président, le pharmacien Filip Babylon a poursuivi dans cette voie en contribuant de façon volontaire au programme de recherche.

Nous avons conscience d'avoir bousculé certaines routines de fonctionnement de l'APB, mais nous osons croire que l'ouverture aux délicates réalités humaines inaugurées par cette étude permettra à l'Association de faire mieux connaître ses potentiels et de gagner en reconnaissance sociale largement méritée.

Le glossaire statistique a été préparé en collaboration avec Monsieur Bertrand Spago et l'équipe de l'Institut de Pharmaco-Epidémiologie Belge (IpheEB-IFEB).

Bien entendu, rien n'aurait été envisageable sans le dynamisme et le travail d'évaluation réalisé par les 800 pharmaciens des deux Communautés, dont 329 ont consacré bénévolement un temps précieux à détailler la situation de chacun de leurs patients. Nous tenons aussi à mentionner la participation parmi ces pharmaciens d'affiliés de l'Association professionnelle Ophaco. Nous exprimons aussi notre reconnaissance à cette autre association professionnelle pour sa bienveillance vis-à-vis de cette étude promue par l'APB.

Enfin, les patients en traitement de substitution ont eux-mêmes contribué à cette étude en utilisant un instrument qui balayait de nombreux aspects de leur existence. Ils l'ont fait avec le souci de rendre compte des difficultés qu'ils rencontraient à sortir du piège qui s'était refermé sur eux et à clamer leur désir de recouvrer leur pleine citoyenneté.

Nous leur dédions ce travail en souhaitant qu'il puisse contribuer à faire reconnaître leur humanité.

## Table des matières

<i>Remerciements</i> .....	2
<i>A. Evaluation de la délivrance de méthadone par les pharmaciens d'officine</i> .....	12
<b>1. Introduction méthodologique</b> .....	12
1.1. Objectifs de l'étude .....	12
1.2. Moyens mis en œuvre .....	12
1.3. Aspects méthodologiques .....	12
4. Difficultés rencontrées .....	14
<b>2. Résultats démographiques</b> .....	16
2.1. Présentation de l'échantillon de l'étude .....	16
<b>Tableau 2.1 : Echantillon selon la délivrance de méthadone et l'évaluation réalisée (par Région en nombres absolus et pourcentages des officines participantes)</b> .....	16
<b>Tableau 2.2: Portée de l'étude. Nombre de patients des officines participantes</b> .....	18
<b>à l'évaluation globale</b> .....	18
2.2. Nombre de patients par officine.....	20
<b>Graphe 2.3: Nombre de patients par officine (en classes) en % par Région (n = 792 officines)</b> .....	20
<b>Tableau 2.4 : Les autres substituts délivrés dans les officines de l'échantillon global</b> ....	21
<b>3. La question de la supervision</b> .....	22
<b>Graphe 3.1 : Forme de la préparation de méthadone en % par Région</b> .....	25
<b>4. Historique de la délivrance de méthadone en officine à Bruxelles, en</b> .....	26
<b>Wallonie et en Flandre</b> .....	26
<b>Graphe 4.1: Année de début de la délivrance de méthadone – En nombre d'officines</b> ....	26
<b>Graphe 4.2 : Année de début de la délivrance de méthadone – En nombre d'officines</b> ....	27
<b>5. Les pharmaciens de l'Observatoire : Eléments démographiques</b> .....	28
5.1. Genre et Age des pharmaciens.....	28
<b>Graphe 5.1.1 : Genre du pharmacien selon la Région</b> .....	28
<b>Tableau 5.1.2: Age du pharmacien</b> .....	29
<b>Tableau 5.1.3 : Age du pharmacien selon le Genre</b> .....	29
<b>Tableau 5.1.4: Nombre de patients selon le Genre du Pharmacien</b> .....	29

5.2. Indicateur de la taille de l'officine : le nombre d'employés .....	29
<b>Graphe 5.2 : Nombre d'employés de l'officine selon la Région .....</b>	<b>30</b>
<b>6. Brève épidémiologie des cures substitutives par Région selon l'évaluation .....</b>	<b>31</b>
<b>des pharmaciens .....</b>	<b>31</b>
<b>Graphe 6.1 : Age (en classes) à la première évaluation –octobre 2002- des patients.....</b>	<b>32</b>
<b>en % par Région – Total : n = 1518 et moyennes d'âge par Région.....</b>	<b>32</b>
<b>(avec âge au suivi mi-2004) .....</b>	<b>32</b>
<b>Tableau 6.3 : Comparaison des moyennes d'âge entre Provinces.....</b>	<b>33</b>
<b>Graphe 6.2 : Classes d'âge par Province (%).....</b>	<b>33</b>
<b>Graphe 6.3 : Classes d'âge par Province – avec spécification des patients de France(%)</b>	<b>34</b>
<b>7. La durée du contact des patients en officine .....</b>	<b>35</b>
<b>Tableau 7 : Durée du contact en officine .....</b>	<b>35</b>
<b>Graphe 7 : Durée du contact en officine en catégories (%) .....</b>	<b>35</b>
<b>Situation en octobre 2002 .....</b>	<b>35</b>
7.1. Durée du contact selon la Région .....	36
<b>Graphe 7.1 : Durée du contact (en mois) selon la Région (% par Région).....</b>	<b>36</b>
7.2 Test du rapport entre la durée du contact en officine et la durée de la cure actuelle.....	36
<b>Tableau 7.2.1: Type d'écart entre la durée du contact en officine et de la prise en charge thérapeutique actuelle .....</b>	<b>37</b>
<b>8. Le dosage de la méthadone.....</b>	<b>38</b>
<b>Graphe 8.1 : Le dosage initial de la méthadone selon la Région (en catégories).....</b>	<b>38</b>
<b>Graphe 8.2 : Le dosage actuel de méthadone selon la Région (en catégories) .....</b>	<b>38</b>
<b>Tableau 8.1 : Dosage initial et actuel de méthadone selon la Région (en moyennes) .....</b>	<b>39</b>
<b>9. Analyse multivariée de la supervision pharmaceutique.....</b>	<b>40</b>
<b>Tableau 9.1 : Régression Logistique de la prise sur place de la méthadone dans l'officine .....</b>	<b>40</b>
<b>10. Indice des problèmes comportementaux en officine.....</b>	<b>40</b>
<b>Tableau 10 : Indice cumulatif des problèmes comportementaux.....</b>	<b>41</b>
<b>10.1. Problèmes comportementaux selon la Région.....</b>	<b>41</b>
<b>Graphe 10.1 : Présence d'au moins un problème selon la Région (%).....</b>	<b>41</b>
<b>10.2. Problèmes comportementaux selon le nombre de patients accueillis .....</b>	<b>42</b>
<b>Graphe 10.2 : Présence d'au moins un problème selon le nombre de patients (%) .....</b>	<b>42</b>
<b>Tableau 10.2 : Indice cumulatif de problèmes comportementaux selon le nombre de patients .....</b>	<b>42</b>
<b>10.3. Problèmes comportementaux selon les caractéristiques du patient.....</b>	<b>43</b>
10.3.1. Problèmes comportementaux selon l'occupation du patient .....	43
Tableau 10.3.1. Problèmes comportementaux selon l'occupation du patient .....	43
10.3.2. Problèmes comportementaux selon la co-prescription .....	44
Tableau 10.3.2 : Problèmes comportementaux selon la co-prescription .....	44
10.3.3 Analyse multivariée par régression logistique de l'existence d'au moins un problème comportemental du patient en officine .....	45
Tableau 10.3.3 : Régression logistique de l'existence d'au moins un problème comportemental en officine –Présentation des risques relatifs. N = 1382.....	45
<b>11. Analyse factorielle des attitudes du pharmacien d'officine vis-à-vis du patient.....</b>	<b>46</b>
<b>Tableau 11. : Les dimensions de l'attitude du pharmacien envers le patient .....</b>	<b>47</b>
11.1. Attitudes du pharmacien selon les caractéristiques démographiques .....	48
<b>Tableau 11.1.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le Genre du pharmacien.....</b>	<b>48</b>
<b>Tableau 11.1.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le Genre du patient .....</b>	<b>49</b>
Tableau 11.1.2.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien masculin selon le Genre du patient.....	49
Tableau 11.1.2.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien féminin selon le Genre du patient.....	50
Tableau 11.1.3 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon l'âge du patient .....	50

11.2. Attitudes du pharmacien selon la durée du contact .....	51
<b>Tableau 11.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la durée du contact avec le patient.....</b>	<b>51</b>
11.3. Attitudes du pharmacien selon l'occupation du patient.....	52
<b>Tableau 11.3. : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon l'occupation du patient..</b>	<b>52</b>
11.4. Attitudes du pharmacien selon la Région .....	53
<b>Tableau 11.4.1: Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la Région .....</b>	<b>53</b>
11.5. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le type de suivi pharmaceutique .....	53
<b>Tableau 11.5.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la forme.....</b>	<b>54</b>
<b>11.5.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la fréquence de délivrance .....</b>	<b>54</b>
<b>Tableau 11.5.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la fréquence de délivrance .....</b>	<b>54</b>
<b>11.5.3. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prise de méthadone .....</b>	<b>55</b>
<b>sur place actuellement .....</b>	<b>55</b>
<b>Tableau 11.5.3 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prise de méthadone sur place actuellement.....</b>	<b>55</b>
<b>11.5.4. : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le dosage.....</b>	<b>55</b>
<b>Tableau 11.5.4. : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le dosage.....</b>	<b>56</b>
11.6 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la co-prescription de psychotropes .....	56
<b>11.6.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription de Benzodiazépines .</b>	<b>56</b>
<b>Tableau 11.6.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription de Benzodiazépines.....</b>	<b>57</b>
<b>11.6.2. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription de Flunitrazépam ....</b>	<b>57</b>
<b>Tableau 11.6.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription de Flunitrazépam .....</b>	<b>57</b>
<b>11.6.3. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription de Flunitrazépam ....</b>	<b>57</b>
<b>Tableau 11.6.3 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription d'Antidépresseur.....</b>	<b>58</b>
<b>12. Conclusion de l'évaluation du pharmacien d'officine .....</b>	<b>58</b>
<b>B. Les patients en cure substitutive en Belgique par eux-mêmes .....</b>	<b>59</b>
<b>Avant-Propos.....</b>	<b>59</b>
<b>1. Sociographie des patients répondant au questionnaire auto-administré.....</b>	<b>61</b>
1.1. Aspects démographiques actuels : .....	61
1.1.1. L'âge des patients.....	61
<b>Tableau 1.1.1. Age des patients.....</b>	<b>61</b>
1.1.2. Différences d'âge entre les Régions .....	61
<b>Tableau 1.1.2. Moyennes d'âge selon la Région .....</b>	<b>61</b>
1.1.3. Genre des patients selon les Régions .....	62
1.2. Origine sociale .....	62
1.2.1. Nationalité : .....	62
<b>Tableau 1.2.1.: Nationalité et Origine nationale .....</b>	<b>62</b>
<b>Tableau 1.2.2.: Origine nationale selon la Région.....</b>	<b>62</b>
1.2.3. Milieu d'origine.....	62
<b>Graphe 1.2.3.1. : Profession du père .....</b>	<b>63</b>
<b>Tableau 1.2.3.1. : Profession du père .....</b>	<b>63</b>
<b>Tableau 1.2.3.2. : .....</b>	<b>64</b>
<b>Profession ouvrière du père (avec correction de données manquantes).....</b>	<b>64</b>
<b>Graphe 1.2.3.2. : Profession du père selon la Région.....</b>	<b>65</b>
1.2.3.2. Profession de la mère .....	65
<b>Tableau 1.2.3.2 : Profession de la mère.....</b>	<b>66</b>
1.3. Décès du père, de la mère .....	66
1.3.1. Décès du père et de la mère et antériorité par rapport à l'usage d'opiacés .....	66
1.3.2. Décès du père et de la mère et incarcération.....	67
1.4. Niveau d'études .....	68

Graphe 1.4.1. : Niveau d'études atteint (résidents en Belgique).....	68
Graphe 1.4.2. : Niveau d'études atteint selon la Région (sans les résidents de France)..	69
Graphe 1.4.2.1. : Niveau d'études atteint selon la profession du père .....	70
Ouvrière ou autre- Résidents de Belgique.....	70
Graphe 1.4.3.2 : Niveau d'études atteint selon la profession du père .....	70
Ouvrière ou autre - Flandre.....	70
Graphe 1.4.3.3 : Niveau d'études atteint selon la profession du père .....	71
Ouvrière ou autre – Wallonie .....	71
1.5. Mode de vie actuel.....	72
Tableau 1.5.1. Etat civil et situation familiale .....	72
Tableau 1.5.2. Relation de couple selon la Région .....	73
1.6. Statut (par rapport à la toxicomanie) du partenaire .....	73
Tableau 1.6. Statut du partenaire par rapport à l'usage de drogues.....	73
1.7. Les ressources du patient .....	74
1.7.1. Les ressources principales du patient .....	74
Tableau 1.7.1 Ressources principales (Résidents en Belgique).....	74
1.7.2 Ressources principales selon la Région.....	75
Graphe 1.7.2 : Ressources principales selon la Région .....	75
1.7.3. Ressources et durée de l'usage de méthadone.....	76
Tableau 1.7.3. : Travail légal ou au noir selon la durée de l'usage de méthadone .....	76
1.7.4 Expérience du travail et ressenti actuel face au travail.....	77
1.7.4.1 Résultats pour le résidents de Belgique et par Région .....	77
Tableau 1.7.4.1 : Expérience du travail rémunéré.....	77
Tableau 1.7.4.2 : Expérience du travail rémunéré selon la Région.....	77
Tableau 1.7.4.3. Se sent en état de travailler .....	77
Tableau 1.7.4.4.: Se sent en état de travailler selon la Région .....	78
Tableau 1.7.4.5.: Souhaite travailler .....	78
Tableau 1.7.4.6.: Souhaite travailler selon la Région.....	78
1.7.5.Rôle de la cure substitutive dans le ressenti face au travail.....	79
Graphe 1.7.5. Ressenti face au travail selon la durée de l'expérience avec la méthadone	79
1.8.Séparation des enfants.....	79
Tableau 1.8.1. Ne vit pas avec tous ses enfants.....	79
Graphe 1.8.1.Satisfaction de la vie selon la séparation de ses enfants- n =181 patients- parents.....	80
Tableau 1.8.2.: « Ne vit pas avec tous ses enfants » selon la Région.....	80
2. Le passé du patient.....	81
2.1. L' usage de drogues .....	81
2.1.1. Graphe 2.1. Année de début de l'usage d'héroïne .....	81
Patients de Belgique.....	81
Graphe 2.1.2 : Année de début de l'usage d'héroïne – Patients de Wallonie (n=237).....	82
Graphe 2.1.3 : Année de début de l'usage d'héroïne – Patients de Flandre (n =95) .....	82
2.2. Chronologie individuelle de l'usage d'héroïne.....	83
Tableau 2.2 : Age moyen et précisions statistiques.....	83
sur l'âge de début de l'usage d'héroïne.....	83
Graphe 2.2 : Age de début de l'usage d'héroïne .....	83
Patients de Belgique.....	83
Tableau 2.2.1. : Age de début de l'usage d'héroïne selon la Région.....	84
2.2.2. Période historique et début de l'usage d'héroïne.....	84
Graphe 2.2.2. Age de début de l'usage d'héroïne par période historique de début .....	84
Ensemble des patients – n = 460 .....	84
2.3. Mode d'usage.....	85
2.3.1. L'injection et la chronologie de son abandon.....	85
Tableau 2.3.1.1 : Expérience de l'usage par IV (ensemble de la population) .....	85
Tableau 2.3.1.2 : Expérience de l'usage par IV selon la Région.....	85
Tableau 2.3.1.3 : Dynamique de l'abandon de l'usage par IV.....	85

Tableau 2.3.1.4 : Dynamique de l'abandon de l'usage par IV selon la Région .....	86
Evolution historique de l'usage par IV .....	86
Graphe 2.3.1.5: Evolution historique de l'usage par IV. Ensemble de la population .....	87
Usage par IV selon l'année de début de l'héroïne (% par période) .....	87
2.3.2. Les comportements dommageables liés à l'injection .....	87
Tableau 2.3.2.1. : Le partage de la seringue avec les amis .....	88
Tableau 2.3.2.2. : Le partage du matériel (tampons, cuillères,...) avec les amis .....	88
Tableau 2.3.2.3. : Le partage de la seringue ou du matériel (tampons, cuillères,...) avec les amis au moins une fois .....	88
Tableau 2.3.2.4. : Partage de la seringue ou du matériel selon l'année de début de la toxicomanie- Usagers par IV .....	89
Graphe 2.3.2.5 : Partage de la seringue ou du matériel selon le début de la toxicomanie .....	89
2.4. L'usage de la Méthadone au « noir » .....	90
Tableau 2.4 : Usage de méthadone « au noir » .....	90
2.4.1. Usage de méthadone « au noir » selon la Région .....	90
Graphe 2.4.1 : Usage de Méthadone au noir selon la Région .....	90
2.4.2. Usage de méthadone « au noir » selon l'année de début de l'usage d'héroïne .....	91
Tableau 2.4.2 : Usage de Méthadone au noir selon l'année de début de l'usage d'héroïne .....	91
2.4.3. Chronologie de l'usage de la méthadone « au noir » et prescrite .....	91
Tableau 2.4.3 : Chronologie de l'usage au noir .....	91
2.4.4. Les motifs du recours à la méthadone « au noir » .....	92
Tableau 2.4.4.1. : Motif de type « auto médication » de l'usage de la méthadone « au noir » .....	92
selon l'année de début de l'usage d'héroïne (parmi les usagers « au noir ») .....	92
Tableau 2.4.4.2. : Motif de type « ambigu » de l'usage de la méthadone « au noir » .....	92
2.5. Aspects « économiques » pour l'usager .....	93
Tableau 2.5.1 : Part des ressources consacrées aux drogues .....	93
Tableau 2.5.2 : Motivation « instrumentale » de la cure actuelle .....	93
Les dépenses en drogues constituent une motivation de la cure actuelle .....	93
3. Passé institutionnel : Maison d'Accueil et Prison .....	94
Tableau 3.1 : Les instances pré-thérapeutiques et « totales » (%) .....	94
Graphe 3.1: Les institutions totales pré-thérapeutiques (%) .....	94
4. Présent et Passé thérapeutique : trajectoires et « carrière » .....	95
4.1. La cure actuelle .....	95
Tableau 4.1 : Lieu de consultation du médecin .....	95
Graphe 4.1: Lieu de consultation du médecin .....	95
4.2. Cure actuelle et passé institutionnel pré-thérapeutique .....	97
Tableau 4.2.1 : Cure actuelle et incarcération passée –Patients de Belgique .....	97
4.3. Cure actuelle et passé thérapeutique .....	97
Tableau 4.3.1 : Prises en charge antérieures (en ligne) selon la cure actuelle (en colonne)- % .....	98
Tableau 4.3.2. Prises en charge antérieures selon la Région - n = 396- % par Région ...	99
BRUXELLES .....	99
Tableau 4.3.3. Prises en charge antérieures (en ligne) selon la cure actuelle (en colonne)- % .....	99
4.4. L'entrée dans le champ thérapeutique .....	100
Tableau 4.4.1 : Type de premiers soins pour usage de drogues .....	100
Ensemble de l'échantillon .....	100
4.5. Deux propositions de représentation des trajectoires .....	101
4.5.1. La variété des prises en charge thérapeutiques et institutionnelles .....	101
Tableau 4.5.1: Nombre d'instances de soins antérieures- % .....	101
Patients de Belgique .....	101
Tableau 4.5.1.2. Nombre d'instances de soins antérieures selon la Région .....	102

4.5.2. Nature substitutive des premiers soins pour usage de drogues .....	103
4.6. Autre approche de la trajectoire : .....	104
Type d'instance d'entrée (première prise en charge) et devenir actuel (lieu actuel de consultation ) .....	104
4.6.1. Trajectoire simplifiée : Croisement entre l'entrée dans le champ et la cure actuelle .....	104
Graphe 4.6.1: Lieu de consultation actuel et premiers soins institutionnels .....	105
4.6.2. Analyse par couples : Premiers soins / Cure actuelle .....	106
Tableau 4.6.2 : Relations significatives entre les premiers soins et la prise en charge actuelle .....	106
5. L'expérience de la méthadone : .....	108
5.1. Nombre de médecins prescripteurs depuis le début de l'usage de méthadone .....	108
Tableau 5.1. Nombre de médecins prescripteurs de méthadone .....	108
depuis la première prescription .....	108
5.2. Nombre de médecins prescripteurs au cours de l'année écoulée.....	108
Tableau 5.2. Nombre de médecins consultés pour une prescription de méthadone .....	108
en 2001.....	108
5.3. Nombre d'officines de pharmacie fréquentées au cours de l'année écoulée .....	109
Tableau 5.3. Nombre d'officines fréquentées pour une délivrance de méthadone .....	109
en 2001.....	109
5.4. Carrière de la Prescription de méthadone .....	110
5.4.1. Les âges de début .....	110
Tableau 5.4.1. Age au début de l'usage de méthadone, âge au début de la cure actuelle	110
5.4.1.1. Age au début de l'usage de méthadone, âge au début de la cure actuelle .....	111
Tableau 5.4.1.1. Age au début de l'usage de méthadone, âge au début de la cure.....	111
actuelle et âge actuel du patient selon la Région .....	111
Graphe 5.4.1.1. Age au premier usage de méthadone des patients de Flandre (%) .....	111
Graphe 5.4.1.2 : Age au premier usage de méthadone des patients de Wallonie.....	112
5.4.2. La latence des soins et de l'usage de méthadone selon la Région .....	113
Tableau 5.4.2. Ages de début et « latences » de soins selon la Région.....	113
5.4.4. Evolution de la carrière d'usage et de soins depuis la Conférence de Consensus sur la méthadone (C.C.M.) .....	113
Tableau 5.4.4. Ages de début et « latences » des soins avant et après la C.C.M. -.....	113
5.4.4.1. Evolution de la carrière d'usage et de soins depuis la Conférence de Consensus sur la méthadone (C.C.M.) en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles.....	114
Tableau 5.4.4.1. Ages de début et « latences » des soins avant et après la C.C.M. en Flandre .....	114
5.4.4.2. Ages de début et « latences » des soins avant et après la C.C.M. en Wallonie....	115
6. L'usage actuel : L'héroïne, les drogues, les médicaments, l'alcool .....	115
6.1. La poursuite de l'usage d'héroïne.....	115
6.1.1. Usage d'héroïne au cours des 3 derniers mois.....	115
Tableau 6.1.1. : A utilisé l'héroïne depuis 3 mois.....	115
Graphe 6.1.1. A utilisé l'héroïne depuis 3 mois (Patients de Belgique).....	116
6.1.1.1. Poursuite de l'usage d'héroïne selon la Région .....	116
Tableau 6.1.1.1. : Poursuite de l'usage d'héroïne selon la Région.....	116
Tableau 6.1.2. : Usage d'héroïne avec qui ? .....	117
6.1.3. Fréquence de la poursuite de l'usage d'héroïne.....	117
Tableau 6.1.3. : Fréquence de l'usage actuel d'héroïne.....	117
6.1.4. Evolution globale de l'usage d'héroïne ressentie par le patient .....	118
Tableau 6.1.4. : Evolution de l'usage d'héroïne .....	118
6.1.5.1. Usage actuel de l'héroïne par injection .....	118
Tableau 6.1.5.1: Usage actuel de l'héroïne par IV .....	118
6.1.5.2. Usage de l'héroïne par injection selon la Région .....	118
Tableau 6.1.5.2. : Usage actuel de l'héroïne par IV selon la Région .....	118
6.1.6. Chronologie de la fin de l'injection .....	119



<b>Tableau 6.1.6.1. : Chronologie de la fin de l'injection selon l'usage de méthadone .....</b>	<b>119</b>
<b>Tableau 6.1.6.2. : Poursuite de l'usage par IV (toutes drogues).....</b>	<b>119</b>
<b>Tableau 6.1.6.3. : Poursuite de l'usage par IV (toutes drogues) par Région.....</b>	<b>120</b>
6.2. L'usage de la cocaïne.....	120
<b>6.2.1. Usage actuel (depuis 3 mois) de la cocaïne.....</b>	<b>120</b>
<b>Tableau 6.2.1. : Poursuite de l'usage de cocaïne .....</b>	<b>120</b>
<b>6.2.2. : Usage par injection de la cocaïne .....</b>	<b>120</b>
<b>Tableau 6.2.2. : Usage par IV de la cocaïne.....</b>	<b>120</b>
<b>6.2.3. : Partage de l'usage de cocaïne .....</b>	<b>121</b>
<b>Tableau 6.2.3. : Usage de cocaïne : avec qui ? .....</b>	<b>121</b>
<b>6.2.4. Fréquence de l'usage actuel de cocaïne.....</b>	<b>122</b>
<b>Tableau 6.2.4. : Fréquence de l'usage actuel de cocaïne .....</b>	<b>122</b>
6.3. L'usage des autres drogues .....	123
<b>Tableau 6.3.1 : Drogues et psychotropes actuellement (depuis 3 mois) utilisées .....</b>	<b>123</b>
(b en % de chaque Région).....	123
<b>6.3.2. Nombre de drogues utilisées depuis 3 mois .....</b>	<b>124</b>
<b>Graphe 6.3.2: Nombre de drogues utilisées depuis 3 mois (%) .....</b>	<b>124</b>
<b>Patients de Belgique.....</b>	<b>124</b>
6.4. Les co-prescriptions .....	124
<b>Tableau 6.4.1. : Le médecin actuel prescrit aussi un autre médicament .....</b>	<b>124</b>
<b>Tableau 6.4.2. Prescription chez un autre médecin (patients de Belgique).....</b>	<b>125</b>
6.5. La prescription de benzodiazépines .....	125
<b>Tableau 6.5. Benzodiazépines prescrites par le médecin prescripteur de méthadone ...</b>	<b>125</b>
<b>ou au total (y compris avec autre médecin conjointement).....</b>	<b>125</b>
6.6. Prescription d'antidépresseur(s).....	125
<b>Tableau 6.6. : Prescription d'antidépresseur .....</b>	<b>125</b>
6.7. Le dosage actuel de méthadone .....	126
<b>Tableau 6.7. : Le dosage actuel de méthadone .....</b>	<b>126</b>
<b>Graphe 6.7.1 : Répartition des dosages (avec extrêmes) .....</b>	<b>126</b>
<b>6.7.2. Dosage de la méthadone selon la Région.....</b>	<b>127</b>
<b>Tableau 6.7.2.1. Dosage de méthadone selon la Région (moyennes) .....</b>	<b>127</b>
<b>6.7.2.1. Dosage actuel (en catégories) chez les patients de moins de 25 ans.....</b>	<b>127</b>
dans chaque Région de Belgique .....	127
<b>6.7.3. Dosage actuel de la méthadone et poursuite de l'usage d'héroïne .....</b>	<b>127</b>
<b>Tableau 6.7.3.1: Dosage actuel et poursuite de l'usage d'héroïne .....</b>	<b>127</b>
<b>Ensemble des patients de Belgique.....</b>	<b>127</b>
<b>Tableau 6.7.3.2.: Dosage actuel et usage par injection ou non .....</b>	<b>128</b>
<b>Tableau 6.7.3.4. : Dosage de la méthadone selon l'usage ou non de la cocaïne.....</b>	<b>128</b>
<b>Tableau 6.7.3.6. : Dosage de la méthadone selon l'usage par IV ou non de la cocaïne ...</b>	<b>129</b>
<b>Ensemble des patients de Belgique.....</b>	<b>129</b>
<b>6.7.4. L'évolution du dosage de méthadone et son effet .....</b>	<b>129</b>
<b>Tableau 6.7.4.1. L'évolution simplifiée du dosage .....</b>	<b>129</b>
<b>Tableau 6.7.4.2. L'évolution simplifiée du dosage et la poursuite de l'usage d'héroïne</b>	<b>129</b>
<b>Tableau 6.7.4.3 : L'évolution simplifiée du dosage et l'usage de cocaïne .....</b>	<b>130</b>
<b>7. Les mesures de bien-être .....</b>	<b>131</b>
7.1. L'indice de satisfaction.....	131
<b>Tableau 7.1. Valeur globale de l'indice de satisfaction.....</b>	<b>131</b>
7.2. Une mesure de bien-être : l'Indice de l'Organisation Mondiale de la Santé.....	132
<b>Tableau 7.2. : Valeur globale de l'indice de bien-être .....</b>	<b>132</b>
<b>Patients de Belgique.....</b>	<b>132</b>
7.3. Différences entre les Régions sur les indices de satisfaction et de bien-être.....	132
<b>Tableau 7.3. : Comparaison des indices de satisfaction et de bien-être .....</b>	<b>132</b>
7.4. Le paradigme de l'efficacité de la cure substitutive : L'Alliance Thérapeutique.....	133
<b>Tableau 7.4.1: Dimensions de l'analyse factorielle de l'Alliance thérapeutique.....</b>	<b>134</b>
<b>Tableau 7.4.2. Valeur de l'Indice d'Alliance thérapeutique .....</b>	<b>135</b>

7.4.3. Différences entre les Régions sur l'Alliance thérapeutique et ses dimensions .....	135
Tableau 7.4.3: Valeur globale et Dimensions de l'Alliance thérapeutique.....	136
selon la Région.....	136
7.4.4. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon l'expérience du décès du père	136
7.4.5. L'Alliance thérapeutique et ses dimensions selon l'expérience de la méthadone ..	137
« au noir » et sa motivation .....	137
Tableau 7.4.5.1. L'Alliance thérapeutique et ses dimensions .....	137
selon l'expérience de la méthadone « au noir ».....	137
Tableau 7.4.5.2. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions.....	138
selon l'usage de méthadone « au noir » par auto-médication.....	138
7.4.6. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon les conduites dommageables ..	138
Tableau 7.4.6. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon le Partage des .....	138
ustensiles liés à l'injection (parmi les utilisateurs IV) .....	138
7.4.7. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon la poursuite de l'usage d'héroïne	
.....	139
Tableau 7.4.7 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon la poursuite de l'usage	
d'héroïne .....	139
7.4.8. Analyse multivariée de l'Alliance thérapeutique .....	140
Tableau 7.4.8. Régression linéaire itérative de l'Alliance thérapeutique .....	141
7.5. Analyse multivariée de l'Indice de Satisfaction .....	143
Tableau 7.5 : Facteurs retenus de la Satisfaction du patient (Patients de Belgique).....	143
<b>8. L'effet des trajectoires thérapeutiques .....</b>	<b>145</b>
8.1. Poursuite de l'usage d'héroïne et « carrière thérapeutique » .....	145
8.2 : Mesures de bien-être et Cadre thérapeutique actuel .....	145
Tableau 8.2 : Cadre thérapeutique actuel et mesures de bien-être (Patients de Belgique)	
.....	145
8.3. Mesures de bien être et complexité de la carrière de soins .....	146
Tableau 8.3. Matrice des corrélations des Mesures de bien être et des indices de la	
complexité de la carrière de soins.....	146
<b>9. L'apport de la cure substitutive pour le patient : Le mieux-être mental, le recul vis-à-vis des</b>	<b>148</b>
<b>drogues et la mise en ordre avec la Justice. ....</b>	<b>148</b>
9.1 Préliminaire.....	148
Tableau 9 : L'Echelle globale d'Apport de la Cure Substitutive .....	148
Tableau 9.1. : Les dimensions de l'apport de la cure substitutive.....	150
9.2. Analyse des apports de la cure.....	151
9.2.1. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Age .....	151
Tableau 9.2.1. : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Age .....	151
Graph 9.2.1. Indice global de l'apport de la cure selon l'Age.....	151
9.2.2. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le mode de vie du patient	
.....	152
Tableau 9.2.2.1. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon la vie .....	152
commune avec une personne abstinente de drogues. ....	152
Tableau 9.2.2.2. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure.....	152
9.2.3. Indice global de l'apport de la cure selon la relation avec les parents.....	153
Graph 9.2.3. Indice global d'apport de la cure selon la Relation avec les Parents .....	153
9.2.4. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon les dimensions	
thérapeutiques .....	154
9.2.4.1. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Alliance thérapeutique	
Tableau 9.2.4.1. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Alliance	
thérapeutique.....	154
9.2.4.2 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le dosage de méthadone	
.....	154
Tableau 9.2.4.2 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le dosage de	
méthadone .....	154

<b>9.2.5.. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'évolution du dosage de méthadone.....</b>	<b>155</b>
Tableau 9.2.5.1 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'évolution du dosage de méthadone .....	155
9.2.5.2. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le lieu de la consultation .....	156
<b>Tableau 9.2.6. : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le lieu de la consultation.....</b>	<b>156</b>
<b>9.2.7. Analyse multivariée de l'apport de la cure (Indice global).....</b>	<b>157</b>
<b>Tableau 9.2.7. Résultats de la Régression linéaire itérative de l'Indice global d'apport de la cure (n=356).....</b>	<b>157</b>
<b>10. La relation du patient avec le pharmacien .....</b>	<b>159</b>
<b>Tableau 10 : Les dimensions de la relation du patient avec le pharmacien .....</b>	<b>161</b>
10.1. Analyse multivariée de l'Apport de la cure avec les dimensions de la relation au pharmacien.....	162
<b>Tableau 10.1.1 : Régression linéaire itérative de l'Apport de la cure avec les dimensions de la relation au pharmacien - Ensemble des patients de Belgique (n=356) .....</b>	<b>162</b>
10.2. L'évaluation croisée de l'attitude du pharmacien vis-à-vis du patient et l'attitude du patient concernant ses relations avec le pharmacien et la délivrance de méthadone.....	163
<b>Tableau 10.2. Corrélations entre les attitudes du patient (en ligne) et celles du pharmacien (en colonne) ; n = 282 .....</b>	<b>163</b>
<b>11. Enquête dans la population fréquentant les officines de pharmacie (« population générale »).....</b>	<b>165</b>
11.1. Les âges des divers groupes étudiés.....	166
11.2. Le mode de vie des patients et de la population de comparaison .....	166
11.3. Le niveau d'études .....	167
11.4. Relations et contacts avec les parents .....	168
11.5. Usage de médicaments, de drogues et d'alcool .....	169
<b>11.5.1. Usage de médicaments psychotropes (Tableau 11.4).....</b>	<b>169</b>
<b>11.5.2. Usage de tabac (Tableau 11.4) et de cannabis (Tableau 11.5) .....</b>	<b>170</b>
<b>11.5.3. La consommation d'alcool (Tableau 11.5).....</b>	<b>171</b>
11.6. Analyses multivariées de la consommation d'alcool.....	172
<b>11.6.1. Régression logistique de la consommation excessive (&gt; 20 litres /an) – Ensemble des patients.....</b>	<b>172</b>
<b>11.6.2. Régression logistique de la consommation excessive (&gt; 20 litres /an) .....</b>	<b>174</b>
<b>11.6.3. Régression logistique de la consommation excessive (&gt; 20 litres /an) – Femmes en traitement .....</b>	<b>175</b>
11.7. Conclusion à l'analyse comparative avec la population générale et renversement de perspective analytique.....	176
<b>12. Le suivi des patients à 18 mois .....</b>	<b>182</b>
<b>Tableau 12.1. Résultats du suivi à 18 mois .....</b>	<b>183</b>
<b>12.2. Prédiction du devenir « négatif » : Perdu de vue, rechute ou décès.....</b>	<b>183</b>
<b>Tableau 12.2. Régression logistique du devenir « négatif » .....</b>	<b>183</b>
<b>12.3. Prédiction du Sevrage de la méthadone.....</b>	<b>184</b>
<b>Tableau 12.4 : Durée totale du contact par type de devenir au moment de l'évaluation de suivi (en mois).....</b>	<b>184</b>
<b>13. Apports de l'étude.....</b>	<b>185</b>
<b>13.1. Les finalités et résultats escomptés du traitement de substitution aux opiacés..... correspondent-ils aux constats de l'étude ? .....</b>	<b>185</b>
<b>13.2. Nouveautés concernant les caractéristiques des patients en cure substitutive.....</b>	<b>189</b>
<b>13.3. Situation actuelle du traitement en Belgique.....</b>	<b>190</b>
<b>14. Perspectives .....</b>	<b>195</b>
<b>14. Références .....</b>	<b>198</b>

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

### **1. Introduction méthodologique**

#### **1.1. Objectifs de l'étude**

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

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

#### **1.2. Moyens mis en œuvre**

Pour évaluer la situation actuelle des cures substitutives en Belgique plusieurs instruments ont été créés. Ces questionnaires sont disponibles in extenso sur le site de la Politique Scientifique Fédérale. Belspo.be. Pour faire parvenir ces instruments aux pharmaciens et aux patients, les structures de communication dont dispose la Profession pharmaceutique dans son ensemble ont été mises à contribution.

On rappellera que deux grandes associations représentent la profession :

- L'Association pharmaceutique Belge (APB) pour les pharmaciens indépendants et sociétés non coopératives. (Secteur majoritaire avec quelques 4200 affiliés)
- L'Office des Pharmacies Coopératives (OPHACO).

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

L'utilisation de ces canaux institués pour l'envoi des questionnaires et documents annexes a permis de toucher l'ensemble de la profession.

#### **1.3. Aspects méthodologiques**

De rares travaux d'évaluation réalisés en Belgique ont mis en évidence la capacité du pharmacien d'officine à fournir un enregistrement de base au plan épidémiologique. Le premier d'entre eux a été réalisé par Isabelle Noirfalisce dans le cadre d'un mémoire de licence en Sciences pharmaceutiques à Liège en 1993 (Noirfalisce, 1993). On y retrouvait déjà l'approche par le pharmacien d'officine pour obtenir un échantillonnage de patients évalués chacun sur un certain nombre de critères (aspects démographiques ou éléments de la supervision pharmaceutique). L'approche méthodologique que nous avons adoptée consiste globalement comme dans ce travail pionnier plus local il est vrai, à obtenir un échantillon suffisant d'officines pour obtenir par effet multiplicateur un échantillon représentatif de patients en traitement de substitution. Chaque pharmacien note ainsi sur un questionnaire de quelques pages des indications spécifiques pour chacun de ses patients.

Pour obtenir un maximum de renseignements de tous les pharmaciens contactés, deux questionnaires ont été proposés simultanément. Le premier est utilisable par tous les pharmaciens, y compris ceux qui n'ont au moment de l'enquête aucun patient en traitement de substitution. Dans ce questionnaire dit « général », une quantification des patients de l'année écoulée, du type de médicament de substitution et éventuellement des quantités de méthadone (fournie en vrac aux quelques centres spécialisés qui délivrent eux-mêmes la méthadone). Il y est aussi demandé en quelle année l'officine a délivré de la méthadone pour la première fois. Dans le cas où le pharmacien n'a aucun patient actuellement en traitement de substitution, des questions précisent si le patient n'a jamais été sollicité à délivrer ou si le pharmacien refuse de délivrer. Les pharmaciens sans patient en substitution peuvent s'arrêter à ce premier questionnaire et ne doivent pas répondre au suivant.

Ce deuxième questionnaire (détachable du premier) dit « spécifique » reprend un ensemble de questions objectives ou subjectives qui concernent chaque patient ainsi que l'attitude ou l'évaluation globale du pharmacien vis-à-vis de ce patient spécifique. Ce questionnaire couvre les éléments démographiques ou sociaux de base qui décrivent le patient. On notera aussi que le pharmacien fournit quelques renseignements de base concernant le médecin, le lieu de la consultation (définition en catégories du type de prise en charge : type de centre ou cabinet privé), mais aussi le genre du médecin et bien entendu les autres prescriptions de psychotropes délivrées au patient en plus du dosage prescrit de méthadone. Le pharmacien donne des renseignements précis sur le type de supervision ou de suivi pharmaceutique qui est mis en place pour le patient : s'agit-il d'une délivrance fractionnée, donc quotidienne ou bien le patient bénéficie-t-il d'une délivrance pour plusieurs jours, voire plusieurs semaines ? La forme galénique est-elle en sirop ou en matière sèche (gélules) ? Dans ce cas, le pharmacien ajoute-t-il un excipient qui empêche toute utilisation du médicament par injection ?

En deuxième instance le questionnaire donne la possibilité au pharmacien d'exprimer comment il ressent le patient et son évolution, au travers d'appréciations qui ont été élaborées en « focus » groupe avec des pharmaciens. Ces appréciations forment un ensemble d'une vingtaine d'items qui par analyse factorielle permettront la constitution d'indices pour préciser la nature des relations pharmaciens patients. Le questionnaire permet aussi une évaluation plus classique en demandant au pharmacien de donner une cote sur entre autres les dimensions de la poursuite de l'usage de substances, la situation physique ou sociale du patient.

L'enquête principale a été réalisée au dernier trimestre 2002.

Dans le même temps un instrument était fourni à chaque pharmacien à destination du patient.

L'évaluation du patient par le pharmacien a été complétée dans notre étude par un questionnaire remis par le pharmacien au patient. C'est alors le patient qui le remplit seul. Il est arrivé que celui-ci se fasse aider par une personne de son entourage. Ce questionnaire destiné à l'auto-anamnèse du patient a été élaboré avec l'aide de deux panels de patients qui l'ont testé. L'étendue de son contenu en fait un instrument très lourd de 18 pages qui aurait pu constituer un obstacle infranchissable pour de nombreux patients. Nous avons toutefois assuré un total de 473 répondants, ce qui est suffisant pour fournir un modèle réduit de la population en traitement de substitution en Belgique.

Ce questionnaire trop volumineux pour apparaître ici est disponible sur le site de la Politique Scientifique. Nous avons extrait en annexe 1. Les items de l'évaluation du patient de sa cure actuelle constitutifs d'un instrument de mesure de **l'apport de la cure pour le patient**. 2. **L'échelle de relations avec le pharmacien**, qui combinée à l'échelle d'Alliance thérapeutique fournit la possibilité d'une analyse des relations du patient aux deux groupes de praticiens, les médecins et les pharmaciens. Il s'agit là d'un apport propre de l'étude. En ce qui concerne l'Alliance thérapeutique, c'est à notre connaissance sa première application dans le domaine des addictions et du traitement de substitution en particulier.

Le questionnaire patient tente d'apporter un éclairage détaillé de la trajectoire personnelle et thérapeutique du patient. L'origine sociale du patient et sa situation socio-économique actuelle confirmeront la précarité sociale de cette population et une spécificité ouvrière qui n'a pas assez été mise en évidence dans les études sur le traitement par substitution opiacée.

D'autres aspects sont aussi abordés sur la situation en matière de santé physique (infections HVC et HVB, HIV) ou de santé mentale (Satisfaction, Bien-être). Quant aux pratiques liées à l'usage de substances, elles sont abordées au travers de précisions concernant l'usage de méthadone illicite ou des

pratiques d'injection et de partage des instruments qui y sont liées. En ce qui concerne la situation de l'usage actuel de substances, le fait de le demander aux patients a posé moins de difficultés que prévu. Les autres modes par analyse biologique ne sont pas envisageables et la relation de confiance établie avec le patient permet souvent de se manifester au travers d'une volonté de répondre franchement. L'aspect positif de l'instrument de 18 pages est qu'il a été reçu et utilisé par les patients de façon volontaire en indiquant souvent une appréciation sur la possibilité de « faire le point » qui leur était ainsi donné. Dans de telles conditions un nombre intéressant de patients a en effet fait l'effort de remplir par soi-même la longue auto-anamnèse.

Dans un deuxième temps d'enquêtes en mai 2003, un premier suivi des patients a été réalisé. Ce premier suivi a servi de base pour améliorer le protocole et obtenir une évaluation présentée dans cet ouvrage en mai-juin 2004, soit alors un deuxième suivi à 18 mois. Cette procédure était organisée en renvoyant à chaque pharmacien un enregistrement unique par patient, tel qu'il l'avait évalué au dernier trimestre 2002. Nous pouvons ainsi fournir des taux de rétention en officine et établir pour la première fois en Belgique un taux de mortalité des patients en traitement. Par ailleurs le sevrage de la méthadone sur une période de suivi de 18 mois a été aussi établi pour la première fois.

Au moment du suivi les pharmaciens ont aussi évalué leurs nouveaux patients depuis le dernier trimestre 2002. Le total de patients évalués par le pharmacien atteint alors 1485. De plus quelques 130 patients ont répondu au questionnaire auto-administré sans avoir été évalués par le pharmacien, ce qui porte le total de patients différents à 1615.

Le modèle de l'échantillonnage est celui d'un emboîtement d'échantillons, un peu comme des poupées russes qui aboutissent à une moelle spécifique. L'analyse peut progresser dans une complexité de plus en plus importante des données à traiter. Bien entendu les échantillons étudiés devront être limités selon le détail d'information requis. L'échantillon le plus riche en information est celui des patients qui s'auto-évaluent. Parmi les combinaisons de groupes, il est par exemple possible d'analyser le patient évalué à la fois par le pharmacien et par lui-même pour établir des congruences ou des divergences entre les deux regards. Dans ce cas l'échantillon de patients est encore réduit de moitié, mais l'analyse reste statistiquement pertinente. Cette procédure doit tenir compte de biais de sélection et il faut comprendre ce qui interfère avec le caractère aléatoire de la constitution d'un échantillon.

En bref la méthode utilisée constitue au départ un nombre important d'officines qui se sélectionnent selon leur contact avec des patients en traitement de substitution et poursuivent une évaluation individuelle de leurs patients en leur remettant un questionnaire ou une auto-anamnèse de leur situation.

Deux évaluations du patient sont alors obtenues. Une perspective de l'étude dans les années prochaines serait de répéter la méthode avec une participation d'autres évaluateurs, médecins, autres professionnels ou même une évaluation d'un membre de la famille. Toutefois le regard du patient sur lui-même obtenu dans l'étude, est au cœur de l'intérêt de la démarche. Cette procédure doit donc se poursuivre comme approche de l'étude des traitements de substitution.

#### **4. Difficultés rencontrées**

La première difficulté rencontrée est liée au caractère volontaire de la participation à l'étude. Il est certain que l'étude pour atteindre son but de représentativité devait se fonder sur un échantillon très étendu dans toutes les régions du pays et mobiliser un maximum d'officines concernées par la délivrance de méthadone. Etant donné la complexité des questions et l'investissement en temps requis (au minimum 1 heure pour le questionnaire Général et deux heures pour le questionnaire spécifique dans le cas d'une patientèle moyenne), le risque était réel d'une absence de participation. C'est évidemment la raison principale qui a motivé les nombreuses sollicitations présentées dans le *Résumé*. Par ailleurs, les mois d'octobre à décembre 2002 ont été agités par des mouvements de défense de la profession face à de nouvelles mesures gouvernementales réduisant le pouvoir d'achat, ce qui ne favorisait en rien une participation volontaire à une étude pour intéressante qu'elle puisse-t-être ! Il est toutefois rapidement apparu que la mobilisation des O.T., relais de l'action au niveau local, renforçait la participation des pharmaciens et que d'autre part, le thème abordé rencontrait l'intérêt et

les préoccupations de la profession. Ce qui se traduit concrètement par la constitution d'un échantillon représentatif d'officines délivrant le médicament, ainsi d'ailleurs qu'un échantillon représentatif de patients évalués (Tableau 1).

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

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

Le programme d'étude a débuté rapidement sans formation particulière des pharmaciens à l'évaluation, ni d'ailleurs, sans concertation élargie sur les « signes » ou les caractéristiques spécifiques qui permettraient de rendre compte de la situation vécue par le patient ou son évolution. Ceci devra encore faire l'objet d'un approfondissement avec les membres de l'Observatoire des Cures Substitutives.

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

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

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

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

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

## 2. Résultats démographiques

### 2.1. Présentation de l'échantillon de l'étude

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

	Bruxelles – Capitale		Région Wallonne		Région Flamande		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Total des officines participantes</b>	<b>90</b>	<b>11.2</b>	<b>314</b>	<b>39.2</b>	<b>397</b>	<b>49.6</b>	<b>801</b>	<b>100.</b>
<b>A déjà eu des patients - méthadone</b>	<b>84</b>	<b>13.7</b>	<b>278</b>	<b>45.3</b>	<b>252</b>	<b>41.</b>	<b>614</b>	<b>100.</b>
<b>Jamais sollicité</b>	<b>6</b>	<b>3.6</b>	<b>26</b>	<b>15.6</b>	<b>135</b>	<b>80.8</b>	<b>167</b>	<b>100.</b>
<b>A des patients (méthadone) actuellement</b>	<b>74</b>	<b>17.</b>	<b>228</b>	<b>52.3</b>	<b>134</b>	<b>30.7</b>	<b>436</b>	<b>100.</b>
<b>Evalue ses patients</b>	<b>47</b>	<b>14.3</b>	<b>172</b>	<b>52.3</b>	<b>110</b>	<b>33.4</b>	<b>329</b>	<b>100.</b>
<b>Nombre de patients évalués par le pharmacien</b>	<b>281</b>	<b>18.9</b>	<b>934</b>	<b>62.9</b>	<b>270</b>	<b>18.2</b>	<b>1485</b>	<b>100.</b>
<b>Nombre total de patients (avec patients qui répondent seuls**)</b>	<b>303</b>	<b>18.8</b>	<b>1027</b>	<b>63.6</b>	<b>285</b>	<b>17.6</b>	<b>1615</b>	<b>100.</b>
<b>Nombre de patients à l'auto-évaluation</b>	<b>64</b>	<b>13.5</b>	<b>312</b>	<b>66.</b>	<b>97</b>	<b>20.5</b>	<b>473</b>	<b>100.</b>
<b>Nombre de médecins</b>	<b>112</b>	<b>20.6</b>	<b>331</b>	<b>60.7</b>	<b>102</b>	<b>18.7</b>	<b>545</b>	<b>100.</b>

++ Sans évaluation du pharmacien. Ce dernier n'a fait que distribuer le questionnaire auto-administré.

Les deux questionnaires – Général et Spécifique – ont été reçus par tous les pharmaciens d'officine de Belgique. Un total de 801 questionnaires ont été recueillis par les Offices de Tarification régionaux (une centaine de questionnaires ont été envoyés directement par courrier individuel à l'APB) et transmis d'octobre 2002 à avril 2003, ainsi que de mai 2004 à septembre 2004 (deuxième moment de l'enquête) à l'équipe de recherche.

Le tableau 2.1 différencie nettement les officines selon la Région : alors que le nombre global de répondants pharmaciens est réparti de façon égale selon les deux Régions, les officines wallonnes se distinguent par une proportion plus élevée par rapport aux flamandes à avoir déjà eu des patients en cure substitutive à la méthadone ( $p < .001$  ; Odds Ratio : 4.44). Il est près de quatre fois et demi plus probable pour une officine wallonne par rapport à son homologue flamande à avoir déjà eu des patients avec prescription de méthadone. L'écart est encore plus spectaculaire entre les officines de la Région de Bruxelles-Capitale et la Région Flamande ( $p < .001$  ; Odds Ratio : 8.06). L'absence de sollicitation des officines flamandes est encore plus remarquable avec un Odds de 5.71 par rapport aux wallonnes et de 7.21 par rapport aux bruxelloises.



Enfin, le fait d'avoir des patients en cure au moment de l'étude est 5.2 fois plus probable pour une officine de la Région wallonne que pour une officine flamande et de 9.09 fois plus pour celles de la Région bruxelloise.

En ce qui concerne la comparaison entre les officines wallonnes et bruxelloises, aucune des caractéristiques évoquées n'atteint une différence statistiquement significative.

La participation à l'évaluation s'est globalement manifestée chez trois-quarts (75.5%) des officines qui ont des patients. On est en droit de considérer ces 75.5% comme le véritable taux de réponse de l'étude ou en tout cas le « taux d'évaluation ». Le fait que ce taux est plus élevé parmi les officines flamandes (82.% par rapport à 75.4% chez les wallons et 63.5% chez les francophones), au-delà d'une « compliance » culturellement plus forte, serait à comprendre pragmatiquement à la lumière du nombre de patients par officine qui nécessite une implication dans l'évaluation plus ou moins importante.

Le travail nécessaire pour évaluer chaque patient est sensiblement plus lourd du côté francophone. En effet, selon le tableau 1, en fonction du nombre de patients évalués par rapport au nombre d'officines qui évaluent, il y a, chez les répondants qui ont des patients, en moyenne 7.17 patients par officine bruxelloise, 7.19 par officine wallonne pour 2,11 patients par officine flamande. Le nombre moyen global pour l'ensemble de l'échantillon (avec au moins un patient en cure substitutive) s'établit à 5,42 patients par officine.

Si le nombre d'officines répondant au questionnaire général à orientation quantitative est appréciable et permet une évaluation globale du nombre de patients en cure substitutive, avec méthadone ou plus rarement avec un autre substitut, c'est bien la participation à l'évaluation spécifique des patients concernés, qui retient l'attention. Avec 329 évaluateurs-pharmaciens et un total de 1485 patients évalués, l'étude réalisée se fonde sur l'échantillon le plus important jamais constitué jusqu'à présent sur les cures substitutives en Belgique.

Pour mieux cerner l'importance de l'échantillon de l'étude reportons nous au tableau 2.

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

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

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

Région		Nombre de patients avec prescription de méthadone	Nombre de patients avec méthadone (sans extrême)	Nombre de patients même période (Octobre) en 2001	Nombre de patients même période (Octobre) en 2001-sans extrême	Nombre de patients méthadone (an 2001)	Nombre de patients méthadone (an 2001) -sans extrême
Bruxelles-Capitale	Moyenne	4,98	4,98	4,57	4,57	7,83	7,83
	E-type	12,22	12,22	7,62	7,62	20,14	20,14
	N	88	88	83	83	81	81
	Maximum	106	106	50	50	162	162
	Somme	438	438	379	379	634	634
Région Wallonne	Moyenne	4,78	3,66	6,42	3,60	8,23	5,42
	E-type	21,20	7,83	46,49	7,69	46,69	9,39
	N	309	308	265	264	265	264
	Maximum	350	96	750	85	750	85
	Somme	1478	1128	1701	951	2180	1430
Région Flamande	Moyenne	,79	,79	,71	,71	1,43	1,43
	E-type	2,16	2,16	2,16	2,16	3,32	3,32
	N	398	398	378	378	376	376
	Maximum	34	34	32	32	32	32
	Somme	314	314	268	268	539	539
Total	Moyenne	2,81	2,37	3,23	2,20	4,64	3,61
	E-type	14,04	6,72	28,34	5,74	29,33	9,42
	N	795	794	726	725	722	721
	Maximum	350	106	750	85	750	162
	Somme	<b>2230</b>	1880	2348	1598	3353	2603

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

Et encore, le pharmacien en question n'a pas été en mesure d'évaluer le nombre total au cours de toute l'année 2001, ce qui entraîne une sous estimation en reportant sur l'année le nombre mensuel ! L'impact statistique de la prise en compte ou non des patients de cette officine modifie le nombre moyen de patients des officines de Wallonie de plus d'une unité en octobre 2002 et de près de trois unités pour octobre 2001. Au-delà de l'aspect singulier de cette situation, le double mouvement de concentration-dilution des patients en cure substitutive (car de façon inverse beaucoup d'officines n'ont qu'un seul patient) s'observe aussi ailleurs dans une moindre mesure (à Bruxelles et à Liège) et aussi dans la patientèle de médecins. Tenir compte ou non de cette seule officine « extrême » entraîne aussi une variation du sens de l'évolution de 2001 à 2002. En effet si elle est incluse le nombre total de patients diminue de 2348 patients en octobre 2001 à 2230 patients en Octobre 2002. En réalité cette diminution provient de la forte diminution de la patientèle de cette seule officine (de 750 patients à 350). En écartant cette officine de l'analyse, nous remarquons au contraire que le nombre de patients a augmenté de 1598 à 1880. On ne peut toutefois pas en tirer de conclusion sur une croissance annuelle du nombre de patients en cure puisque n = 70 officines n'ont pas fourni de détail sur leur patientèle en 2001, ce qui entraîne une sous-évaluation de la situation en 2001.

Les nombres moyens de patients par officine qui figurent dans le Tableau 2 tiennent compte des officines qui n'ont aucun patient. Ceci explique la différence, par exemple, entre les 0.67 patients

en moyenne dans les officines de Flandre alors que nous avons relevé dans les commentaires du Tableau 1 que la moyenne parmi les évaluateurs de Flandre était de 2,09 patients par officine.

Le nombre total de patients actuellement en cure chez les participants dépasse les deux mille deux cent patients et sur l'année 2001 on est en droit de l'estimer à près de trois mille sept cent. On constate en effet que n = 70 officines n'ont pas été en mesure d'évaluer le nombre annuel de patients, d'où un ajustement à la hausse du total annuel. Rappelons toutefois que la seule officine déjà évoquée contribuait pour au moins 750 patients dans ce total.

Bien entendu, nous ne connaissons pas encore le nombre total réel de la population en cure substitutive en Belgique. Suivant l'Inspection Générale de la Pharmacie on peut estimer que 10000 personnes sont concernées. Seul un enregistrement national (qui devrait être mis en place prochainement) sur base d'une comptabilisation complète des ordonnances, admettons provisoirement ce total annuel de 10000 patients. La portée de l'étude concernerait donc 36% de l'ensemble des patients, du moins pour les officines répondant au Questionnaire Général. Si le nombre de patients sur base mensuelle s'établit en Belgique à au moins 8000, l'échantillon évalué de 1485 patients (Questionnaire spécifique-voir Tableau 1) représenterait 18.5% de l'ensemble de la population évaluable à un moment donné. Comme la procédure utilisée permet un échantillonnage réellement aléatoire, nous estimons avoir obtenu un échantillon représentatif de la population en cure substitutive en Belgique.

La comparaison entre Communautés met en évidence une différence d'implication spectaculaire dans les cures substitutives avec au moment de l'enquête (en tenant compte de l'officine extrême) 85.9% de l'ensemble des patients en Belgique en cure dans la Communauté française et 14.1% dans la Communauté flamande.

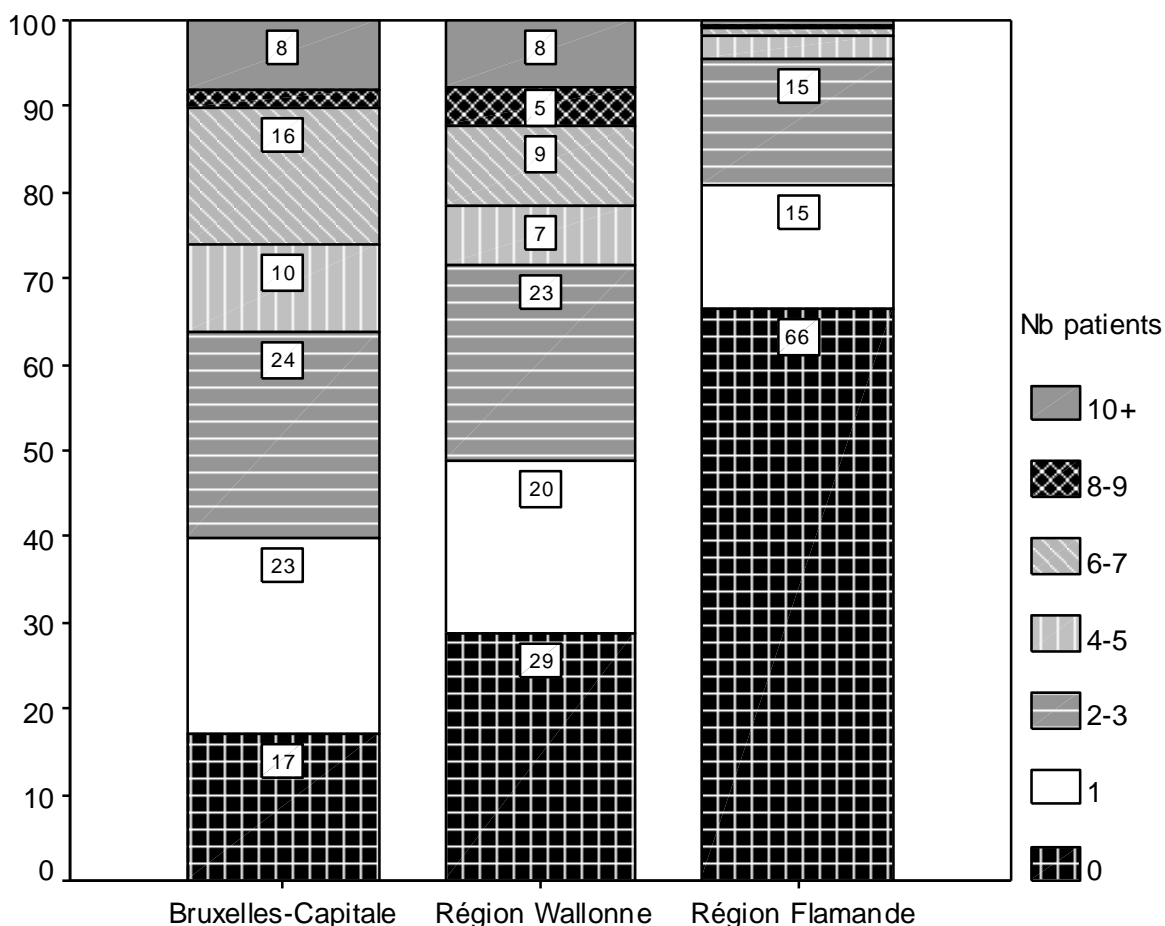
Ces proportions tiennent compte de tous les patients traités en Belgique y compris les patients français traversant la frontière pour se faire prescrire de la méthadone. En excluant l'officine extrême (et donc une bonne partie des patients français de l'échantillon) la proportion de patients en Région française se réduit à 85.5% du pays. Le changement est cependant plus important en prenant pour base l'ensemble de l'année 2001. Etant donné la présence très importante de patients français au cours de l'année 2001 (au moins n=750), si ces patients sont retirés de l'analyse (dernière colonne du tableau 2) la proportion de patients dans la Région Wallonne se réduit à 80.6%. Cette situation serait-elle encore valable pour l'année 2002 ? Si oui, cela suppose que tous les patients français sont revenus avec probablement une dispersion dans d'autres officines. Si non, la baisse enregistrée dans l'officine extrême n'est pas compensée ailleurs et dès lors un nombre important de patients français ne recherchent plus en Belgique un médicament difficile d'accès en France. Une particularité de cette population est d'échapper à l'enregistrement envisagé au travers des Offices de Tarification, puisque le médicament est acheté sans ticket modérateur. Les données que nous avons été en mesure de recueillir concernant ces patients français (voir la partie du rapport sur les patients en cure substitutive) sont donc précieuses.

## 2.2. Nombre de patients par officine

Pour dépasser une approche réductrice en comparaison de moyennes, le Graphe 2.3 précise par Région le nombre de patients en catégories dans les officines de l'échantillon au moment de l'enquête. Près de la moitié des officines n'ont aucun patient : 17% des officines dans la Région de Bruxelles-Capitale, 28% de celles en Région wallonne et plus de 2/3 des officines en Flandre. A l'opposé environ 8% des officines francophones ont plus de 10 patients pour seulement 0.5% des officines en Flandre.

Le système de délivrance de la méthadone tel qu'il fonctionne en Flandre implique une forte dilution de la patientèle en officine. Nous savons que plusieurs centres de soins importants délivrent eux-mêmes la méthadone. Il y a donc une partie des patients qui échappent à notre investigation. Le nombre de patients dans ces centres est difficile à estimer en l'état de nos connaissances. Des contacts pris avec l'organisation « de Sleutel » dont 9 centres spécialisés sont répartis dans toute la Flandre, semblent indiquer que le nombre annuel de patients bénéficiant d'une délivrance « sur place » n'atteindrait pas  $n = 200$  sur toute l'année. De plus, la délivrance dans ces centres spécialisés est temporaire et les patients après une phase de stabilisation sont accueillis dans une officine proche de leur domicile. Il serait toutefois prématuré de se fonder uniquement sur nos résultats pour affirmer une prévalence nettement moins élevée en Flandre de l'usage d'opiacés. Nous sommes cependant convaincus que nos observations contribuent à mettre en évidence une telle différence de prévalence entre les deux Régions. Une prévalence plus faible ne signifie toutefois pas que l'usage de drogues soit moins ressenti comme problématique socialement, ni que ses aspects épidémiques soient moins « chauds ».

**Graphe 2.3: Nombre de patients par officine (en classes) en % par Région (n = 792 officines)**



Les données présentées jusqu'ici ne concernent que la délivrance de méthadone. Le tableau 2.4 indique les autres types de substituts<sup>1</sup> prescrits en 2002 et 2001 ainsi que le nombre de patients.

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

Nom du substitut et nombre de patients en octobre 2002				
Count		Communauté		Total
		Flandre	Wallonie- Bruxelles	
Nom du substitut	Sans Réponse	1	1	1
	Acedicon		1	1
	Biocodone		1	1
	Captagon		2	2
	Codicontin	1	1	2
	Dolantine	2		2
	Flunitrazépam	1	3	4
	Mephenon	1	1	2
	Nalorex		1	1
	Patch Durogesic		1	1
	Subutex	2		2
	Temgesic	2	9	11
	Valtran		2	2
Total		10	23	33

Globalement ces autres prescriptions sont rares avec 33 patients en Octobre 2002 (en 2001, 31 patients avaient été relevés).

Au total 23 officines de Wallonie-Bruxelles et 9 officines en Flandre, soit seulement 32 officines parmi les 795 qui ont répondu à cette question, ont un patient avec un autre substitut que la méthadone.

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

La question de la prescription d'un autre substitut que la méthadone devrait toutefois commencer à se poser avec le remboursement du Subutex depuis le 1<sup>er</sup> août 2003. On connaît en effet l'extension de l'usage de cet agoniste partiel en France et on doit s'attendre à son entrée dans l'arsenal thérapeutique en Belgique. Selon nos renseignements, le nombre de patients au début de l'année 2004 ne dépassait cependant pas la centaine.

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

<sup>1</sup> On ne discutera pas ici si la notion de substitut convient bien pour toutes les substances citées ! Les pharmaciens ont voulu indiquer dans certains cas qu'il s'agissait de patients avec un problème d'usage de drogues, qu'il y ait ou non un usage d'héroïne sous-jacent. Par ailleurs le méphenon est considéré comme un substitut différent de la méthadone, ce qui surprend.

### 3. La question de la supervision

Le système de prescription et de délivrance de la méthadone en Belgique est actuellement d'une extrême libéralité. Le tableau 5 le confirme amplement.

La délivrance quotidienne ne concerne à peine que 16.5% des patients ; la prise sur place moins de 10% et on observe même 11% des patients qui ne viennent jamais eux-mêmes chercher le médicament ! Pour près de 25% des patients il arrive que le patient délègue à quelqu'un d'autre l'achat du médicament. Il arrive même que ce soit le fils ou la fille du patient qui vienne le chercher.

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

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

Au stade actuel, il faut préciser que les résultats présentés sont la conséquence d'une évolution historique de la prise en charge et de la délivrance du médicament. Ainsi, la proportion de patients qui ont pris sur place au début de leur contact à l'officine est plus élevée avec 21.5%. La photographie de la situation actuelle dépend bien entendu de l'évolution des patients et en l'occurrence de la stabilisation de leur situation et donc d'une relation de confiance grandissante entre le pharmacien et le patient.

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

**Tableau 3.1 : Supervision dans les Officines de Pharmacie selon la Région**

	<b>Bruxelles-Capitale</b>		<b>Wallonie</b>		<b>Flandre</b>		<b>TOTAL</b>		
Caractéristiques du suivi pharmaceutique	Nombre de Patients	%	Nombre de Patients	%	Nombre de Patients	%	Nombre de Patients	%	
<b>Préparation de la Méthadone *</b>									
<b>Sirop</b>	12	4.1	274	29.9	202	79.5	488	33.4	
<b>Gélules</b>	280	95.9	640	69.8	30	11.8	950	64.9	
<b>Autres</b>			3	.3	22	8.7	25	1.7	
<b>Ajout d'excipient</b>									
<b>Oui</b>	258	91.8	649	96.1	25	58.1	932	93.3	
<b>Non</b>	23	8.2	26	3.9	18	41.9	67	6.7	
<b>Excipient Prescrit</b>	53	20.	246	37.1	4	14.3	303	31.7	
<b>Ajouté par le Pharmacien</b>	203	76.6	405	61.1	20	65.7	628	65.7	
<b>Pas d'excipient</b>	9	3.4	12	1.8	4	14.3	25	2.6	

....	Bruxelles-Capitale		Wallonie		Flandre		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<b>Consommation sur place actuellement</b>								
<b>Oui</b>	7	2.4	35	3.8	104	<b>40.8</b>	146	9.9
<b>Non</b>	285	97.6	889	96.2	151	59.2	1325	90.1
<b>Consommation sur place au début du contact</b>								
<b>Oui</b>	35	12.	174	18.9	105	<b>43.</b>	314	21.5
<b>Non</b>	257	88.	748	81.1	139	57.	1144	78.5
<b>Délivrance quotidienne + Consommation sur place</b>								
<b>Oui</b>	3	1.	28	3.	96	<b>37.6</b>	127	8.6
<b>Non</b>	289	99.	897	97.	159	62.4	1345	91.4
<b>Remise du médicament à un tiers</b>								
Ne délègue jamais	235	84.8	645	71.4	189	77.1	1069	75.
Ami(e)	10	3.6	66	7.3	17	6.9	93	6.5
Mère	16	5.8	108	12.	31	12.6	154	10.9
Epoux(se)	7	2.5	82	9.1	8	3.3	97	6.8
Infirmière	7	2.5	1	.1			8	.6
Fils / fille	2	.7	1	.1			3	.2

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

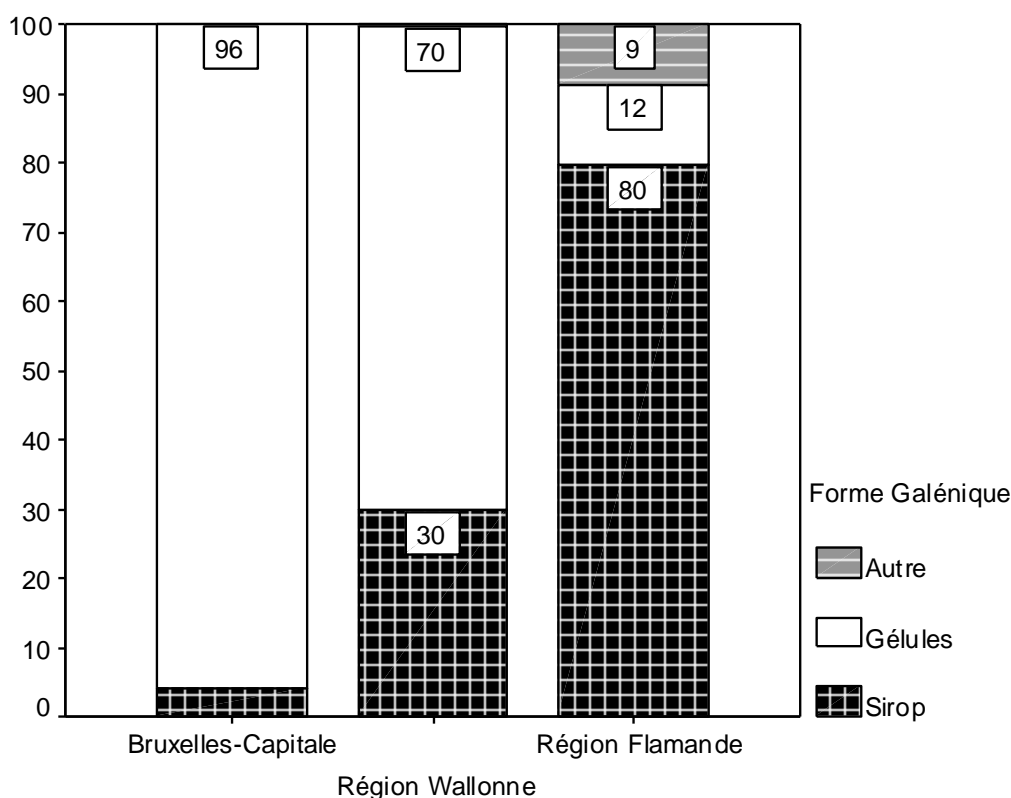
Le tableau 3.1 met en évidence les spécificités de la supervision de la délivrance de méthadone des trois Régions. Dans la Région flamande nous observons une supervision relativement stricte sur tous les critères et sa quasi-absence du côté francophone. Il est ainsi presque 17.2 fois plus probable (Intervalle de confiance de l'Odds Ratio : 11.29-26.12) qu'un patient flamand consomme sa méthadone dans l'officine par rapport au patient de Wallonie et atteint 27.69 (IC à 95% : 12.57-61.)



pour les patients de Bruxelles par rapport à ceux de Flandre. On notera que qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les patients de Bruxelles et de Wallonie pour cette caractéristique, ni d'ailleurs pour aucune autre présentée dans le tableau du suivi pharmaceutique.

Dans le cas ou en plus la prise est quotidienne, l'écart entre les patients de la Région de Bruxelles-Capitale et la Région flamande est gigantesque : le risque relatif est de 57.48 (IC à 95% : 17.93-184.30). La comparaison avec la Région wallonne offre un risque relatif de délivrance quotidienne avec prise sur place de 19. (IC à 95% : 12.08-29.90). Ces différences doivent se comprendre à la fois à la lumière de recommandations des Commissions médicales provinciales, mais aussi de la réalité épidémiologique et historique de la toxicomanie et du traitement. Nous avons noté le nombre plus réduit de patients par officine du côté flamand (elle-même facilitée par la moindre prévalence de la toxicomanie). Il est évident que ceci favorise la supervision. Ainsi exiger que tous les patients d'une officine qui, par exemple, a une vingtaine de patients, consomment la méthadone sur place et ceci de façon quotidienne serait impraticable. D'autre part, la supervision est généralement plus forte pour des patients plus jeunes ou plus récents. Les différences entre Régions, on l'analysera, sont aussi très importantes à cet égard.

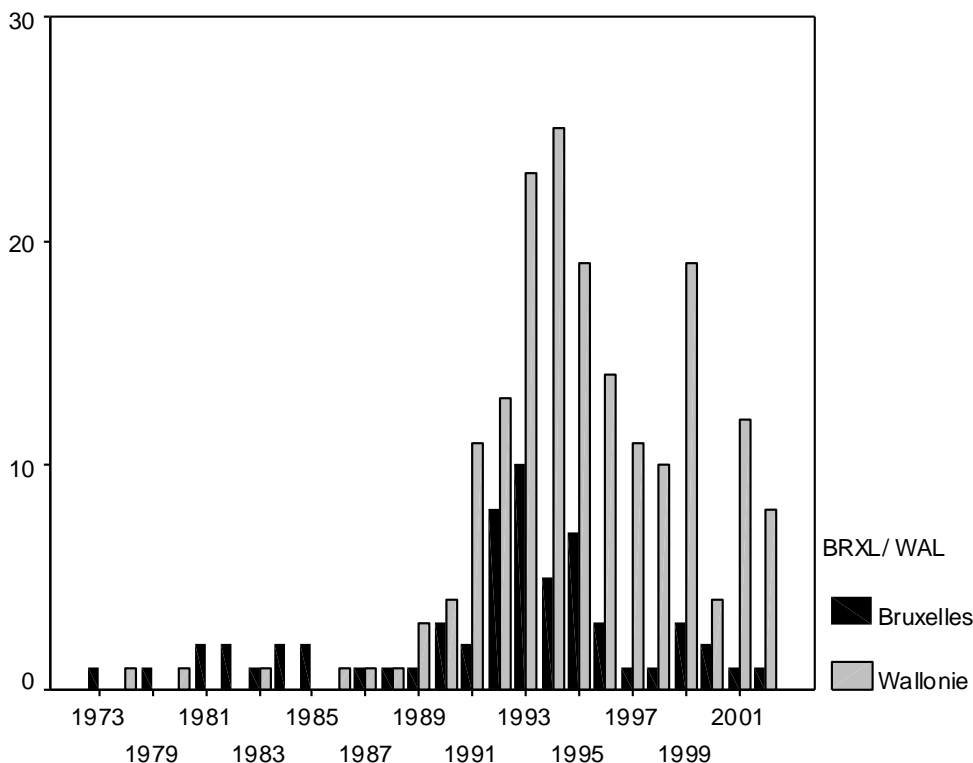
**Graphe 3.1 : Forme de la préparation de méthadone en % par Région**



#### 4. Historique de la délivrance de méthadone en officine à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre

**Graphe 4.1: Année de début de la délivrance de méthadone – En nombre d’officines  
Comparaison entre Bruxelles et la Wallonie**

Officines de Bruxelles : n = 61 / Officines de Wallonie : n = 182. Total : n = 243



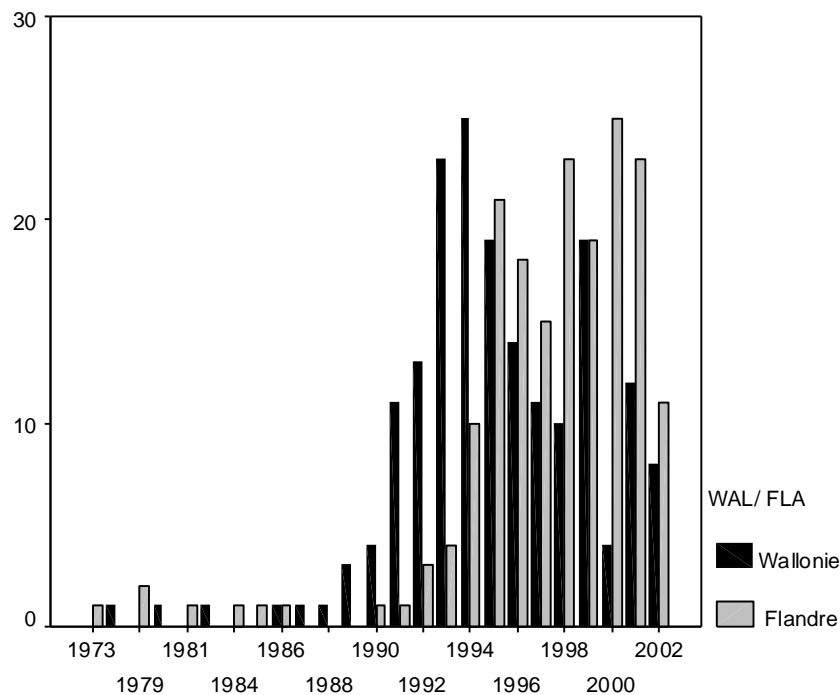
Les graphes 4.1 et 4. ne reprennent que des officines qui délivrent ou ont déjà délivré de la méthadone.

Les officines de Bruxelles-Capitale ont commencé à délivrer de la méthadone beaucoup plus récemment qu'en Wallonie. Avant la Conférence de Consensus sur la méthadone (C.C.M.), jusqu'en 1993, une majorité d'officines de Bruxelles (58.9%) avait déjà délivré de la méthadone pour seulement 26.5% des officines de Wallonie.

Dès la C.C.M., à partir de 1994, les officines de Wallonie ont répondu à une forte demande pour trois-quarts d'entre elles. Très peu d'officine de Bruxelles ont seulement commencé depuis l'an 2000 (6.5%) pour 13.2% en Wallonie.

**Graphe 4.2 : Année de début de la délivrance de méthadone – En nombre d’officines  
Comparaison entre la Wallonie et la Flandre**

Officines de Wallonie : n = 182 / Officines de Flandre : n = 181. Total : n = 363



Les officines de Wallonie ont commencé à délivrer de la méthadone beaucoup plus récemment qu’en Flandre. L’année modale est 1994 pour la Wallonie et 2000 pour la Flandre avec dans les deux cas un peu moins de 14% des officines. Si nous avons déjà vu que 13.2% des officines de Wallonie ont seulement commencé depuis l’an 2000, en Flandre elles représentent près du tiers des officines de cette Région (32.6%).

L’écart historique dans le début de la délivrance de méthadone est particulièrement important entre Bruxelles et la Flandre. Si 58.9% des officines bruxelloises ont déjà délivré de la méthadone avant la CCM de 1994, il n’y a que 9.1% des officines de Flandre dans la même situation. De façon inverse, depuis 2000, un tiers des officines flamandes ont débuté dans la délivrance de méthadone pour seulement 6.5% à Bruxelles.

Le traitement de substitution est donc une orientation très récente en Flandre et a déjà une longue histoire à Bruxelles. L’interprétation des spécificités de la supervision en Flandre doit tenir compte de cette dimension historique.

## 5. Les pharmaciens de l'Observatoire : Eléments démographiques

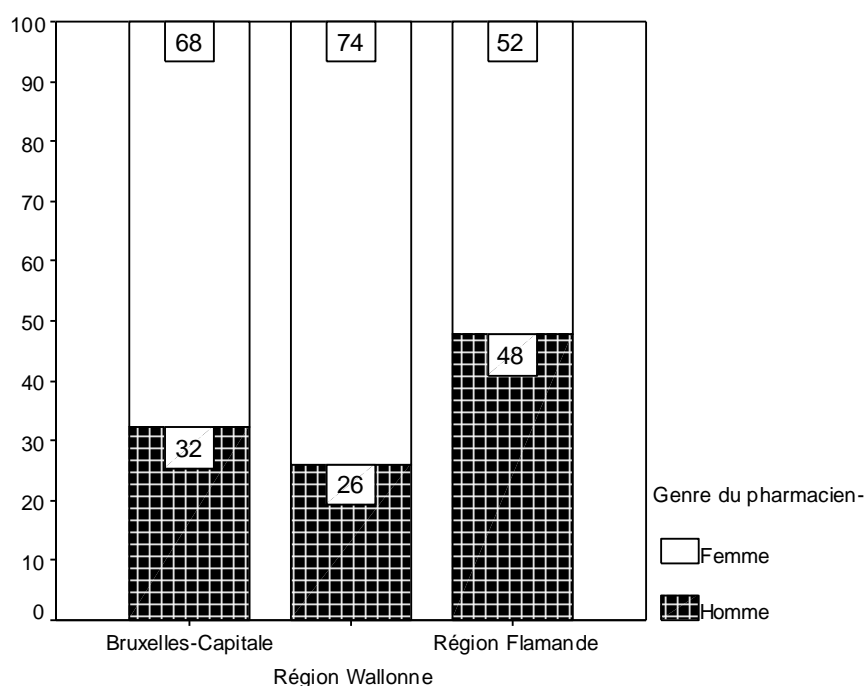
### 5.1. Genre et Age des pharmaciens

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

Parmi les pharmaciens de l'Observatoire, près de deux-tiers sont des femmes. Concernant la profession de pharmacien, il y a selon l'Ordre des pharmaciens, 8015 femmes pour 4023 hommes inscrits au tableau de l'ordre en 2004. Il semble donc que notre échantillon corresponde à la démographie de la profession.

Le graphe 5.1 met en évidence un écart entre la situation en Flandre et dans les deux Régions de la Région française : les pharmaciens de Wallonie ont une plus forte probabilité d'être de genre féminin avec un Odds Ratio de 2.59 par rapport à la Flandre (IC à 95% : 1.69-3.97). La différence est moins significative entre Bruxelles et la Flandre (RR : 1.9 avec un intervalle de confiance dont la limite inférieure est à peine acceptable ; de 1.01 à 3.66). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre Bruxelles et la Wallonie en ce qui concerne le genre du pharmacien.

**Graphe 5.1.1 : Genre du pharmacien selon la Région**



**p < .001**

### Tableau 5.1.2: Age du pharmacien<sup>2</sup>

Les pharmaciens ont 44 ans et demi en moyenne, avec un quart de moins de 36 ans et le quart supérieur de près de 51 ans et plus. Le plus jeune a 24 ans et le plus âgé 70 ans.

La différence de moyenne d'âge entre les pharmaciens de Flandre et de la Communauté française n'est pas statistiquement significative.

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

### Tableau 5.1.3 : Age du pharmacien selon le Genre

Age du répondant pharmacien

Genre du pharmacien	Moyenne	N	E-type
Homme	47,32	148	9,52
Femme	43,25	292	8,91
Total	44,62	440	9,31

p < .001

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

Dans cette Région les pharmaciennes accueillent moins de patients (1.26 en moyenne) que leurs collègues masculins (2.07 patients en moyenne). La différence est significative à p = .01.

### Tableau 5.1.4: Nombre de patients selon le Genre du Pharmacien Flandre

Nombre de patients avec prescription de méthadone

Genre du pharmacien	Moyenne	N	E-type
Homme	2,07	69	2,19
Femme	1,26	65	1,37
Total	1,68	134	1,88

p = .01

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

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

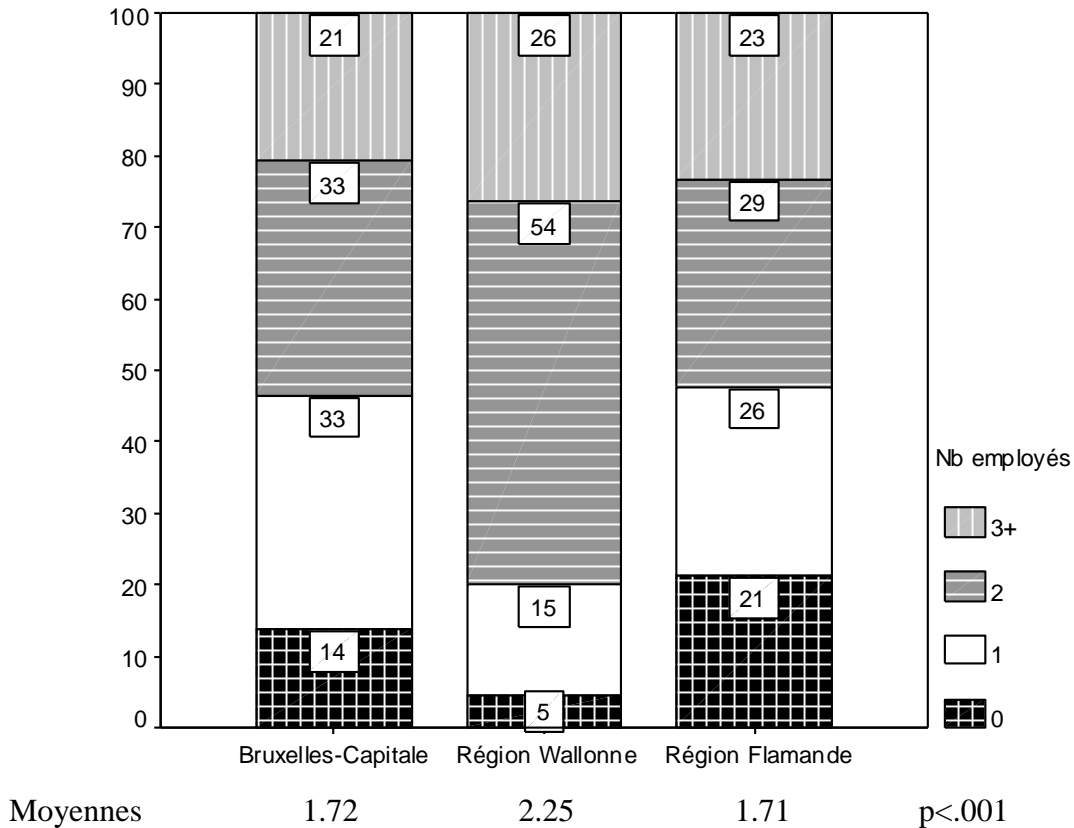
Les officines de Wallonie qui délivrent de la méthadone ont un nombre plus élevé d'employés que les officines de Bruxelles ou de Flandre. Le nombre moyen d'employés est de 2.25 en Wallonie, à Bruxelles de 1.72 (comparaison avec la Wallonie significative à p = .007) et en Flandre de 1.71 (p < .001).

Le graphe exprime la comparaison entre les Régions en catégories de nombre d'employés. On constate ainsi que la différence est importante en ce qui concerne le groupe d'officines sans aucun employé : cette catégorie représente le quart des officines de Flandre et 9% seulement

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

des officines de Wallonie-Bruxelles. Il existe donc en Flandre une proportion importante de petites officines qui accueillent des patients en cure substitutive.

**Graphe 5.2 : Nombre d'employés de l'officine selon la Région**  
% par Région en catégories et comparaison de moyennes



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

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

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

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

**L'âge moyen de l'ensemble des patients est de 32 ans lors de la première évaluation réalisée par le pharmacien fin 2002.** Notons que parmi les patients à la première évaluation un total de  $n = 268$  l'ont été mi-2004 et correspondent aux patients admis depuis fin 2002 dans 53 officines qui ont évalué de « nouveaux » patients. Ces patients ( $n = 254$  pour lesquels la variable âge a été notée) ont un âge moyen de 32.3 ans ( $E\text{-type} = 7.27$ ). Ces patients ont donc quasi le même âge que ceux évalués fin 2002. Nous les avons inclus dans le total des patients de la première évaluation.

En ce qui concerne la deuxième colonne du Tableau 6.1, un exercice de dynamisation a été construit grâce au suivi réalisé mi-2004. Nous avons obtenu une évaluation de  $n = 802$  patients déjà évalués une première fois fin 2002, lors d'un suivi à 18 mois. Il nous est apparu important d'estimer l'âge des patients mi-2004. Pour ce faire, nous avons considéré l'âge à la fin du contact avec l'officine pour ceux qui l'avaient quitté au cours des 18 mois et ajouté 18 mois à l'âge des patients encore en cure dans la même officine. Pour les patients qui n'ont pas été suivis (ou dont la fiche de suivi ne nous était pas encore parvenue), nous avons aussi ajouté 18 mois à leur âge au moment de la première évaluation fin 2002. En opérant ainsi nous surestimons un peu leur âge. Globalement nous constatons en comparant les âges moyens (des deux colonnes du tableau) que sur une période de 18 mois le « vieillissement » estimé du point de vue de la prise en charge en officine serait d'un an et donc que mi-2004 les patients auraient plutôt 33 ans. Cet exercice méthodologique quoique imparfait, éclaire la situation la plus actuelle possible, et permet de compenser les délais inhérents à toute recherche entre le recueil des données et la présentation des résultats. Toute chose égale, cela fournit aussi une estimation « à la louche » de l'âge des patients dans les années à venir (ajouter un an aux patients tous les 18 mois).

Le Graphe 6.1 permet de constater que **les patients de moins de 25 ans représentent près du tiers en Région flamande** et 17 % en Wallonie et seulement 3% des patients bruxellois.

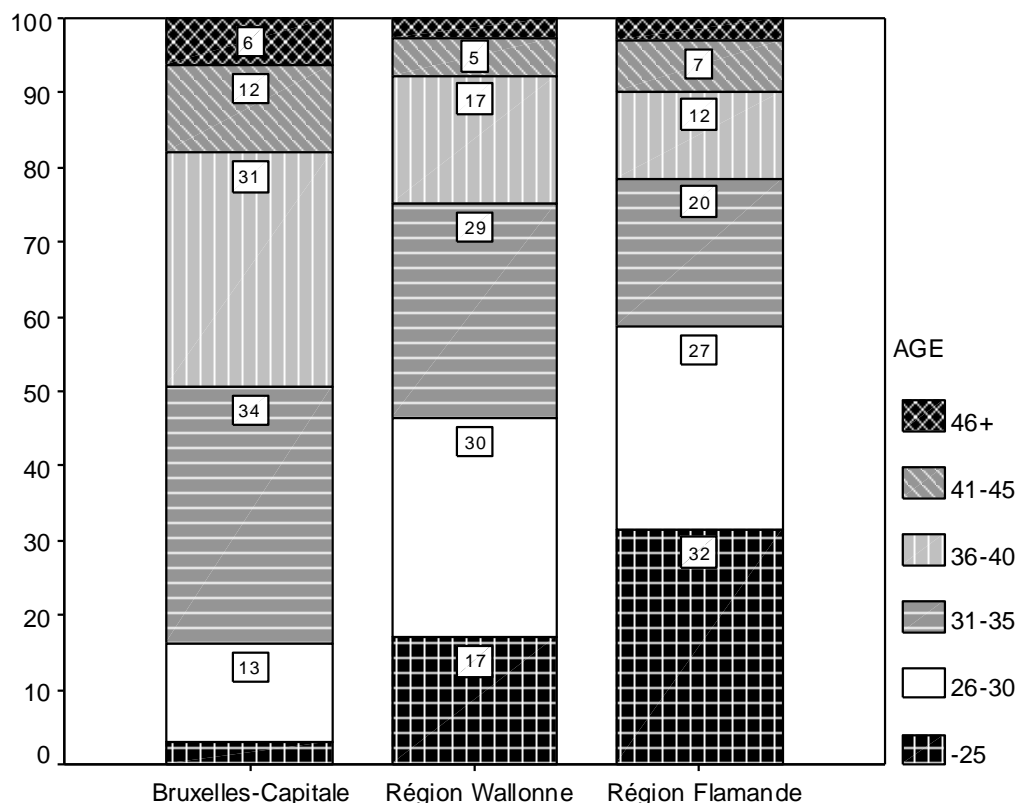
Il y a toutefois une proportion assez semblable de patients âgés de plus de 41 ans en Flandre (9.8%) et en Wallonie (7.3%) alors qu'à Bruxelles la proportion dépasse 18%.

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

Nous observons aussi en moyenne une différence d'un an et demi avec les patients de Wallonie et de 6 ans avec les patients bruxellois.

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

**Graphe 6.1 : Age (en classes) à la première évaluation –octobre 2002- des patients  
en % par Région – Total : n = 1518 et moyennes d'âge par Région  
(avec âge au suivi mi-2004)**



Moyennes (fin 2002)	36 ans	31.5 ans	30.1 ans
Moyennes (mi- 2004)	37.2 ans	32.5 ans	31.7 ans

p<.001

Le graphe 6.2 permet de constater la présence importante des moins de 25 ans dans deux Provinces : Flandre Orientale et Flandre Occidentale (48%). Ce résultat est important car il souligne une spécificité épidémique dans ces deux Provinces. A elles seules ces Provinces ont un impact sur la distribution de l'âge dans la Région flamande.

A l'opposé, la Région de Bruxelles-Capitale se caractérise nettement par une population de patients vieillissants, seulement 3% de moins de 25 ans et près de la moitié de plus de 35 ans. Nous avons vu que la moyenne d'âge y est la plus élevée avec 36 ans.

La Province qui se rapproche le plus de Bruxelles du point de vue de l'avancement de l'âge des patients est la Province d'Anvers, non seulement avec sa moyenne d'âge élevée de près de 35 ans, mais aussi par une faible proportion de moins de 25 ans (5.6%) et une proportion même plus élevée qu'à de Bruxelles de patients de plus de 41 ans (20.4%).

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

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

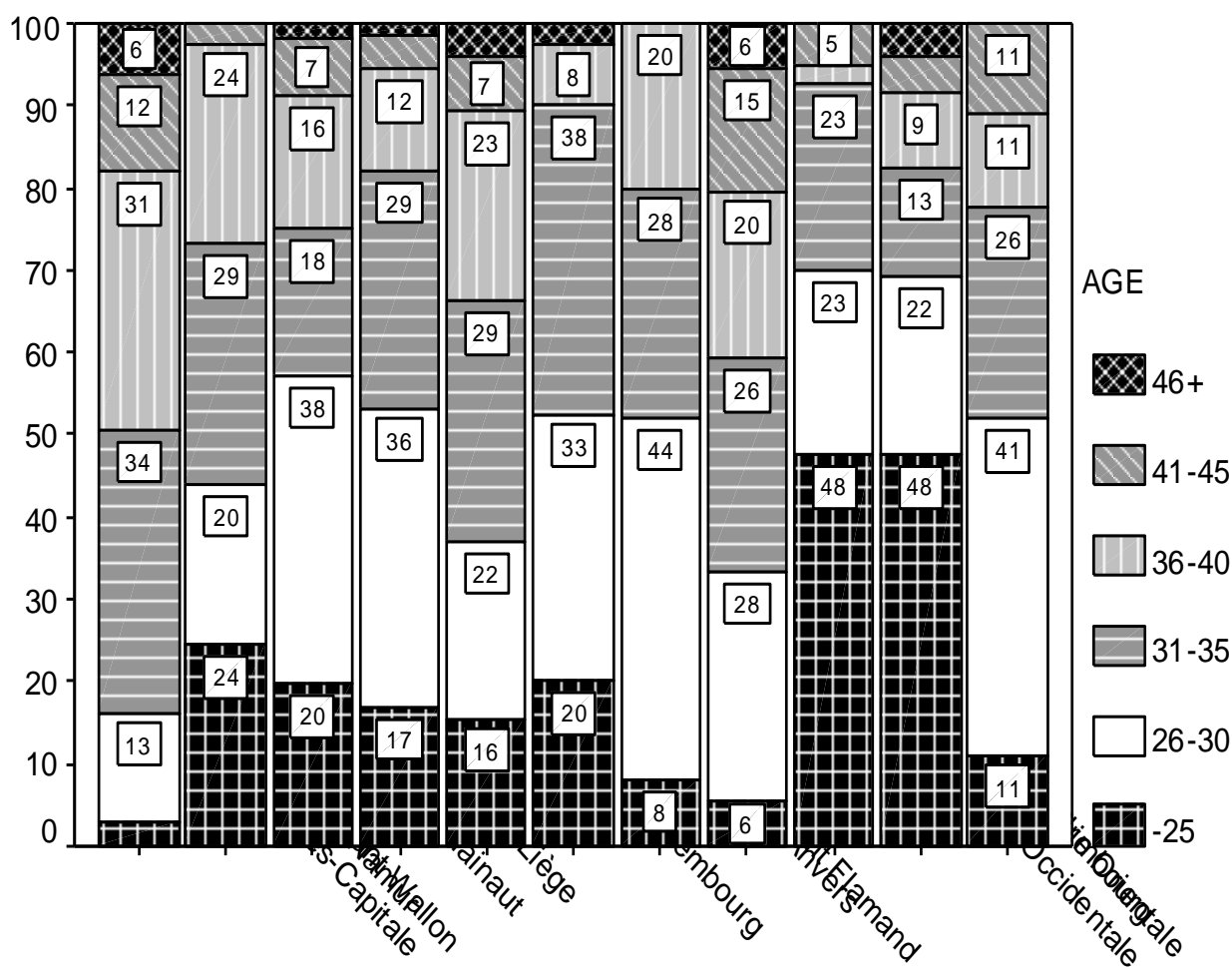
Le Graphe 6.2 ne tient pas compte d'une spécificité de l'offre de soins substitutifs en Belgique : son ouverture à une population qui ne réside pas en Belgique, en l'occurrence les patients de France qui viennent dans la Province du Hainaut (essentiellement) pour obtenir une prescription de méthadone et une cure substitutive.



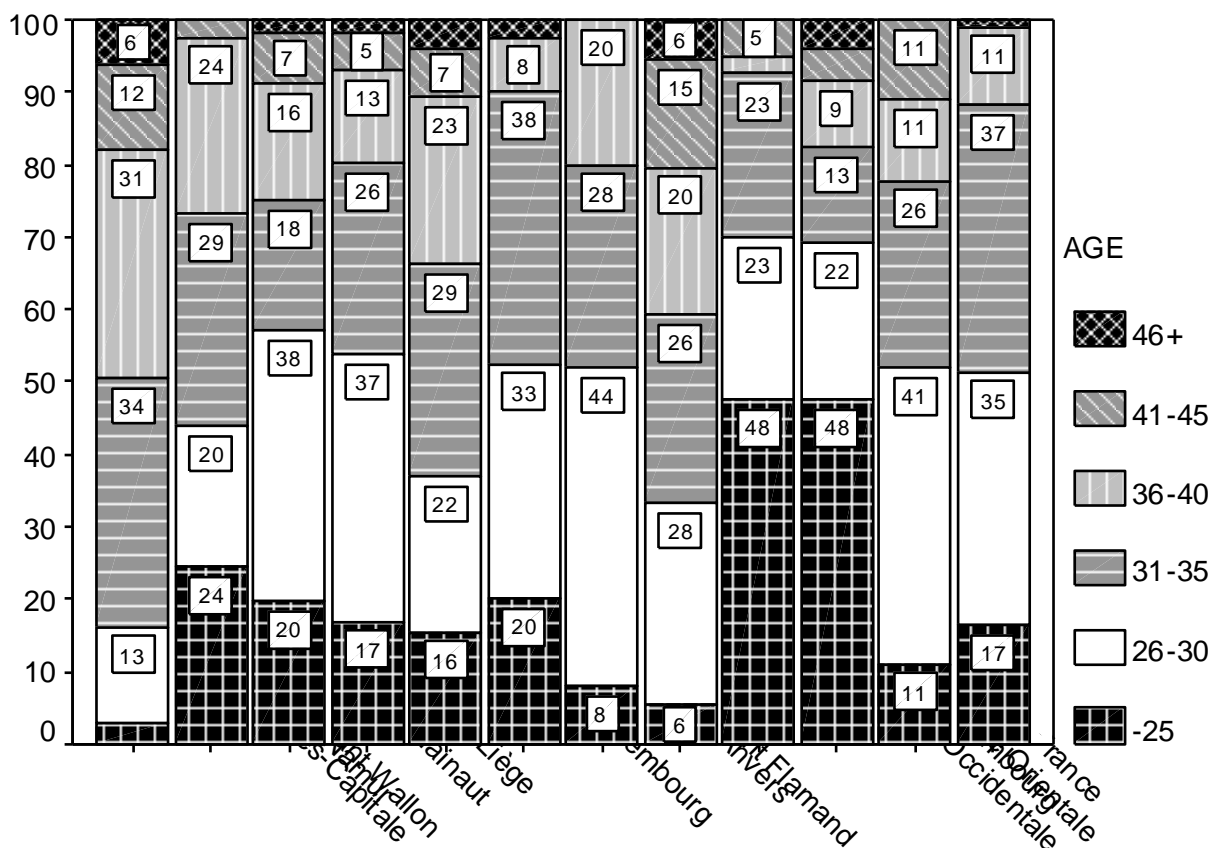
**Tableau 6.3 : Comparaison des moyennes d'âge entre Provinces**

Age du patient					
Province	Moyenne	N	E-type	Minimum	Maximum
Bruxelles-Capitale	36,00	271	5,96	18	56
Brabant Wallon	30,44	41	6,48	18	42
Namur	31,11	56	6,31	20	46
Hainaut	30,75	445	5,61	19	53
Liège	32,65	399	6,59	19	52
Luxembourg	29,53	40	6,05	19	50
Brabant Flamand	31,28	25	4,92	21	40
Anvers	34,91	54	6,76	23	53
Flandre Occidentale	27,08	40	6,31	18	43
Flandre Orientale	28,33	120	7,87	17	53
Limbourg	31,67	27	6,13	20	44
Total	32,04	1518	6,68	17	56

**Graphe 6.2 : Classes d'âge par Province (%)**



**Graphe 6.3 : Classes d'âge par Province – avec spécification des patients de France(%)**



Les patients de France (n = 103 ont été évalués par les pharmaciens – 5 officines- ou ont remis un questionnaire auto-administré) sont relativement jeunes avec un âge moyen de 30.4 ans (E-type = 4.59 ; de 21 à 46 ans), une proportion de moins de 25 ans de 17% et deux classes d'âge de 26 à 35 ans représentant près de 72%. 1% seulement a plus de 41 ans. Il s'agit ici des premières données disponibles sur cette population très particulière (étudiée de façon plus détaillée dans la deuxième partie du rapport).

Bien entendu le fait de considérer à part les résidents français, modifie les résultats pour les patients de la Province du Hainaut. Ces derniers sont alors au nombre de n = 342, ont 30.9 ans en moyenne (E-type de 5.88) et leur âge varie de 19 à 46 ans. Les patients du Hainaut n'ont que 6 mois de plus que les patients de France et ne s'en distinguent donc pas par l'âge.

## 7. La durée du contact des patients en officine

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

Etant donné la construction de l'échantillon qui inclut les nouveaux patients de 2002 à mi-2004 pour 53 officines seulement, nous présentons des résultats séparément pour la situation en octobre 2002 et pour l'échantillon globalisé avec les nouveaux patients.

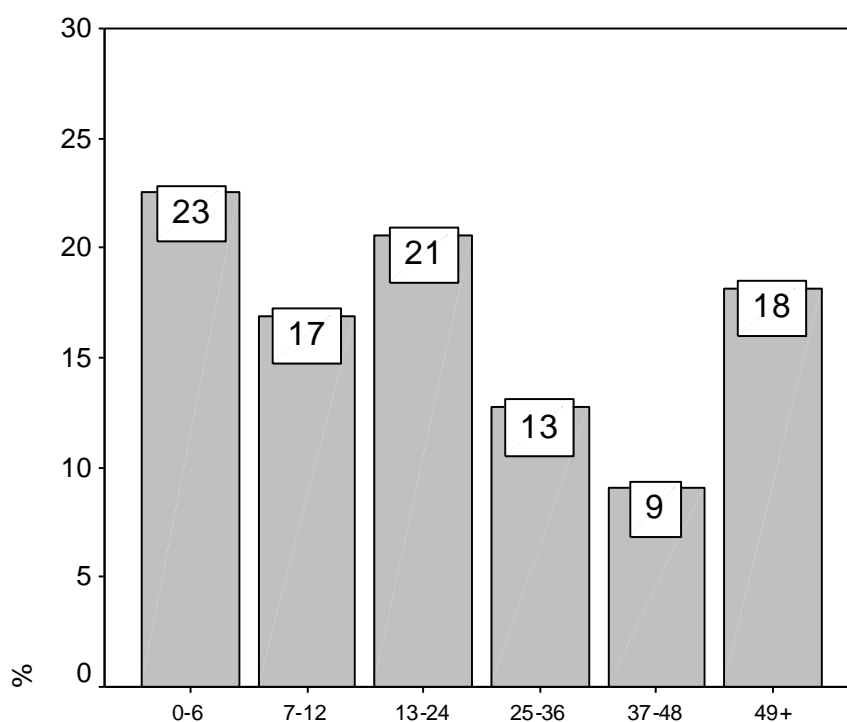
**Tableau 7 : Durée du contact en officine  
Situation en octobre 2002**

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

La durée moyenne est de près de 2 ans et 8 mois et la médiane de deux ans. La variable n'a pas une distribution normale. L'écart-type est très élevé et la mesure de dispersion est de 1.62, ce qui veut dire une distribution avec une forte dispersion dans les valeurs élevées. Un patient a une durée de contact maximale de 17 ans.. Ceci complique l'analyse. Il est donc préférable d'utiliser la durée du contact sous la forme de catégories.

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

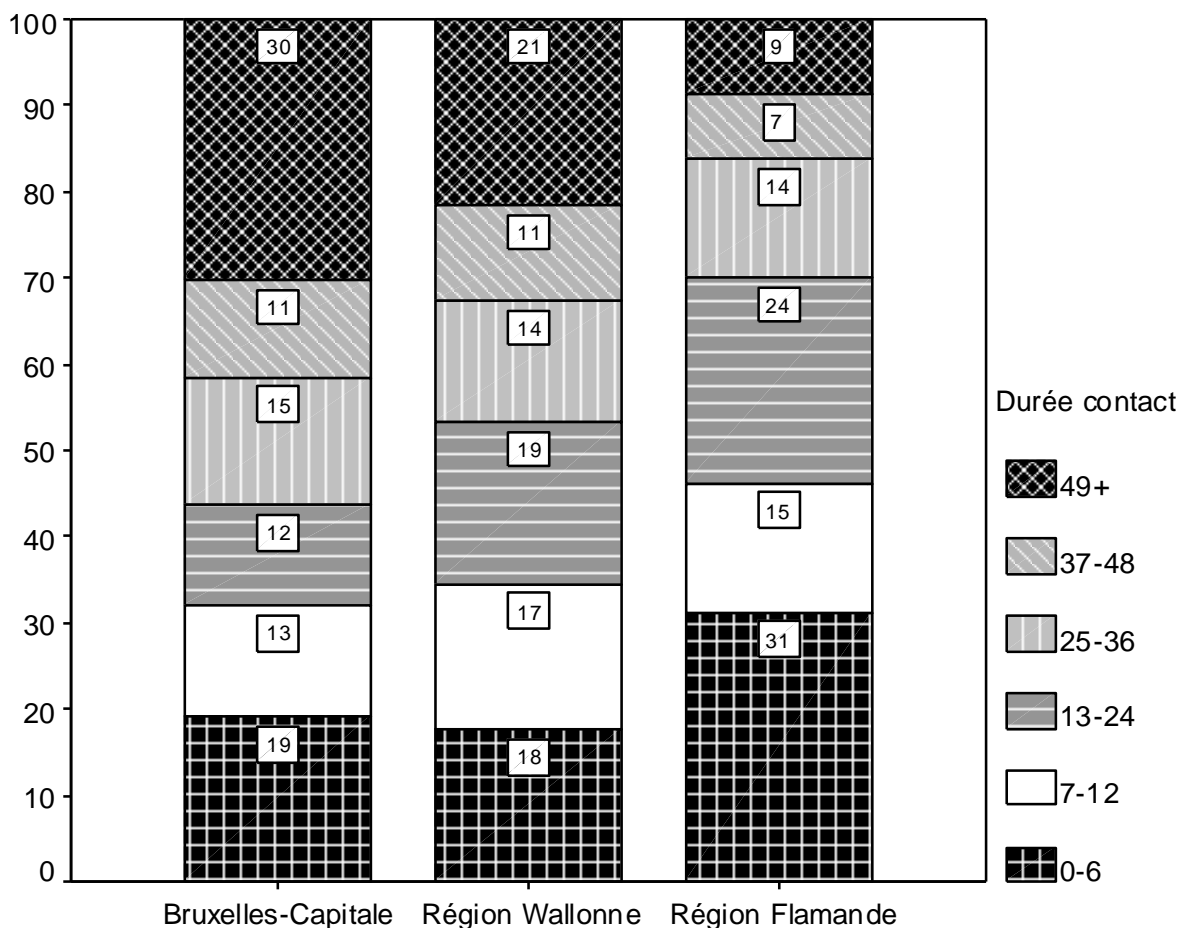
**Graphe 7 : Durée du contact en officine en catégories (%)  
Situation en octobre 2002**



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

### 7.1. Durée du contact selon la Région

Graph 7.1 : Durée du contact (en mois) selon la Région (% par Région)



$p < .001$

**La jeunesse du patient et une prise en charge récente caractérisent donc plus la situation en Flandre. Ces dimensions objectives contribuent à la compréhension du mode supervisé de la délivrance qui prévaut dans cette Région.**

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

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

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

Pour quart des patients les durées sont identiques. C'est évidemment la situation idéale pour l'analyse. Pour près de 45% la durée en officine est inférieure à celle de la prise en charge thérapeutique. Ce qui

signifie que pendant la cure substitutive le patient a changé d'officine. Il s'agit donc d'une situation fréquente. Toutefois on constate aussi pour 30% des patients une durée supérieure du contact en officine. Dans ce cas les patients sont en quelque sorte plus fidèles à leur pharmacien qu'aux médecins ! Le pharmacien est alors le garant d'une continuité de prise en charge professionnelle.

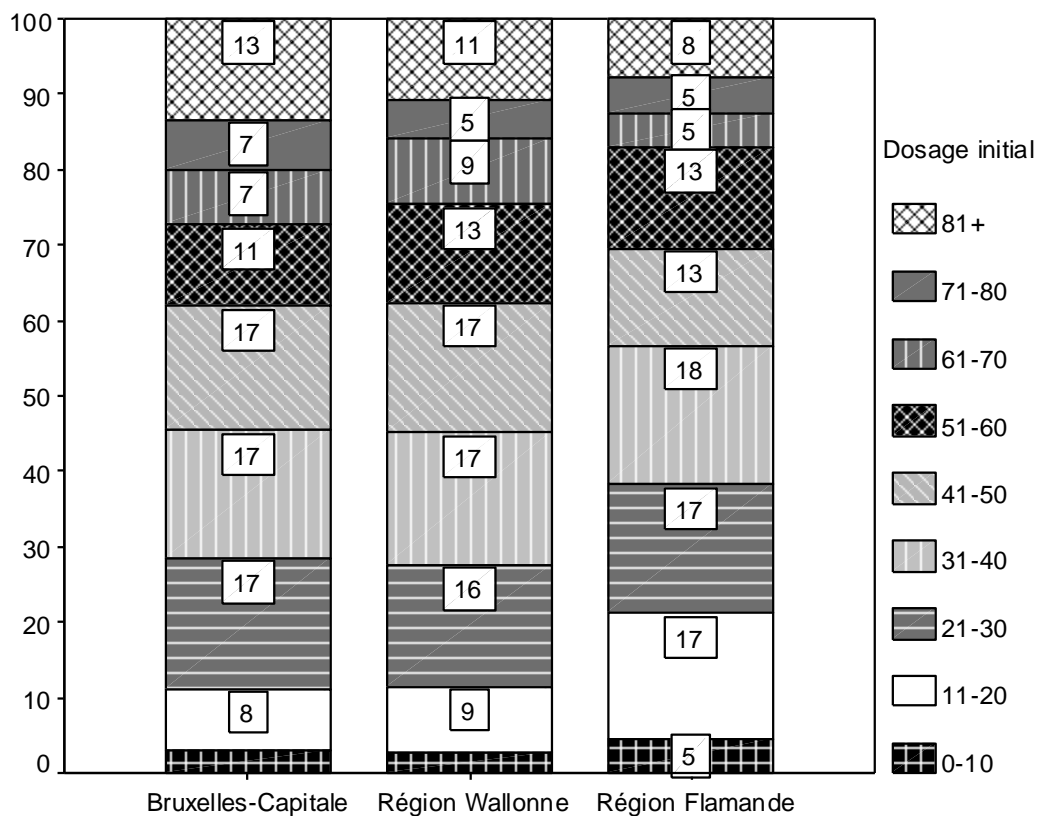
**Tableau 7.2.1: Type d'écart entre la durée du contact en officine et de la prise en charge thérapeutique actuelle**

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

Pour comprendre comment se traduit globalement en durée l'écart de contact entre les deux types de professionnels un test d'échantillons appariés a été réalisé qui réalise un test de la différence de moyenne entre les deux mesures. Entre 33,5 mois pour le contact en officine et 44,2 mois pour celui de la cure actuelle la différence de 10.7 mois est statistiquement significative. Autrement dit on considèrera une sous-estimation de la durée de la cure actuelle en se fondant sur la durée de contact en officine. La durée du contact en officine introduit une autre dimension que celle de la rétention en traitement. Toutefois, sans être superposable à l'évaluation usuelle de la rétention en traitement, elle est indicatrice d'un processus relationnel avec un autre professionnel de la santé pendant une longue période à intervalle régulier.

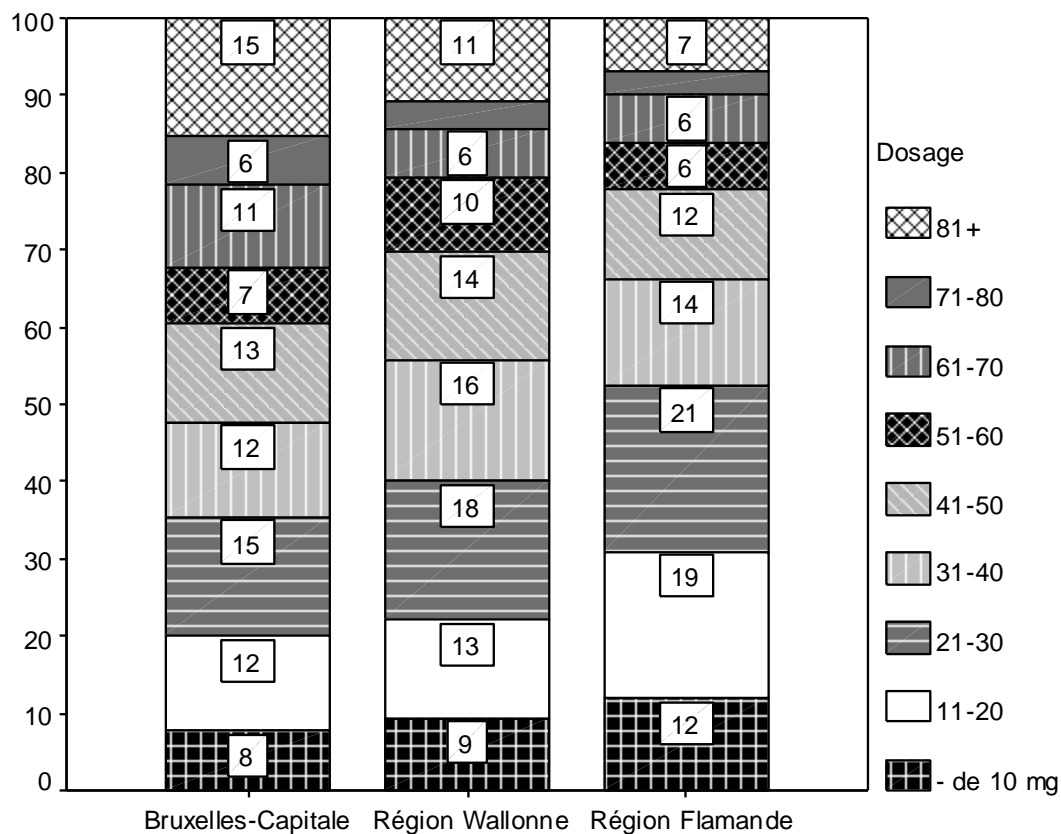
## 8. Le dosage de la méthadone

Graph 8.1 : Le dosage initial de la méthadone selon la Région (en catégories)



$p < .06$  NS

Graph 8.2 : Le dosage actuel de méthadone selon la Région (en catégories)



$p < .001$

**Tableau 8.1 : Dosage initial et actuel de méthadone selon la Région (en moyennes)**

		N	Moyenne	E-type	Intervalle de confiance à 95%		Maximum
					Limite inférieure	Limite supérieure	
Dose journalière initiale (mg)	Bruxelles-Capitale	260	53,74	37,00	49,22	58,26	400
	Région Wallonne	817	52,22	33,06	49,95	54,49	400
	Région Flamande	205	42,92	24,39	39,56	46,28	130
	Total	1282	51,04	32,87	49,24	52,85	400
Dose journalière actuelle (mg)	Bruxelles-Capitale	260	54,06	44,58	48,62	59,51	400
	Région Wallonne	817	46,93	44,76	43,85	50,00	580
	Région Flamande	205	35,34	23,35	32,12	38,55	115
	Total	1282	46,52	42,38	44,20	48,84	580

Les deux tableaux suivants analysent les écarts de dosages en les rassemblant en groupes homogènes. Ceci permet une visualisation aisée des Régions selon la similitude ou non des dosages.

**Dose journalière initiale (mg)**

Région	N	Sous-groupes avec alpha = .05	
		1	2
Waller-Duncan			
Région Flamande	205	42,92	
Région Wallonne	817		52,22
Bruxelles-Capitale	260		53,74

Les moyennes pour des sous groupes homogènes sont présentées

**Dose journalière actuelle (mg)**

Région	N	Sous-groupes avec alpha = .05		
		1	2	3
Waller-Duncan				
Région Flamande	205	35,34		
Région Wallonne	817		46,93	
Bruxelles-Capitale	260			54,06

Les moyennes pour des sous groupes homogènes sont présentées

Les écarts de dosage entre les Régions sont importants. Moins au début du contact avec l'officine (en catégories, avec  $p=.06$ , on n'atteint pas un seuil statistiquement significatif) qu'au moment de l'évaluation ( $p<.001$ ). Dans le cas du dosage initial l'absence de différence globale entre les Régions provient de l'absence de différence de dosage entre la Région wallonne et Bruxelles, alors que celle entre Bruxelles et la Flandre est significative à  $p<.001$  et entre la Wallonie et la Flandre à  $p = .005$ .

**56.7% des patients de Flandre commencent avec des dosages de 40mg ou moins pour 45% environ des patients de Wallonie ou Bruxelles.**

**Au moment de l'étude, 2/3 (66.2%) des patients de Flandre ont un tel dosage de 40mg ou moins pour 55.7% des patients de Wallonie et seulement 47.6% des patients bruxellois.**

Aux dosages élevés de plus de 80mg par contre, les écarts entre les Régions ne sont pas importants : 7.8% au début en Flandre, 10.2% en Wallonie et 13.5% à Bruxelles ; 6.7% actuellement en Flandre pour 10.9% en Wallonie et 15.3% à Bruxelles. On n'assiste donc pas à une réelle augmentation de la proportion de dosages élevés pendant la cure dans la Communauté française.

Il subsiste un problème de façon marginale de dosages extrêmes (maximum : 400mg) à Bruxelles comme en Wallonie. Toutefois après vérification individuelle le problème n'est confirmé que dans une seule Province de Wallonie. Alors qu'à Bruxelles il ne s'agissait que d'un cas unique et isolé (et qui s'explique dans une évolution individuelle défavorable d'un patient particulier), en Wallonie de tels dosages sont apparus plus fréquents et surtout liés à la patientèle d'un seul médecin. La justification émise par ce médecin d'un Centre spécialisé aurait à voir avec une absence de nécessité à de tels

dosages de méthadone de prescrire conjointement des benzodiazépines. Bien que cette absence de prescription de benzodiazépines est confirmée pour ces patients, il y a certainement matière à débat sur les risques (notamment d'arythmies cardiaques, de « torsades de pointes ») encourus par ces patients, pour lesquels aucune méthadonémie n'aurait par ailleurs été réalisée.

## 9. Analyse multivariée de la supervision pharmaceutique

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

Variable	Odds	Intervalle de confiance à 95%		P
		Inférieur	Supérieur	
Durée du contact : - de 1 an	2.70	1.67	4.37	.0001
Région Flamande	24.56	14.89	40.48	.0001

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

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

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

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

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

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

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

## 10. Indice des problèmes comportementaux en officine

Un Indice des problèmes de type comportemental présentés par les patients dans les officines a été construit<sup>3</sup> en sommant la présence des 6 problèmes comportementaux relevés par les pharmaciens :

**Le patient ne respecte pas les horaires ; il chaparde ; il est revendicatif ; il gêne les autres clients ; il n'attend pas son tour ou enfin, il ne paie pas normalement.**

L'indice présenté dans le Tableau 10 est utilisable soit comme une variable dite quantitative ou bien il est possible de le rendre binaire en opposant l'absence de problème avec la présence d'au moins un problème.

<sup>3</sup> par la procédure « Count ». Création d'une variable qui enregistre le nombre d'occurrences de critères définis.



**Tableau 10 : Indice cumulatif des problèmes comportementaux en officine**

	Nombre	%
Aucun	919	62,9
1 probl.	311	21,3
2 probl.	111	7,6
3 probl.	61	4,2
4 probl.	38	2,6
5 probl.	14	1,0
6 probl.	6	,4
Total	1460	100,0

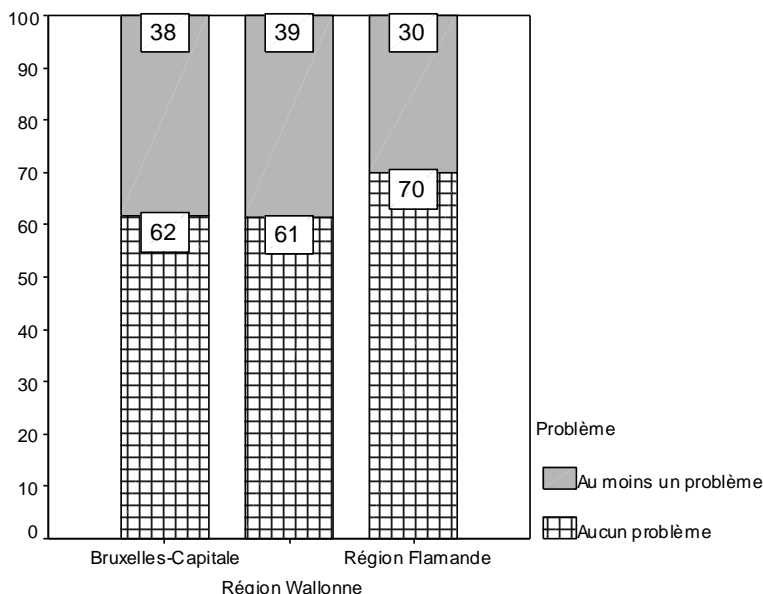
**Près de 37.1% des patients présentent au moins un problème de comportement.**

Un tel résultat est loin d'être insignifiant pour la pratique du pharmacien d'officine. Celui-ci, qui rappelons-le, n'est pas rétribué pour accueillir des patients en cure substitutive, doit faire face à des difficultés d'organisation, d'une part, en favorisant, par exemple, la prise sur place du médicament sur place, dans de bonnes conditions de confidentialité pour le patient, tout en poursuivant son activité de services à sa clientèle générale. Par ailleurs, nous mettons donc en évidence ici, que plus d'une fois sur trois le patient présentera des difficultés spécifiques, de nature à perturber le fonctionnement de l'officine. L'accueil des patients comporte donc un risque pour le pharmacien et son implication dans la délivrance de la méthadone d'autant plus méritoire que les bénéfices matériels qu'il en retire sont dérisoires. L'indice fait apparaître aussi une proportion de 15. 8% de patients (un patient sur six) qui a 2 problèmes ou plus parmi ceux évoqués.

**10.1. Problèmes comportementaux selon la Région**

**Graphe 10.1 : Présence d'au moins un problème selon la Région (%)**

n = 1461

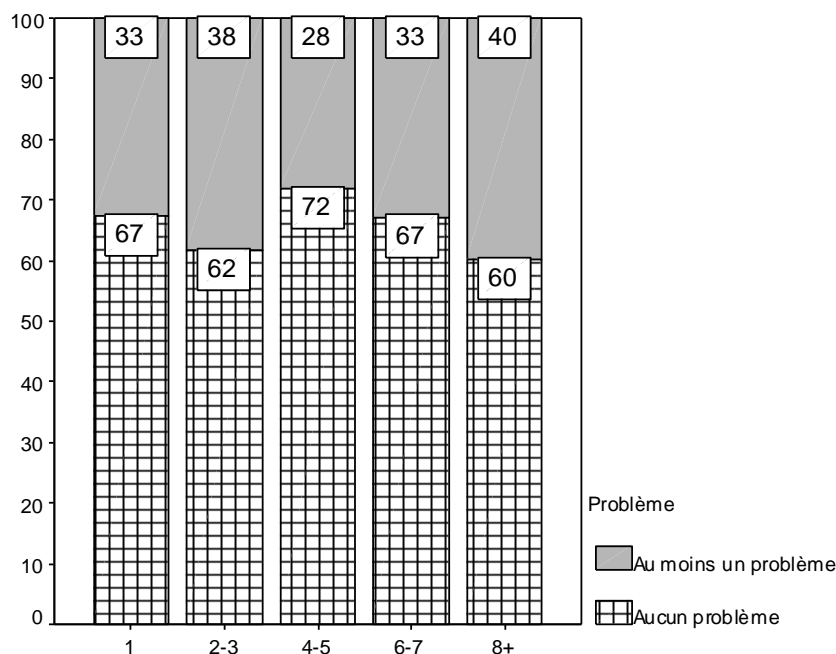


p = .03

Le Graphe 10.1 compare la situation dans les trois Régions et indique une prévalence plus forte de patients avec au moins un problème de comportement dans les officines de Wallonie-Bruxelles (38%) par rapport à la Flandre (28%). La différence est significative à  $p = .003$  et le Risque Relatif de la présence d'au moins un problème est de 59.7% pour les officines de Wallonie-Bruxelles par rapport à la Flandre.

## 10.2. Problèmes comportementaux selon le nombre de patients accueillis

**Graphe 10.2 : Présence d'au moins un problème selon le nombre de patients (%)**



$p = .04$

Le Graphe 10.2 met en évidence une prévalence liée au nombre de patients accueillis, mais qui n'est pas linéaire. La proportion de patients avec problèmes n'est pas significativement plus élevée par rapport au taux moyen de 36% si l'officine accueille plus de 10 patients (38%) et cela correspond au taux observé avec de 2 à 3 patients. Bien entendu pour ces officines le nombre absolu de patients avec un problème au moins de comportement sera plus élevé. Le fait d'accueillir un seul (28%) ou encore mieux **de 4 à 5 patients est le plus favorable (28%)**.

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

**Tableau 10.2 : Indice cumulatif de problèmes comportementaux selon le nombre de patients**

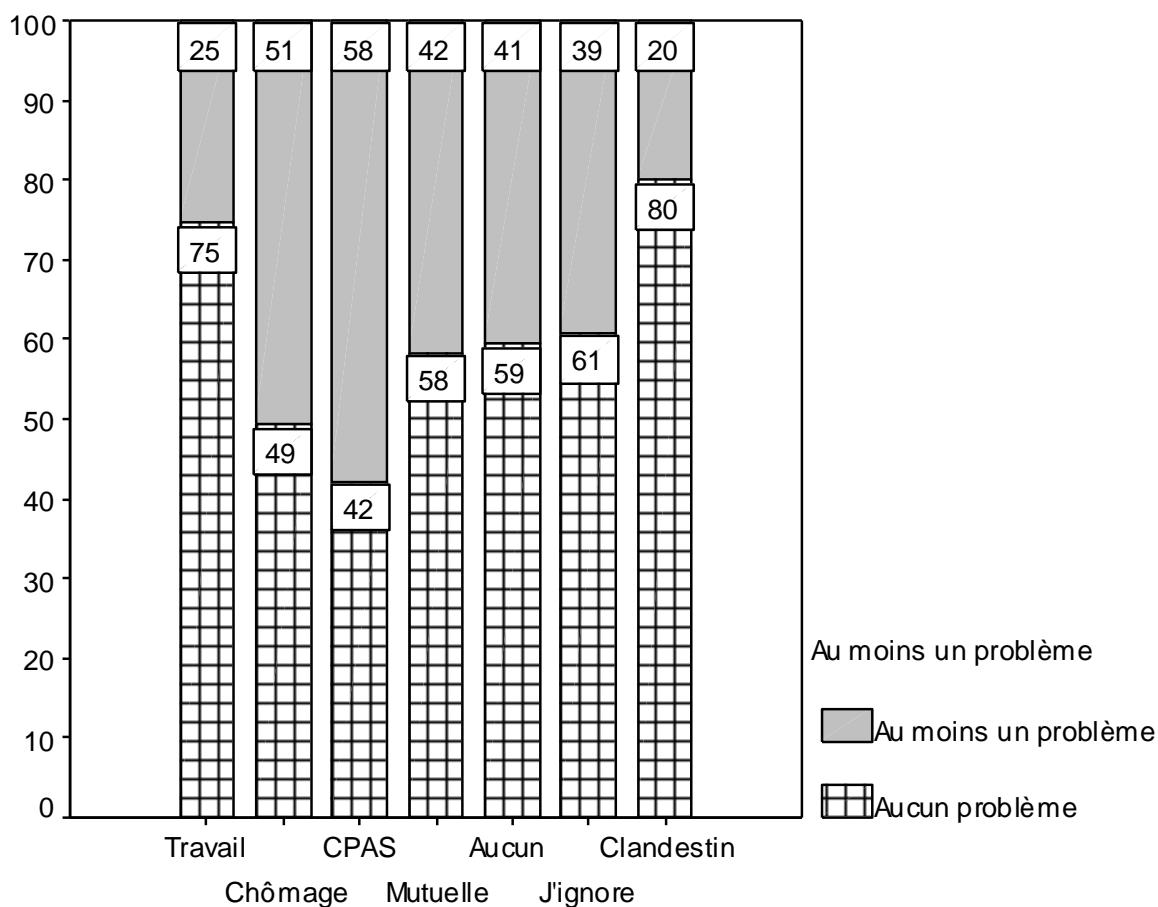
INDPTOT			
Nb	Moyenne	N	E-type
1	,5146	103	,9060
2-3	,7240	221	1,1950
4-5	,4366	142	,8461
6-7	,5077	195	,9046
8+	,7516	789	1,2045
Total	,6669	1450	1,1214

$p = .002$

### 10.3. Problèmes comportementaux selon les caractéristiques du patient

#### 10.3.1. Problèmes comportementaux selon l'occupation du patient

Tableau 10.3.1. Problèmes comportementaux selon l'occupation du patient



p<.001

L'occupation est fortement discriminante. Les patients qui dépendent du CPAS présentent plus souvent au moins un problème comportemental (58%), suivis des patients au chômage (51%) et sur la mutuelle (42%). Les patients **qui ont un travail (25%)** manifestent moins de problème(s). Ainsi d'ailleurs que les clandestins. Leur nombre réduit ne permet pas d'en tirer de conclusion.

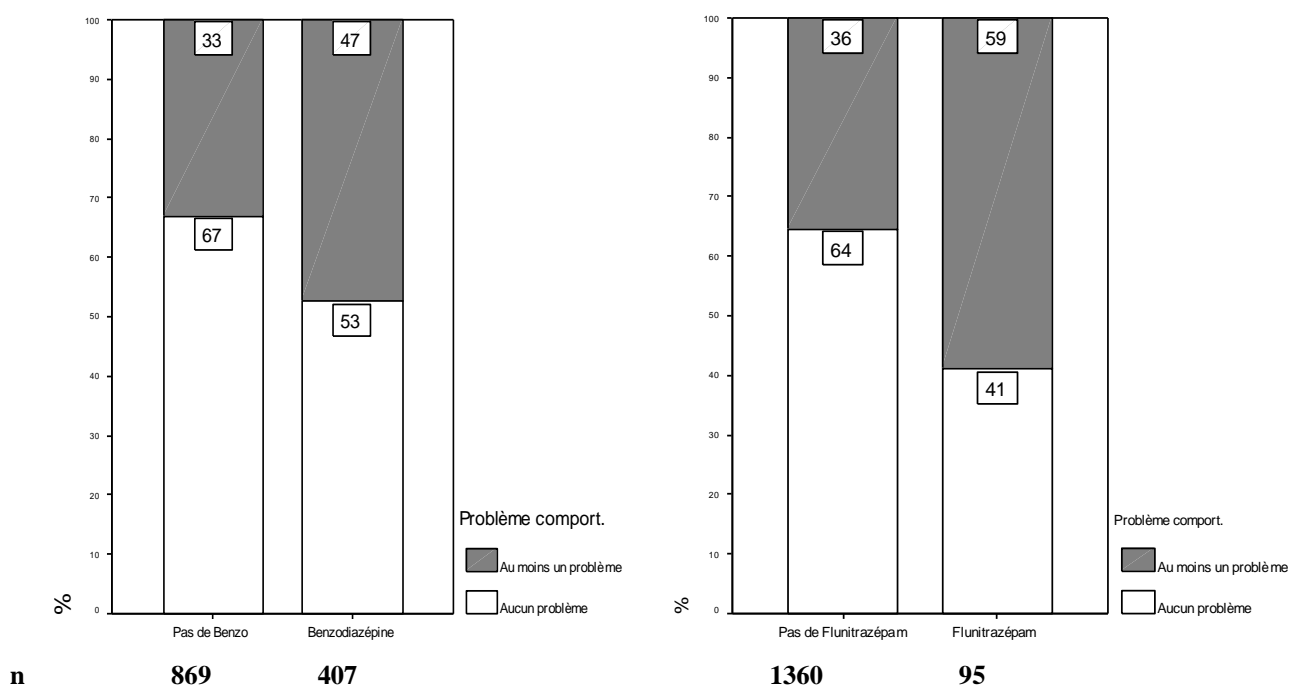
En comparant les « occupations » sur l'indice cumulatif (en utilisant toujours la méthode Post hoc), il apparaît que c'est surtout le fait d'avoir une occupation professionnelle qui différencie selon le(s) problème(s) présenté(s) en officine (différence à p<.001 avec CPAS, chômage et « j'ignore »

### 10.3.2. Problèmes comportementaux selon la co-prescription

Tableau 10.3.2 : Problèmes comportementaux selon la co-prescription

	Problème(s)		Aucun problème		Total		P	Odds
	n	%	n	%	n	%		
<b>Benzodiazépines</b>	192	<b>47.2</b>	215	52.8	407	100.		
<b>Pas de BZP</b>	346	33.	702	67.	869	100.	<.001	1.81
<b>Flunitrazépam</b>	56	<b>58.9</b>	39	41.1	95	100.		
<b>Pas de FLZ</b>	482	35.4	878	64.6	1360	100.	<.001	2.62

Graph 10.3.2 Problème comportemental en officine selon la co-prescription de benzodiazépines ou de Flunitrazépam



Le Tableau 10.3.2 présente la prévalence de problème(s) lorsque le patient a une co-prescription de benzodiazépines ou de Flunitrazépam ( Rohypnol© ). Il s'agit ici de médicaments délivrés dans la même officine que celle où est délivrée la méthadone. Nous verrons que certains patients vont dans une autre officine et chez un autre médecin pour des prescriptions de ces médicaments (Etude par questionnaire auto-administré). La relation entre les Benzodiazépines et la manifestation de problème(s) par le patient est élevée avec une probabilité de 81% (Odds = 1.81 ; p<.001). Dans le cas de la prescription de Flunitrazépam, elle est encore plus élevée et la probabilité double par rapport aux benzodiazépines avec une valeur de 169% (Odds = 2.69 ; p<.001).

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

### 10.3.3 Analyse multivariée par régression logistique de l'existence d'au moins un problème comportemental du patient en officine

**Tableau 10.3.3 : Régression logistique de l'existence d'au moins un problème comportemental en officine –Présentation des risques relatifs. N = 1382**

Variable	Odds	IC à 95%	
		Infér.	Supér.
En cure en Institution	1,5202	1,1593	1,9933
Benzodiazépines	1,4321	1,0910	1,8799
C'est perdu d'avance	2,8490	1,9897	4,0794
A une relation de confiance	,4877	,3724	,6386
Ne veut pas de relation d'aide	2,5100	1,1073	5,6896
Essaie de limiter les dommages	1,6265	1,2042	2,1969
Un sevrage serait plus utile	1,6480	1,1316	2,4000
Démystifie l'effet des psychotropes	,6139	,3836	,9824
Inquiet à le voir arriver	3,5259	1,9098	6,5094
Région Bruxelloise /Flandre	2,5626	1,6350	4,0166
Région Wallonne / Flandre	1,9423	1,3401	2,8150
Le patient travaille	,7190	,5502	,9396

Le Tableau présente les risques relatifs (Odds) de l'existence d'au moins un problème (parmi les 6 présentés à l'évaluateur pharmacien) chez le patient qui fréquente l'officine pour une délivrance de méthadone. La liste de facteurs prédictifs retenus dans l'équation de régression logistique présente un mélange de caractéristiques « objectives » du patient et d'appréciation « subjective » du pharmacien. Un total de 1382 patients ont été analysés, n = 517 avec au moins un problème comportemental sont comparés à n = 965 patients qui ne présentent aucun problème spécifique dans leur fréquentation de l'officine. L'analyse de régression logistique a retenu 12 caractéristiques qui forment une « équation » qui classe correctement 72% des patients dans l'un ou l'autre groupe (« à problème » ou non).

Les caractéristiques objectives qui prédisent l'existence d'un problème chez le patient sont dans l'ordre d'importance de leur qualité prédictive : le fait d'être Bruxellois par rapport à Flamand (Odds de 2.56) ; Wallon par rapport à Flamand (1.94) ; être en cure en institution par rapport à une cure en cabinet privé (1.52) ; avoir une prescription de Benzodiazépines (1.43) ou ne pas travailler (l'odds est inférieur à 1 - .719- car la variable est codée de façon inversée : ceci signifie ainsi que le fait de ne pas travailler à un Odds de 1.39). Le tableau objectif met en évidence une perception plus forte de problèmes comportementaux pour les patients en Communauté française par les pharmaciens de cette Communauté. Les patients en institution apparaissent aussi comme plus « difficiles ». Nous retrouvons aussi l'usage de benzodiazépines comme marqueur de « gravité », ainsi que l'absence d'insertion professionnelle.

Les caractéristiques de l'évaluation subjective du pharmacien sont dans l'ordre décroissant : le pharmacien est inquiet lorsqu'il le voit arriver dans l'officine (3.52) ; le pharmacien considère que c'est perdu d'avance pour ce patient (2.85) ; il ne souhaite pas de relation d'aide (2.51) ; le pharmacien n'a pas de relation de confiance (Odds inverse : 2.05) ; il considère qu'un sevrage serait plus utile (1.65) ; il ne démystifie pas l'effet des psychotropes (Odds inverse : 1.63) ; et enfin le pharmacien essaie de limiter les dommages (1.626). Le tableau « subjectif » est très cohérent et souligne à quel point les aspects relationnels et la présentation de soi du patient vont colorer l'appréciation du pharmacien. Les éléments choisis constituent une mesure de la gravité du « cas ». Bien entendu ces éléments nous renseignent aussi sur le pharmacien lui-même et nous permettent de comprendre comment il réagit face à un patient « difficile ». De façon inverse, on est tenté de considérer que les 6 problèmes comportementaux qui ont été choisis permettent de se faire une idée assez précise des difficultés rencontrées par le pharmacien d'officine dans sa gestion de la délivrance de méthadone.

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

L'objectif de ce chapitre est de poursuivre la thématique précédente en dressant un portrait du pharmacien et de son implication dans la délivrance de méthadone.

Pour réduire les 20 attitudes proposées au pharmacien vis-à-vis de chaque patient en un ensemble plus maniable, une analyse factorielle en composante principale (avec rotation Varimax) a été réalisée. 6 facteurs ou dimensions ont d'abord été retenues. Après rotation les deux premiers facteurs contribuent pour environ 23 % de la variance totale. Une première analyse a été réalisée avec ces 6 dimensions que nous résumons ici. Il nous est apparu que le maniement de ces 6 dimensions et leur « lisibilité » n'était pas optimale et nous avons procédé dans un deuxième temps à leur simplification en forçant une sélection de seulement 3 facteurs au lieu de 6.

### Présentation sommaire des 6 facteurs originaux :

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

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

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

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

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

En dernier lieu, enfin, une 6<sup>ème</sup> dimension est produite, celle d'un rejet de la méthadone au profit d'une orientation vers la prescription de l'héroïne : « *l'héroïne plutôt que la méthadone serait plus utile* » (6.3%).

Certains facteurs produits par l'analyse nous ont semblé relativement obscurs ou marginaux pour comprendre de la façon la plus simple possible la relation entre le pharmacien et le patient. La procédure d'analyse factorielle permet une telle simplification, tout en respectant une rigueur méthodologique. Il suffit de prédéfinir le nombre de facteurs qui seront construits dans l'analyse. En inspectant les premiers résultats, nous avons opté pour en « demander » seulement trois, sans les choisir à priori parmi les 6. C'est donc cette dernière construction qui a finalement été retenue et qui est présentée dans le Tableau 11.

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

	Dimensions		
	Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
<b>Pharmacien a une relation de confiance</b>	<b>,760</b>	-,169	,000
<b>Pharmacien content de le voir</b>	<b>,696</b>	,000	,000
<b>Pharmacien a une certaine affection</b>	<b>,657</b>	,000	,131
<b>Pharmacien aborde tous les sujets</b>	<b>,642</b>	,000	,281
<b>Je ne fais que délivrer le médicament</b>	<b>-,555</b>	,242	,000
<b>Pharmacien a joué un rôle dans l'orientation thérapeutique</b>	<b>,361</b>	,000	<b>,360</b>
<b>Pharmacien a une relation thérapeutique</b>	<b>,354</b>	,000	,288
<b>C'est perdu d'avance</b>	-,173	<b>,678</b>	,000
<b>La méthadone n'est pas utile</b>	,000	<b>,636</b>	-,105
<b>Un Sevrage serait plus utile</b>	-,109	<b>,596</b>	,000
<b>Pharmacien ne parvient pas à l'aider</b>	,000	<b>,495</b>	,000
<b>Un autre médecin serait plus utile</b>	,140	<b>,471</b>	-,191
<b>Pharmacien ne veut pas de relation de confiance</b>	-,153	<b>,454</b>	,146
<b>Pharmacien inquiet à le voir arriver</b>	-,281	<b>,378</b>	,220
<b>Ne souhaite pas de relation d'aide</b>	-,125	<b>,354</b>	,000
<b>Héroïne serait plus utile</b>	,117	<b>,329</b>	,000
<b>Essaie de prévenir les rechutes</b>	,248	,000	<b>,638</b>
<b>Essaie de limiter les dommages</b>	,000	,312	<b>,589</b>
<b>Pharmacien collabore avec le médecin</b>	,000	-,131	<b>,575</b>
<b>Pharmacien démystifie l'effet des psychotropes</b>	,362	,000	<b>,448</b>

Analyse en composante principale /Rotation Varimax

Les trois facteurs ou dimensions produites par l'analyse et qui nous semblent décrire d'une façon simplifiée et pertinente la relation du pharmacien avec le patient en traitement de substitution sont finalement dans l'ordre de leur importance : 1. L'empathie ressentie vis-à-vis du patient. Ce facteur exprime 14.4% de la variance ; 2. Le désenchantement face à la situation du patient (12.4% de la variance) et enfin ; 3. L'attitude proactive (8.65 % de la variance). Le Tableau reprend dans l'ordre d'importance les items du questionnaire qui composent ces 3 facteurs.

## Utilisation des facteurs comme variables

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

Pour faciliter la lecture, dans chaque tableau les valeurs les plus élevées sont mises en **gras**.

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

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

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

### 11.1. Attitudes du pharmacien selon les caractéristiques démographiques

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

		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Homme	Moyenne	<b>,2249236</b>	-,3649069	-,3135719
	N	540	540	540
	E-type	2,0992534	1,8852862	2,1450615
Femme	Moyenne	-,1196806	<b>,2692785</b>	<b>,2827932</b>
	N	828	828	828
	E-type	2,2225082	2,3289174	2,1749985
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1368	1368	1368
	E-type	2,1804336	2,1860688	2,1820170

Signification statistique : Empathie :  $p = .004$  / Désenchantement :  $p = .001$  / Attitude Proactive :  $p = .001$

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



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

Genre du patient		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Homme	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1124	1124	1124
	E-type	2,1653577	2,1717519	2,1176919
Femme	Moyenne	<b>,2887026</b>	,1251127	,2280614
	N	325	325	325
	E-type	2,1639194	2,1402963	2,3173287
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1449	1449	1449
	E-type	2,1699749	2,1650826	2,1665964

Signification statistique : Empathie :  $p = .006$  / Désenchantement : N.S. / Attitude Proactive :  $p = .03$

L'implication du pharmacien est donc plus forte vis-à-vis des femmes, à la fois de façon empathique et dans sa volonté d'intervention. Ils ne sont toutefois pas plus désenchantés des patients masculins pour autant.

En analysant de façon croisée les attitudes des pharmaciens hommes ou femmes envers les patients, hommes ou femmes, nous avons vérifié les différences éventuelles : il apparaît que les hommes pharmaciens se distinguent des pharmaciennes dans leur attitude proactive envers les femmes en traitement.

**Tableau 11.1.2.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien masculin selon le Genre du patient**

**Pharmacien = Homme**

Genre du patient		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Homme	Moyenne	,1310956	-,3458455	-,4285550
	N	432	432	432
	E-type	2,1109512	1,9245672	2,0767321
Femme	Moyenne	<b>,6129086</b>	-,4260463	<b>,1137323</b>
	N	107	107	107
	E-type	2,0230807	1,7264361	2,3399937
Total	Moyenne	,2267431	-,3617666	-,3209024
	N	539	539	539
	E-type	2,1007773	1,8856233	2,1402732

Signification statistique : Empathie :  $p = .03$  / Désenchantement : N.S. / Attitude Proactive :  $p = .01$

Les pharmaciens masculins ont une attitude plus empathique et aussi plus proactive envers les femmes en traitement.

**Tableau 11.1.2.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien féminin selon le Genre du patient**

**Pharmacien = Femme**

Genre du patient		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Homme	Moyenne	-,2373505	,1911959	,2537491
	N	627	627	627
	E-type	2,1983685	2,3304355	2,1163870
Femme	Moyenne	<b>,2244001</b>	,4896352	,4043598
	N	199	199	199
	E-type	2,2596410	2,2801399	2,3389400
Total	Moyenne	-,1261055	,2630959	,2900343
	N	826	826	826
	E-type	2,2207121	2,3205604	2,1715868

Signification statistique : Empathie :  $p = .01$  / Désenchantement : N.S. / Attitude Proactive : N.S.

Les pharmaciennes manifestent une attitude plus empathique envers les femmes, mais pas plus proactive, alors que nous avons vu qu'elles avaient globalement plus une telle attitude que leurs confrères et que ceux-ci la manifestent plus envers les patientes.

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

Age du patient		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
-25	Moyenne	-,3067435	-,1388828	-,1057679
	N	213	213	213
	E-type	1,9271002	2,2875650	2,1564207
26-30	Moyenne	-,1992604	,0000000	,0000000
	N	354	354	354
	E-type	2,1109721	2,0695657	2,2044114
31-35	Moyenne	<b>,1562944</b>	,0000000	,1297288
	N	380	380	380
	E-type	2,2130574	2,0684744	2,2287382
36-40	Moyenne	<b>,1459130</b>	,2102995	,0000000
	N	266	266	266
	E-type	2,3373715	2,2898664	2,1705403
41-45	Moyenne	-,2241515	,0000000	,0000000
	N	94	94	94
	E-type	2,0801616	2,0412102	2,0339722
46+	Moyenne	,0000000	,1485113	,2714041
	N	47	47	47
	E-type	2,1720462	2,5318148	1,9319795
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1354	1354	1354
	E-type	2,1638398	2,1633483	2,1749945

Signification statistique : Empathie :  $p = .05$  / Désenchantement : N.S. / Attitude Proactive : N.S.

Seule la dimension empathique varie avec l'âge du patient. La proximité affective est plus difficile à établir pour le pharmacien avec les patients plus jeunes, en particulier les patients de moins de 25 ans. Toutefois, avec les patients de 41 à 45 ans aussi, l'empathie est plus faible. Les patients avec lesquels le pharmacien se sent le plus en phase ont entre 30 et 40 ans.

## 11.2. Attitudes du pharmacien selon la durée du contact

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

Durée du contact		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
0-6	Moyenne	-,8542259	-,1960034	,0000000
	N	319	319	319
	E-type	1,8423122	2,1351561	1,9196279
7-12	Moyenne	-,1649385	-,1204816	,1403810
	N	212	212	212
	E-type	2,2290918	2,0907561	2,2259363
13-24	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	290	290	290
	E-type	2,1449122	2,2078684	2,1963740
25-36	Moyenne	,2607467	,1503356	,1500968
	N	178	178	178
	E-type	2,1938496	2,3298934	2,2905656
37-48	Moyenne	,3577587	,2321088	,0000000
	N	133	133	133
	E-type	2,0270925	2,1779984	2,5180792
49+	Moyenne	<b>,8308595</b>	,2321348	,0000000
	N	255	255	255
	E-type	2,2623492	2,1317553	2,1908068
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1387	1387	1387
	E-type	2,1815628	2,1763462	2,1823686

Signification statistique : Empathie :  $p = .001$  / Désenchantement : N.S. / Attitude Proactive : N.S.

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

Au départ, au cours de la première année le pharmacien éprouve des difficultés vis-à-vis du patient : il n'a pas d'empathie mais le pharmacien n'est pas encore désenchanté et est moyennement proactif.

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

A partir de deux années de contact l'empathie commence à devenir forte et ne fait que croître au fil du temps.

On notera que le désenchantement ne croît pas de façon significative avec la durée du contact. Il n'y a donc pas d'effet de lassitude du pharmacien, ce qui constitue certainement un résultat positif, puisque l'empathie augmente, elle.

La fluctuation des attitudes est donc loin d'être erratique et progresse de façon globalement favorable, et bien qu'une déception vis-à-vis de l'évolution de certains patients ne peut sans doute être évitée, elle ne se manifeste pas de manière systématique selon la durée du contact.

### 11.3. Attitudes du pharmacien selon l'occupation du patient

Tableau 11.3. : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon l'occupation du patient

Occupation		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Travail	Moyenne	<b>,5534865</b>	-,3404715	,0000000
	N	558	558	558
	E-type	2,1735452	1,7198835	2,1734648
Chômage	Moyenne	-,2255776	,8068185	,0000000
	N	206	206	206
	E-type	2,0958027	2,6088977	2,2117014
CPAS	Moyenne	,1321975	<b>,8854760</b>	,5228887
	N	107	107	107
	E-type	2,3499783	2,6804550	2,5687115
Mutuelle	Moyenne	<b>,7931100</b>	-,1267563	<b>,9066562</b>
	N	60	60	60
	E-type	2,4038777	1,5847013	2,5878013
Aucun	Moyenne	-,1400650	<b>,8914634</b>	,7780047
	N	32	32	32
	E-type	2,2450304	3,3533913	2,4661010
J'ignore	Moyenne	-,6731434	-,1917712	-,2709018
	N	474	474	474
	E-type	1,9084622	2,1116425	1,8907776
Clandestin	Moyenne	<b>2,0835898</b>	-1,0305901	<b>1,1872884</b>
	N	5	5	5
	E-type	1,4589925	,2753533	2,0903417
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1442	1442	1442
	E-type	2,1729181	2,1631086	2,1670383

Signification statistique : Empathie :  $p = .001$  / Désenchantement :  $p = .001$  / Attitude Proactive :  $p = .001$

Les trois types d'attitudes varient de façon significative selon l'occupation du patient.

L'empathie manifestée par le pharmacien est plus orientée vers les patients clandestins (cependant leur petit nombre et leur concentration dans une seule officine –ce qui signifie donc que c'est aussi l'attitude de ce seul pharmacien qui est mis en valeur- ne permet pas de généraliser), ceux qui travaillent ou dépendent de la mutuelle. On notera aussi a contrario que l'empathie est négative lorsque le pharmacien ignore l'occupation du patient, ce qui est très fréquent (474 patients / 1442 soit un tiers des patients). On est en droit de considérer que la connaissance de l'occupation du patient croît avec l'empathie qu'il éprouve envers lui ! Une distance affective se manifeste aussi envers les patients au chômage.

Le désenchantement est plus important lorsque le patient n'a aucune occupation, dépend du CPAS ou est au chômage. Il est le plus faible pour les patients qui ont une occupation professionnelle. L'insertion sociale par le travail est donc, sans surprise, particulièrement valorisée par le pharmacien. L'attitude proactive est particulièrement forte envers les patients qui dépendent de la mutuelle ou qui n'ont aucune occupation. Elle est seulement absente dans le cas où le pharmacien ignore l'occupation du patient.

## 11.4. Attitudes du pharmacien selon la Région

**Tableau 11.4.1: Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la Région**

Région		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Bruxelles-Capitale	Moyenne	<b>1,0183302</b>	-,2732336	,2413667
	N	285	285	285
	E-type	2,4453560	1,6612765	2,2524523
Région Wallonne	Moyenne	-,3010150	,0000000	-,2235589
	N	915	915	915
	E-type	1,9901640	2,0870678	2,0853265
Région Flamande	Moyenne	,0000000	<b>,4367374</b>	<b>,5253614</b>
	N	255	255	255
	E-type	2,1204434	2,8087581	2,2562513
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1455	1455	1455
	E-type	2,1689179	2,1689521	2,1691277

Signification statistique : Empathie :  $p = .001$  / Désenchantement :  $p = .001$  / Attitude Proactive :  $p = .001$

Les pharmaciens de Flandre ressentent plus que ceux de Wallonie ou surtout de Bruxelles un désenchantement vis-à-vis du patient tout en restant plus professionnellement proactifs. Les pharmaciens de Bruxelles ont l'empathie la plus forte et le désenchantement le moins prononcé. Leur implication proactive est plus élevée que leurs collègues de Wallonie. Ces derniers ont l'empathie et l'attitude proactive la plus faible et un désenchantement moyen. Les différences entre Régions sont donc fortement marquées sur le plan des attitudes fondamentales du pharmacien envers ses patients en traitement de substitution. Rappelons que les pharmaciens de la Communauté française ont une plus longue expérience de la méthadone que leurs confrères de Flandre (voir graphe 4.1).

## 11.5. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le type de suivi pharmaceutique

Nous avons vu que le suivi pharmaceutique était extrêmement variable selon les Régions et surtout entre la Région Flamande et la Communauté française. Les différences qui seront observées en fonction du suivi pharmaceutique doivent aussi s'interpréter en tenant compte des variations d'attitudes selon les Régions qui viennent d'être constatées.

**Tableau 11.5.1 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la forme de la préparation délivrée**

Forme de la préparation délivrée		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Sirop	Moyenne	-,1248525	,0000000	<b>,2305962</b>
	N	486	486	486
	E-type	2,0608402	2,3801928	2,2325717
Gélules	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	934	934	934
	E-type	2,2269459	1,9947229	2,1309996
Autre	Moyenne	-,1813661	,4915935	-,4750691
	N	22	22	22
	E-type	1,8302760	3,0509099	1,9955026
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1442	1442	1442
	E-type	2,1675551	2,1517604	2,1684781

Signification statistique : Empathie : N.S. / Désenchantement : N.S. / Attitude Proactive : .01

Seule l'attitude proactive varie de façon significative en fonction de la forme galénique de la méthadone. Les patients qui reçoivent la méthadone en sirop bénéficient d'une plus forte intervention. Les quelques cas avec une autre forme que le sirop ou la gélule, c'est-à-dire une forme liquide ont une très faible volonté d'intervention du pharmacien. Le sirop serait donc plus souvent délivré à des patients qui nécessitent une plus forte implication de la part du pharmacien.

Dans le cas de la délivrance en gélules, le pharmacien manifeste sur les trois dimensions de base une attitude moyenne étant donné, bien entendu le caractère dominant de cette forme galénique.

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

**Tableau 11.5.2 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la fréquence de délivrance**

Fréquence de Délivrance		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Délivrance non fractionnée	Moyenne	,0000000	-,1150459	-,1240549
	N	1206	1206	1206
	E-type	2,1719644	2,0339490	2,1179447
Délivrance quotidienne	Moyenne	<b>,3507463</b>	<b>,5525843</b>	<b>,6363538</b>
	N	235	235	235
	E-type	2,1031608	2,6899370	2,3429751
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1441	1441	1441
	E-type	2,1661250	2,1676049	2,1736313

Signification statistique : Empathie : p = .005 / Désenchantement : p = .001 / Attitude Proactive : p = .001

La supervision par délivrance quotidienne de méthadone au patient met en œuvre chez le pharmacien un set d'attitudes dans lequel se conjuguent implication proactive, empathie et désenchantement. Le désenchantement prononcé qui entoure la délivrance quotidienne constitue un constat assez défavorable si on tient compte justement de la fréquence des rencontres entre le pharmacien et le patient, qui devrait accentuer la connaissance mutuelle. Il faut certainement admettre que le facteur du moment du contact intervient : il s'agit le plus souvent de patients qui sont au début de leur prise en charge, donc encore plus « fragiles » ou « instables ». Le pharmacien y réagit donc par une implication de type professionnel et manifeste une plus grande proximité affective.

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

**Tableau 11.5.3 : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prise de méthadone sur place actuellement**

		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Prends toujours sur place				
Ne prends pas sur place	Moyenne	,0000000	,0000000	-,1058394
	N	1304	1304	1304
	E-type	2,1714099	2,1422733	2,1360913
Prends sur place				
	Moyenne	,0000000	,2048641	<b>,9530813</b>
	N	144	144	144
	E-type	2,1314265	2,3808947	2,2528458
Total				
	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1448	1448	1448
	E-type	2,1667997	2,1674373	2,1704528

Signification statistique : Empathie : N.S. / Désenchantement : N.S. / Attitude Proactive :  $p < .001$

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

### 11.5.4. : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le dosage de méthadone

La mobilisation affective du pharmacien est la plus prononcée à la fois dans les cas de dosages très faibles et de dosages très élevés. Dans les situations où le dosage de méthadone n'atteint pas 10 mg la plus forte empathie s'accompagne d'une absence de désenchantement et de l'absence de nécessité d'implication professionnelle préventive. Il s'agit donc de la configuration la plus favorable. Le pharmacien se sent proche du patient, il est satisfait de l'évolution et ne doit pas intervenir pour prévenir ou corriger un processus. Il est plus que probable, que le dosage très faible est un aboutissement – le dosage s'est réduit- et constitue pour le pharmacien le signe tangible de l'amélioration. Une telle situation est atteinte par 10.2% des patients.

A l'autre extrême, les dosages les plus élevés au-delà de 80 mg, mobilisent aussi l'empathie du pharmacien, mais elle est alors fortement désabusée.

Entre les deux, la mobilisation affective du pharmacien est peu prononcée et se montrera simplement plus proactif lorsque le dosage se situe entre 60mg et 80mg.

Le dosage est donc en relation avec une mobilisation affective du pharmacien et moins avec une implication plus professionnelle de prévention. Le désenchantement aux dosages les plus élevés est manifeste, et s'inverse avec des dosages de moins de 20 mg.

**Tableau 11.5.4. : Dimensions de l'attitude du pharmacien selon le dosage**

Dosage		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
- de 10 mg	Moyenne	<b>,6153993</b>	-,5795384	-,3059799
	N	143	143	143
	E-type	2,3006944	1,6953236	2,1698162
11-20	Moyenne	,0000000	-,5245152	-,2210387
	N	187	187	187
	E-type	2,0822133	1,7341540	1,9637249
21-30	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	251	251	251
	E-type	2,1897470	1,9551559	2,1026755
31-40	Moyenne	,0000000	,1338700	,0000000
	N	208	208	208
	E-type	2,1080869	2,1167074	2,0636105
41-50	Moyenne	-,2438560	,0000000	,1509381
	N	185	185	185
	E-type	2,0986366	2,1314058	1,9167890
51-60	Moyenne	-,4668778	-,1593348	,1865413
	N	132	132	132
	E-type	2,0657000	1,9344474	2,0815978
61-70	Moyenne	-,2762181	,1408585	<b>,6149443</b>
	N	101	101	101
	E-type	2,2117551	2,4424411	2,3739223
71-80	Moyenne	,3371685	,1401403	,4744764
	N	53	53	53
	E-type	2,4986250	1,9381423	2,2854306
81+	Moyenne	,1976641	<b>,5178999</b>	,0000000
	N	145	145	145
	E-type	2,2046462	2,5422577	2,7326352
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1405	1405	1405
	E-type	2,1801746	2,0747038	2,1696205

Signification statistique : Empathie :  $p = .002$  / Désenchantement :  $p = .001$  / Attitude Proactive :  $p = .02$

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

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

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



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

Benzodiazépines		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Pas de Benzodiazépines	Moyenne	,0000000	-,2029177	-,1203085
	N	1047	1047	1047
	Std. Deviation	2,0968737	1,9588776	2,1066477
Benzodiazépines	Moyenne	,0000000	<b>,5220019</b>	<b>,3094915</b>
	N	407	407	407
	Std. Deviation	2,3464536	2,5645723	2,2967904
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1454	1454	1454
	Std. Deviation	2,1693606	2,1693606	2,1693606

Signification statistique : Empathie : N.S. / Désenchantement :  $p = .001$  / Attitude Proactive :  $p < .001$

### 11.6.2. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription de Flunitrazéпам

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

Flunitrazéпам (Rohypnol)		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Pas de Flunitrazéпам	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1359	1359	1359
	E-type	2,1533708	2,0714959	2,1459977
Flunitrazéпам	Moyenne	-,2508262	<b>1,3731393</b>	,1214774
	N	95	95	95
	E-type	2,3846836	2,9518248	2,4893273
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1454	1454	1454
	E-type	2,1693606	2,1693606	2,1693606

Signification statistique : Empathie : N.S. / Désenchantement :  $< .001$  / Attitude Proactive : N.S.

La co-prescription de Flunitrazéпам est perçue de façon très défavorable par le pharmacien : le désenchantement vis-à-vis du patients est plus élevé et atteint même un niveau extrême.

### 11.6.3. Dimensions de l'attitude du pharmacien selon la prescription de Flunitrazéпам

La co-prescription d'antidépresseur est perçue de la façon suivante par le pharmacien : ses affects sont fortement mobilisés, avec une empathie manifeste. Par ailleurs son implication professionnelle est sollicitée et il développe ses compétences préventives.

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

Antidépresseur		Empathie	Désenchantement	Attitude proactive
Pas d'antidépresseur	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1243	1243	1243
	E-type	2,1333751	2,1593831	2,1514476
Antidépresseur	Moyenne	<b>,4428915</b>	,1183795	<b>,3987878</b>
	N	211	211	211
	E-type	2,3267437	2,2287894	2,2359292
Total	Moyenne	,0000000	,0000000	,0000000
	N	1454	1454	1454
	E-type	2,1693606	2,1693606	2,1693606

Signification statistique : Empathie : p = .001 / Désenchantement : N.S. / Attitude Proactive : p = .004

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

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

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

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

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

#### **Avant-Propos**

L'étude spécifique des patients répondant à une auto-anamnèse a été réalisée en plusieurs étapes qui ont chacune fait l'objet d'un rapport. Le premier, encore à l'état d'ébauche ne portait que sur n = 178 patients, le deuxième disponible sur le site Belspo.be de la Politique Scientifique Fédérale présentait des données sur n = 408 patients. Malgré un échantillon qui doublait, la stabilité des résultats restait importante. Ce qui indique un procédé de recueil de données qui favorise la représentativité. Les pharmaciens participant ont eu la possibilité de remettre un questionnaire à des patients en cure substitutive. Ceux-ci étaient libres de le remplir et de le remettre ensuite au pharmacien ou de l'envoyer dans une enveloppe « port payé par le destinataire ». Ce processus était bien entendu entièrement volontaire. Les pharmaciens étaient comme on l'a vu répartis dans l'ensemble du pays. Dans les études sur le sujet, en utilisant le canal du traitement, médecin ou centre de soins, le design de l'étude est au mieux polycentré. C'est à dire que plusieurs lieux de prise en charge participent à l'étude. Cette dimension est démultipliée dans l'étude présente, puisque dans une officine on retrouve souvent des patients en cure dans plusieurs lieux de soins. Cet effet de multiplication augmente la représentativité de l'échantillon constitué.

Parmi les difficultés rencontrées dans le processus de recueil de données, il faut évoquer celle rencontrée par le pharmacien qui consiste dans le geste même de remettre un questionnaire à un patient. Pour tous, il s'agissait d'une première et certains ont eu beaucoup de réticences à le faire.

Nous avons pratiquement commencé par envoyer un seul exemplaire du questionnaire auto-administré à tous les pharmaciens en complément des deux autres formulaires de l'évaluation pharmacien (Questionnaire général –description quantitative de l'officine et de sa population globale- et Questionnaire spécifique- le pharmacien évalue chacun de ses patients-). Ensuite nous avons répondu aux demandes d'une cinquantaine de pharmaciens pour obtenir des nouveaux exemplaires pour couvrir toute leur population de patients. Dans de nombreux cas, les pharmaciens ont eux-mêmes fait les photocopies nécessaires. Jusqu'en octobre 2003, nous avons donc obtenu 408 questionnaires par un total de 167 officines. Ce qui représentait un peu plus de la moitié des officines qui ont participé à l'Observatoire en évaluant leurs patients. Le repérage des différents ensembles de répondants qui constituent l'échantillon des pharmaciens est très difficile à réaliser avec précision puisque certaines officines n'ont pas indiqué de numéro d'identification. Par ailleurs, fonctionnant sur base totalement volontaire, certains pharmaciens n'ont transmis qu'un seul questionnaire y compris dans quelques cas uniquement un ou plusieurs questionnaires auto-administrés par leur patients. On aura compris que la procédure d'enquête est très différente de ce qui est généralement pratiqué avec des ensembles fermés et un calcul aisé de taux de réponses. Il nous semble toutefois que la dynamique favorable de l'étude et la participation des uns et des autres nécessitait bien la souplesse adoptée et le volontariat dans la mobilisation.

Les patients qui ont répondu au questionnaire auto-administré l'ont fait sur une base totalement volontaire, eux aussi sans être rétribués. Ceci constituait le défi ou le pari le plus risqué de l'étude. Comment allaient réagir des patients en cure substitutive face à un questionnaire qu'ils seraient libres d'utiliser ou non et allaient-ils ensuite le remettre au pharmacien ? Le pharmacien avait pour instruction de donner au patient toutes les garanties de confidentialité (glisser le formulaire dans une enveloppe ou le plier en deux devant le patient et l'agrafer), mais le procédé n'avait jamais été testé. Etant donné les remarques déjà faites sur la souplesse adoptée dans la procédure, nous ne savons pas combien de questionnaires ont été remis aux patients au total. Nous avons à la demande de pharmaciens envoyés quelques 450 questionnaires qui se sont ajoutés à ceux (exemplaire unique) envoyés à tous les pharmaciens.

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

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

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

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

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

Une première version du questionnaire fut testée dans un « focus-group » avec une demi-douzaine de patients, qui ont fait des remarques et ont permis de clarifier et améliorer la formulation des questions.

Dans l'étude présente le nombre de dimensions investiguées est considérable et permet de dépasser les limites habituelles du questionnement. Cette volonté d'exhaustivité a-t-elle été nuisible à la constitution de l'échantillon ? Probablement que certains l'ont trouvé trop long et n'y ont pas répondu. Toutefois le nombre de questionnaires reçus est en soi très satisfaisant et sur ce critère l'étude se situe dans le peloton de tête des études réalisées en Belgique dans le domaine. Une situation inverse s'est selon nous présentée : les patients ont été satisfaits que l'on s'intéresse à eux et qu'on leur fasse confiance pour répondre de façon autonome à un questionnaire. Presque tous les patients ont, par exemple, écrit des commentaires à la fin du questionnaire où il leur était demandé de s'exprimer librement (réponses dites « ouvertes ») sur la méthadone, leur médecin ou leur pharmacien. Le contenu des commentaires concernant l'étude était presque toujours appréciatif. En résumé : « Merci de nous donner la parole ». Bref, le contenu de l'instrument et la confiance qui leur était accordée a été appréciée par les répondants. Certains ont d'ailleurs écrit que l'instrument leur avait été utile « pour faire le point ». Lorsqu'un instrument d'étude n'apparaît pas comme un parachutage extérieur dont la finalité est obscure, le répondant est alors en mesure de le faire sien et si en l'utilisant il apprend quelque chose sur lui-même, on doit être rassuré sur le procédé utilisé.

# 1. Sociographie des patients répondant au questionnaire auto-administré

## 1.1. Aspects démographiques actuels :

### 1.1.1. L'âge des patients

**Tableau 1.1.1. Age des patients**

Age du patient		
N		473
Moyenne		31,43
Médiane		31,00
Ecart-type		6,69
Minimum		17
Maximum		52
Percentiles	25	26,00
	50	31,00
	75	36,00

L'âge moyen est de 31 ans et demi avec un quart des patients de plus de 36 ans et un quart avec moins de 26 ans. L'âge de l'échantillon qui a répondu au questionnaire auto-administré correspond donc à celui de l'étude évaluative des pharmaciens.

### 1.1.2. Différences d'âge entre les Régions

En plus des répondants de Flandre (22.5%), de Wallonie (49.9%) et de Bruxelles (13.5%), certains patients suivaient une cure en Belgique en étant résidents en France (76 patients – 16.1%). Si nous estimons qu'environ 1500 patients de France viennent en Belgique pour une cure substitutive sur un total de 10000 patients en Belgique, notre échantillon est proche d'un modèle réduit de la situation globale.

**Tableau 1.1.2. Moyennes d'âge selon la Région**

Age du patient					
Région	Moyenne	N	E-type	Minimum	Maximum
Bruxelles-Capitale	35,78	64	5,96	20	48
Région Wallonne	31,44	236	6,63	19	52
France	30,36	76	4,90	21	46
Région Flamande	29,37	97	7,25	17	49
Total	31,43	473	6,69	17	52

Les patients flamands (29.4 ans) sont plus jeunes en moyenne de 1 an par rapport aux patients de France (30.4 ans), de plus de 2 ans par rapport aux Wallons (32.6 ans) et de 6 ans et demi par rapport aux Bruxellois (35.8 ans).

Les patients flamands se distinguent par une classe d'âge de moins de 25 ans fortement représentée (plus du tiers des patients de cette Région).

Les patients de France ont une classe modale de 26 à 30 ans. Chez les répondants de Wallonie la classe modale est de 31 à 35 ans et à Bruxelles de 36 à 40 ans.

### 1.1.3. Genre des patients selon les Régions

Les proportions sont de 76.1 % d'hommes pour 23.9% de femmes. On retrouve ici une caractéristique typique de la sur-représentation masculine dans toute population d'utilisateurs dépendant de drogues. Les patients de France se distinguent par une proportion plus faible de femmes avec 14.5% et les Bruxellois par une proportion élevée de femmes avec 39.1%. Les patientes Wallonnes représentent 21.6% et les flamandes 26.8% de leur Région. Les différences sont ici statistiquement significatives à  $p = .005$ .

### 1.2. Origine sociale

#### 1.2.1. Nationalité :

**Tableau 1.2.1.: Nationalité et Origine nationale**

			Origine		Total
			non Nationale	nationale	
Nationalité	Non Belge	n	46		46
		% du Total	11,7%		11,7%
	Belge	n	16	332	348
		% du Total	4,1%	84,3%	88,3%
Total		n	62	332	394
		% du Total	15,7%	84,3%	100,0%

Chez les résidents belges 11.7% n'ont pas la nationalité belge et **15.7% ont une origine non nationale, définie ici comme le fait d'avoir ses deux parents non belges**. Le tableau apporte la précision de l'adoption de la nationalité belge de 4.1% des patients.

**Tableau 1.2.2.: Origine nationale selon la Région**

			Région			Total
			Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	
ORIGINE	Non Belge	n	15	42	5	62
		%	23,4%	18,0%	5,2%	15,7%
	Belge	n	49	191	92	332
		%	76,6%	82,0%	94,8%	84,3%
Total		n	64	233	97	394
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$p = .003$

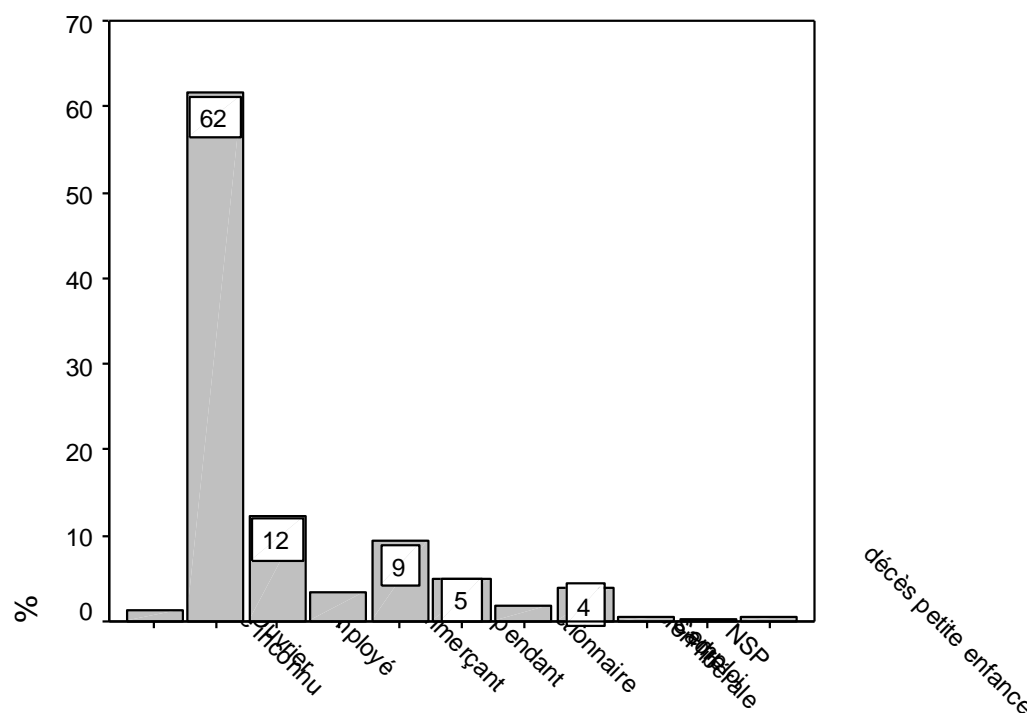
L'origine non belge est rare chez les patients de Flandre (5.2%), et représente près d'un quart des patients de Bruxelles (23.4%) et 18% des patients de Wallonie. Ces résultats tendent à suivre la démographie de chaque Région.

### 1.2.3. Milieu d'origine

Le milieu d'origine a été approché par la profession des parents. A notre connaissance c'est la première fois que la catégorie professionnelle des parents est obtenue dans une population d'utilisateurs de drogues dépendants en Belgique. Les résultats obtenus montrent une sur-représentation de l'**origine ouvrière** avec au moins 61.8% des répondants qui ont précisé la catégorie professionnelle.

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

**Graphe 1.2.3.1. : Profession du père**



**Tableau 1.2.3.1. : Profession du père**

	Nombre	% brut	% net
Père inconnu	6	1,3	1,3
Ouvrier	285	60,3	61,6
Employé	57	12,1	12,3
Commerçant	16	3,4	3,5
Indépendant	43	9,1	9,3
Fonctionnaire	23	4,9	5,0
Profession libérale	8	1,7	1,7
Sans emploi	18	3,8	3,9
Cadre	3	,6	,6
Ne le sait pas	1	,2	,2
décès petite enfance	3	,6	,6
Total	463	97,9	100,0
Manquant	10	2,1	
Total	473	100,0	

(Note<sup>4</sup> sur la lecture des tableaux de fréquences simples, voir en bas de page)

<sup>4</sup> Nous avons privilégié le fait de rendre compte des données manquantes (le % brut le précise). Dans certains cas l'absence de données à un sens utile à la compréhension de la situation sur la globalité de la population. Le % net est celui le plus souvent utilisé.

**Tableau 1.2.3.2. :  
Profession ouvrière du père (avec correction de données manquantes)**

	Nombre	% brut	% net
Autre	151	31,9	34,6
Ouvrier	285	60,3	65,4
Total	436	92,2	100,0
Manquant	37	7,8	
Total	473	100,0	

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

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

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

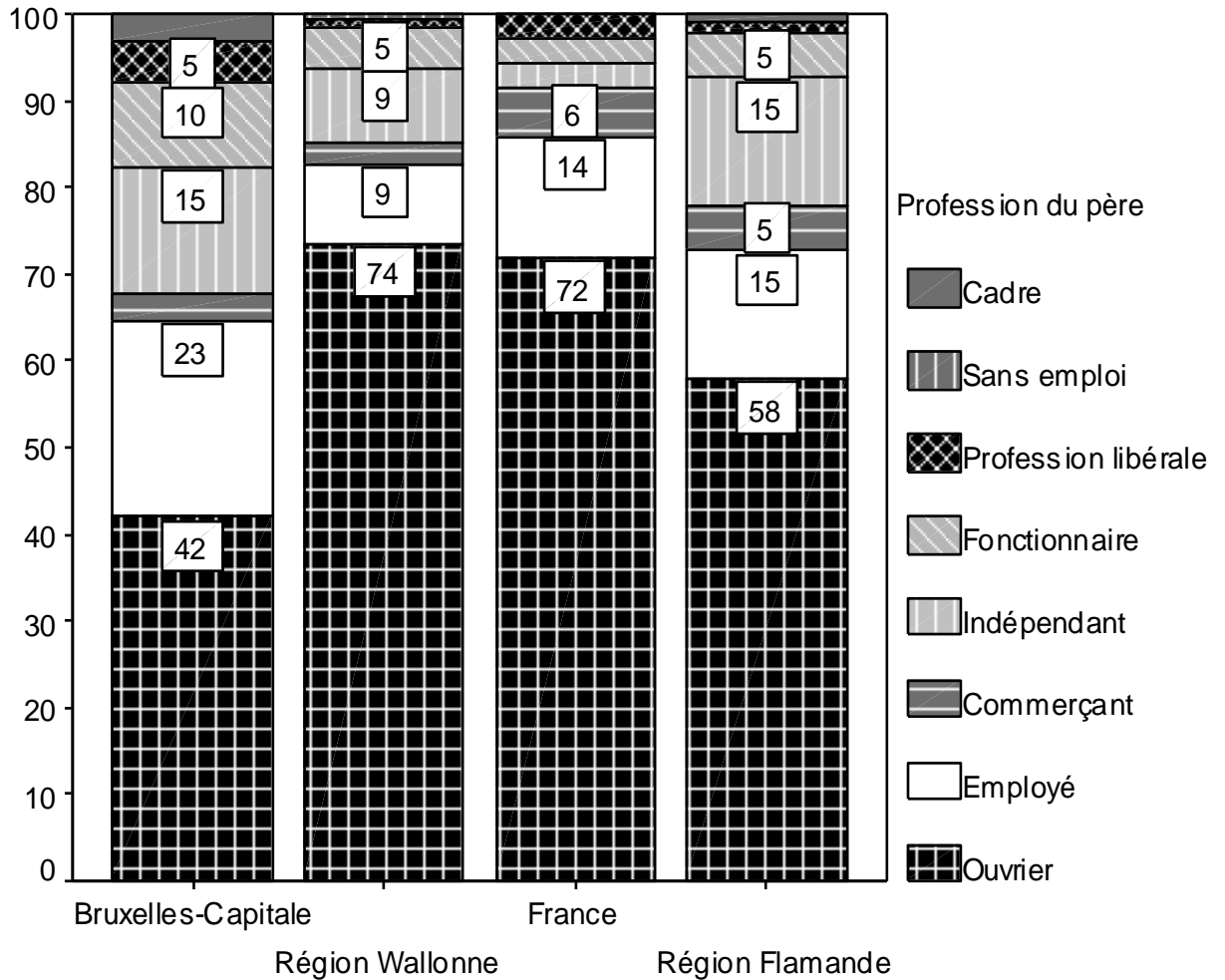
Une vérification de l'hypothèse de « sélection » a été tentée sur cet échantillon et ne permet pas de la confirmer. Nous n'observons pas de différence significative de proportion de milieu ouvrier selon la durée de l'expérience de l'usage de méthadone : les patients les plus récents sont tout autant issus du milieu ouvrier que les plus anciens.

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

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



**Graphe 1.2.3.2. : Profession du père selon la Région**



**p = .004**

La prévalence massive de l'origine ouvrière des patients en cure substitutive est différente selon les Régions. Chez les patients de Wallonie et de France la proportion d'origine ouvrière concerne près de trois-quart de ces patients. Bruxelles fait ici figure d'exception avec 42% d'origine ouvrière. L'hypothèse de l'impact étiologique de l'origine sociale dans l'usage d'opiacés se vérifierait moins à Bruxelles, bien que nous ne disposons pas de données socio-démographiques qui seraient de nature même à Bruxelles de confirmer l'écart entre la situation observée dans la population générale et chez les usagers d'opiacés.

### **1.2.3.2. Profession de la mère**

Pour 46.3% des patients, la mère n'exerce aucune profession et dans 22% elle est ouvrière. Comme pour les pères, nous observons des cas-limites de parent inconnu (3sujets) ou encore une activité de prostitution (2 sujets).

**Tableau 1.2.3.2 : Profession de la mère**

	Nombre	% brut	% net
Mère inconnue	3	,6	,6
Ouvrière	102	21,6	22,0
Employée	75	15,9	16,2
Commerçante	13	2,7	2,8
Indépendante	37	7,8	8,0
Fonctionnaire	14	3,0	3,0
Au foyer	215	45,5	46,3
Prostituée	2	,4	,4
Chômage	3	,6	,6
Total	464	98,1	100,0
Manquant	9	1,9	
Total	473	100,0	

Le détail demandé de la catégorie professionnelle précise une proportion élevée de femmes d'ouvrage parmi les ouvrières (48 sujets, soit 10.1% de l'ensemble des patients). Parmi les femmes qui travaillent, les mères représentent 18.8%.

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

En ce qui concerne la profession de la mère, une utilisation de données nationales s'avère difficile. Nous privilégions donc une autre approche ouverte par l'enquête réalisée en 2004, celle d'une comparaison avec un échantillon de clients des officines de pharmacie, auxquels a été remis un questionnaire reprenant de nombreuses questions dans la formulation utilisée dans l'étude présentée ici. En associant un échantillon de population « générale » (à âge équivalent, bien entendu) avec celui des patients en cure substitutive, nous faisons émerger les spécificités de ces derniers.

### **1.3. Décès du père, de la mère**

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

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

24.2% des sujets ont perdu leur père, mais seuls 9.7% ont connu ce décès avant le début de l'usage d'héroïne.

12.9% ont fait l'expérience du décès de leur mère et 5.9% l'ont fait avant le début de leur usage d'héroïne.

L'âge moyen du patient au décès de son père ou de sa mère se situe entre 21 et 22 ans

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

	Age au décès du père	Age au décès de la mère
N	114	61
Moyenne	21,20	21,77
Médiane	20,00	22,00
E-type	10,03	9,146
Percentiles		
25	14,00	18,00
50	20,00	22,00
75	29,00	28,00

**1.3.2. Décès du père et de la mère et incarcération**

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

Globalement, plus du tiers (37.4%) des patients déjà incarcérés ont connu un décès du père pour seulement 15.2% des patients qui n'ont jamais été en prison.

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

L'incarcération est nettement plus probable avec un décès précoce du père. 23.7% des patients incarcérés ont perdu leur père et 7.8% des patients qui n'ont jamais connu la prison.

Lorsque l'incarcération est mise en rapport avec le décès (global, y compris les décès récents) du père, l'Odds est de 3.32 (2.14-5.14). Si le même tableau d'association est réalisé avec le décès AVANT la toxicomanie, l'Odds est renforcé à 3.67 (Intervalle de confiance de 2.12 à 6.35). Il est donc plus de trois fois et demi plus probable qu'un patient qui a connu la perte de son père avant sa toxicomanie ait été incarcéré.

Qu'en est-il des différences entre Régions ?

Les patients de France et aussi de Bruxelles échappent à cette relation entre décès précoce du père et incarcération.

L'impact du décès sur l'incarcération est plus important chez les patients flamands : 22.2% chez ceux qui ont connu la prison pour 3.2% chez les autres ( $p = .005$  ; Odds : 8.43 ; de 1.68 à 42.31). Pour les patients de Wallonie, les proportions de décès s'établissent à 28.3% versus 9.3% ( $p = .002$  ; Odds : 3.85 ; de 1.68 à 42.31).

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

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

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

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

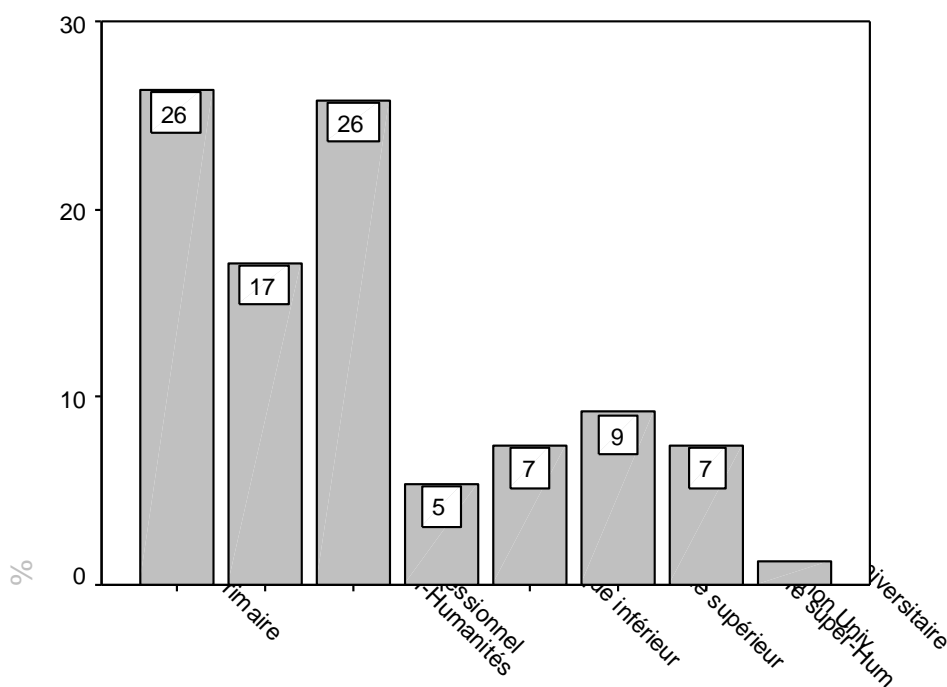
La première hypothèse, que nous récusons, serait un défaut dans la mesure de la délinquance, avec un déni de nombreux répondants. Pourtant rien ne permet de mettre en cause de façon majeure les réponses au questionnaire auto-administré. Nous arrivons à cette conclusion après de nombreuses vérifications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

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

#### 1.4. Niveau d'études

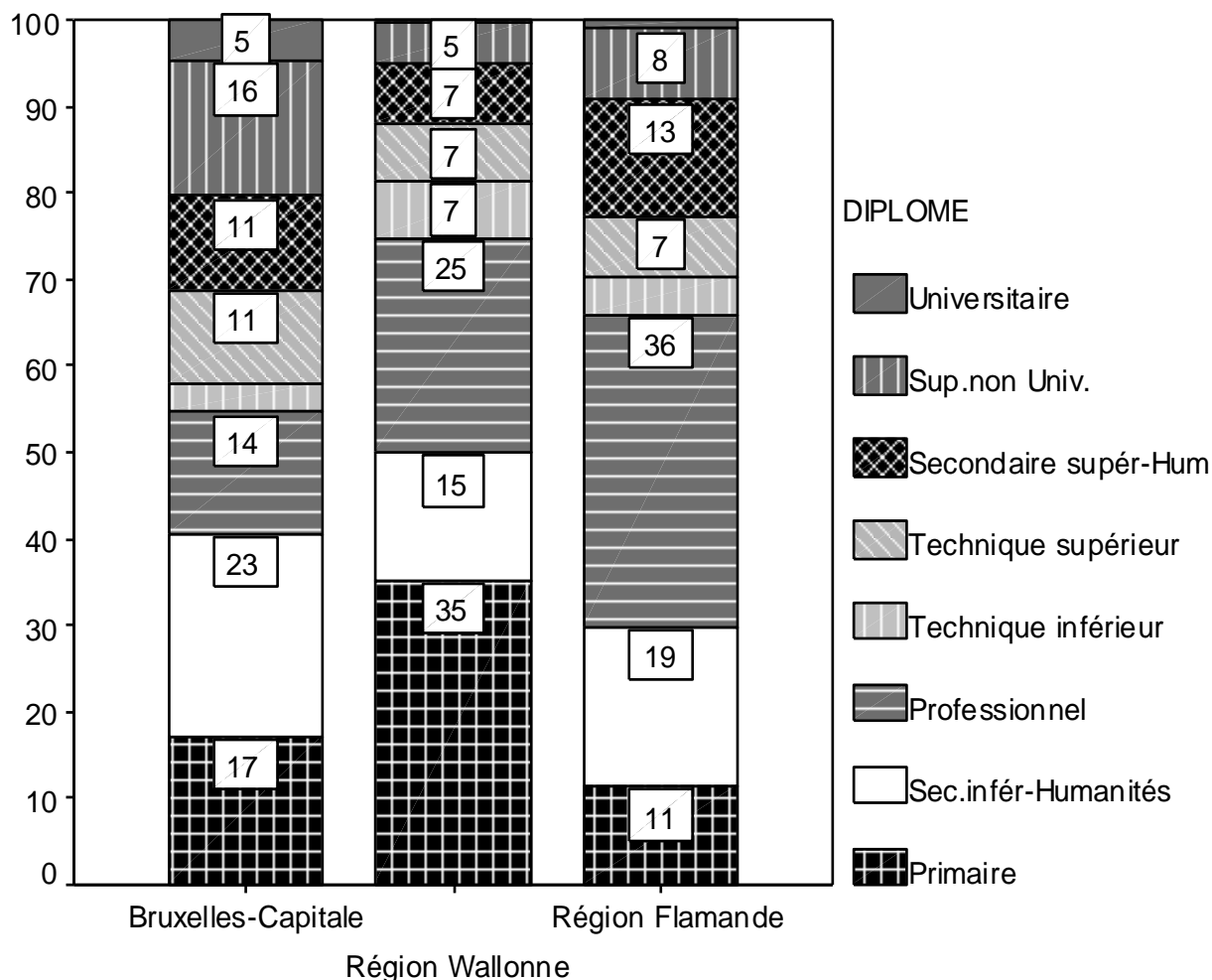
La faible qualification de la population en traitement des trois Régions de Belgique se manifeste par 26.3% avec seulement un certificat élémentaire, 17.1% ne dépassant pas le secondaire inférieur et 25.8% avec un cycle d'études professionnelles. Seuls 17.8% ont atteint ou dépassé le niveau secondaire supérieur. Une comparaison avec des données existantes (Eurotox, Addibru, Enregistrement Sentinelles de Charleroi, de Sleutel) doit être envisagée.

**Graphe 1.4.1. : Niveau d'études atteint (résidents en Belgique)**



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

**Graphe 1.4.2. : Niveau d'études atteint selon la Région (sans les résidents de France)**



p < .001

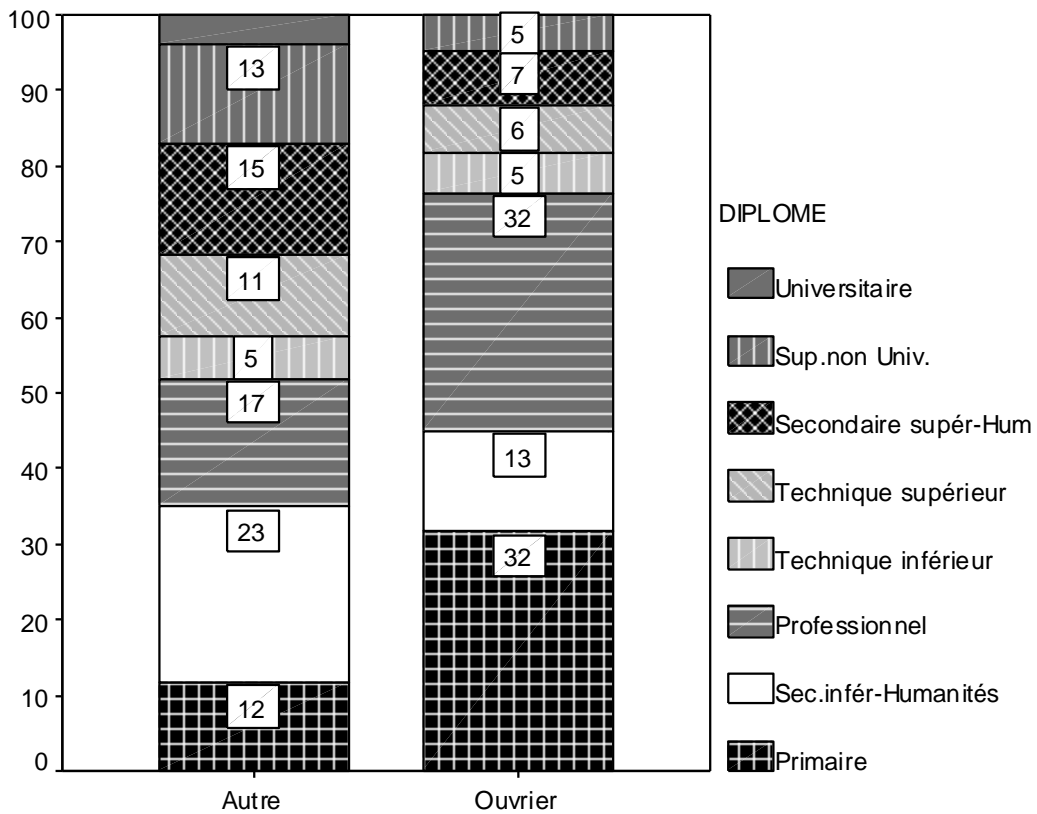
Le niveau d'éducation atteint par les patients de Wallonie est nettement inférieur aux deux autres populations étudiées. Plus précisément on constate une répartition plus forte aux niveaux inférieurs, alors que les études à partir du secondaire supérieur sont très semblables entre les Régions. Plus d'un tiers des patients de Wallonie (35%) n'ont qu'un bagage d'études primaires alors que ce n'est le cas que pour 17% des patients de Bruxelles ou 11% dans la Région flamande. Inversement seuls 12% des patients de Wallonie ont au moins un diplôme d'études secondaire supérieur pour 22% des flamands et 32% des bruxellois.

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

Le graphe 1.4.2.1 confirme l'écart de diplôme entre le milieu ouvrier (dominant dans la population étudiée) et les autres (différence significative à p < .001) :

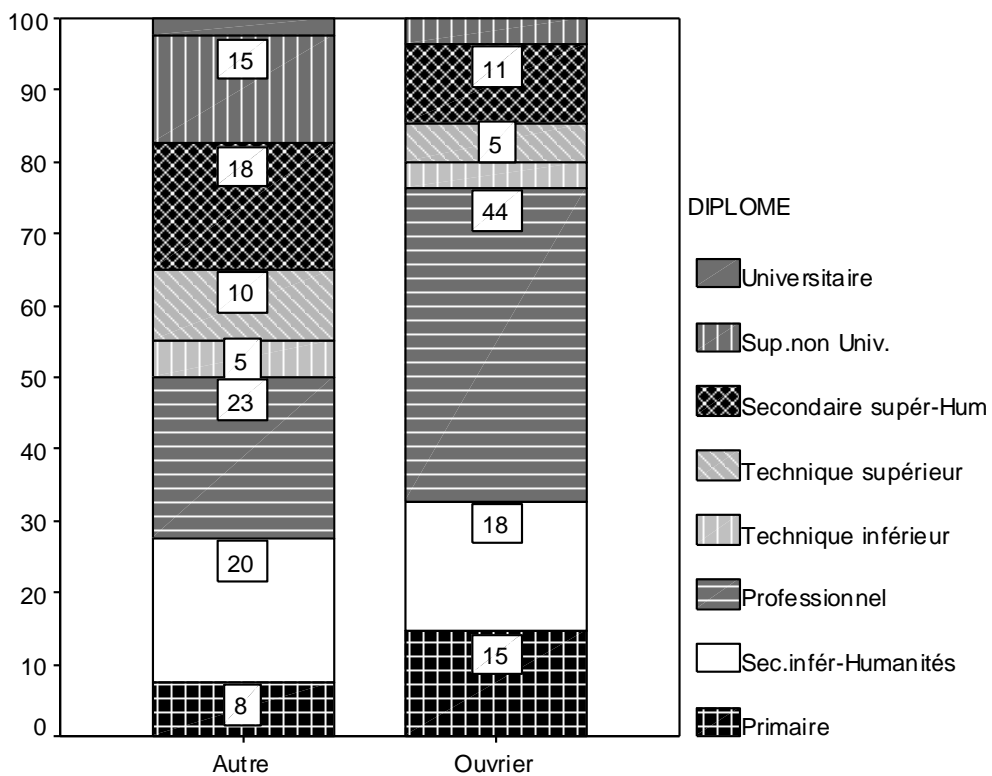
On constate la spécificité des diplômes d'études primaires (30%) et professionnelles (34%) chez les enfants d'ouvriers. Dans les autres milieux d'origine, les études secondaires d'humanités inférieures (23%) et les niveaux supérieurs (47% au total) sont nettement plus représentés.

**Graphe 1.4.2.1 : Niveau d'études atteint selon la profession du père  
Ouvrière ou autre- Résidents de Belgique**



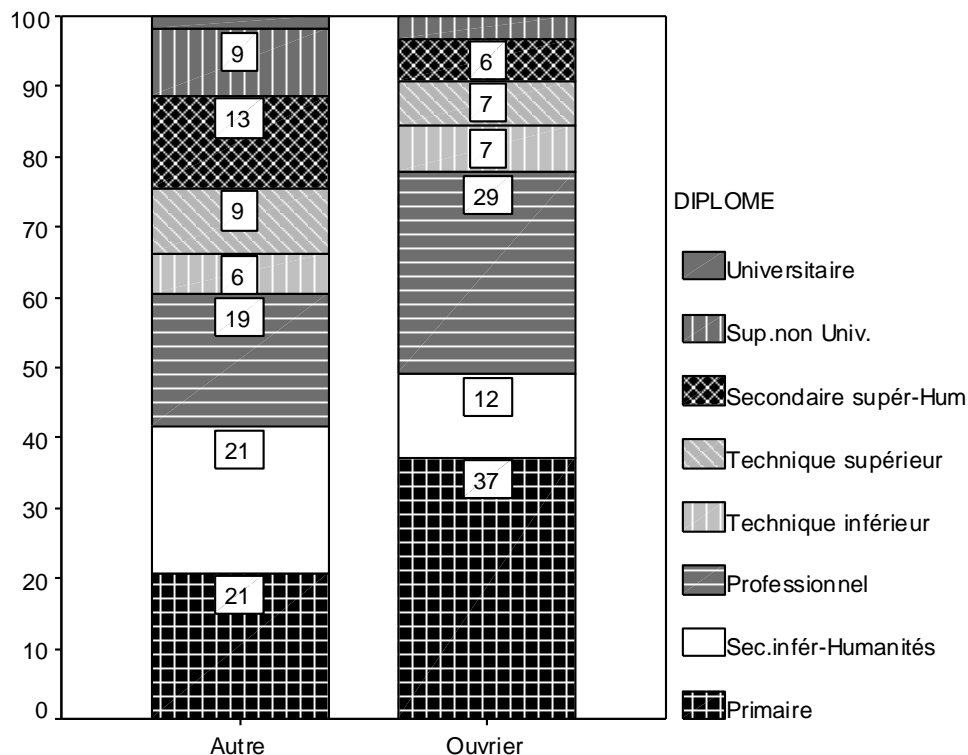
**p < .001**

**Graphe 1.4.3.2 : Niveau d'études atteint selon la profession du père  
Ouvrière ou autre - Flandre**



**p = NS**

**Graphe 1.4.3.3 : Niveau d'études atteint selon la profession du père  
Ouvrière ou autre – Wallonie**



$p < .02$

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

## 1.5. Mode de vie actuel

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

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

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

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

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

**Tableau 1.5.1. Etat civil et situation familiale**

	Nombre	%
Célibataire, vit seul(e)	132	28,1
Célibataire, en couple	98	20,9
Célibataire, vit chez un des parents	45	9,6
Célibataire, vit chez parents	53	11,3
Célibataire, vit autre famille	4	,9
Marié(e), vit avec conjoint	54	11,5
Séparé(e), vit seul(e)	11	2,3
Séparé(e), vit avec concubin(e)	17	3,6
Divorcé(e), vit seul(e)	15	3,2
Divorcé(e), vit en couple	12	2,6
Célibataire, vit avec copine chez parents	1	,2
Célibataire+filie	2	,4
Veuve, en concubinage	4	,9
Vit en maison d'accueil	3	,6
Divorcé chez les parents	1	,2
Mariée vit seule	7	1,5
Célibataire, vit en communauté	1	,2
Célibataire, vit avec sa soeur	4	,9
Célibataire, vit chez grand-mère maternelle	4	,9
Vit avec parents+ex-femme	1	,2
Total	469	100,0

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

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

Par contre d'autres facteurs doivent certainement aussi intervenir pour expliquer le plus grand isolement des patients de Wallonie et de Bruxelles: plus de 40.% vivent seuls alors que seulement 28.9% des patients flamands ont ce mode de vie et seulement 22.4% des patients de France..

Bien que relativement polysémique l'indicateur du mode de vie nous renseigne aussi sur une certaine insertion sociale ou socio-affective. Les patients de France auraient à cet égard une meilleure insertion, non seulement plus vivent maritalement, mais plus vivent aussi globalement en couple (53%) pour 37% des patients flamands et 35.3% des patients Wallons.



**Tableau 1.5.2. Relation de couple selon la Région**

			Région				Total
			Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	France	Région Flamande	
Relation de couple	Non	Nombre	31	130	26	59	246
		%	48,4%	55,8%	34,2%	60,8%	52,3%
	Oui	Nombre	33	103	50	38	224
		%	51,6%	44,2%	65,8%	39,2%	47,7%
Total		Nombre	64	233	76	97	470
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p <.001

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

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

Pour les patients de Wallonie qui ont à 44.2% une relation de couple, 35.3% vivent ensemble. L'écart n'est pas significatif pour les patients de Flandre (39.2% pour 37.1% de vie commune). Quant aux patients de France ils sont près de 2/3 à connaître une relation de couple et 53% à vivre ensemble.

## 1.6. Statut (par rapport à la toxicomanie) du partenaire

**Tableau 1.6. Statut du partenaire par rapport à l'usage de drogues**

	Nombre	%
<b>Ne consomme jamais</b>	106	<b>47,5</b>
<b>Pas toxico/consomme alcool</b>	6	2,7
<b>Pas toxico /consomme XTC</b>	5	2,2
<b>Pas toxico/ cons.Cannabis</b>	13	5,8
<b>Pas tox mais consomme alcool + cannabis</b>	1	,4
<b>Pas tox mais consomme alc/XTC/canna/coke/héro mais pas accro</b>	3	1,3
<b>Pas toxico/cons.autres drogues</b>	1	,4
<b>Pas tox ms consomme alcool + cocaïne + traitement non subst</b>	1	,4
<b>Pas toxico/utilise parfois opiacés</b>	7	3,1
<b>Toxico pas en cure</b>	2	,9
<b>En cure NON substitutive</b>	2	,9
<b>Toxico en cure substitutive</b>	75	<b>33,6</b>
<b>Ex-patient méthadone</b>	1	,4
Total	223	100,0

Le nombre de couples en cure substitutive est élevé avec 33.6%. La communauté de destin renforce les liens affectifs. On observe toutefois une présence majoritaire de partenaires non « toxicos » avec 59.4% (en incluant les autres usagers de drogues non opiacées), dont la plus grande partie est abstinente de drogues (47.5%).

Une catégorie est assez spécifique au questionnaire : Un rapport « original » de non dépendance aux opiacés est mis en avant pour 4.4% des partenaires. L'existence d'une minorité d'usagers d'opiacés non dépendant (les « chippers » dans la terminologie anglo-saxonne) est mal connue et aucune donnée n'est disponible.

Il serait tentant d'oser une extrapolation : Si nous totalisons tous les usagers d'opiacés de cet échantillon de partenaires, le nombre s'établit à n=90. Les 10 **usagers non dépendants** (selon leur partenaire, bien entendu) **représentent alors 11% des usagers d'opiacés**. Voici donc, de façon imprévue, une estimation de la prévalence d'usage non dépendant dans un échantillon d'usagers d'héroïne. Bien entendu le caractère aléatoire de l'échantillonnage est sujet à caution. Les partenaires des patients en cure substitutive ne sont pas nécessairement un modèle réduit de l'ensemble des usagers d'héroïne. Il est probable que les partenaires constituent une sélection particulière. Sinon, en fonction des données du tableau 1.6, il faudrait considérer que la proportion de toxicomanes pas en cure représentent 2/80 soit 2.5% de l'ensemble des dépendants ! Dans ce cas, on doit considérer que le patient en cure substitutive choisit de ne pas avoir de relations de couple avec un toxicomane actif ou plus justement dit qu'il y a un effet d'entraînement vers une cure conjointe des partenaires qui peuvent ainsi se soutenir mutuellement. On peut donc supposer que les 11% d'usagers non dépendants seraient plus fortement présents (par « aimantation ») dans cet échantillon particulier que dans l'ensemble de la population des usagers d'opiacés...

## 1.7. Les ressources du patient

### 1.7.1. Les ressources principales du patient

**Tableau 1.7.1 Ressources principales (Résidents en Belgique)**

	Nombre	%
Chômage	134	34,0
CPAS	64	16,2
Mutuelle, invalidité	56	14,2
Parents	12	3,0
Epoux(se) ou concubin(e)	3	,8
Travail légal	118	29,9
Travail au noir	1	,3
Aucune ressource	6	1,5
Total	394	100,0

29.9 % des patients ont un travail légal. L'aide sociale soutient la population à près de 65%. Les ressources principales hors emploi sont dans l'ordre, les allocations de chômage, du CPAS et de la mutuelle. Ces résultats globaux recouvrent toutefois des différences importantes entre les Régions.

Le tableau 1.6.2. met en évidence la meilleure insertion socio-professionnelle des patients de France, suivis des patients de Flandre et le mauvais résultat des patients de Wallonie-Bruxelles.

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

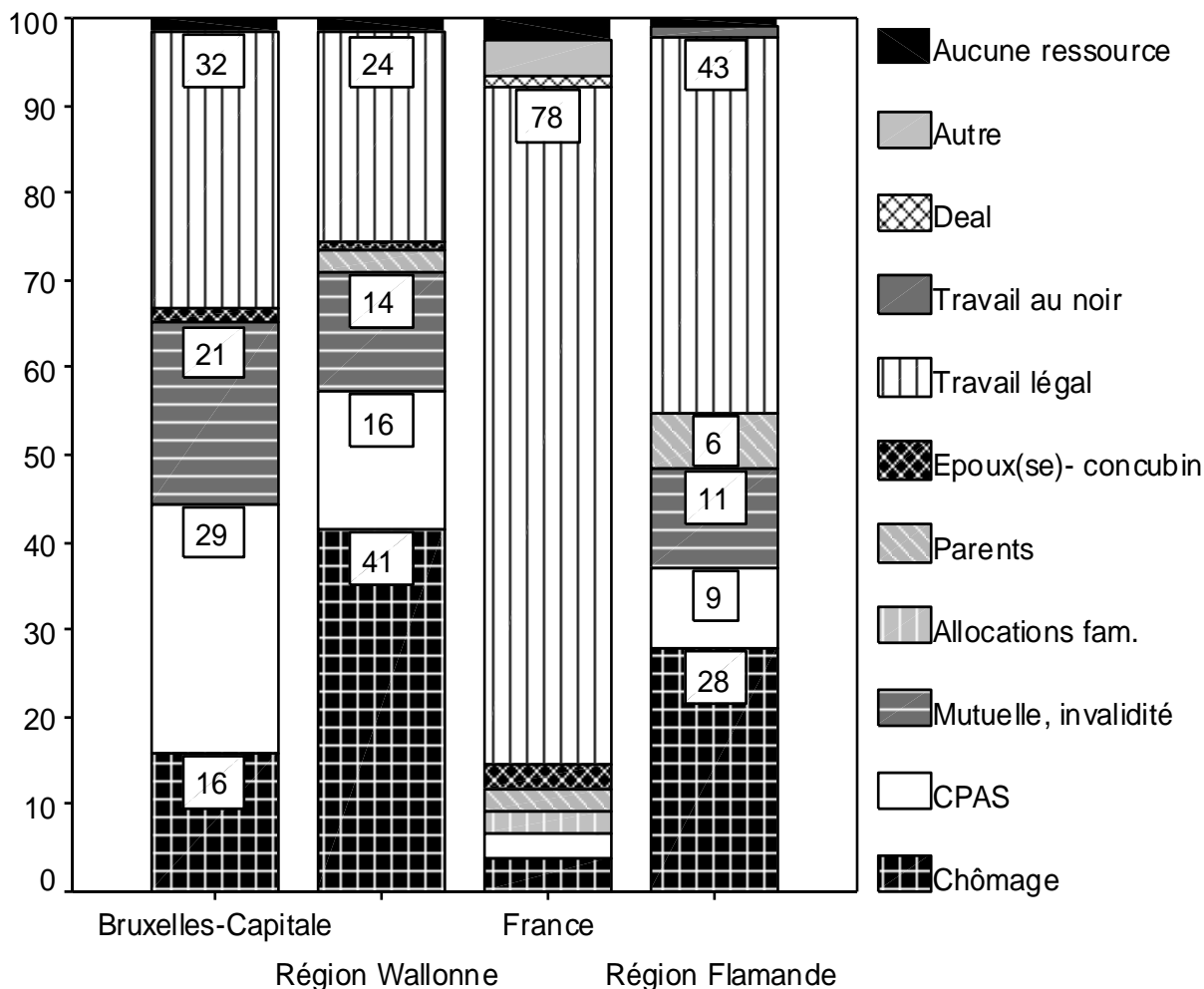
Les patients de Flandre ont une meilleure insertion au travail que les francophones : ils sont plus de 44% avec un emploi légal. Les patients de Wallonie-Bruxelles se trouvent dans une mauvaise situation d'emploi avec seulement 26% qui bénéficient d'un emploi légal.

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

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

### 1.7.2 Ressources principales selon la Région

Graph 1.7.2 : Ressources principales selon la Région



$p < .001$

Le plus faible taux d'activité des patients de Wallonie (24%) implique une dépendance aux allocations sociales à 71%. A Bruxelles, moins du tiers ont un travail légal et 65% dépendent de l'aide sociale. Chez les patients de Flandre (qui dépendent plus que les autres de leurs parents à 6.7%) les allocations représentent 48.4% et chez les français elle est à peine de 6.5%. Le groupe de patients à Bruxelles qui dépendent du CPAS est important avec près de 29% (un patient sur dix en Flandre et 16% en Wallonie).

## Effet de la cure substitutive sur l'activité professionnelle ?

Un argument de défense de l'orientation substitutive est celui de la réhabilitation sociale qui serait promue grâce à une prise en charge à moyen terme ou au long cours. Dégagés des contraintes quotidiennes de la recherche de drogues les patients seraient progressivement en mesure de rechercher et de trouver un emploi. Certains travaux anglo-saxons (Ball, 1988) ont mis en évidence une telle relation positive entre maintenance et emploi. **Notre constat est négatif à cet égard.**

### 1.7.3. Ressources et durée de l'usage de méthadone

**Tableau 1.7.3. : Travail légal ou au noir selon la durée de l'usage de méthadone**

		Durée de la "carrière" de l'usage de méthadone						Total
		0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10+	
Autre	Nombre	35	40	54	26	34	58	247
	%	66,0%	61,5%	69,2%	54,2%	65,4%	69,9%	65,2%
Travail légal ou "au noir"	Nombre	18	25	24	22	18	25	132
	%	34,0%	38,5%	30,8%	45,8%	34,6%	30,1%	34,8%
Total	Nombre	53	65	78	48	52	83	379
	%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%

p = NS

Le tableau 1.7.. met en évidence **l'absence de relation entre la durée de l'usage de méthadone et le fait pour le patient d'avoir une occupation professionnelle légale ou « au noir ».**

La même analyse a été faite avec la durée de la cure actuelle, et de nombreux sous-groupes spécifiques ont été pris en compte (milieu ouvrier, patients dont le père est décédé, etc..). Nous n'avons trouvé pour aucun groupe un quelconque lien entre la durée de la cure (actuelle ou non) et une amélioration de l'insertion professionnelle. Les analyses ont aussi porté sur les 3 Régions de l'étude, sans produire de résultat significatif.

Par contre il existe certaines caractéristiques des patients qui produisent un effet négatif de la durée de l'usage de méthadone sur la désaffection vis-à-vis du travail : 1. La délinquance du sujet (« A déjà commis des délits »). Dans ce cas la relation est significative et inverse entre la durée de l'usage de méthadone et l'activité professionnelle actuelle du patient (Tau b = -.19 ; p = .008). La proportion d'occupation passe de 54% au cours de la première année à 25% lorsque la méthadone a été utilisée pendant plus de 10 ans. Toutefois l'absence de délinquance ne garantit pas une amélioration de la situation professionnelle. 2. Le médecin actuel n'est pas le premier à prescrire la méthadone. L'évolution est significative avec un Tau b de - .17 à p < .001. Mais ici aussi nous n'observons pas de relation lorsque le médecin actuel est le premier. Même si l'étude est rétrospective (ce qui entraîne la contre-hypothèse suivante : les patients encore en cure seraient plus nombreux à n'avoir jamais eu d'activité professionnelle, et ceux qui en avaient une ont plus souvent quitté la cure. Cette hypothèse ne devrait selon nous se confirmer pour un nombre réduit de cas seulement.) et que nous ne disposons pas de groupe contrôle d'usagers d'héroïne hors cure substitutive, notre conclusion est donc : la cure substitutive ne contribue pas à l'acquisition d'un emploi pour le patient. La seule modération à cette conclusion décevante serait que la cure puisse contribuer à ce que le patient ne perde pas son emploi. C'est ce qu'ont indiqué spontanément plusieurs patients dans les remarques libres prévues dans le questionnaire, et on ne peut que les croire. Malheureusement le design de cette étude ne permet pas d'en vérifier la portée.

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

## 1.7.4 Expérience du travail et ressenti actuel face au travail

### 1.7.4.1 Résultats pour les résidents de Belgique et par Région

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

**Tableau 1.7.4.1 : Expérience du travail rémunéré**

	Nombre	%
Non, jamais travaillé	56	<b>14,5</b>
Oui	329	85,5
Total	385	100,0

Parmi les résidents en Belgique 14.5% des patients n'ont jamais travaillé.

**Tableau 1.7.4.2 : Expérience du travail rémunéré selon la Région**

		Région				Total
		Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	France	Région Flamande	
Non, jamais travaillé	Nombre	9	41	2	6	58
	%	14,1%	<b>18,1%</b>	2,7%	6,4%	12,6%
Oui	Nombre	55	186	72	88	401
	%	85,9%	81,9%	97,3%	93,6%	87,4%
Total	Nombre	64	227	74	94	459
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**p < .001**

Ici aussi les différences entre Régions sont importantes, avec toujours une situation plus défavorable pour les **patients de Wallonie**, dont plus de **18% n'ont jamais eu d'occupation professionnelle rémunérée**. Si nous comparons ces deux Régions entre elles (différence significative à  $p = .02$ ), **les patients de Wallonie ont un risque relatif de 3.23 par rapport aux flamands de n'avoir jamais travaillé**.

**Tableau 1.7.4.3. Se sent en état de travailler**

	Nombre	%
Pas en état de travailler	120	31,3
Oui, en état de travailler	264	68,8
Total	384	100,0

**Plus de 31% des patients de Belgique ne s'estiment pas en état de travailler.**

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

**Tableau 1.7.4.4.: Se sent en état de travailler selon la Région**

		Région				Total
		Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	France	Région Flamande	
Pas en état de travailler	Nombre	24	71	3	25	123
	%	<b>37,5%</b>	31,6%	4,1%	26,3%	26,9%
Oui, en état de travailler	Nombre	40	154	71	70	335
	%	62,5%	68,4%	95,9%	73,7%	73,1%
Total	Nombre	64	225	74	95	458
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**p <.001**

Si les patients de Bruxelles sont plus d'un tiers (37.5%) à ne pas se sentir en état de travailler, la différence avec les patients de Flandre dont un quart ressentent une désaffection vis-à-vis du travail, n'est pas statistiquement significative.

Le tableau 1.7.4.4 n'est ainsi significatif que par l'attitude fortement impliquée dans l'occupation professionnelle des patients français. Ceci confirme la motivation de ne pas perdre son travail à l'origine de la demande de cure substitutive des patients de France.

**Tableau 1.7.4.5.: Souhaite travailler**

	Nombre	%
Ne souhaite pas travailler	47	<b>12,2</b>
Souhaite travailler	339	87,8
Total	386	100,0

Plus de 12% des patients de Belgique ne souhaitent pas travailler

**Tableau 1.7.4.6.: Souhaite travailler selon la Région**

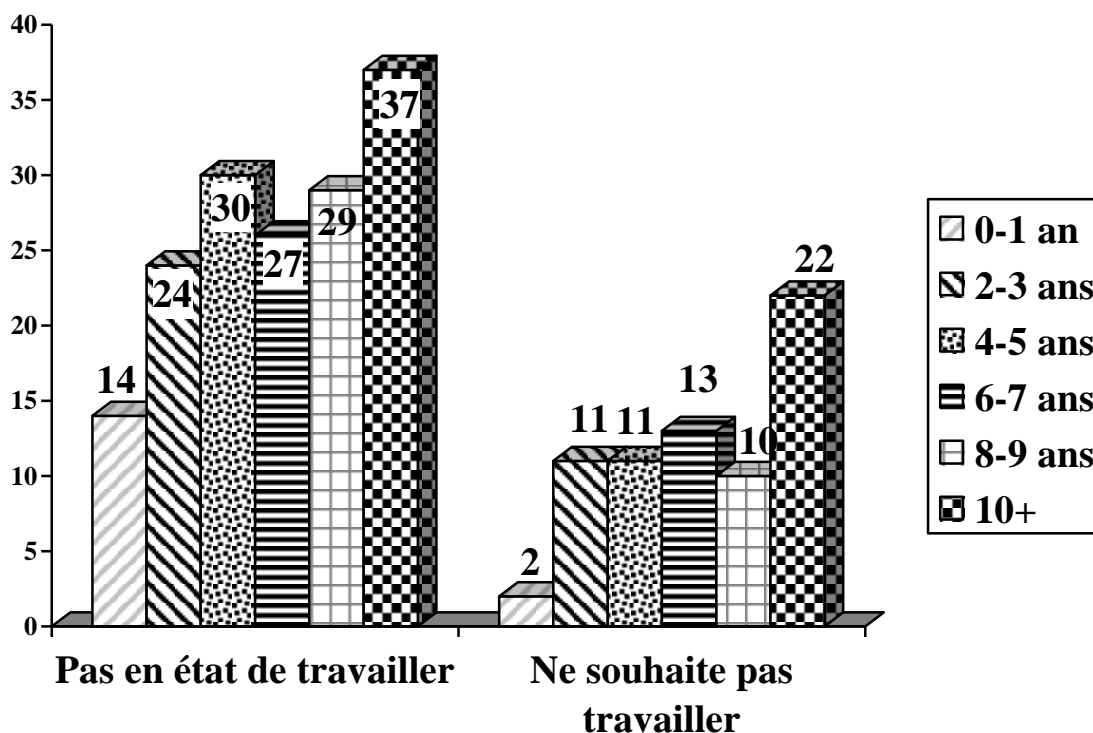
		Région				Total
		Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	France	Région Flamande	
Ne souhaite pas travailler	Nombre	16	19	3	12	50
	%	25,0%	8,4%	4,1%	12,6%	10,9%
Souhaite travailler	Nombre	48	208	71	83	410
	%	75,0%	91,6%	95,9%	87,4%	89,1%
Total	Nombre	64	227	74	95	460
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**p < .001**

Les patients de Bruxelles se distinguent par une forte proportion d'un quart qui ne souhaitent pas travailler. Ici aussi les patients de France manifestent au contraire leur motivation à travailler. Les patients de Flandre ne se distinguent pas des Wallons.

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

Graph 1.7.5. Ressenti face au travail selon la durée de l'expérience avec la méthadone (en % de chaque catégorie de durée) – n = 444



Signification statistique :  $p < .05$   $p = .006$

Le graph 1.7.5. illustre la désaffection vis-à-vis du travail en fonction de la durée de l'usage de méthadone.

Les patients avec une expérience très récente de la méthadone se sentent nettement plus en état de travailler (86%) et souhaitent travailler (98%) alors que les patients avec plus de 10 années d'usage de méthadone s'opposent nettement. 63% seulement se sentent en état de travailler et 78% souhaitent travailler. Entre ces deux extrêmes, il n'y a quasiment pas d'évolution de l'implication au travail de 1 an à 9 ans d'usage de méthadone.

### 1.8. Séparation des enfants

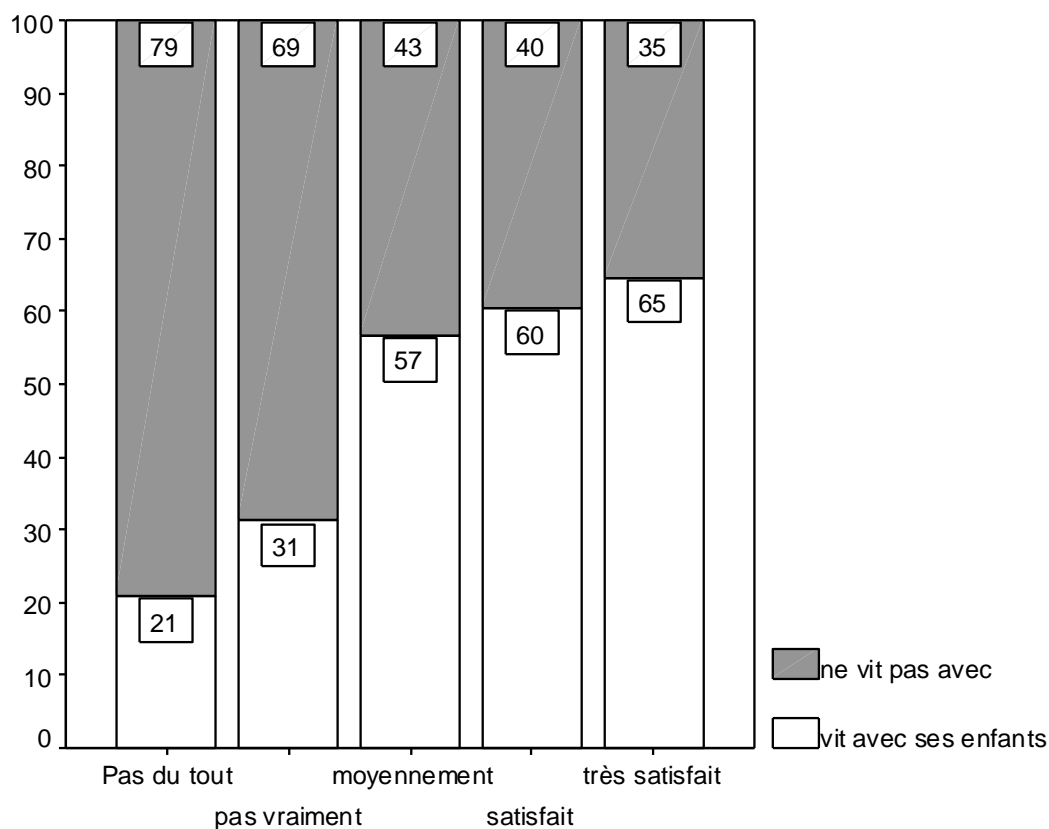
Tableau 1.8.1. Ne vit pas avec tous ses enfants

	Nombre	%
vit avec tous ses enfants	102	51,5
ne vit pas avec tous ses enfants	96	48,5
Total	198	100,0

La séparation des enfants concerne presque la moitié des patients qui ont des enfants (48.5%).  
**Plus d'un patient sur cinq fait l'expérience d'une séparation avec ses enfants.**

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

**Graphe 1.8.1. Satisfaction de la vie selon la séparation de ses enfants- n =181 patients-parents**



$p = .002$  ; Tau B =  $-.26$  ( $p < .001$ )

Le Graphe 1.8.1. indique par niveau de satisfaction globale de son existence la proportion de patients qui vivent séparés d'au moins un de leurs enfants. Il y a une très forte relation de l'insatisfaction globale du sujet-parent par rapport à sa vie avec la séparation de ses enfants.

**Tableau 1.8.2.: « Ne vit pas avec tous ses enfants » selon la Région**

		Région				Total
		Bruxelles -Capitale	Région Wallonne	France	Région Flamande	
vit avec tous ses enfants	Nombre	13	45	27	17	102
	%	48,1%	41,7%	90,0%	51,5%	51,5%
ne vit pas avec tous ses enfants	Nombre	14	63	3	16	96
	%	51,9%	58,3%	10,0%	48,5%	48,5%
Total	Nombre	27	108	30	33	198
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$p < .001$

Les différences entre Régions proviennent de la spécificité des patients-parents français dont la plupart vivent avec leurs enfants. La situation est quasi identique pour Bruxelles et la Flandre avec autour de 50% de patients parents ne vivant pas avec leurs enfants. Il s'agit là d'une sanction cachée produite par le contrôle social belge.

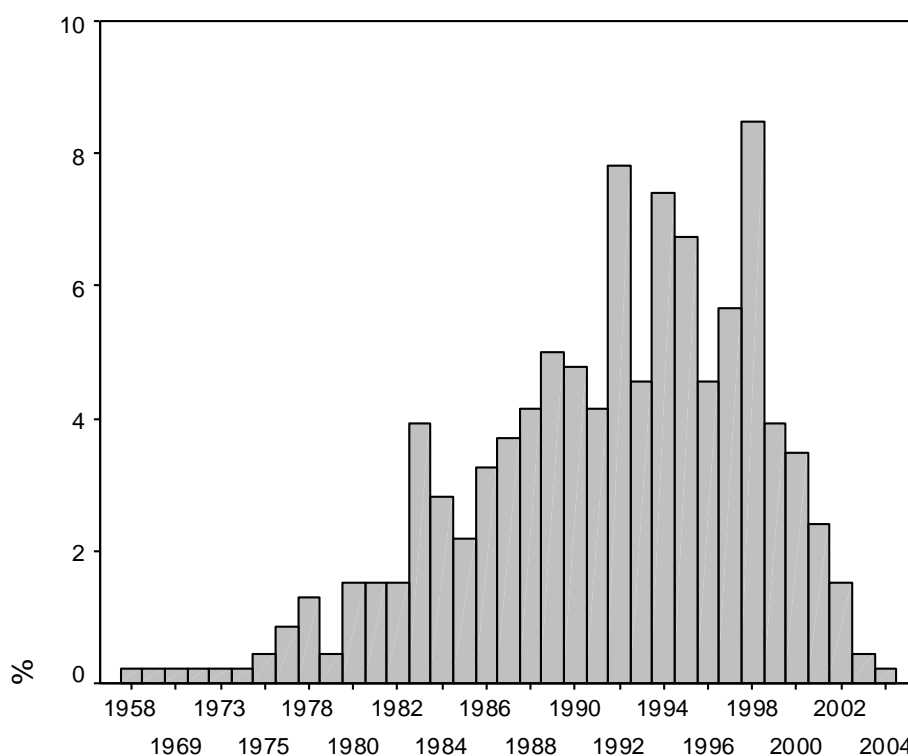


S'agit-il d'une caractéristique spécifique à la Belgique ou bien la plupart des pays européens produisent ils aussi une décomposition familiale accentuée chez les toxicomanes ? Les patients de France, demandeurs de soins en Belgique ne sont sans doute pas représentatifs de la population d'usagers d'opiacés de ce pays, étant donné leur bonne insertion sociale..

## 2. Le passé du patient

### 2.1. L'usage de drogues

#### 2.1.1. Graphe 2.1. Année de début de l'usage d'héroïne Patients de Belgique

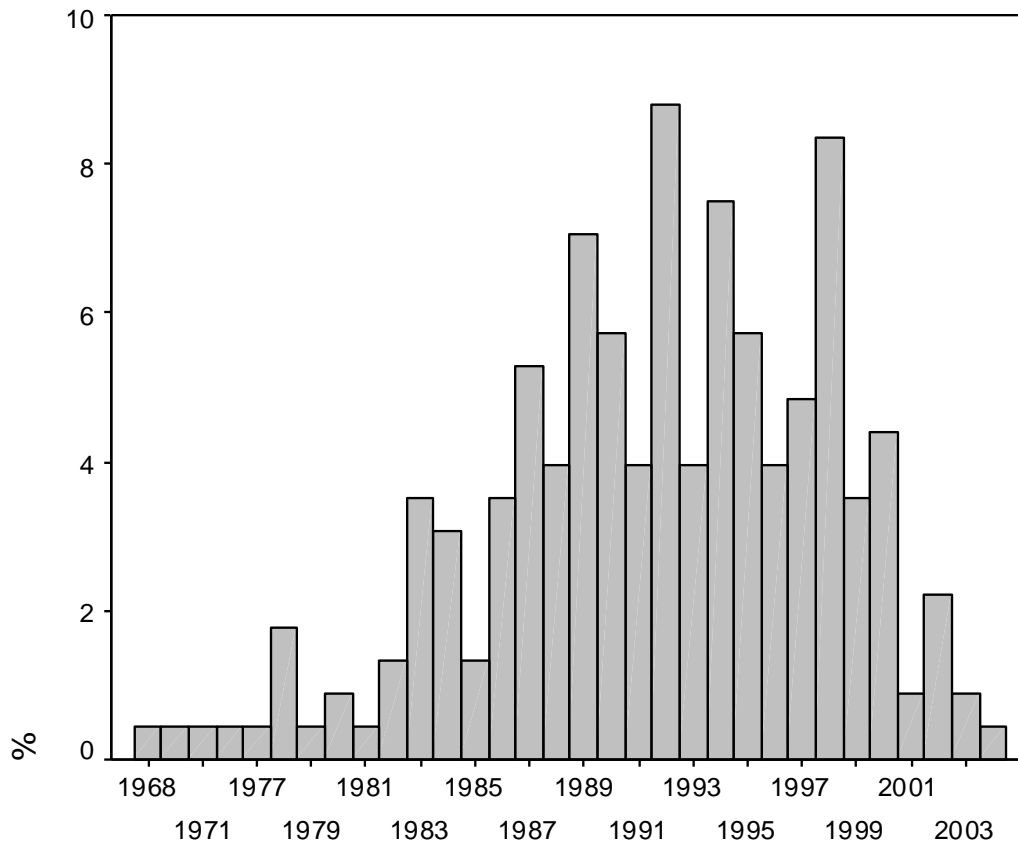


#### Peut-on parler de **périodes épidémiques** ?

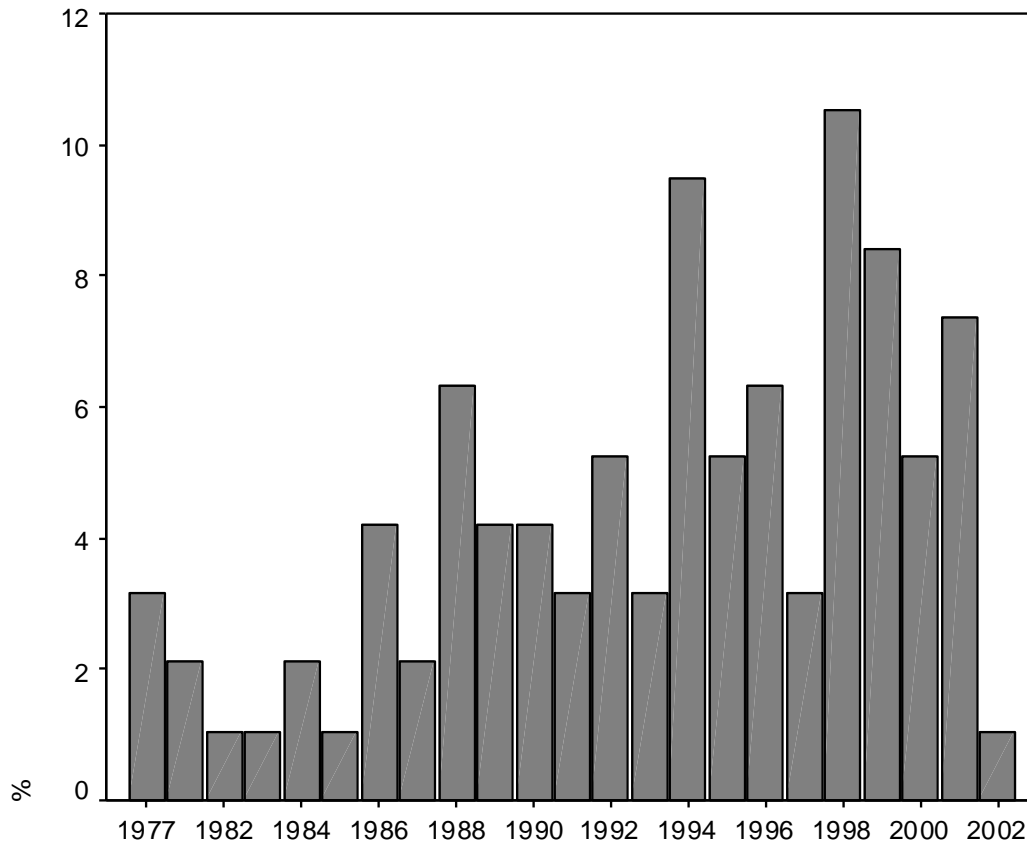
En visualisant la carrière d'usage de l'héroïne en fonction de l'année de début, on fera un constat prudent de l'existence de périodes épidémiques, autour de 1978, 1983, de 1988-89, 1992-94 et 1998. Il y a nécessité d'un échantillon plus complet pour vérifier si cette périodisation de 4-5 années entre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

Les Graphes 2.1.2 et 2.1.3 (page suivante) présentent la distribution par Région. Les patients avec usage récent (depuis 1998) représentent 33.7% en Flandre et seulement 20.5% en Wallonie. A Bruxelles, seuls 9.4% ont commencé depuis 1998 et il y a un véritable pic épidémique en 1983. Le faible échantillon dans cette Région rend cependant l'analyse trop instable pour en présenter un diagramme.

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



**Graphe 2.1.3 : Année de début de l'usage d'héroïne – Patients de Flandre (n =95)**

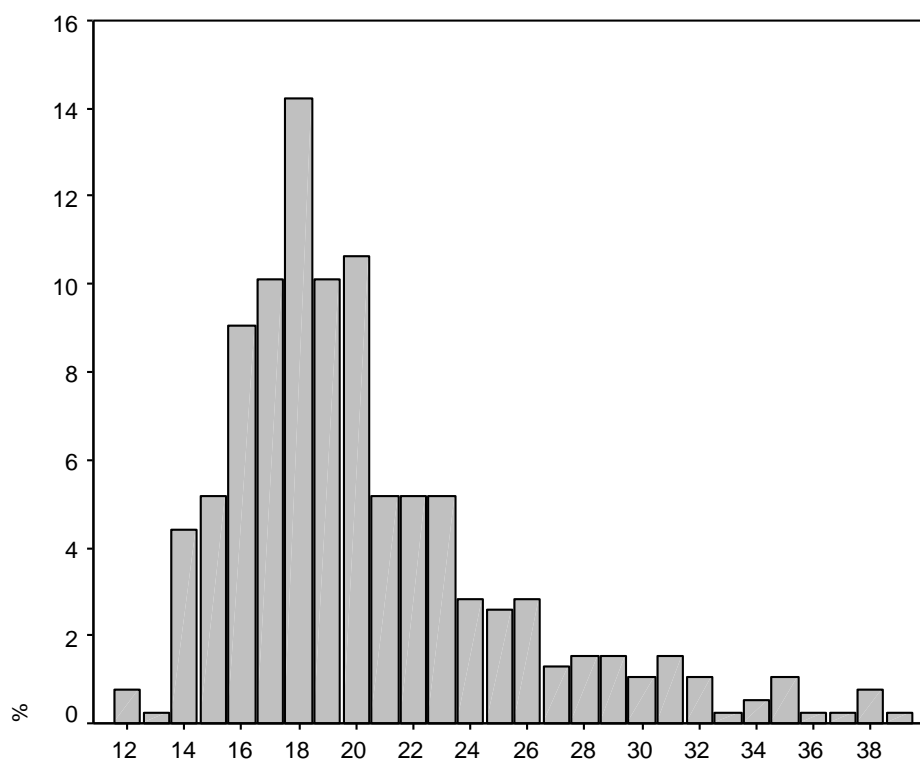


## 2.2. Chronologie individuelle de l'usage d'héroïne

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

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

**Graphe 2.2 : Age de début de l'usage d'héroïne Patients de Belgique**



Au niveau individuel, l'âge de début de l'usage d'héroïne manifeste un pic à 18 ans, mais se situe en moyenne autour de 20 ans et demi avec un quart de très jeunes débutants avant 17 ans et un quart de vieux débutants après 22 ans. Depuis le début des années 80 où l'héroïne débutait en moyenne à 17,5 ans (Ledoux, 1982), on assiste à une très lente progression vers un retard de l'enclenchement de la toxicomanie.

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

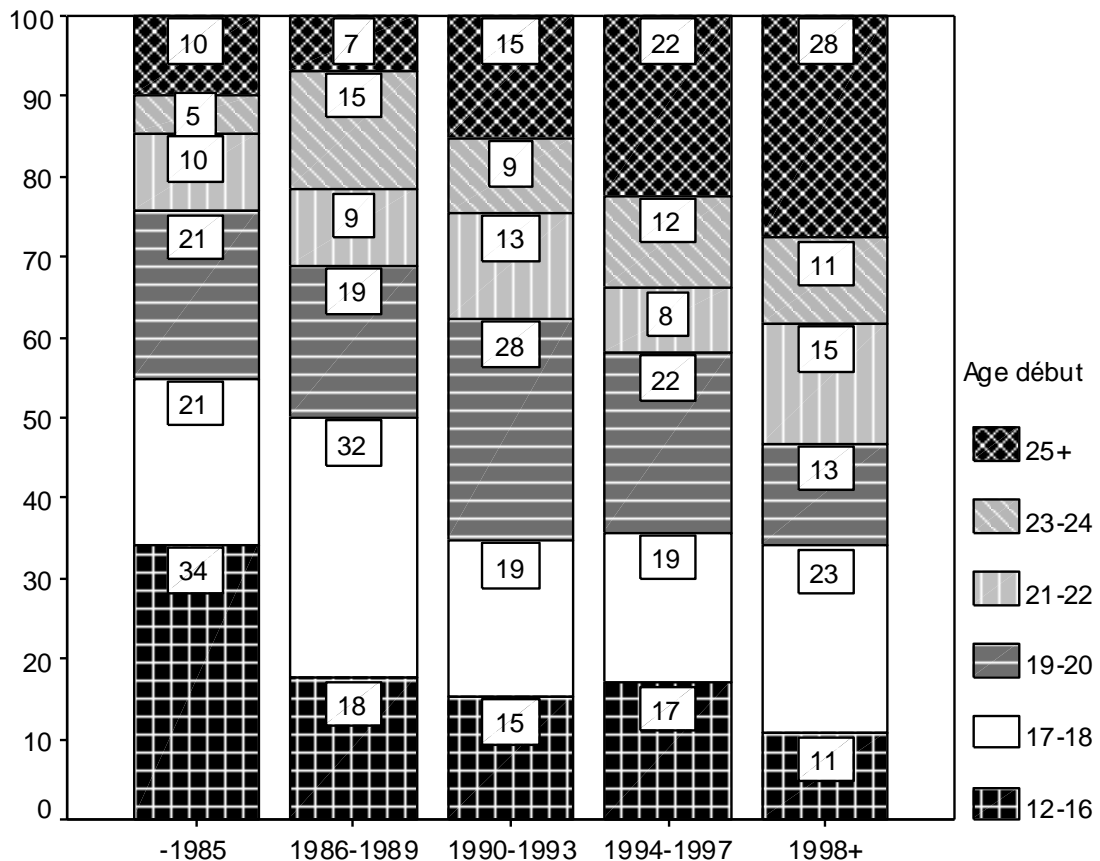
Age au début de l'héro			
Région	Moyenne	N	E-type
Bruxelles-Capitale	20,05	64	6,16
Région Wallonne	20,50	227	5,05
France	21,72	74	4,39
Région Flamande	20,31	95	4,47
Total	20,59	460	5,02

**N.S.**

Aucune différence n'est observée entre les Régions. Les plus jeunes en Flandre comme dans la Communauté française ont 12 ans (3 cas). En Flandre aucun n'a commencé après 35 ans, alors que le débutant le plus âgé à l'a fait à Bruxelles à 46 ans.

**2.2.2. Période historique et début de l'usage d'héroïne**

**Graphe 2.2.2. Age de début de l'usage d'héroïne par période historique de début  
Ensemble des patients – n = 460**



**p < .001**

Le Graphe permet de visualiser une évolution historique fondamental de l'enclenchement de l'addiction à l'héroïne : il y a une tendance marquée vers un début de l'usage de plus en plus tardif. Plus du tiers des usagers avant 1985 avaient débuté entre 12 et 16 ans. Ils ne sont plus que 11% depuis 1998. De façon inverse, 10% seulement débutaient après 25 ans avant 1985.. Ils sont 28% depuis 1998. Une telle évolution est bien entendu positive d'un point de vue à la fois de la Santé Publique, mais aussi sur le plan individuel. .

## 2.3. Mode d'usage

### 2.3.1. L'injection et la chronologie de son abandon

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

**Tableau 2.3.1.1 : Expérience de l'usage par IV (ensemble de la population)**

	Nombre	%
Non	265	57,1
Oui	199	42,9
Total	464	100,0

**Tableau 2.3.1.2 : Expérience de l'usage par IV selon la Région**

			Région				Total
			Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	France	Région Flamande	
A déjà utilisé par IV	Non	Nombre	22	132	58	53	265
		%	34,4%	57,6%	<b>76,3%</b>	55,8%	57,1%
	Oui	Nombre	42	97	18	42	199
		%	<b>65,6%</b>	42,4%	23,7%	44,2%	42,9%
Total		Nombre	64	229	76	95	464
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**p < .001**

Les patients de France se distinguent par une expérience deux fois moins fréquente de l'usage par IV que les patients de Belgique. Aucune différence significative n'est observée entre patients flamands et wallons. Les patients de Bruxelles sont près de deux-tiers à avoir fait l'expérience de l'injection.

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

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

	Nombre	%
Pas arrêt de l'IV	46	25,4
Arrêt IV avant métha	44	24,3
Arrêt IV après métha	91	50,3
Total	181	100,0

La construction de cette variable nécessitait bien entendu la précision par le patient de l'âge d'arrêt de l'injection ainsi que celui du début de l'usage de méthadone, d'où un nombre élevé de non réponses (181 ont satisfait aux deux critères sur 199 patients qui ont déjà utilisé la voie intraveineuse– voir tableau précédent-).

Parmi les patients qui ont déjà utilisé l'injection, nous constatons que la grande majorité l'ont abandonné (74.6%). Parmi tous ceux qui ont abandonné l'injection, une minorité de 24.3% a arrêté avant le début de l'utilisation de la méthadone.

Parmi ceux qui ont déjà injecté il reste néanmoins 25.4% qui continuent.

L'information la plus importante fournie par le tableau 2.3.1.3 se lit : L'effet de prévention du risque de l'injection attribuable (en tout ou en partie) à la délivrance de la méthadone correspond à 50.3% des usagers par IV.

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

			Région				Total
			Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	France	Région Flamande	
Arrêt avant IV/après métha	Pas arrêt de l'IV	Nombre	12	19	1	14	46
		%	33,3%	21,1%	6,7%	35,0%	25,4%
	Arrêt IV avant métha	Nombre	2	18	12	12	44
		%	5,6%	20,0%	80,0%	30,0%	24,3%
	Arrêt IV après métha	Nombre	22	53	2	14	91
		%	61,1%	58,9%	13,3%	35,0%	50,3%
Total		Nombre	36	90	15	40	181
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**p < .001**

Une grande majorité des patients bruxellois et wallons a abandonné le mode d'usage par IV après le début de l'utilisation de la méthadone. Toutefois il subsiste un tiers de patients bruxellois qui ont déjà recouru à l'IV à poursuivre un tel mode d'usage. L'abandon de l'IV après l'usage de méthadone est moins significatif pour les injecteurs de Flandre et 35% poursuivent sur le même mode.

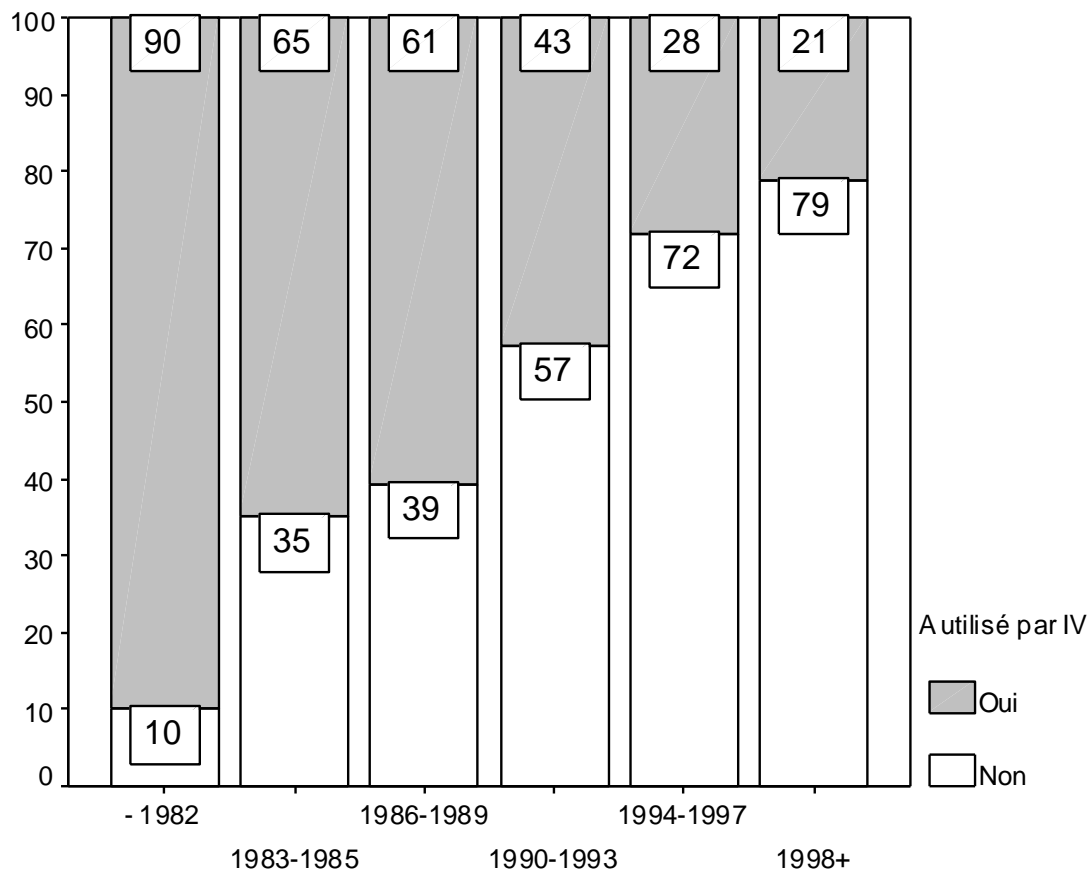
Malgré les apparences, après vérification statistique, aucune différence significative n'est manifeste entre patients flamands et francophones (en partie à cause du nombre réduit de cas).

### **Evolution historique de l'usage par IV**

L'étude nous permet de dresser un tableau de « l'histoire naturelle » de la réduction des risques ! La diminution du risque d'usage par voie intraveineuse est spectaculaire depuis les années quatre-vingt. La première période historique présentée comprend celle des années pré-sida. Années « d'innocence » où l'usage par IV était massif (- ceux qui ont débuté leur toxicomanie jusqu'en 1982 sont 90% à avoir déjà utilisé par IV – données non présentées dans le tableau).

Chaque période successive se marque par une réduction de la part d'usagers par injection. A partir des années 1990, il n'y a plus qu'une minorité de patients qui ont connu un usage par injection. Les patients les plus récents qui ont commencé l'héroïne depuis 1998 ne sont plus qu'un sur cinq (21.1%) à recourir à l'injection. L'évolution dépend selon nous à la fois de la prévention du Sida et de l'extension des traitements de substitution. L'évolution au cours des années quatre vingt dix a été remarquable chez les patients du début des années deux mille.

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



L'évolution favorable constatée globalement, l'est aussi par Région. En simplifiant la mesure de l'évolution de l'abandon de l'injection grâce à la mesure du Tau B de Kendall, nous obtenons pour la Wallonie une valeur de -.395, pour Bruxelles -.390 et pour la Flandre -.320. Dans ce dernier cas, le résultat moins puissant de l'abandon de l'IV pourrait s'expliquer par le retard de l'introduction du traitement de substitution dans cette Région.

### 2.3.2. Les comportements dommageables liés à l'injection

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

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

	Nombre	%
Non	108	54,0
De temps en temps	72	36,0
Assez souvent	14	7,0
Très souvent	6	3,0
Total	200	100,0

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

	Nombre	%
Non	91	45,5
De temps en temps	74	37,0
Assez souvent	23	11,5
Très souvent	12	6,0
Total	200	100,0

Près de la moitié (46%) des usagers par IV ont déjà partagé leur seringue au moins une fois et 54.5% leur matériel (cuillères, tampons...). La fréquence était le plus souvent occasionnelle. Etant donné le risque lié au partage quel qu'il soit, il est utile de combiner les deux modalités, ce qu'illustre le tableau 2.3.2.3.

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

	Nombre	%
N'a jamais partagé	84	42,0
A déjà partagé seringue ou matériel	116	58,0
Total	200	100,0

**Nous constatons qu'une majorité de 58% d'utilisateurs de la voie intraveineuse ont déjà partagé leurs ustensiles.** Ceci confirme la dimension sociale ou « groupale » de l'usage de drogues. Environ un quart de l'ensemble des usagers d'opiacés sont donc « à risque » par rapport aux dommages d'infection liés à l'injection.

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



**Tableau 2.3.2.4. : Partage de la seringue ou du matériel selon l'année de début de la toxicomanie- Usagers par IV**

		Période historique du début de l'usage d'héroïne						Total
		- 1982	1983-1985	1986-1989	1990-1993	1994-1997	1998+	
N'a jamais partagé	N	10	8	16	18	17	14	83
	%	27,8%	32,0%	36,4%	45,0%	53,1%	63,6%	41,7%
A déjà partagé seringue ou matériel	N	26	17	28	22	15	8	116
	%	72,2%	68,0%	63,6%	55,0%	46,9%	36,4%	58,3%
Total	N	36	25	44	40	32	22	199
	%	100,0%	100%	100%	100%	100%	100,0%	100,0%

**p = .06 - N.S.**

Le tableau 2.3.2.4. met en évidence une évolution moins nette de la réduction du partage que de l'injection (signification statistique insuffisante à  $p = .06$ ).

La réduction de l'expérience du partage ne prend son essor que plus tardivement chez les usagers par injection. Une résistance s'est donc manifestée chez ces usagers à comportement dommageable.

Toutefois, si nous répartissons la population en deux groupes, **avant et après 1994**, la réduction du partage devient significative à  $p = .006$ .

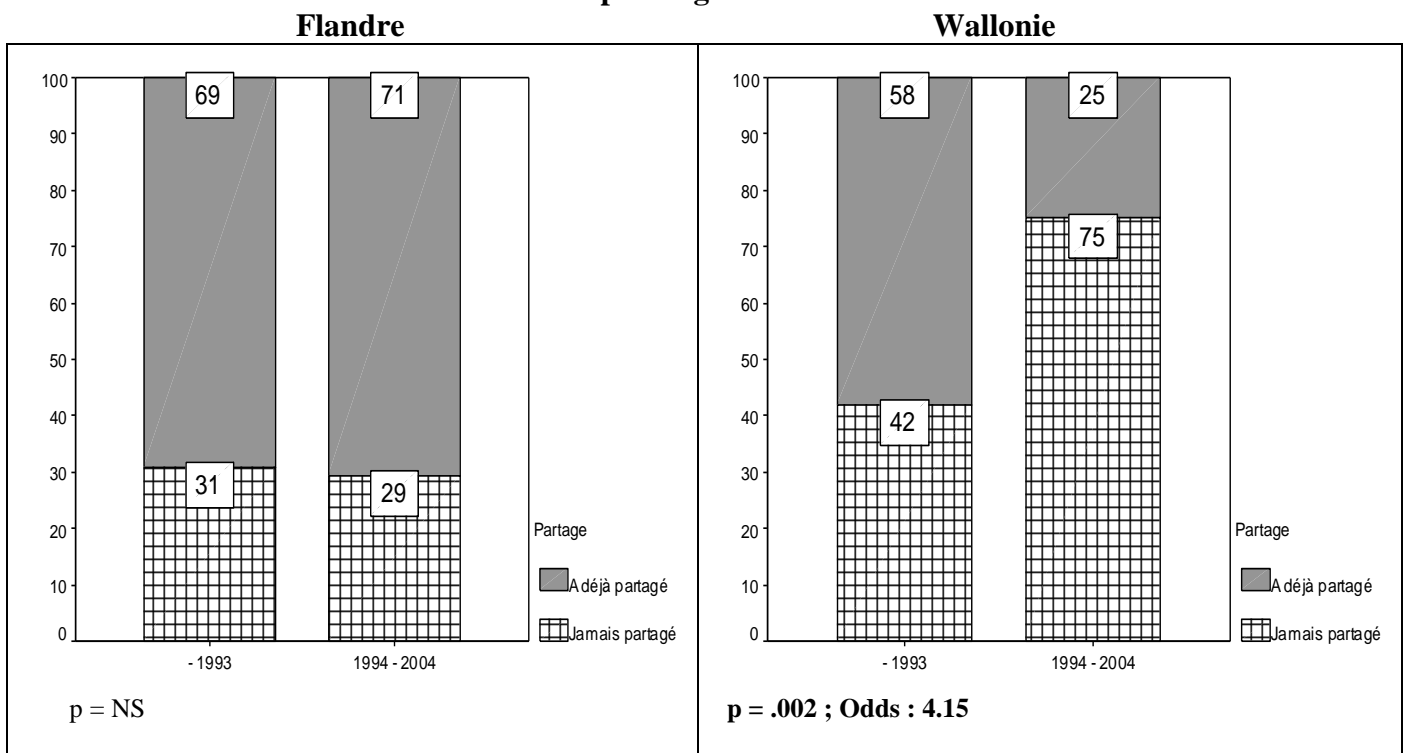
64.1% des plus anciens partageaient leurs ustensiles pour 46.9% des usagers par injection depuis 1994.

**Le risque relatif des plus anciens est de 2.41 (IC de 1.27 à 4.57).**

Comparée à la réduction du risque d'injection, la moindre réduction du partage est toutefois nette : 59.2% des usagers d'héroïne qui ont commencé jusque 1993 se sont déjà injectés pour 26% de ceux qui ont débuté leur addiction depuis 1994. **Il est 4.13 fois plus probable (IC de 2.75 à 6.17) pour les usagers les plus anciens de s'être injectés.**

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

**Graphe 2.3.2.5 : Partage de la seringue ou du matériel selon le début de la toxicomanie par Région**



Les patients de Wallonie ont une plus forte probabilité (Risque Relatif de 4.15 ; soit 315% de chance en plus) de n'avoir jamais partagé d'ustensiles chez les usagers plus récents depuis 1994 (25% de partage) par rapport à la période antérieure (58%).

Chez les patients de Flandre, il y a encore 71% d'expérience de partage chez les usagers par voie intraveineuse qui ont débuté leur addiction depuis 1994 et l'évolution n'est pas significative par rapport aux patients avec une addiction plus ancienne.

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

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

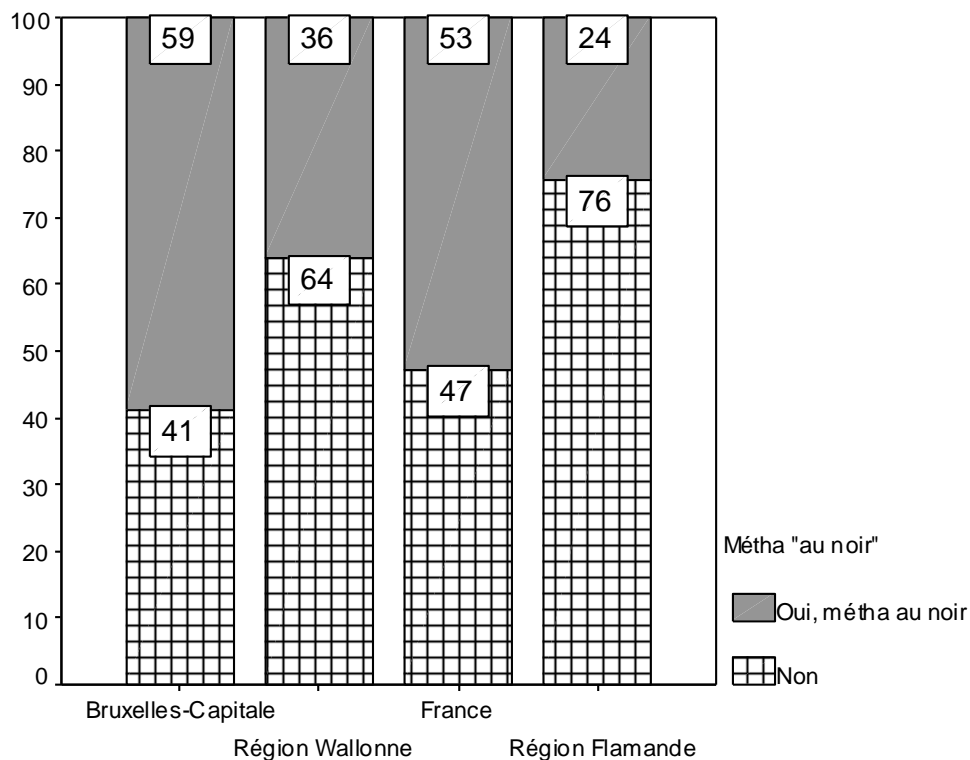
**Tableau 2.4 : Usage de méthadone « au noir »**

	Nombre	%
Non	277	60,6
Oui, métha au noir	180	39,4
Total	457	100,0

La proportion élevée de 39.4% d'essais de méthadone non prescrite ne doit pas faire oublier qu'il s'agit d'un usage le plus généralement très ponctuel. Beaucoup ont indiqué « quelques fois » et rares sont les longues durées de plus d'un mois.

### 2.4.1. Usage de méthadone « au noir » selon la Région

**Graphe 2.4.1 : Usage de Méthadone au noir selon la Région**



**p < .001**

L'usage de la méthadone sans prescription a été la plus répandue chez les patients de Bruxelles et de France, ce qui se comprend aisément étant donné les contraintes sur la prise en charge en cure substitutive dans ce pays. Le développement d'un marché noir de l'héroïne dans la Région de Bruxelles-Capitale est confirmé par ces résultats.

Nous fournissons ici pour la première fois une comparaison entre l'usage au noir dans les deux Communautés de Belgique. Le constat est net : il est deux fois plus probable pour un patient de Wallonie-Bruxelles par rapport à un patient de Flandre d'avoir déjà utilisé de la méthadone du marché noir.

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

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

		Début Héroïne		Total
		- 1993	1994 - 2004	
Non	Nombre	124	108	232
	%	56,9%	69,7%	62,2%
Oui, métha au noir	Nombre	94	47	141
	%	43,1%	30,3%	37,8%
Total	Nombre	218	155	373
	%	100,0%	100,0%	100,0%

**p = .01**

En comparant les deux groupes « historiques » du début de l'addiction, nous constatons que l'usage de la méthadone sans prescription a concerné 43.1% des usagers anciens et moins d'un tiers des usagers plus récents. Il est 1.74 fois plus probable qu'un usager débutant avant 1994 ait recouru au marché noir pour la méthadone par rapport à un usager récent. Quoique le recours au marché noir ait baissé depuis la Conférence de Consensus de 1994, on aurait pu s'attendre à un effet plus important de la libéralisation de la délivrance de méthadone sur une réduction de l'usage sans prescription.

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

Tableau 2.4.3 : Chronologie de l'usage au noir

	Nombre	%
Pas de métha noire	245	63,8
métha noire après métha prescrite	30	7,8
métha noire avant métha prescrite	50	13,0
métha noire simultanément	40	10,4
Moment de l'usage au noir non spécifié	19	4,9
Total	384	100,0

Ce tableau a été construit à partir des âges de début de la méthadone prescrite et au noir. Pour 40 patients, le même âge pour les deux a été indiqué, ce que nous avons qualifié d'usage simultané. Dans ce cas, il est toutefois probable que la méthadone non prescrite ait précédé de peu la prescription par un médecin.

Le tableau 2.4.3 fait ressortir l'antériorité de l'usage de méthadone au noir par rapport à la première cure substitutive pour les patients de Belgique : 90/120 patients, soit 75% des patients qui ont une expérience de la méthadone du marché noir (et ont spécifié le moment), l'ont utilisée avant (ou « simultanément ») d'avoir eu une prescription d'un médecin.

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

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

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

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

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

			Année début de l'héroïne		Total
			-1992	1993-2002	
"Auto médication"	Autre motif	n	51	19	70
		%	63,8%	34,5%	51,9%
	Eviter par moi-meme de reprendre de l'héroïne	n	29	36	65
		%	36,3%	65,5%	48,1%
Total		n	80	55	135
		%	100,0%	100,0%	100,0%

p < .001 ; Odds : 3.32

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

			Année de début de l'héroïne		Total
			-1992	1993-2002	
motif "ambigu"	Autre	n	44	40	84
		%	55,0%	72,7%	62,2%
	manque d'argent pour héro	n	36	15	51
		%	45,0%	27,3%	37,8%
Total		n	80	55	135
		%	100,0%	100,0%	100,0%

p = .03 ; Odds : .458 / inv: 2.18

Les deux Tableaux 2.4.4.1 et 2.4.4.2 font surgir une inversion temporelle de la motivation à recourir à la méthadone sur le marché noir. **Les usagers récents** par rapport à ceux « d'avant le Consensus sur la Méthadone » **ont une probabilité de 3.32 de l'avoir plus utilisé par souci d'auto-médication (65.5%)**.

**Ils ont aussi une probabilité moindre (2.18 fois moins probable) de l'avoir utilisée « comme drogue ».**

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

## 2.5. Aspects « économiques » pour l'utilisateur

**Tableau 2.5.1 : Part des ressources consacrées aux drogues**

	Nombre	%
Moins d'un tiers	188	49,2
Moins de la moitié	63	16,5
Plus de la moitié	69	18,1
Presque tout	62	16,2
Total	382	100,0

Plus du tiers des patients consacraient plus de la moitié de leurs revenus à l'achat de drogues. Toutefois, le fait d'y consacrer moins du tiers des ressources est le cas le plus fréquent et concerne près d'un patient sur deux.

**Tableau 2.5.2 : Motivation « instrumentale » de la cure actuelle**  
**Les dépenses en drogues constituent une motivation de la cure actuelle**

	Nombre	%
Non	186	49,5
Oui	190	50,5
Total	376	100,0

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

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

Pour vérifier l'effet d'une motivation liée à la réduction de la dépense, nous anticipons sur le chapitre 9, qui présente la construction des gains ou apports de la cure substitutive pour le patient. 3 dimensions ou facteurs ont été retenus dans l'analyse factorielle : l'apport en mieux-être mental, la prise de recul par rapport aux drogues et enfin l'amélioration des rapports avec la Justice.

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

Nous n'observons pas de relation entre une orientation instrumentale vis-à-vis de la cure et un quelconque apport sur aucune des dimensions retenues.

### 3. Passé institutionnel : Maison d'Accueil et Prison

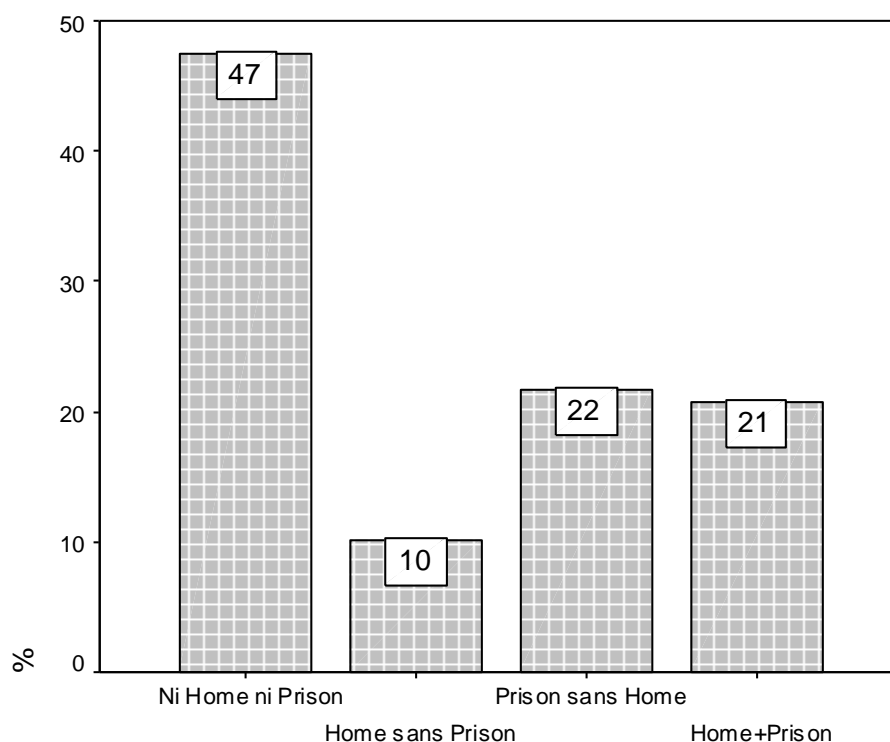
Plus de la moitié (52.6%) des patients de Belgique ont une expérience d'une institution totale, soit une maison d'accueil ou la prison.

L'importance du **placement en maison d'accueil** pour 30.8% constitue une surprise de ces résultats. Un tel rôle des homes et maisons d'accueil, comme passage obligé pour près d'un tiers des patients doit être soulignée. Les implications de cette situation sont claires au plan de la prévention : **les homes et institutions de placement et d'hébergement sont des lieux privilégiés dans lesquels les interventions préventives devraient être développées.**

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

	Nombre	%
Ni Home ni Prison	188	47,5
Home sans Prison	40	10,1
Prison sans Home	86	21,7
Home+Prison	82	20,7
Total	396	100,0

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



Le tableau 3.1. précise la combinaison de l'expérience de la prison et du home pour les patients de Belgique : Il y a une forte attraction entre les deux instances. 21% ont fait l'expérience des deux institutions.

22% ont été incarcérés sans avoir connu le home et 10% le home sans la prison. Moins de la moitié de la population des patients n'a jamais fait l'expérience d'aucune des deux institutions.

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

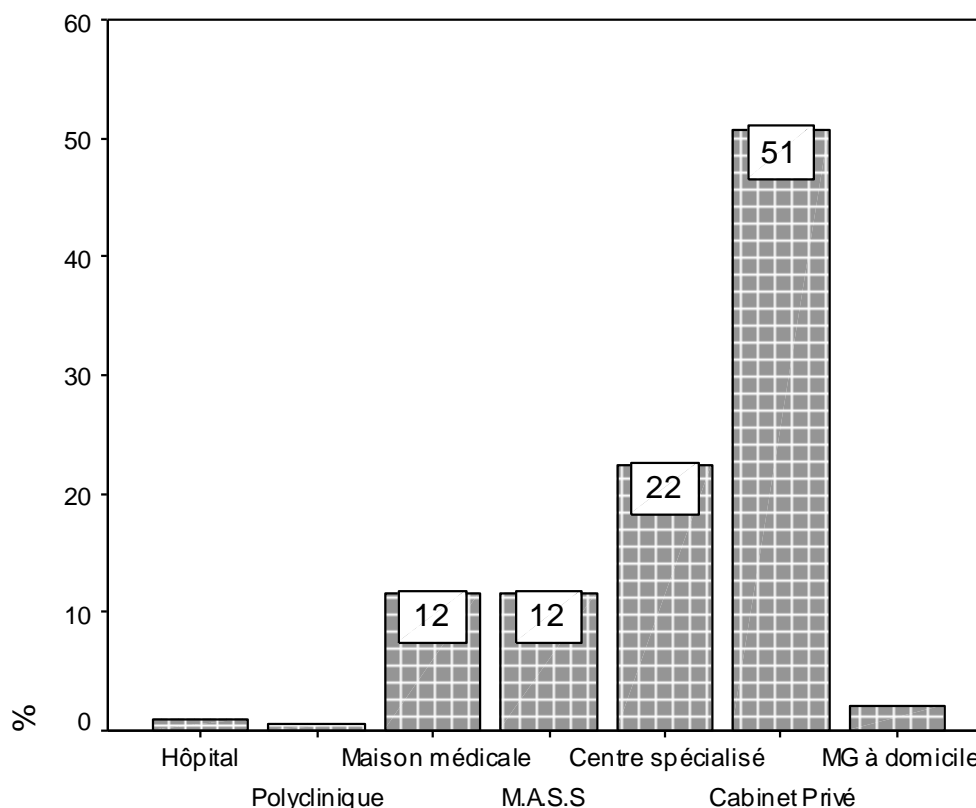
### 4.1. La cure actuelle

Plus de la moitié des patients de Belgique (53.4%) ont leur consultation médicale en pratique privée (dont 2.1% reçoivent le médecin à domicile et 0.5% en Polyclinique). Les centres spécialisés représentent 22.4% et les Mass, 11.6%. Les maisons médicales ont une place non négligeable avec 11.6% des patients. La consultation s'effectue en hôpital pour 1% des patients.

**Tableau 4.1 : Lieu de consultation du médecin**

	Nombre	%
Hôpital	4	1,0
Polyclinique	2	,5
Maison médicale	45	11,6
Maison d'accueil socio-sanitaire	45	11,6
Centre spécialisé	87	22,4
Cabinet Privé	197	<b>50,8</b>
MG à domicile	8	<b>2,1</b>
Total	388	100,0

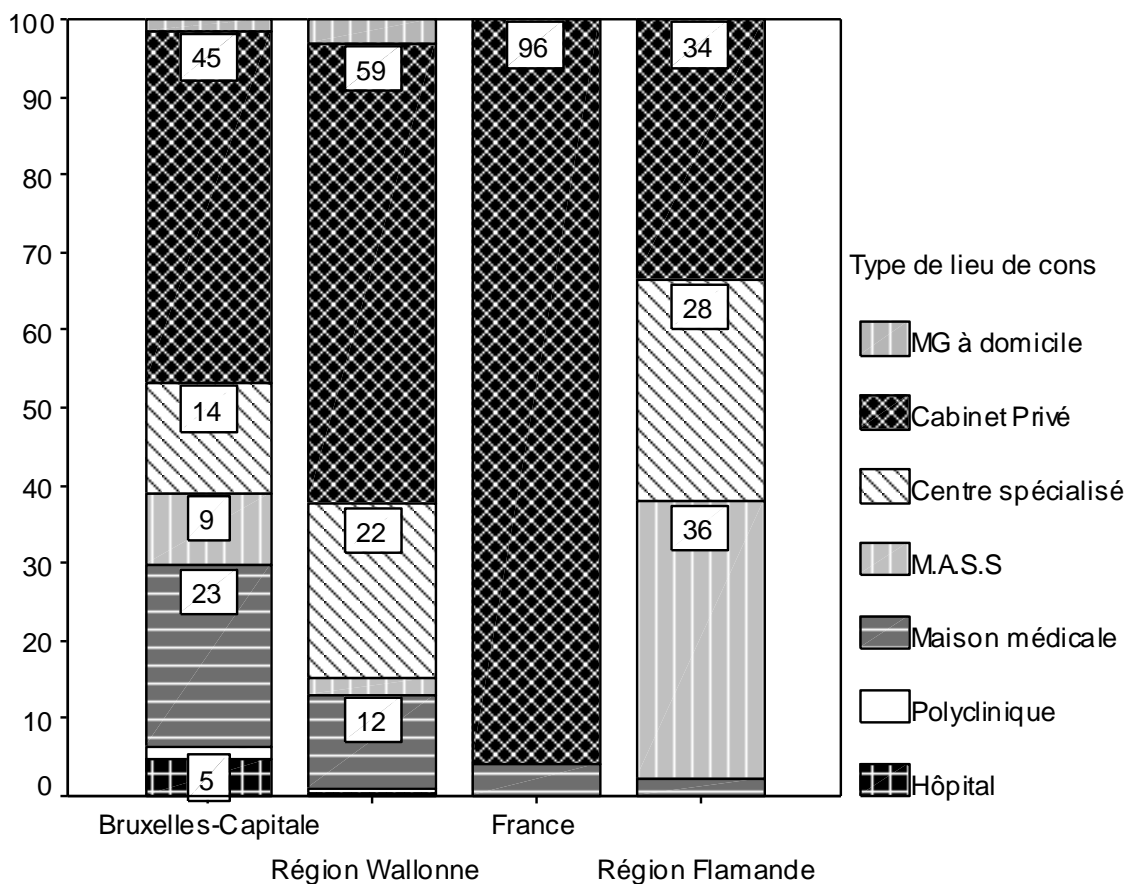
**Graphe 4.1: Lieu de consultation du médecin**



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

Sachant que les patients français (non inclus dans le tableau et le graphe précédents) se dirigent plus vers la médecine privée et que la prise en charge en centres spécialisés est plus répandue en Flandre, il était important de répartir le lieu de consultation par Région pour rester fidèle à la réalité du terrain.

**Graphe 4.1.1 : Lieu de consultation du médecin selon la Région**



**p<.001**

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

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

Dans notre échantillon, le lieu de consultation modal des patients de Flandre est la Maison d'Accueil Socio-Sanitaire (Mass) avec 35.8%, suivi de la cure en Cabinet privé (33.7%). Les maisons médicales (« Groepspraktijk ») sont fort peu représentées (2.2%).

Chez les patients de Wallonie, la prise en charge en Cabinet privé est dominante avec 62.5% (en incluant 3.1% de médecins généralistes consultant leur patient à leur domicile, situation qui n'a pas été rencontrée en Flandre), suivie des Centres spécialisés (22.3%) et des Maisons médicales (12.2%). Les cures en Mass sont très peu représentées avec 2.2%, ce qui constitue certainement un sous représentation dans cet échantillon.



## 4.2. Cure actuelle et passé institutionnel pré-thérapeutique

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

A déjà été en prison	Type de lieu de consultation médecin							Total	
	Hôpital	Polyclinique	Maison médicale	M.a.s.s	Centre spécialisé	Cabinet Privé	MG à domicile		
Non	N		2	26	35	42	115	4	224
	%		100,0%	57,8%	77,8%	48,3%	58,4%	50,0%	57,7%
Oui	N	4		19	10	45	82	4	164
	%	100,0%		42,2%	22,2%	51,7%	41,6%	50,0%	42,3%
Total	N	4	2	45	45	87	197	8	388
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**p =.007**

Les patients actuellement en cure en Centre spécialisé sont une majorité à avoir été incarcérés. Ce qui surprend ici c'est la faible proportion d'incarcération parmi les patients des Mass (22.2%), alors que les proportions sont nettement plus élevées parmi les patients en Cabinet privé (41.8%) ou en Maison médicale (42.2%). Le faible passé d'incarcération des patients dans les Mass de Flandre explique ce résultat particulier. Lorsque nous effectuons des analyses séparées par Région la signification statistique est toutefois insuffisante.

## 4.3. Cure actuelle et passé thérapeutique

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

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

41.5% des patients de Belgique en cure substitutive (n = 396) ont connu un sevrage en milieu hospitalier, 40.2% ont eu un traitement somatique ou psychiatrique en milieu hospitalier, 24.4% ont déjà été traité dans un centre spécialisé (traitement de la toxicomanie), 23.2% ont eu au moins un séjour en Communauté thérapeutique et 18.3% ont déjà été hospitalisé pour un traitement de la toxicomanie (ou de l'abus d'alcool).

Nous constatons globalement pour l'ensemble des patients de Belgique que le **sevrage** antérieur (p<.01), l'hospitalisation – non drogue – (p <.04) et la cure antérieure en Communauté thérapeutique (p<.01), se distribuent de façon différente selon les prises en charge actuelles.

Ce qui surprend dans le cas de l'expérience du sevrage, c'est l'écart le plus élevé constaté entre la cure en maison médicale (proportion la plus élevée de sevrages antérieurs : 53.5%) et la cure actuelle en Cabinet privé (35.1% de sevrages antérieurs). Le passé thérapeutique des patients de ces deux orientations semble donc différent.

Pour les autres types de soins passés, surtout l'hospitalisation pour drogues et la Communauté thérapeutique, les tendances significatives suivantes sont observées : les patients actuellement en Maison médicale ont connu un recours passé le plus important à une hospitalisation non orientée sur le traitement de la toxicomanie. Autrement dit les patients en Maison médicale ont un niveau élevé de problèmes somatiques ou psychiatriques nécessitant une hospitalisation. A l'inverse les patients en Maison d'accueil socio-sanitaire ont moins eu recours à une hospitalisation non orientée sur le traitement de la toxicomanie.

**Tableau 4.3.1 : Prises en charge antérieures (en ligne) selon la cure actuelle (en colonne)- %**

**Ensemble des patients de Belgique (n = 396)**

	<b>Médecin Cabinet Privé</b>	<b>Maison médicale</b>	<b>Maison d'accueil socio sanitaire</b>	<b>Centre spécialisé</b>	<b>Total</b>	<b>P</b>
<b>Traitement Antérieur Sevrage hospitalier</b>	35.1	<b>53.5</b>	47.2	41.5	41.5	.01
<b>Hospitalisation drogue-Autre</b>	19.5	34.9	20.8	18.3	18.3	N.S.
<b>Hospitalisation non drogue</b>	43.9	<b>55.8</b>	35.2	40.2	40.2	.04
<b>Communauté thérapeutique</b>	23.4	25.6	<b>40.7</b>	23.2	23.2	.01
<b>Autre Centre spécialisé</b>	22.1	14.	31.5	24.4	24.4	N.S.

La lecture selon la cure actuelle fournit encore par exemple pour celle en Cabinet privé, dans l'ordre décroissant d'expérience : 43.9% ont déjà été hospitalisés (non drogue), 35.1% ont eu un sevrage hospitalier, 23.4% ont déjà eu une prise en charge en Centre résidentiel ou en Communauté thérapeutique, 22.1% ont été dans un Centre spécialisé (autre que résidentiel) et 19.5% traités en hôpital pour un problème de drogues ou d'alcool (mais autre qu'un sevrage).

Etant donné les différences dans l'offre de soins selon les Régions, il est nécessaire de comparer le passé thérapeutique entre elles et aussi de considérer chacune de façon séparée. Toutefois étant donné la taille des échantillons par Région, une analyse du passé thérapeutique par modalité de soins n'est pertinente que pour la seule Région Wallonne.

Deux modalités de soins antérieures ne sont pas utilisées avec la même fréquence par les patients des diverses Régions : le recours à un Centre spécialisé dans le traitement de la toxicomanie et surtout celui à une Communauté thérapeutique (ou Centre résidentiel) est nettement moins prévalent dans le passé thérapeutique des patients de Wallonie.

Tableau 4.3.2. Prises en charge antérieures selon la Région - n = 396- % par Région

	BRUXELLES	WALLONIE	FLANDRE	TOTAL	P
<b>Traitement antérieur</b>					
Sevrage hospitalier	48.4	38.2	42.1	41.5	NS
Hospitalisation-drogue-Autre	23.4	22.4	16.8	18.3	NS
Hospitalisation non drogue	50.	43.7	40.	40.2	NS
Communauté thérapeutique	<b>39.</b>	<u>17.</u>	<b>41.1</b>	23.2	<b>.001</b>
Autre Centre spécialisé	28.6	<u>18.3</u>	<b>33.4</b>	24.4	<b>.01</b>

Tableau 4.3.3. Prises en charge antérieures (en ligne) selon la cure actuelle (en colonne)- % Patients de Wallonie- n = 229

	Médecin Cabinet Privé	Maison médicale	Maison d'accueil socio sanitaire	Centre spécialisé	Total	p
<b>Traitement Antérieur</b>						
Sevrage hospitalier	32.9	<b>55.6</b>	<b>69.2</b>	34.9	32.2	.01
Hospitalisation-drogue-Autre	21.	<b>33.3</b>	23.7	20.5	22.4	.01
Hospitalisation non drogue	43.4	48.1	<u>28.6</u>	45.5	43.7	.01
Communauté thérapeutique	16.8	11.1	<b>42.9</b>	11.4	17.	.01
Autre Centre spécialisé	35.5	14.8	35.7	13.6	18.3	NS

Dans la Région Wallonne, le sevrage hospitalier antérieur, les deux autres formes de traitement hospitalier et l'expérience de la Communauté thérapeutique ont été utilisés de façon différente par les patients actuellement en cure substitutive dans les diverses modalités de soins. Le sevrage hospitalier a été déjà réalisé par plus de la moitié des patients en Maison médicale et en M.A.S.S (près de 70% pour les patients de cette modalité). En Cabinet privé et en Centres spécialisés seul un tiers des patients en ont fait l'expérience. L'hospitalisation pour un traitement de la toxicomanie est plus fréquente dans le passé thérapeutique des patients actuellement en Maison médicale que dans les autres modalités de soins. En ce qui concerne l'expérience d'une hospitalisation somatique ou psychiatrique, ce sont les patients en M.A.S.S qui se distinguent par une moindre utilisation passée. Par contre ces mêmes patients ont eu nettement plus fréquemment recours à la Communauté thérapeutique que les patients des autres orientations de soins. Enfin l'utilisation passée d'un Centre spécialisé dans le traitement de l'addiction est équivalente pour les patients quelle que soit leur modalité de soins actuelle.

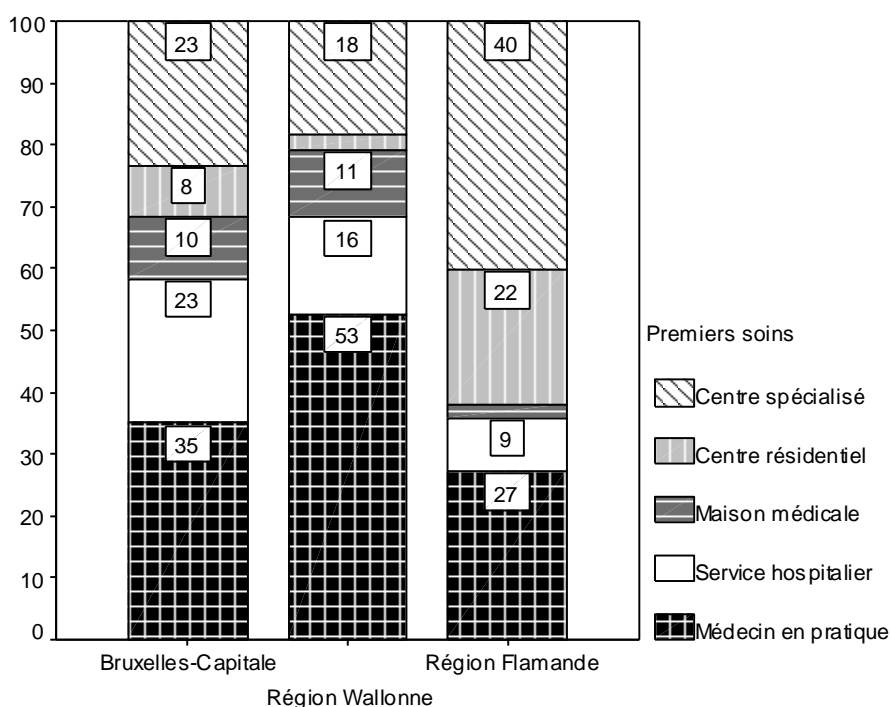
#### 4.4. L'entrée dans le champ thérapeutique

**Tableau 4.4.1 : Type de premiers soins pour usage de drogues  
Ensemble de l'échantillon**

Type de premiers soins pour usage de drogues		
	Nombre	%
Médecin en pratique privée	157	43,3
Service hospitalier	55	15,2
Maison médicale	31	8,5
Centre résidentiel (ou CT)	30	8,3
Centre spécialisé	90	24,8
Total	363	100,0

Près de la moitié (43.3%) des patients est entrée dans le champ thérapeutique par la médecine en pratique privée, qui joue donc comme attendu son rôle de première ligne. Les centres spécialisés représentent toutefois près du tiers des entrées dans le champ (dont 8.3% les Communautés thérapeutiques).

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



p<.001

Pour les usagers d'héroïne, la porte d'entrée dans le champ toxico-thérapeutique est très différent selon la Région. Dans la Région Wallonne, plus de la moitié des patients ont commencé par une cure en Cabinet privé (seulement 27% en Flandre), alors qu'en Flandre 40% ont commencé leur parcours de soins en Centre spécialisé.

Autre différence majeure : l'importance de la Communauté thérapeutique comme porte d'entrée en Flandre (22%), alors que cette option est très rare en Wallonie et ne représente que 8% à Bruxelles. Dans cette dernière Région l'entrée par un service hospitalier représente la modalité utilisée par près d'un quart des patients actuellement en cure substitutive.

#### 4.5. Deux propositions de représentation des trajectoires

Deux méthodes simplifiées pour aborder le difficile problème des trajectoires sont présentées ici. La première méthode propose de compter les types d'orientation déjà utilisées par le patient. Un indice de variété des prises en charge qui pourrait certes encore évoluer en y ajoutant par exemple le nombre de rencontres de soins.

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

##### 4.5.1. La variété des prises en charge thérapeutiques et institutionnelles

Nous considérons dans un premier temps les divers types d'instances de soins qui ont été impliquées depuis son début dans la carrière thérapeutique du sujet. Il y a en tout les possibilités suivantes :

1. Sevrage hospitalier 2. Autre hospitalisation que sevrage, mais lié à l'usage de drogues 3. Hospitalisation non liée à l'usage de drogues 4. Séjour en Centre résidentiel (ou Communauté thérapeutique 5. Traitement dans un autre Centre spécialisé. L'indice utilisé est la somme de ces prises en charge avec un maximum de 5.

**Tableau 4.5.1: Nombre d'instances de soins antérieures- % Patients de Belgique**

	Nombre	%
,00	98	24,7
1,00	118	29,7
2,00	94	23,7
3,00	55	13,9
4,00	28	7,1
5,00	4	1,0
Total	397	100,0

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

Un peu moins de 30% des patients ont fait l'expérience d'un seul type d'instance de soins, mais on trouve aussi 22% à avoir connu au moins trois types de prises en charge institutionnelle.

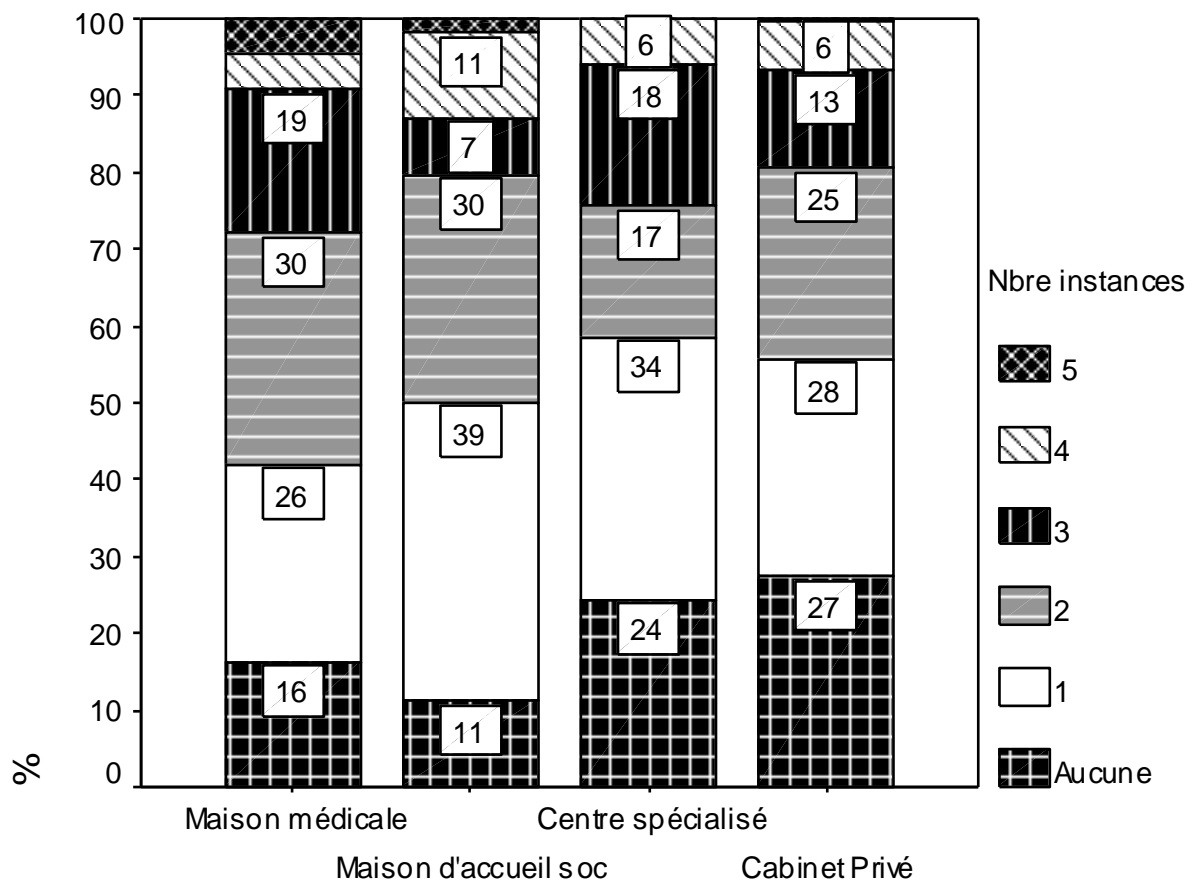
**Tableau 4.5.1.2. Nombre d'instances de soins antérieures selon la Région**

		Région			Total
		Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	
Aucune	Nombre	13	67	18	98
	%	20,3%	<b>28,4%</b>	18,6%	24,7%
1 Seule	Nombre	18	73	27	118
	%	28,1%	<b>30,9%</b>	27,8%	29,7%
2 instances	Nombre	10	56	28	94
	%	15,6%	23,7%	<b>28,9%</b>	23,7%
3 instances	Nombre	12	26	17	55
	%	<b>18,8%</b>	11,0%	17,5%	13,9%
4 instances	Nombre	9	14	5	28
	%	<b>14,1%</b>	5,9%	5,2%	7,1%
5 instances	Nombre	2		2	4
	%	3,1%		2,1%	1,0%
Total	Nombre	64	236	97	397
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**p = .01**

Le nombre d'instances de soins antérieures à la cure actuelle est plus élevée pour les patients bruxellois, suivis des patients de Flandre et enfin de Wallonie. Ces derniers ont plus souvent que dans les autres Régions eu soit aucun traitement institutionnel (28.8%) ou un seul (30.9%) avant la cure actuelle.

**Graphe 4.5.1.3. Nombre d'instances de soins antérieures selon le lieu de soins actuel**



Type de lieu de consultation actuelle

p < .001

Les patients en **Maison médicale** ont eu une **carrière de soins** exprimée en nombre d'instances différentes **la plus complexe** (exprimée en nombre moyen, ils ont eu 1.84 instances différentes). Les patients des **M.a.s.s. ont aussi eu une trajectoire variée** (moyenne de 1.74 instances). La proportion de patients en M.a.s.s qui n'ont eu aucun soin institutionnel antérieur est particulièrement faible (11%). Ceci surprend par rapport à l'orientation dite « de bas seuil » de cette orientation. Les résultats montrent au contraire que les Maisons d'accueil socio-sanitaire ont une population avec une forte variété de prises en charge antérieure. Les patients des M.a.s.s se distinguent des autres centres spécialisés. Ceux-ci ont une carrière thérapeutique moins variée avec un quart des patients qui n'ont connu aucune instance de soins antérieure et un nombre moyen d'instances plus réduit (1.48). **Curieusement les patients des Centres spécialisés autres que les M.a.s.s, ressemblent plus sur ce critère aux patients en Cabinet privé. Par contre les patients actuellement en Cabinet privé ont une moins grande expérience de soins antérieurs, ce qui était attendu (nombre moyen d'instances antérieures le plus faible : 1.44) .**

La trajectoire est plus complexe en variété d'instances de soins différentes lorsque l'entrée se fait par hôpital. L'entrée par centre résidentiel se distingue aussi par une forte complexité du parcours. **Les maisons médicales et la pratique privée en entrée, avec des scores quasi identiques, favorisent une moins forte variété de prises en charge jusqu'à la cure actuelle.**

#### 4.5.2. Nature substitutive des premiers soins pour usage de drogues

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

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

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

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

Les différences dans l'orientation substitutive aux premiers soins ont une signification limitée à  $p = .049$ . On aurait pu s'attendre à de plus fortes différences entre les orientations thérapeutiques, surtout pour une première prise en charge.

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

			Premiers soins = cure substitutive		Total
			Non	Oui, cure substitutive	
Type de premiers soins pour usage de drogues	Médecin en pratique privée	Nombre	38	99	137
		% Ligne	27,7%	72,3%	100,0%
		% Colonne	36,2%	<b>47,6%</b>	43,8%
	Service hospitalier	Nombre	25	26	51
		% Ligne	49,0%	51,0%	100,0%
		% Colonne	<b>23,8%</b>	12,5%	16,3%
	Maison médicale	Nombre	8	18	26
		% Ligne	30,8%	69,2%	100,0%
		% Colonne	7,6%	8,7%	8,3%
	Centre résidentiel (ou CT)	Nombre	11	13	24
		% Ligne	<b>45,8%</b>	54,2%	100,0%
		% Colonne	10,5%	6,3%	7,7%
	Centre spécialisé	Nombre	23	52	75
		% Ligne	30,7%	69,3%	100,0%
		% Colonne	21,9%	25,0%	24,0%
	Total	Nombre	105	208	313
		% Ligne	33,5%	66,5%	100,0%
		% Colonne	100,0%	100,0%	100,0%

$p < .049$

En tant que premiers lieux de soins, les Centres spécialisés, les médecins en pratique privée et les maisons médicales, ont proposé plus que les autres directement une prise en charge de type substitutif. A l'inverse, les Communautés thérapeutiques et les hôpitaux ont moins proposé en première instance une telle prise en charge. Malgré tout on trouvera dans ces deux derniers types de soins la moitié des premiers soins orientée sur la substitution.

#### **4.6. Autre approche de la trajectoire :**

##### **Type d'instance d'entrée (première prise en charge) et devenir actuel (lieu actuel de consultation )**

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

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

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

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

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

Globalement la porte d'entrée ouvre sur le maintien dans le même type d'instance de soins, ce qui relève d'une fidélité à la première instance. Il y a toutefois une nette attraction vers la pratique privée dont il faut rendre compte dans les types de trajectoires. Une analyse combinant entrée/cure actuelle est proposée plus loin et permettra de dresser une carte des trajectoires aux deux moments extrêmes.

###### **Lieu de soins actuel et type de soins en entrée du champ thérapeutique**

Si 52% sont actuellement pris en charge en pratique privée, 43.3% ont aussi débuté leur « carrière » thérapeutique par la médecine en pratique privée.

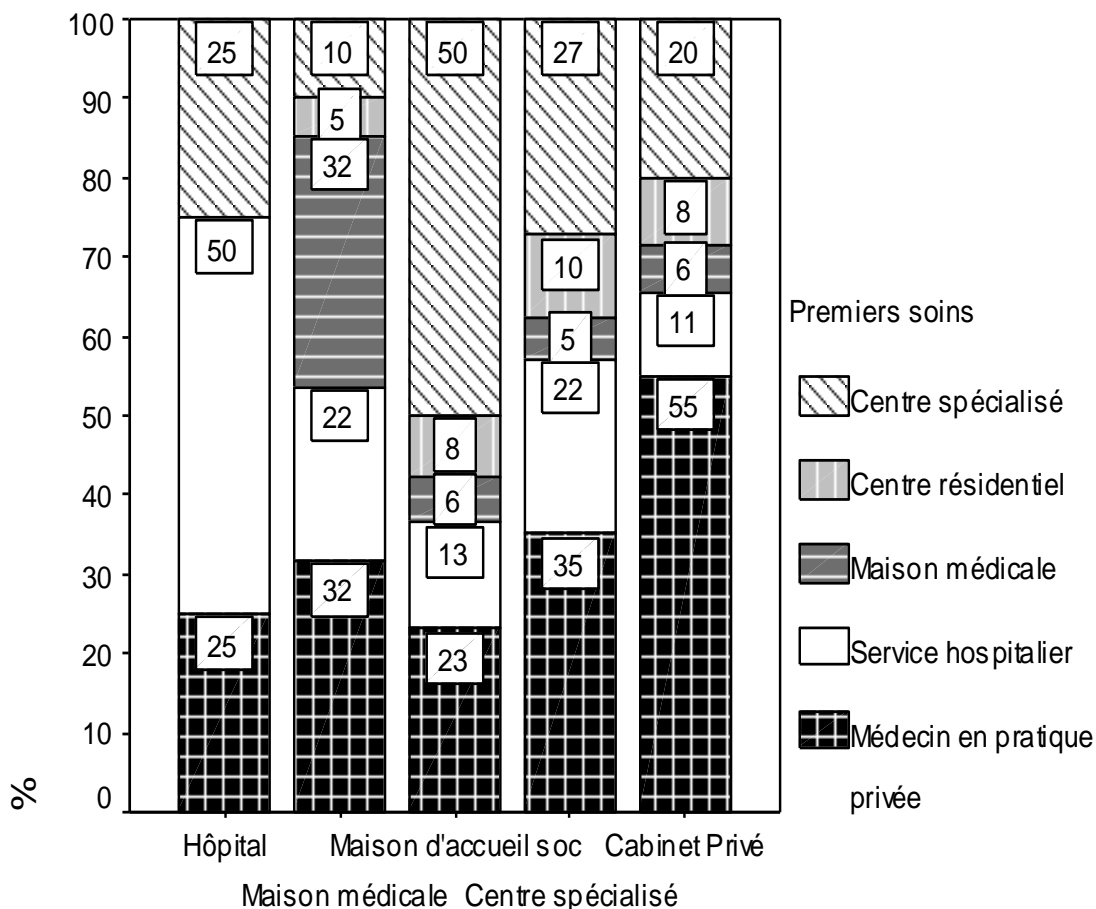
La maison médicale, porte d'entrée du champ toxico-thérapeutique à 8.5% reste le mode actuel de prise en charge à 11.3% .

L'hôpital représentait l'entrée pour 15.2% et est virtuellement absent (1.1%) comme cadre actuel de cure.

35.5% des patients sont actuellement en cure dans un centre spécialisé ou une Mass, instances qui représentaient aussi 33.1% des modalités d'entrée dans le champ.



**Graphe 4.6.1: Lieu de consultation actuel et premiers soins institutionnels**



### Lieu de consultation actuel

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

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

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

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

Il est assez probable d'entrer en pratique privée comme aussi en maison médicale et d'y rester. Le devenir d'une entrée en centre résidentiel est plus la pratique privée que la Mass. L'entrée en Service hospitalier se distingue des autres avec un devenir en maison médicale ou dans une moindre mesure en CSP.

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

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

Si nous reprenons le tableau croisé Soins en entrée/ cure actuelle, proposons de distinguer :

**Synthèse : Types empiriques de trajectoires**

1. **Pratique privée vers pratique privée : 28.7% de l'ensemble des patients ;**
2. **Centres spécialisés, hôpital (et Maison médicale) vers eux-mêmes : 22.% ;**
3. **Centres spécialisés, hôpital (et Maison médicale) vers pratique privée : 19.1% ;**
4. **Pratique privée vers Centres spécialisés (et Maison médicale) : 12.7% ;**
5. **Centres spécialisés, hôpital vers Maison médicale : 3.9% ;**
6. **Service hospitalier, Maison médicale vers Centre spécialisé : 8.3%.**

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

**4.6.2. Analyse par couples : Premiers soins / Cure actuelle**

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

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

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

Dans le tableau, l'expression Odds inverse permet une formulation plus aisée de la moindre probabilité de l'association. Par exemple quand on constate que l'odds (ou le risque relatif) entre pratique privée comme premiers soins et maison médicale actuellement est de .495, il est plus facile avec l'Odds inverse de l'exprimer comme : « il est deux fois (2.02) plus probable pour un patient, qui a comme premiers soins une prise en charge en pratique privée, de ne pas être actuellement dans une M.a.s.s ».

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

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

2. Dans le cas d'un début en Pratique privée, il est plus de quatre fois plus probable d'être encore actuellement pris en charge par un médecin généraliste en cabinet privé (il s'agit de médecine générale à 90%).

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

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

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

## 5. L'expérience de la méthadone :

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

**Tableau 5.1. Nombre de médecins prescripteurs de méthadone depuis la première prescription**

	Nombre	%	% Cumulé
1 seul	138	36,6	36,6
2	123	32,6	69,2
3	61	16,2	85,4
4	20	5,3	90,7
5	14	3,7	94,4
6	7	1,9	96,3
7	3	,8	97,1
8	5	1,3	98,4
9	1	,3	98,7
10	2	,5	99,2
12	1	,3	99,5
15	1	,3	99,7
25 médecins	1	,3	100,0
Total	377	100,0	

Seuls 9.3% des patients ont eu 4 médecins ou plus qui leur ont prescrit de la méthadone depuis leur première rencontre avec le médicament.

#### **69.2% des patients n'ont pas eu plus de deux médecins prescripteurs.**

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

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

Les 3.7% de patients avec plus de 6 médecins depuis le début de leur expérience de la méthadone correspondent à ce qu'au niveau des institutions de soins on qualifie de « revolving door patients », les patients qui suscitent une charge de travail de soins importante tout en étant peu nombreux. L'emballage de prises en charge substitutives est donc peu élevé, contrairement à certaines hypothèses à l'évidence pessimistes.

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

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

	Nombre	%
1	334	88,1
2	32	8,4
3	12	3,2
8	1	,3
Total	379	100,0

Si le nombre total de médecins sur toute la « carrière » est une donnée fondamentale de la compliance thérapeutique, sur une période plus courte d'une année, nous tenons compte aussi des aléas de la disponibilité du prescripteur (période de vacances avec changement temporaire de prescripteur) mais aussi d'éventuelles difficultés entraînant un changement de prescripteur : Seuls 11.9 % ont eu plus d'un médecin sur l'année écoulée, ce qui est relativement peu. Nous confirmons ici aussi une **grande stabilité** dans la singularité du contact entre le patient et son médecin prescripteur.

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

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

	Nombre	%
1	313	82,6
2	54	14,2
3	6	1,6
4	2	,5
5	2	,5
7	2	,5
Total	379	100,0

On observe une situation similaire à celle de la fréquentation des médecins, dans le cas de celle des officines de pharmacie visitées au cours de l'année 2001 pour une délivrance de méthadone. 17.4% des patients ont fréquentés plus d'une officine. Si on tient compte de la période de vacances au cours de laquelle des officines sont fermées, ce qui oblige certains patients à en changer, sans que cela ne mette en cause leur compliance, la différence avec le résultat observé pour la fréquentation des médecins est ténue. En croisant les deux fréquentations de médecin(s) et pharmacien(s), on obtient un équilibre : 76.8% ont fréquenté un seul médecin et une seule pharmacie ;

- 11.4% un seul médecin et plus d'une officine ;
- 5.9% plus d'un médecin, mais une seule officine ;
- 3.4% 2 médecins et 2 officines ;
- 2.5% 2 médecins ou plus et 2 officines ou plus

Une moins grande stabilité de la relation avec le pharmacien par rapport à celle entretenue avec le médecin n'est pas fondamentalement confirmée, si ce n'est de façon relativement marginale. On observe un relâchement du lien avec le pharmacien parmi moins de 10% des patients et il faut aussi tenir compte de la période de vacances annuelles qui vient brouiller le tableau...

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

## 5.4. Carrière de la Prescription de méthadone

### 5.4.1. Les âges de début

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

		Age au premier usage de méthadone	Age du début de la cure actuelle	Age du patient
N		381	377	397
	Manquant	16	20	0
	Moyenne	25,42	27,9305	31,63
	Médiane	24,00	27,0000	31,00
	Ecart-type	5,96	6,3630	6,97
	Minimum	15	16,00	17
	Maximum	47	48,50	52
Percentiles	25	21,00	23,0000	26,00
	50	24,00	27,0000	31,00
	75	28,00	32,0000	37,00

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

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

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

Les résultats présentés dans le tableau sont valables pour l'ensemble des patients de Belgique : ils recouvrent des différences entre Régions dont il faut tenir compte.

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

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

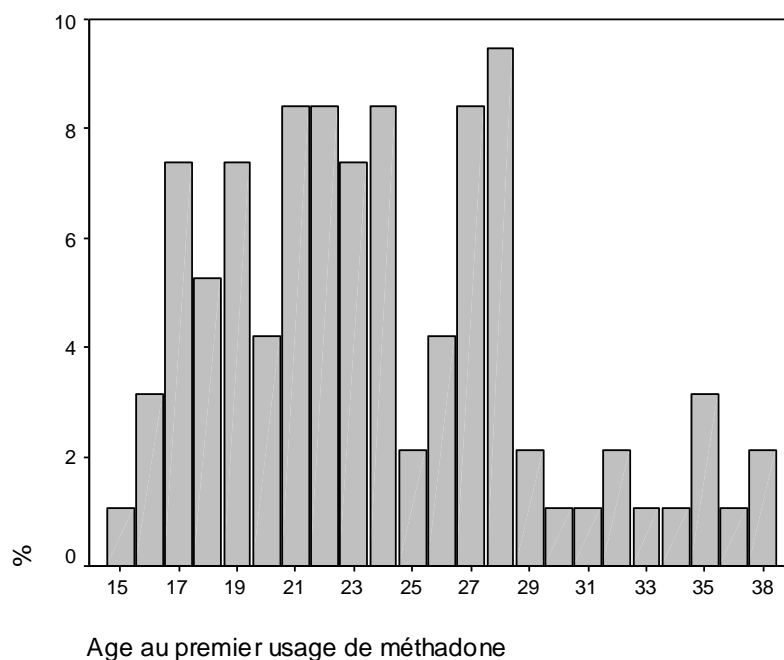
Région		Age au premier usage de méthadone	Age au début de la cure actuelle	Age du patient
Bruxelles-Capitale	Moyenne	27,14	30,1385	35,78
	N	63	60	64
	Ecart-type	6,75	6,3264	5,96
Région Wallonne	Moyenne	25,58	28,0874	31,44
	N	223	223	236
	Ecart-type	5,83	6,2615	6,63
Région Flamande	Moyenne	23,91	26,1489	29,37
	N	95	94	97
	Ecart-type	5,38	6,1886	7,25
Total	Moyenne	25,42	27,9305	31,63
	N	381	377	397
	Ecart-type	5,96	6,3630	6,97

**p < .001 (sauf pour l'âge au premier usage de méthadone : p = .003)**

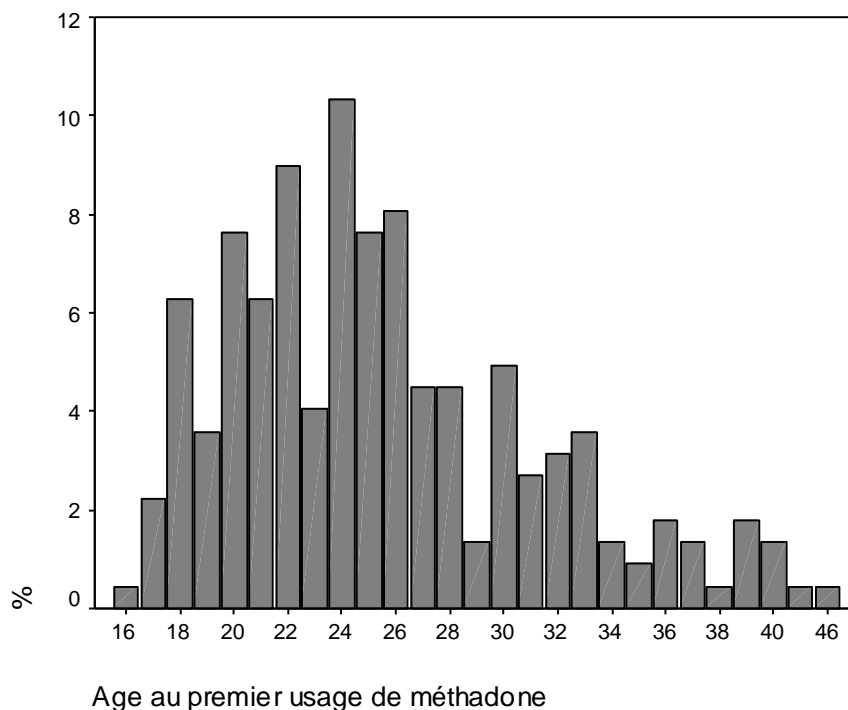
Le fait que les patients de Flandre sont actuellement plus jeunes de plus de 2 ans par rapport aux Wallons et de plus de 6 ans et demi par rapport aux Bruxellois rend prévisible leur contact plus précoce avec la méthadone. En effet, ils ont débuté vers 24 ans et poursuivent leur traitement actuel depuis l'âge de 26 ans, soit deux ans plus tôt que leurs confrères Wallons et 4 ans plus précocement que les Bruxellois.

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

**Graphe 5.4.1.1. Age au premier usage de méthadone des patients de Flandre (%)**



**Graphe 5.4.1.2 : Age au premier usage de méthadone des patients de Wallonie**



En faisant attention aux différences d'échelle entre les deux diagrammes, on constate facilement l'existence d'une importante « queue » de la distribution au-delà de 30 ans chez les patients Wallons qui explique en partie la différence de moyenne. Un quart des patients Wallons ont commencé la méthadone après 30 ans pour 13% des patients de Flandre. Encore plus importante est l'écart en ce qui concerne **le début avant 18 ans qui concerne près de 12% des patients de Flandre** et seulement 2.6% des patients Wallons. Aucun patient bruxellois n'a commencé la méthadone avant 18 ans. Nous ne présentons pas le détail pour les patients de Bruxelles étant donné la taille de l'échantillon dans cette Région.

Il y aurait donc une spécificité de la prescription de méthadone en Flandre avec une prescription à des mineurs, ce qui n'est pas sans poser un problème par rapport aux recommandations de la Conférence de Consensus ou tout simplement contraire au bon sens clinique.



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

**Tableau 5.4.2. Ages de début et « latences » de soins selon la Région**

Région		Age au début de l'héro	Age aux premiers soins pour usage de drogues	Age au premier usage de méthadone	Age début de la cure actuelle	Latence entre début de l'héroïne et méthadone	Latence entre héroïne et premiers soins
Bruxelles-Capitale	Moyenne	20,05	24,07	27,14	30,1385	7,0159	4,0000
	N	64	60	63	60	63	60
	E-type	6,16	7,21	6,75	6,3264	5,8654	6,0028
Région Wallonne	Moyenne	20,52	22,90	25,58	28,0874	5,1250	2,5534
	N	226	212	223	223	216	206
	E-type	5,05	5,77	5,83	6,2615	4,6783	4,0333
Région Flamande	Moyenne	20,31	21,41	23,91	26,1489	3,6559	1,3222
	N	95	92	95	94	93	90
	E-type	4,47	4,87	5,38	6,1886	3,6905	3,9515
Total	Moyenne	20,39	22,72	25,42	27,9305	5,0780	2,4860
	N	385	364	381	377	372	356
	E-type	5,11	5,87	5,96	6,3630	4,7913	4,4756

**p < .001 sauf pour l'âge au début de l'usage d'héroïne, non significatif.**

Le Tableau 5.4.2. précise par Région les latences de la première demande de soins et du début de l'usage de méthadone par rapport au début de l'addiction. Alors que les patients actuels des trois Régions ont débuté leur addiction au même âge, les premiers soins et encore plus l'usage de méthadone sont nettement plus précoces en Flandre. Un patient de Flandre n'aura attendu que 1 an pour une première prise en charge alors qu'un patient de Wallonie n'aura eu des premiers soins que près de 2 ans et demi après le début de son addiction. En ce qui concerne le début de la cure substitutive, elle aura débuté 3 ans et demi après le début de l'addiction en Flandre et 5 ans après dans la Région Wallonne. Pour les patients de Bruxelles les latences sont encore plus importantes avec 4 ans pour le premier traitement et 7 ans pour le traitement de substitution.

#### 5.4.4. Evolution de la carrière d'usage et de soins depuis la Conférence de Consensus sur la méthadone (C.C.M.)

**Tableau 5.4.4. Ages de début et « latences » des soins avant et après la C.C.M -**

C.C.M		Age au début de l'héro	Age aux premiers soins pour usage de drogues	Age au premier usage de méthadone	Age au début de la cure actuelle	Latence entre héroïne et premiers soins	Latence entre début de l'héroïne et méthadone
- 1993	Moyenne	19,52	23,16	26,62	29,9953	3,5613	7,0688
	N	225	212	218	214	212	218
	E-type	4,41	6,27	6,09	6,1551	4,9558	5,0600
1994 - 2004	Moyenne	21,57	22,08	23,72	25,0638	,9028	2,1742
	N	161	144	155	155	144	155
	E-type	5,76	5,29	5,52	5,5438	3,0413	2,6090
Total	Moyenne	20,38	22,72	25,42	27,9238	2,4860	5,0349
	N	386	356	373	369	356	373
	E-type	5,11	5,91	6,02	6,3820	4,4756	4,8567

**p < .001 ; sauf Age aux premiers soins p = .08 (N.S.)**

L'écart entre l'usage d'héroïne et les premiers soins a chuté à moins d'un an après la C.C.M, alors qu'il était de 3 ans et demi auparavant. La latence de la méthadone n'est plus que de 2 ans tandis qu'elle atteignait 7 années avant 1994.

L'extension de la prescription libéralisée de la méthadone a donc produit un effet d'accélération du recours aux soins et de l'accès au traitement de substitution.

#### 5.4.4.1. Evolution de la carrière d'usage et de soins depuis la Conférence de Consensus sur la méthadone (C.C.M.) en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles

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

C.C.M		Age au début de l'héro	Age aux premiers soins pour usage de drogues	Age au premier usage de méthadone	Age au début de la cure actuelle	Latence entre héroïne et premiers soins	Latence entre début de l'héroïne et méthadone
- 1993	Moyenne	20,24	22,21	25,95	29,8553	2,1282	5,8718
	N	41	39	39	38	39	39
	E-type	4,30	5,06	5,62	5,9786	5,5212	4,4020
1994 - 2004	Moyenne	20,35	20,73	22,41	23,5500	,7059	2,0556
	N	54	51	54	54	51	54
	E-type	4,64	4,73	4,80	5,0349	1,9318	1,8775
Total	Moyenne	20,31	21,37	23,89	26,1543	1,3222	3,6559
	N	95	90	93	92	90	93
	E-type	4,47	4,90	5,43	6,2483	3,9515	3,6905

**p < .001 ; sauf âge au début de l'héroïne (N.S.) ; âge aux premiers soins (N.S.) et latence entre héroïne et premiers soins (p = .08 ; N.S.)**

Les âges de début de l'addiction et des premiers soins sont identiques avant et après la C.C.M. Cependant les patients de Flandre connaissent depuis 1993 une précocité spectaculaire de la cure substitutive : ils ont seulement 22 ans et demi à la première cure substitutive (26 ans avant la C.C.M.) et **la latence de la cure substitutive n'est plus que de 2 ans**, alors qu'elle était de près de 6 ans pour la période antérieure. **On relèvera aussi la rapidité du premier contact avec les soins en moyenne une demi-année après le début de l'addiction.** Ceci est cependant lié au nombre de patients ayant eu des soins pour usage de drogues avant leur addiction à l'héroïne. On relèvera toutefois l'absence d'évolution de l'âge de début de l'héroïne (voir discussion page suivante).

Cette analyse pose le problème du moment idéal pour commencer un traitement de substitution par la méthadone. Avec 2 années de latence entre l'héroïne et la méthadone en moyenne, il y a donc des patients avec une expérience très courte de l'héroïne qui commencent une prise en charge lourde avec la méthadone. La question du début idéal d'une substitution par la méthadone est sujet à appréciation du thérapeute, mais la tendance à commencer très rapidement que ces résultats impliquent pose question. On est en droit de se demander si un psychotrope mixte (agoniste et antagoniste) tel que la buprénorphine ne serait pas mieux indiqué pour favoriser un décrochage rapide et ne pas poursuivre une maintenance à long terme ? Au cours des deux premières années après le début de l'usage d'héroïne, ne peut-on pas favoriser des approches par sevrage et renforcement de soutiens psychosociaux avant d'immédiatement adopter la méthadone ?

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

C.C.M		Age au début de l'héro	Age aux premiers soins pour usage de drogues	Age au premier usage de méthadone	Age au début de la cure actuelle	Latence entre héroïne et premiers soins	Latence entre début de l'héroïne et méthadone
- 1993	Moyenne	19,48	23,16	26,72	29,8796	3,5574	7,1667
	N	130	122	126	126	122	126
	E-type	4,40	6,33	6,11	6,3336	4,4667	4,9651
1994 - 2004	Moyenne	21,88	22,57	23,98	25,5444	1,0952	2,1209
	N	97	84	91	91	84	91
	E-type	5,53	4,98	5,26	5,2499	2,7314	2,4442
Total	Moyenne	20,50	22,92	25,57	28,0616	2,5534	5,0507
	N	227	206	217	217	206	217
	E-type	5,05	5,81	5,91	6,2686	4,0333	4,7941

$p < .001$  ; sauf âge aux premiers soins (N.S.)

Les écarts en fonction de la C.C.M. sont encore plus significatifs pour les patients de Wallonie.

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

Une telle situation n'est pas sensible en Flandre. Ce qui nous signale un « creux de la vague » dans la Région Wallonne et une situation épidémique inchangée ou même en croissance en Flandre.

Les écarts de latence des premiers soins et de la méthadone sont ainsi accentués en Wallonie avec celui du début de l'addiction. Il fallait plus de 7 ans avant la C.C.M. pour avoir accès à la méthadone, depuis à peine plus de 2 ans sont nécessaires. L'écart dans l'accès aux premiers soins est aussi remarquable : il fallait 3 ans et demi auparavant et seulement un an depuis 1994. Il faut aussi faire la remarque d'une première demande de soins antérieure à l'addiction pour certains patients.

**Il n'y a plus actuellement de différence entre Flandre et Wallonie dans la rapidité d'accès à la méthadone.**

## 6. L'usage actuel : L'héroïne, les drogues, les médicaments, l'alcool

### 6.1. La poursuite de l'usage d'héroïne

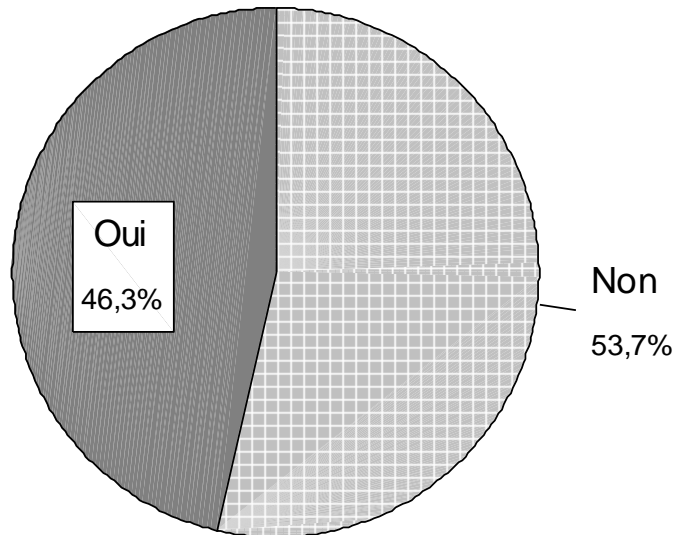
#### 6.1.1. Usage d'héroïne au cours des 3 derniers mois

Tableau 6.1.1. : A utilisé l'héroïne depuis 3 mois

Ensemble de la Population			Patients de Belgique		
	Nombre	%		Nombre	%
Non	268	58,1	Non	209	53,7
Oui	193	41,9	Oui	180	46,3
Total	461	100,0	Total	389	100,0

### Graphe 6.1.1. A utilisé l'héroïne depuis 3 mois (Patients de Belgique)

#### A utilisé l'héroïne depuis 3 mois



Près de 42% des patients de l'ensemble de l'échantillon ont utilisé l'héroïne au cours de ces trois derniers mois. **Si on retire les patients de France, la proportion de résidents en Belgique qui poursuivent l'usage est de 46.3%.**

#### 6.1.1.1. Poursuite de l'usage d'héroïne selon la Région

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

			Région				Total
			Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	France	Région Flamande	
A utilisé l'héroïne depuis 3 mois	Non	Nombre	48	117	58	44	267
		%	77,4%	50,6%	81,7%	45,8%	58,0%
	Oui	Nombre	14	114	13	52	193
		%	22,6%	<b>49,4%</b>	18,3%	54,2%	42,0%
Total		Nombre	62	231	71	96	460
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$p < .001$

Les différences selon les Régions sont statistiquement significatives.

Les patients de France poursuivent moins que les autres un usage d'héroïne (seulement 18.3%). L'hypothèse un peu provocatrice concernant les patients de France selon laquelle étant donné leur motivation et l'effort de venir en Belgique pour trouver une cure inaccessible dans leur pays, atteindraient un niveau d'amélioration très favorable, semble ici confirmée. Les caractéristiques de ces patients doivent pourtant nous inciter à rendre l'hypothèse plus complexe. Si les patients de France ont des résultats très positifs, c'est aussi grâce à leur situation plus favorable avant leur cure en Belgique, notamment en ce qui concerne leur intégration sociale.

**La poursuite de l'usage d'héroïne (54.2%) est nettement plus probable chez les patients de Flandre que chez les patients de Bruxelles (22.6%) :** Le risque relatif est de 4.05 (IC à 95% : 1.98-8.31). Autrement dit, il y a 305% de « chance » en plus qu'un patient de Flandre continue à utiliser l'héroïne pendant la cure substitutive par rapport à un patient Bruxellois. La poursuite de l'usage d'héroïne est aussi plus probable chez les patients flamands par rapport aux patients Wallons : le risque relatif est de 1.63 ( $p < .05$  ; 1.03 – 2.59).

**Ce résultat est à verser au débat sur la situation épidémique en Flandre et à une plus grande instabilité des patients dans leur utilisation de l'offre de soins ou encore dans les contraintes spécifiques que celle-ci fait peser sur leur accès à la méthadone.**

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

Les résultats indiquent aussi une situation plus favorable pour les patients de Bruxelles par rapport aux Wallons : le risque relatif est de 2.49 (1.32 – 4.71). Il y a 148% de chance en plus qu'un patient Bruxellois ait abandonné l'usage d'héroïne par rapport à un patient Wallon. L'ancienneté du recours à la méthadone à Bruxelles serait une hypothèse explicative à retenir.

### 6.1.2. Partage de l'usage d'héroïne dans les 3 derniers mois

**Tableau 6.1.2. : Usage d'héroïne avec qui ?**

	Nombre	%
Seul	75	46,6
En couple	35	21,7
En groupe	51	31,7
Total	161	100,0

47% des patients qui ont utilisé l'héroïne la consomment uniquement en solitaire et près d'un tiers en groupe. Environ 11% parmi l'ensemble des patients utilisent donc en groupe l'héroïne au moment de l'étude. Cette partie non négligeable de la population est ainsi toujours sérieusement à risque. La dimension de l'usage en couple est à rapprocher du constat de la prévalence de couples formé par des patients en cure ou usagers d'opiacés (voir Tableau 1.6 : p. 75).

### 6.1.3. Fréquence de la poursuite de l'usage d'héroïne

**Tableau 6.1.3. : Fréquence de l'usage actuel d'héroïne**

	Nombre	%
Moins d'une fois par mois	27	15,7
+1X/mois	50	29,1
+1X/semaine	64	37,2
Chaque jour	31	18,0
Total	172	100,0

Si l'usage se poursuit chez plus de 42% des patients, il se manifeste cependant à une fréquence généralement moins que quotidienne. Seuls 18% des usagers continuent chaque jour à utiliser l'héroïne, ce qui ne représente plus que 6.9% de l'ensemble des patients. Il reste toutefois encore plus de 37% parmi ceux qui continuent ou 14% de l'ensemble des patients qui utilisent plus d'une fois par semaine (mais pas quotidiennement). Il y a donc plus 20% de l'ensemble des patients qui a maintenu au moins un lien hebdomadaire avec l'héroïne.

Aucune différence significative n'a été observée quant à la fréquence d'usage d'héroïne selon la Région.

#### 6.1.4. Evolution globale de l'usage d'héroïne ressentie par le patient

**Tableau 6.1.4. : Evolution de l'usage d'héroïne**

	Nombre	%
N'a pas changé	9	3,6
A diminué	237	94,4
A augmenté	5	2,0
Total	251	100,0

La perception du patient est très positive sur l'évolution de sa consommation d'héroïne, puisque rares sont ceux qui estiment que leur usage n'a pas diminué. Eviter un usage quotidien est sans doute déjà une victoire pour certains.

#### 6.1.5.1. Usage actuel de l'héroïne par injection

**Tableau 6.1.5.1: Usage actuel de l'héroïne par IV**

	Nombre	%
non	156	84,8
oui	28	15,2
Total	184	100,0

Seuls 6% de l'ensemble des patients et 15.2% des usagers actuels utilisent la voie intraveineuse. Ce résultat constitue une confirmation du rôle de réduction des dommages du traitement de substitution. Toutefois, il ne s'agit pas de baisser la garde : la poursuite de la diffusion de messages préventifs envers les patients en traitement s'avère toujours nécessaire.

#### 6.1.5.2. Usage de l'héroïne par injection selon la Région

**Tableau 6.1.5.2. : Usage actuel de l'héroïne par IV selon la Région**

			Région				Total
			Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	France	Région Flamande	
Utilise héro par IV	non	Nombre	9	99	10	38	156
		%	56,3%	92,5%	100,0%	74,5%	84,8%
	oui	Nombre	7	8		13	28
		%	43,8%	7,5%		25,5%	15,2%
Total	Nombre	16	107	10	51	184	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**p < .001**

Par rapport aux patients francophones, non seulement **les patients de Flandre** ont une plus forte probabilité de continuer à prendre de l'héroïne (Tableau 6.1.1.1.), mais il est plus de 4.66 fois plus probable par rapport aux Wallons, qu'ils **l'utilisent par injection** !

Cette relation concerne toutefois uniquement la poursuite de l'usage de l'héroïne par IV et non la poursuite globale de l'usage de l'injection. La distinction est importante car certains patients ne s'injectent que la cocaïne. Si nous prenons en compte la poursuite globale de l'injection toutes drogues confondues, la différence entre les patients de Flandre et de Wallonie-Bruxelles s'estompe. On notera que les patients de Bruxelles bien que peu nombreux à poursuivre un usage d'héroïne ont une plus

forte probabilité de le faire par injection que dans les autres Régions (Odds de 10.64 par rapport aux Wallons).

### 6.1.6. Chronologie de la fin de l'injection

**Tableau 6.1.6.1. : Chronologie de la fin de l'injection selon l'usage de méthadone**

	n	% brut	% net
Pas d'arrêt de l'IV	40	9,8	9,8
Arret IV avant début méthadone	31	7,6	7,6
Arret depuis début méthadone	41	10,0	10,1
Arret IV depuis début cure actuelle	53	13,0	13,0
Arret indéterminé dans le temps	22	5,4	5,4
Jamais IV	220	53,9	54,1
Total	407	99,8	100,0
Manquant	1	,2	
Total	408	100,0	

7.6% des usagers avaient abandonné l'injection avant leur premier contact avec la méthadone et au moins près de la moitié des usagers par IV ont stoppé après le début de l'usage de méthadone. Parmi ces derniers (94 patients dont on sait qu'ils ont abandonné depuis le début de la prise de méthadone) 53 patients soit 56.3% l'ont fait au cours de la cure actuelle. Pour 22 patients (5.4% de l'ensemble des répondants), il ne fut pas possible de préciser le moment de l'arrêt de l'IV.

Dans une perspective de réduction des dommages, les cures substitutives à la méthadone démontrent leur importance. N'oublions pas non plus que la cure substitutive d'un usager d'héroïne qui ne s'est jamais injecté permet aussi, dans bien des cas, d'éviter le recours à l'injection.

**Tableau 6.1.6.2. : Poursuite de l'usage par IV (toutes drogues)**

	Nombre	%
non	417	90,7
oui	43	9,3
Total	460	100,0

Près d'un patient sur dix continue à utiliser la voie intraveineuse (usage depuis 3 mois) alors que 46% ont déjà utilisé l'IV. Cette évolution est spectaculaire et met en évidence sans doute l'apport le plus remarquable de la prise en charge substitutive (avec le bémol concernant ceux qui ont arrêté avant le début de l'usage de méthadone).

Cette dimension de l'abandon du recours à l'injection est à analyser pour mettre en évidence les facteurs qui y contribuent.

**Tableau 6.1.6.3. : Poursuite de l'usage par IV (toutes drogues) par Région**

			Région				Total
			Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	France	Région Flamande	
Utilise par IV	non	Nombre	50	216	71	80	417
		%	80,6%	93,1%	98,6%	85,1%	90,7%
	oui	Nombre	12	16	1	14	43
		%	19,4%	6,9%	1,4%	14,9%	9,3%
Total		Nombre	62	232	72	94	460
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**p < .001**

Les patients de Bruxelles (19.4%) et de Flandre (14.9%) ont un recours à l'injection de drogue(s) plus prévalent que dans les autres Régions.

Nous allons constater que la poursuite de l'usage par IV est fortement lié à la consommation de **cocaïne**, mais uniquement pour les patients de Wallonie-Bruxelles.

## 6.2. L'usage de la cocaïne

### 6.2.1. Usage actuel (depuis 3 mois) de la cocaïne

L'usage de cocaïne par les patients en cure substitutive est une réalité connue des intervenants. Il est d'autant plus important de le documenter, car le constat fait ici confirme une interaction avec la poursuite de l'usage d'héroïne.

**Tableau 6.2.1. : Poursuite de l'usage de cocaïne**

	Nombre	%
Non	323	70,8
Oui	133	29,2
Total	456	100,0

29.2% des patients ont consommé de la **cocaïne** depuis 3 mois. Nous n'avons pas observé de différence significative entre les Régions.

### 6.2.2. : Usage par injection de la cocaïne

**Tableau 6.2.2. : Usage par IV de la cocaïne**

	Nombre	%
Non	101	75,4
Oui	33	24,6
Total	134	100,0

L'usage par IV concerne un quart des usagers récents de cocaïne. Il faut toutefois préciser que certains injecteurs ne s'injectent que la cocaïne. Sur les 40 patients qui recourent encore à l'IV, 14 ne s'injectent que de la cocaïne, soit plus du tiers des usagers par IV . Le tableau 6.3.3 met en évidence la spécificité communautaire de cet usage : on ne la retrouve que chez les patients de Wallonie-Bruxelles.



**Tableau 6.2.2.1. : Usage par IV de la cocaïne sans usage de l'héroïne par IV**

			Communauté		Total
			Flandre	Wallonie+ Bruxelles	
Poursuite de l'IV pour coke seulement	IV héro et/ou coke	n	13	13	26
		%	100,0%	48,1%	65,0%
	IV Coke sans IV héro	n		14	14
		%		51,9%	35,0%
Total		n	13	27	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%

p = .001

Ceci explique pourquoi la poursuite de l'usage par IV ne distingue pas les Régions de Belgique alors que les patients de Flandre ont un risque spécifique de poursuivre l'usage d'héroïne par IV.

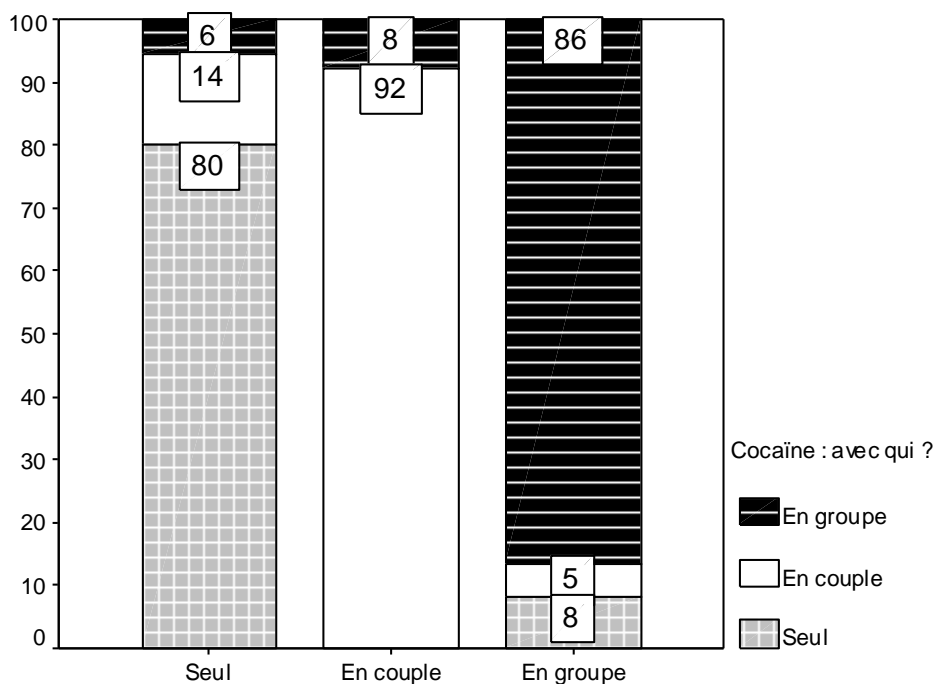
### 6.2.3. : Partage de l'usage de cocaïne

**Tableau 6.2.3. : Usage de cocaïne : avec qui ?**

	Nombre	%
Seul	42	37,5
En couple	28	25,0
En groupe	42	37,5
Total	112	100,0

L'usage en solitaire de la cocaïne est une modalité qui concerne près de 38% des usagers actuels de cocaïne. Une majorité utilise donc la cocaïne avec d'autres : Il s'agit d'une indication du caractère épidémique de l'usage de cocaïne car s'inscrivant dans une démarche de rencontre avec d'autres usagers.

Graph 6.2.3.1: Relation entre le partage de l'usage d'héroïne et de cocaïne



Héroïne : avec qui ?

p<.001

Les usages d'héroïne et de cocaïne sont quasiment indissociables dans leur mode d'usage partagé avec d'autres. On notera en particulier que, si on utilise l'héroïne en couple, la cocaïne sera utilisée de la même façon à 92%.

L'aspect plus convivial de l'usage de cocaïne apparaît néanmoins de façon marginale. Si on utilise l'héroïne seul, dans 20% des cas on utilisera la cocaïne avec d'autres. Ce tableau n'est évidemment valable que pour les 85 patients qui utilisent encore les deux substances depuis 3 mois, c'est-à-dire 18% de l'ensemble des patients .

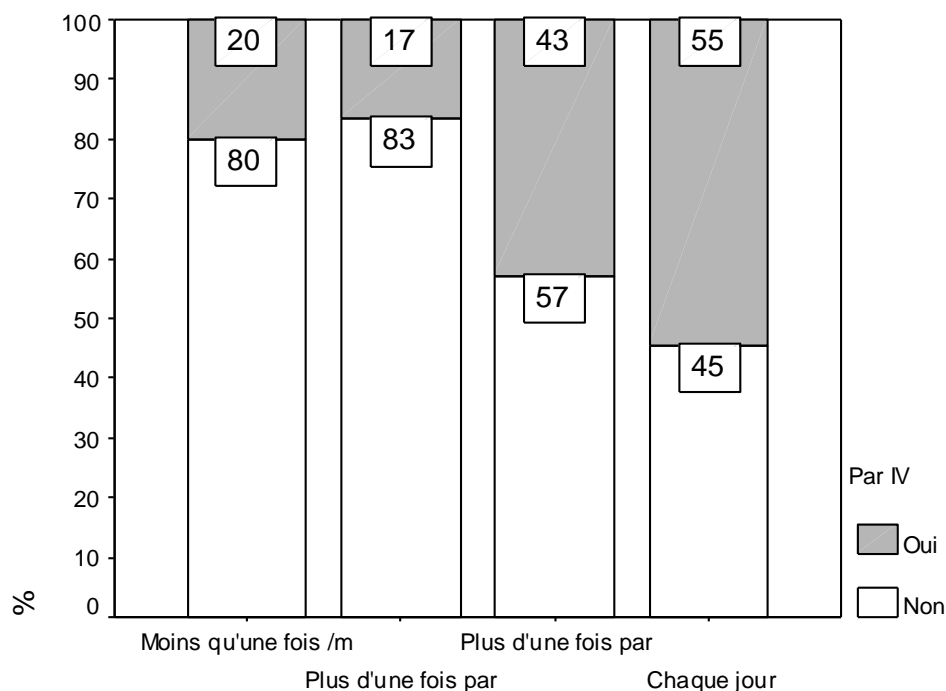
#### 6.2.4. Fréquence de l'usage actuel de cocaïne

Tableau 6.2.4. : Fréquence de l'usage actuel de cocaïne

	Nombre	%
Moins qu'une fois /mois	52	40,3
Plus d'une fois par mois	45	34,9
Plus d'une fois par semaine	21	16,3
Chaque jour	11	8,5
Total	129	100,0

La **fréquence** d'utilisation de la cocaïne est faible avec plus de 40% des usagers qui consomment moins d'une fois par mois (pour ceux qui poursuivent l'héroïne, la proportion était de 14.8%). L'aspect d'un usage plus récréatif de la cocaïne que l'héroïne est ici renforcé. Moins d'un quart des usagers de cocaïne l'utilisent plus d'une fois par semaine, ce qui représente un peu moins de 7% de l'ensemble des patients.

Graph 6.2.4.1. : Relation entre le mode et la fréquence d'usage de la cocaïne (%)



Fréquence

p = .01

L'usage par IV de cocaïne est lié à une fréquence d'usage plus élevée. Une majorité d'utilisateurs quotidiens utilisent la voie intraveineuse.

On notera que nous n'avons pas trouvé une telle relation significative en ce qui concerne l'usage d'héroïne. Peut-être s'agit-il d'un effet de la cure substitutive ?

### 6.3. L'usage des autres drogues

**Tableau 6.3.1 : Drogues et psychotropes actuellement (depuis 3 mois) utilisées (en % de chaque Région)**

Drogue	Flandre	Wallonie	Bruxelles	France	Total	P	Total	P
Nombre de patients	93	225	62	70	450			
Cannabis	57.	63.8	74.2	48.6	61.4	01		
Extasy	8.6	8.1	8.1	11.4	8.7	NS		
Alcool	66.	53.3	66.7	50.7	57.3	NS		
Benzodiazépines (réponse patient)	22.6	20.9	43.5.	1.4	21.3	.001		
Benzodiazépines (comptage &)	28.9		38.6	0	36.2	.001		
Flunitrazépam (&)	1.1		7.8	0	5.2	.01		
Antidépresseur(&)	21.1		25.1	0	21.	.001		
Amphétamines	4.3	5.3	4.8	2.9	4.7	NS		
Tabac	91.4	92.7	95.2	90.1	92.4	NS		

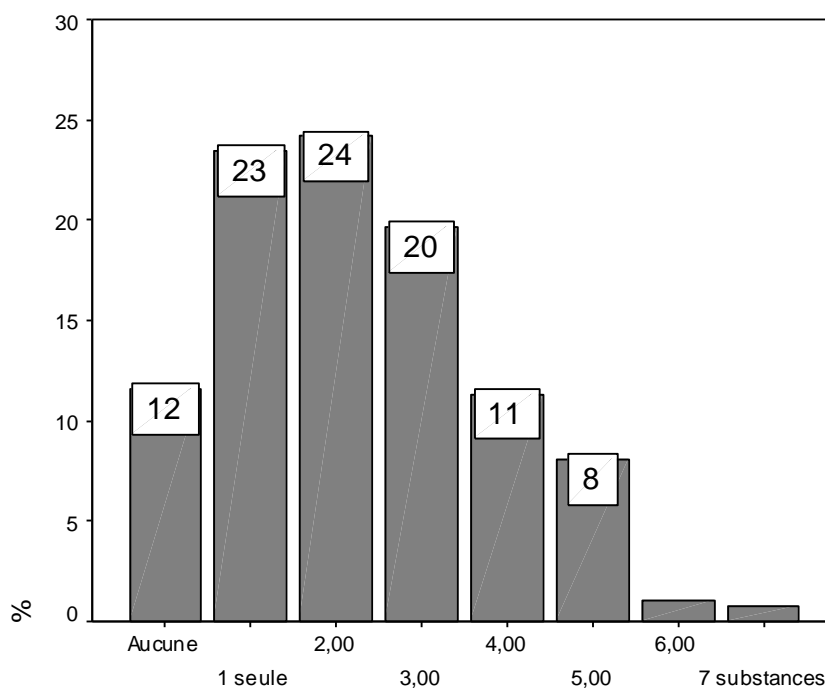
& - L'usage de benzodiazépines est soit la réponse du patient à un tableau où tous les usages sont demandés ou l'indication par le pharmacien d'une prescription reçue par le même médecin qui prescrit la méthadone ou un autre médecin. Le nom du médicament a été demandé et les réponses ont été corrigées. La première ligne (réponse patient) est interprétable comme une indication de ce que le patient considère comme un usage équivalent à un usage de drogues. Les usages de Flunitrazépam et d'Antidépresseur ont aussi été comptabilisés sans réponse directe du patient.

Le tableau 6.3.1 détaille l'usage de drogues et de psychotropes depuis 3 mois chez les patients en cure substitutive par Région. Dans le cas des patients de France nous n'avons trouvé aucun usage de benzodiazépines ou d'antidépresseurs, ce qui indiquerait l'absence de prescription des ces psychotropes par leur médecin belge, ainsi que l'absence de recours à un autre médecin pour ces patients. Pour ces substances il est donc utile de se référer à l'avant dernière colonne du tableau pour avoir une indication de la prévalence globale de l'usage des patients belges.

Le constat général est l'absence de différence de prévalence de l'usage entre les Régions pour toutes les substances à part pour les benzodiazépines et le cannabis. Les patients de Bruxelles se distinguent par des prévalences d'usage plus élevées pour ces substances. L'usage de tabac concerne quasiment l'ensemble des patients. Le cannabis et l'alcool sont utilisés par une majorité de patients de Belgique, les benzodiazépines et les antidépresseurs par moins d'un quart et le flunitrazépam, les amphétamines et l'extasy par moins de 10%.

### 6.3.2. Nombre de drogues utilisées depuis 3 mois

**Graphe 6.3.2: Nombre de drogues utilisées depuis 3 mois (%)  
Patients de Belgique**



Le Graphe 6.3.2 fournit une indication plus globale sur l'association des usages de drogues indiqués dans le Tableau 6.3.1. en précisant le nombre de drogues utilisées depuis 3 mois (en %).

Parmi les patients de Belgique, **12% n'ont utilisé aucune drogue**. Pour plus d'un patient sur 10 une abstinence totale est donc possible. La catégorie modale est de deux drogues utilisées depuis 3 mois.

**Quelques 40.8% des patients utilisent 3 drogues ou plus.**

### 6.4. Les co-prescriptions

**Tableau 6.4.1. : Le médecin actuel prescrit aussi un autre médicament  
Ensemble des patients**

	n	% brut	% net
Non	236	57,8	58,1
Oui	170	41,7	41,9
Total	406	99,5	100,0
Manquant	2	,5	
Total	408	100,0	

Près de 42% des patients ont une autre prescription que la méthadone chez le médecin avec lequel se déroule la cure substitutive.

**Tableau 6.4.2. Prescription chez un autre médecin (patients de Belgique)**

	Nombre	%
Je ne vais pas chez un autre médecin	364	93,6
Oui	25	6,4
Total	389	100,0

Le nombre de patients qui fréquentent un autre médecin (que celui avec lequel se déroule la cure substitutive) est réduit et représente 6,4% des patients de Belgique. Bien entendu, parmi ces patients, tous ne vont pas seulement chez un autre médecin pour une autre prescription, mais pour des soins de médecine générale.

### 6.5. La prescription de benzodiazépines

**Tableau 6.5. Benzodiazépines prescrites par le médecin prescripteur de méthadone ou au total (y compris avec autre médecin conjointement)****Prescription par le prescripteur de méthadone**

	Nombre	% brut	% net
Non	265	66,8	67,8
Oui	126	31,7	32,2
Total	391	98,5	100,0
Manquant	6	1,5	
Total	397	100,0	

**Prescription totale**

	Nombre	% brut	% net
Non	254	64,0	64,6
Oui	139	35,0	35,4
Total	393	99,0	100,0
Manquant	4	1,0	
Total	397	100,0	

Près de 32% des patients ont une prescription de BZD par le médecin qui leur prescrit la méthadone et plus de 35% en incluant les benzodiazépines recherchées ailleurs chez un autre médecin simultanément (13 patients soit 3,3% des patients).

### 6.6. Prescription d'antidépresseur(s)

Près d'un quart des patients de Belgique (Tableau 6.6.) ont une prescription d'antidépresseur. On connaissait intuitivement l'importance de l'utilisation de benzodiazépines chez les patients en cure substitutive. L'importance de l'usage d'antidépresseurs est moins connue, mais concerne donc de nombreux patients.

**Tableau 6.6. : Prescription d'antidépresseur**

	Nombre	% brut	% net
Non	297	74,8	75,8
Oui	95	23,9	24,2
Total	392	98,7	100,0
Manquant	5	1,3	
Total	397	100,0	

## 6.7. Le dosage actuel de méthadone

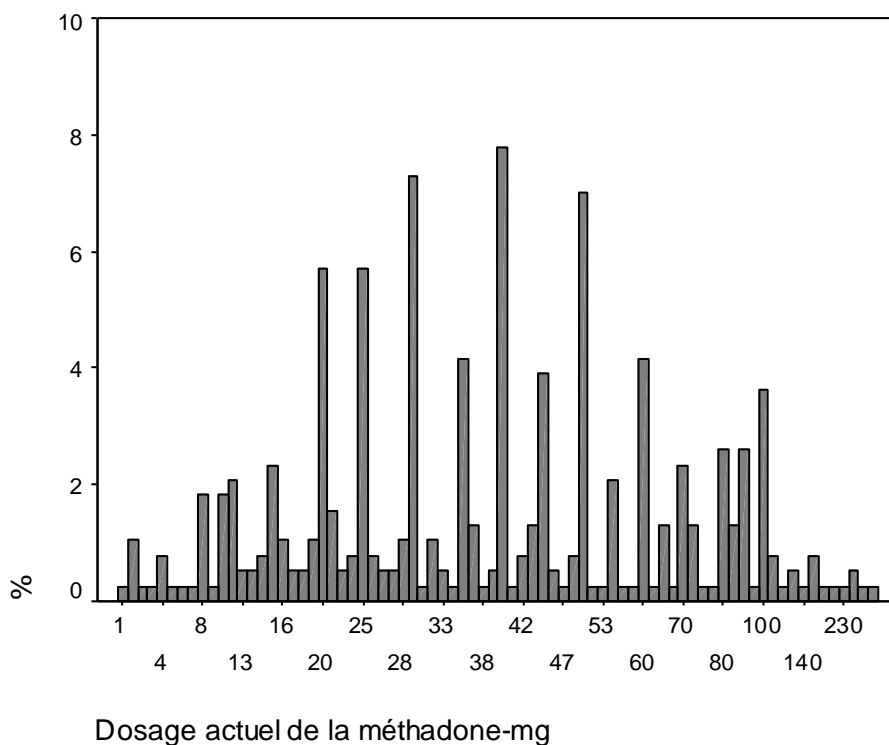
**Tableau 6.7. : Le dosage actuel de méthadone**

Dosage actuel de la méthadone-mg		
N		385
	Manquant	12
Moyenne		47,14
Médiane		40,00
E-type		41,66
Maximum		375
Percentiles	25	24,00
	50	40,00
	75	59,00

On notera la similitude avec les résultats plus globaux de l'évaluation réalisée par les pharmaciens. Ce qui confirme encore la représentativité du sous-échantillon obtenu avec l'auto-anamnèse. Le dosage de méthadone est assez faible globalement avec une moyenne inférieure à celle préconisée dans la littérature scientifique anglo-saxonne (60 mg). Seuls 25% des patients ont 60 mg ou plus. La moyenne se situe en-dessous de 50 mg avec toutefois de fortes variations. Un quart a moins de 20 mg, ce qui semble indiquer une voie de dosages dégressifs.

On trouve cependant quelques cas de dosages très élevés (jusque 375 mg\*) qui peuvent faire débat. Notons que des dosages extrêmes sont surtout tentés de façon provisoire. Ici, il s'agit d'une volonté manifeste du médecin. On constate en effet plusieurs patients du même prescripteur reçoivent des dosages très élevés. C'est cet aspect systématique qui pose question.

**Graphe 6.7.1 : Répartition des dosages (avec extrêmes)**



\* Dans l'évaluation réalisée par le pharmacien, le dosage le plus élevé observé atteignait 560 mg !

## 6.7.2. Dosage de la méthadone selon la Région

**Tableau 6.7.2.1. Dosage de méthadone selon la Région (moyennes)**

Dosage actuel de la méthadone-mg

Région	Moyenne	N	E-type
Bruxelles-Capitale	65,06	64	59,78
Région Wallonne	45,93	227	39,16
France	60,64	75	41,65
Région Flamande	37,86	94	26,59
Total	49,34	460	41,91

**p < .001**

Le dosage de méthadone varie de façon importante selon la Région.

Les patients de Bruxelles reçoivent le dosage le plus élevé (65mg), suivis des patients de France (60.6 mg), de Wallonie (46 mg) et enfin les patients de Flandre qui se distinguent par des dosages très bas (37.9mg).

### 6.7.2.1. Dosage actuel (en catégories) chez les patients de moins de 25 ans dans chaque Région de Belgique

Une comparaison du dosage pour la même classe d'âge de moins de 25 ans entre les Régions de Belgique met en évidence pour les patients les plus jeunes (dont la durée de l'addiction doit être sensiblement identique) un écart étonnant dans le dosage. 74% des patients de Flandre les plus jeunes ont moins de 30 mg de méthadone alors que ce dosage n'est prescrit qu'à 39% des jeunes patients de Wallonie et un tiers des jeunes Bruxellois.

En conclusion sur les différences de dosage entre Régions, les orientations thérapeutiques dans l'utilisation du médicament semblent ressortir de cadres de référence professionnels assez éloignés. Y a-t-il beaucoup d'exemples de posologies de médicaments aussi variables selon l'appartenance régionale du praticien ?

## 6.7.3. Dosage actuel de la méthadone et poursuite de l'usage d'héroïne

**Tableau 6.7.3.1: Dosage actuel et poursuite de l'usage d'héroïne Ensemble des patients de Belgique**

Dosage actuel de la méthadone-mg

A utilisé l'héroïne	Moyenne	N	E-type
Non	48,21	205	48,14
Oui	46,64	172	32,99
Total	47,49	377	41,87

**Différence non significative**

Contrairement aux attentes et aux données fournies par la recherche internationale la poursuite de l'usage d'héroïne est ici indépendant du dosage, en tout cas du dosage actuel.

Vérification a été faite dans chaque Région : aucun effet du dosage sur une réduction de l'usage d'héroïne n'a pu être mis en évidence.

Les résultats suivants sont beaucoup plus troublants, puisque parmi ceux qui poursuivent l'usage d'héroïne, les patients qui s'injectent l'héroïne ont des dosages de méthadone plus élevés que ceux qui ne s'injectent pas.

**Tableau 6.7.3.2.: Dosage actuel et usage par injection ou non  
Ensemble des patients de Belgique**

Dosage actuel de la méthadone-mg

Utilise par IV	Moyenne	N	E-type
non	44,53	337	38,54
oui	71,15	41	58,09
Total	47,42	378	41,84

**p < .001**

Une analyse de l'usage par IV de l'héroïne parmi tous les patients qui poursuivent un usage d'héroïne fournit des résultats semblables avec la même relation à un dosage plus élevé de méthadone. Résultat plus que paradoxal, pour lequel nous avouons notre absence d'explication.

Admettons encore une absence d'effet du dosage par rapport à l'usage d'héroïne, puisque le dosage tend à être réduit pendant la cure avec l'amélioration du patient. Un patient qui a stoppé l'usage d'héroïne et qui est considéré comme allant mieux par le médecin va souvent bénéficier d'une réduction de dosage. Si nous mesurons la relation entre dosage et héroïne à un moment donné les patients qui ont stoppé l'héroïne et ont un dosage (plus) faible vont intervenir dans le calcul global de la relation dosage / usage et tendre à annuler l'effet. Du moins, à ce stade, ce serait une hypothèse. Mais que parmi tous ceux qui poursuivent l'usage, l'injection soit présente chez les patients qui ont des dosages aussi élevés par comparaison avec ceux qui n'utilisent pas l'injection et ce dans les deux Régions où les médecins ont des pratiques de dosages aussi différentes, est très troublant.

De plus nous observons des résultats semblables en ce qui concerne l'usage actuel ou récent de cocaïne.

Tout d'abord l'usage (depuis 3 mois) de cocaïne (quel que soit le mode d'usage) a une tendance à être lié à un dosage plus élevé de méthadone. La relation n'est statistiquement significative qu'en Flandre (usage de cocaïne : 46.1 mg / pas d'usage : 32.4 mg ; p = .01).

**Tableau 6.7.3.4. : Dosage de la méthadone selon l'usage ou non de la cocaïne  
Ensemble des patients de Belgique**

Dosage actuel de la méthadone-mg

Usage de	Moyenne	N	E-type
Non	44,96	260	40,43
Oui	53,37	116	44,69
Total	47,55	376	41,91

**p < .07 (N.S.)**

Les dosages plus élevés de méthadone semblent donc concerner des patients qui ont plus de difficultés dans leur usage de drogues en général et de cocaïne en particulier. L'effet de blocage de la méthadone ne concerne de toute façon que les autres opiacés.

Toutefois les tableaux suivants concernant l'usage de cocaïne par injection prolongent ceux concernant l'héroïne et fournissent éventuellement une voie explicative.



**Tableau 6.7.3.6. : Dosage de la méthadone selon l'usage par IV ou non de la cocaïne  
Ensemble des patients de Belgique**

Dosage actuel de la méthadone-mg			
cocaïne	Moyenne	N	E-type
Non	44,14	87	31,50
Oui	73,06	32	64,09
Total	51,92	119	44,36

**p < .001**

L'usage par IV de la cocaïne est lié à des dosages plus élevés de méthadone. L'écart de dosages semble très important et est très significatif sur l'ensemble de la population.

La question qui se pose et l'hypothèse qui serait émergente concerne l'interaction entre héroïne et cocaïne. La relation entre dosage élevé de méthadone et poursuite de l'usage d'héroïne par injection ne pourrait-elle pas être liée à l'utilisation de cocaïne et en particulier son mode d'usage par IV ? Autrement dit ce serait la consommation de cocaïne qui viendrait brouiller les pistes en ce qui concerne l'effet du dosage sur l'usage d'héroïne et son injection.

#### **6.7.4. L'évolution du dosage de méthadone et son effet**

**Tableau 6.7.4.1. L'évolution simplifiée du dosage**

	Nombre	% brut	% net
Diminution ou Dosage inchangé	182	45,8	67,9
Augmentation du dosage	86	21,7	32,1
Total	268	67,5	100,0
Manquant	129	32,5	
Total	397	100,0	

Le rôle du dosage actuel n'étant pas résolu, nous avons tenté une analyse de celui de l'évolution du dosage. Nous avons utilisé l'évaluation du pharmacien. Les patients qui ont répondu au questionnaire auto-administré tout en bénéficiant d'une évaluation du dosage de méthadone au début de leur contact avec l'officine sont étudiés ici.

Le Tableau 6.7.4.1. indique que près de 2/3 de ces patients ont bénéficié d'une réduction de dosage de la méthadone alors que 35.2% ont un dosage inchangé ou une augmentation.

L'évolution simplifiée du dosage a alors été croisée avec la poursuite ou non de l'usage d'héroïne et aussi avec l'usage de cocaïne .

**Tableau 6.7.4.2. L'évolution simplifiée du dosage et la poursuite de l'usage d'héroïne**

			Evolution du dosage		Total
			Diminution ou Dosage inchangé	Augmentation du dosage	
A utilisé l'héroïne depuis 3 mois	Non	Nombre	94	57	151
		% Ligne	62,3%	37,7%	100,0%
		% Colonne	53,1%	66,3%	57,4%
	Oui	Nombre	83	29	112
		% Ligne	74,1%	25,9%	100,0%
		% Colonne	46,9%	33,7%	42,6%
Total		Nombre	177	86	263
		% Ligne	67,3%	32,7%	100,0%
		% Colonne	100,0%	100,0%	100,0%

**p = .047**

Le Tableau 6.7.4.2. fournit une première indication de l'effet de la réduction du dosage sur la poursuite de l'usage d'héroïne. Les résultats sont troublants. La réduction du dosage semble avoir pour effet d'augmenter l'usage d'héroïne ! 46.9% des patients qui n'ont pas eu de modification du dosage ou une diminution de celui-ci, ont utilisé l'héroïne depuis 3 mois. Alors que seulement 33.7% de ceux qui ont eu une augmentation du dosage ont poursuivi un usage d'héroïne. L'augmentation du dosage a tendance à réduire l'usage d'héroïne. La relation est juste significative à  $p = .047$  et la probabilité d'une poursuite de l'usage avec une réduction du dosage est de 74%. (Odds : 1.74 -de 1.02 à 2.97-).

Un résultat qui doit être confirmé sur d'autres échantillons pour vérifier plus précisément les facteurs intervenants, mais qui, si l'analyse est reproduite, mérite une information sur les risques liés aux réductions de dosage.

Une analyse a été réalisée des dosages de méthadone correspondant à ceux des patients des deux groupes d'augmentation ou à de diminution présentés dans le tableau précédent. Dans le groupe en augmentation (et donc lié à une réduction de l'usage d'héroïne) le dosage moyen est de 67.9 mg (avec un E-type de 56.66 et une valeur médiane de 53 mg). Par contre dans le groupe en diminution de dosage (lié à un usage plus prévalent d'héroïne) le dosage actuel moyen est de 36.35 mg (E-type de 30.29 et une valeur médiane de 30 mg). **Il apparaît donc qu'une dynamique d'augmentation de dosage pour atteindre entre 55 mg et 70 mg produit un effet favorable sur la réduction de la poursuite de l'usage d'héroïne.** Ce résultat surprendra certainement les pharmaciens dont l'évaluation positive du patient est en grande partie parallèle à l'observation chez le patient d'une diminution du dosage de la méthadone.

L'observation qui vient d'être faite d'un effet positif de la dynamique d'augmentation du dosage de la méthadone sur la diminution du recours à l'héroïne doit toutefois être complétée par un effet parallèle (qui n'atteint toutefois pas une signification statistique suffisante), indicateur d'une tendance défavorable : celle d'un recours à la cocaïne chez ces mêmes patients.

**Tableau 6.7.4.3 : L'évolution simplifiée du dosage et l'usage de cocaïne**

		Evolution du dosage		Total	
		Diminution ou Dosage inchangé	Augmentation du dosage		
Usage de cocaïne	Non	Nombre	133	56	189
		% Ligne	70,4%	29,6%	100,0%
		% Colonne	75,6%	65,1%	72,1%
	Oui	Nombre	43	30	73
		% Ligne	58,9%	41,1%	100,0%
		% Colonne	24,4%	34,9%	27,9%
Total	Nombre	176	86	262	
	% Ligne	67,2%	32,8%	100,0%	
	% Colonne	100,0%	100,0%	100,0%	

**$p = .07$  (N.S.)**

L'effet d'une réduction du dosage est ici inverse sur l'usage de cocaïne à ce que nous venons de montrer concernant la poursuite de l'usage d'héroïne. 34.9% de ceux qui ont eu une augmentation de dosage ont utilisé cette substance pour 24.4% de ceux qui ont eu une réduction du dosage. On constate toutefois que la signification statistique à  $p = .07$ , est insuffisante. La tendance observée est toutefois en opposition avec le constat précédent sur la réduction de l'usage d'héroïne et semble indiquer un effet « ballon » ou de compensation entre l'usage d'héroïne et de cocaïne.

## 7. Les mesures de bien-être

Plusieurs indices ont été construits pour préciser le bien-être du patient : une mesure globale de satisfaction, une mesure de bien-être (inverse d'une tendance à la dépression : WHO, 1995), une question directe sur le sentiment d'être « stabilisé » et une version originale en auto-évaluation de l'échelle Evolutox (Remy, Ledoux, 2001) qui détaille un ensemble d'éléments positifs retenus par le patient comme bénéfique de la cure. A ces dimensions qualitatives viennent s'ajouter les effets comportementaux (abandon ou non de l'usage d'héroïne, de cocaïne ou d'autres drogues...).

### 7.1. L'indice de satisfaction.

La question 44. du questionnaire propose 10 items portant sur des dimensions variées de l'existence du sujet : le mode de vie en général\*, le travail, le logement\*, le quartier\*, les amis\*, l'aspect physique\*, l'usage de drogues\*, la santé\* et enfin la satisfaction vis-à-vis du pharmacien et du médecin.

Les 7 items marqués \* ont été retenus et additionnés pour constituer l'indice de satisfaction et est une production originale de cette étude.

La satisfaction du travail ne concerne qu'une minorité de patients qui ont effectivement une occupation professionnelle et celles relatives aux praticiens relève d'une autre dimension et n'ont donc pas été retenus.

L'Alpha de Cronbach (mesure de l'inter corrélation, donc de la cohérence de l'indice) est correct avec une valeur de **.74** (la valeur souhaitable doit être au minimum de .70).

Les items sont cotés de 1 (pas du tout satisfait) à 5 (très satisfait) et la valeur maximale possible de l'indice est donc de 35.

**Tableau 7.1. Valeur globale de l'indice de satisfaction  
Patients de Belgique**

Indice de satisfaction globale		
N		309
	Manquant (dont patients de France)	88
Moyenne		21,1036
Médiane		21,0000
Ecart-type		5,1081
Minimum		7,00
Maximum		34,00
Percentiles	25	17,5000
	50	21,0000
	75	25,0000

La valeur moyenne de la satisfaction est de 21.1 et un quart des patients ont un indice de satisfaction cotant moins de 17.5 et un quart plus de 25. La distribution de cette variable a une forme normale.

## 7.2. Une mesure de bien-être : l'Indice de l'Organisation Mondiale de la Santé

La question 45 reprend 5 items proposés par un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (W.H.O., 1998<sup>5</sup>) pour constituer un indice de bien-être. Au cours de ces deux dernières semaines : Je me suis senti joyeux et de bonne humeur ; je me suis senti calme et détendu ; je me suis senti actif et vigoureux ; je me suis réveillé frais et dispos ; ma vie quotidienne a été remplie de choses qui m'intéressent. La cotation va de : A aucun moment (valeur 1) à Tout le temps (valeur 5). La valeur maximale possible est de 25 et celle de l'Alpha de Cronbach est excellente avec **.85**.

**Tableau 7.2. : Valeur globale de l'indice de bien-être Patients de Belgique**

Indice de bien-être		
N		367
	Manquant	30
Moyenne		12,6022
Médiane		12,0000
Ecart-type		4,5110
Minimum		5,00
Maximum		24,00
Percentiles	25	9,0000
	50	12,0000
	75	16,0000

La valeur moyenne de l'indice de bien-être est de 12.6 ; un quart des patient ont moins de 9 sur cette mesure et un quart a 16 et plus.

## 7.3. Différences entre les Régions sur les indices de satisfaction et de bien-être

**Tableau 7.3. : Comparaison des indices de satisfaction et de bien-être**

Indice de bien-être					
	N	Moyenne	E-type	Intervalle de confiance	
				Limite inférieure	Limite supérieure
Bruxelles-Capitale	59	11,6780	4,4777	10,5111	12,8449
Région Wallonne	217	12,2673	4,5758	11,6550	12,8795
France	65	14,4769	3,7504	13,5476	15,4062
Région Flamande	92	13,9457	4,1067	13,0952	14,7961
Total	433	12,8753	4,4507	12,4549	13,2957

**p < .001**

<sup>5</sup> World Health Organisation : WHO Info Package : Mastering depression in primary care, Version 2.2. 1998.

Les patients de France et de Flandre ont des indices significativement plus élevés que les patients des deux Régions Wallonne et Bruxelles. Les différences entre la Flandre et Bruxelles ou la Wallonie sont toutes deux significatives à  $p = .01$ .

**Les patients de Flandre ressentent donc un meilleur bien-être que les patients de Wallonie ou de Bruxelles.**

#### 7.4. Le paradigme de l'efficacité de la cure substitutive : L'Alliance Thérapeutique

Nous proposons un concept central pour comprendre l'efficacité de la cure substitutive : l'Alliance Thérapeutique. Retenons brièvement la pérennité du concept depuis les travaux précurseurs de Luborsky en 1976, encore marqué par son application à l'évaluation de la psychothérapie, jusqu'à une monographie importante du NIDA en 1997 qui propose d'aller au-delà de l'Alliance thérapeutique, en reconnaissant sa haute valeur explicative pour comprendre ce qui se produit dans la boîte noire de la cure.

Ce qui est fondamental c'est de réintégrer dans l'analyse le sens donné à la cure par les protagonistes : Le patient, lorsqu'il s'accorde avec son thérapeute, est capable d'un investissement producteur de changement. Le médecin, lui, doit se connecter au patient en gagnant sa confiance et apprendre à entraîner l'adhésion en démontrant une bonne volonté spécifique et un désir respectueux d'aider. Tenir compte de la relation thérapeutique en tentant de la rendre opérationnelle de façon empirique devient crucial dans l'évaluation des cures substitutives et relègue même aux oubliettes du positivisme-mécanisme les explications par le dosage de méthadone ou par le type institutionnel de soins (par exemple « expliquer » l'amélioration par une trajectoire thérapeutique ou plus simplement par le dosage prescrit).

Pour assurer qu'il ne s'agit pas d'une pétition de principe simplement polémique, les effets respectifs du dosage ou des trajectoires institutionnelles ont été testés face au rôle de l'Alliance thérapeutique.

L'Alliance thérapeutique, mesurée sur base d'un indice proposé par L.D.Johnson et S.D.Miller de l'« Institute for the study of Therapeutic Change » de Chicago<sup>6</sup>, démontre dans les analyses multivariées qui ont été produites dans le cadre de cette étude, son impact sur les différentes dimensions de l'apport de la cure. Autrement dit une amélioration de l'Alliance produit des effets favorables sur les améliorations ressenties par le patient. Elle joue en tout cas très fortement sur le mieux-être mental du patient (Dimension première de l'apport de la cure), sur le recul par rapport aux drogues (Dimension 2) et plus faiblement sur la troisième dimension, celle de l'amélioration des rapports à la Justice.

L'Alliance apparaît comme une condition nécessaire à l'amélioration ressentie dans la cure.

Elle fonctionne aussi comme indice synthétique de l'amélioration du patient tant elle se confond avec les autres mesures de bien-être, l'indice de satisfaction générale ou la mesure du bien-être. Bref l'indice de l'Alliance thérapeutique (Alpha de Cronbach : .92) s'avère un outil puissant qu'il soit de nature « causale », ce que le design de l'enquête ne tentait pas de mettre en évidence, ou non (mais participant nécessairement à une modélisation des facteurs de l'amélioration ressentie par le patient).

Elle n'épuise pas la complexité de la relation thérapeutique mais en indique une limite efficace : il faut qu'une reconnaissance de l'autre (ici le thérapeute) corresponde à ce que le patient conçoit comme position de celui sensé aider. Cela passe par des accords sur les objectifs, le contenu et d'une façon inévitablement empathique. La simple reconnaissance technique d'une compétence professionnelle ne suffit pas : il s'agit bien de relations interpersonnelles que le colloque singulier de la rencontre renforce. Cette rencontre avec le thérapeute constitue l'épine dorsale de la cure et se produit dans une majorité de cas.

---

<sup>6</sup> . L'indice est composé de 14 items Citons entre autres : Mon médecin est honnête et sincère, Je me sens plein d'espoir après la consultation ; La manière de traiter mon problème me convient ; Mon médecin me comprend ; Mes objectifs sont importants pour le médecin ; Je prends plaisir à me rendre chez mon médecin....(voir le tableau des dimensions de l'analyse factorielle). Tous les items sont cotés de 1 à 5.

Une certaine « fidélité » dans cette relation s'établit et accompagne le mieux-être ressenti par le patient. Une forte alliance accompagne aussi une représentation sociale de soi plus positive (se sent respecté comme un citoyen comme les autres). Ceci reflète une dimension de normalisation sociale ou de réintégration normative de l'Alliance thérapeutique dans le processus de la cure substitutive.

**Tableau 7.4.1: Dimensions de l'analyse factorielle de l'Alliance thérapeutique**

**Dimensions de l'Alliance thérapeutique (après Rotation Varimax)**

	Dimensions		
	Attentes satisfaites	Personnalisation	Respect
La manière de traiter mon problème me convient	,769	,132	,306
Accord sur les consignes	,682	,208	,205
Mes objectifs sont importants pour le médecin	,656	,145	,342
Les consultations se déroulent selon mes attentes	,654	,148	,260
Depuis le début de la cure je me sens plus libre	,622	,335	,000
Pas de cure avec autre médecin	,000	,791	,226
Mon médecin je l'ai choisi, j'y tiens	,152	,705	,362
Mon médecin est plus qu'un simple prescripteur	,347	,667	,287
Je prends plaisir à me rendre chez mon médecin	,443	,659	,000
Je me sens plein d'espoir après la consultation	,505	,586	,123
Mon médecin me respecte	,147	,242	,848
Je me sens accepté par mon médecin	,209	,184	,810
Mon médecin me comprend	,472	,284	,590
Mon médecin est honnête et sincère	,502	,329	,583

Analyse en composante Principale

Dans un souci de préciser les dimensions de l'Alliance nous avons réalisé une analyse factorielle des 14 items la composant. Trois facteurs sont retenus et présentés dans le Tableau 7.4.1.

Nous avons qualifié la première dimension de l'Alliance d' **Attentes satisfaites** avec comme premier item le plus corrélé avec le facteur « *la manière de traiter mon problème me convient* ». Le patient reconnaît que ses objectifs sont pris en compte par le médecin, qu'il est d'accord sur les consignes du médecin, que les consultations se déroulent selon ses attentes. Cette première dimension de l'Alliance exprime 25.6% de la variance.

Le deuxième facteur, est qualifié de **Personnalisation** (vient en second mais exprime un pourcentage élevé de 20.3% de la variance et est donc assez proche de la première dimension). Le patient n'envisage pas de cure avec un autre médecin, il l'a choisi et il y tient. Le patient ne le considère pas comme un simple prescripteur. Enfin, le patient exprime aussi son plaisir à se rendre chez le médecin et il se sent plein d'espoir après la consultation (cet item est presque commun à la première dimension). Bref ce que manifeste cette dimension c'est surtout la relation privilégiée qui s'établit pour le patient avec son médecin.

La dernière dimension de l'Alliance celle du **Respect** recouvre aussi le fait de se sentir accepté par son médecin. Ce facteur est plus faible avec 17% de la variance expliquée.

Cette décomposition factorielle est un apport original de l'étude et permet de préciser dans certaines analyses, l'accent spécifique de l'Alliance thérapeutique. Les trois facteurs fournissent chacun un score par patient et sont introduits en complément du score global de l'Alliance (obtenu en additionnant les cotes de chaque item, de 1 à 5).

**Tableau 7.4.2. Valeur de l'Indice d'Alliance thérapeutique  
Patients de Belgique**

Alliance thérapeutique (indice)		
N		351
	Manquant (dont patients de France)	46
Moyenne		56,3932
Médiane		58,0000
Ecart-type		10,1997
Minimum		14,00
Maximum		70,00
Percentiles	25	50,0000
	50	58,0000
	75	65,0000

La mesure globale de l'Alliance thérapeutique a dans notre échantillon de Belgique un maximum de 70 (cote maximale possible) et un minimum de 14. Il faut que le patient ait répondu aux 14 items, sinon l'indice est manquant. La valeur moyenne est de 56.4 avec une médiane de 58. On constate que 25% des patients ont une Alliance de plus de 65 et autant de patients ont une cote de moins de 50. L'Alliance thérapeutique a été mise à contribution dans plusieurs analyses simples mais aussi multivariées.

#### **7.4.3. Différences entre les Régions sur l'Alliance thérapeutique et ses dimensions**

Il n'y a pas de différence significative entre les Régions sur l'Indice global de l'Alliance thérapeutique. Si la valeur globale de l'Alliance est semblable pour les Régions, lorsque nous détaillons ses dimensions, nous constatons sur le premier facteur des Attentes satisfaites que les patients de France ont la cote la plus élevée. Cela suffit pour induire une différence significative globale entre Régions sur cette dimension (alors qu'il n'y a aucune différence entre Régions de Belgique). Les patients de France sont donc très satisfaits de l'opportunité thérapeutique que leur offre leur médecin belge.

**Tableau 7.4.3: Valeur globale et Dimensions de l'Alliance thérapeutique selon la Région**

Région		Alliance thérapeutique (indice)	Attentes satisfaites	Personnalisation	Respect
Bruxelles-Capitale	Moyenne	58,0536	,0000000	,0000000	,5988591
	N	56	64	64	64
	E-type	8,3675	3,6960085	3,7536557	3,7893734
Région Wallonne	Moyenne	55,6715	-,6218227	,0000000	,0000000
	N	207	236	236	236
	E-type	10,4593	3,8804602	3,7489960	3,9419429
France	Moyenne	58,5085	<b>1,7639676</b>	,0000000	-,5969582
	N	59	76	76	76
	E-type	9,6139	3,4484236	4,5145714	3,7016218
Région Flamande	Moyenne	57,0341	,0000000	,0000000	,3237420
	N	88	97	97	97
	E-type	10,5737	3,5621369	3,4061171	3,5203827
Total	Moyenne	56,6976	,0000000	,0000000	,0000000
	N	410	473	473	473
	E-type	10,1334	3,8061950	3,8055283	3,8056905

**N.S. sauf Attentes satisfaites : p <.001**

#### 7.4.4. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon l'expérience du décès du père

La relation thérapeutique et l'Alliance avec le médecin constituent un rapport à l'autre qui, pour l'usager de drogues, est beaucoup plus profond qu'un simple échange de services. Il est probable que cette relation ait un sens pour le sujet que peu d'autres pathologies mobilisent dans le contact avec le praticien. Le Tableau 7.4.6. éclaire une dimension quasi ontologique de la relation thérapeutique.

**Tableau 7.4.4 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon l'expérience du décès du père**

		Alliance thérapeutique (indice)	Attentes satisfaites	Personnalisation	Respect
Père en vie	Moyenne	56,0415	-,1151530	-,1032347	-,1130469
	N	313	358	358	358
	E-type	10,3227	3,8496575	3,9309236	3,9692869
Décès du père	Moyenne	58,8144	,3591556	,3379773	,3670589
	N	97	114	114	114
	E-type	9,2323	3,6769765	3,3947801	3,2472695
Total	Moyenne	56,6976	-5,95E-04	3,329234E-03	2,91E-03
	N	410	472	472	472
	E-type	10,1334	3,8102334	3,8095660	3,8097284

**Alliance (indice) : p = .01 / Attentes satisfaites : N.S. / Personnalisation : N.S. / Respect : N.S.**

Les patients dont le père est décédé établissent une Alliance thérapeutique plus intense avec le médecin. La relation est significative à  $p = .01$ .

Constatons toutefois que l'analyse des dimensions de l'Alliance n'est pas concluante. Une question se pose néanmoins : une meilleure Alliance thérapeutique avec le médecin n'est-elle pas le signe que ce dernier deviendrait pour ces patients une figure paternelle de substitution ?



#### 7.4.5. L'Alliance thérapeutique et ses dimensions selon l'expérience de la méthadone « au noir » et sa motivation

**Tableau 7.4.5.1. L'Alliance thérapeutique et ses dimensions selon l'expérience de la méthadone « au noir »**

A déjà utilisé de la méthadone au noir		Alliance thérapeutique (indice)	Attentes satisfaites	Personnalisation	Respect
Non	Moyenne	<b>58,4367</b>	<b>,3153677</b>	<b>,5921487</b>	,1356378
	N	245	275	275	275
	E-type	9,5510	3,6095287	3,7219398	3,6315307
Oui, métha au noir	Moyenne	54,0123	-,5421060	-,8013015	-,1805528
	N	163	182	182	182
	E-type	10,4681	4,0742187	3,6687774	4,1027854
Total	Moyenne	56,6691	-2,61E-02	3,720791E-02	9,72E-03
	N	408	457	457	457
	E-type	10,1495	3,8202064	3,7593674	3,8248985

**Alliance (indice) : p < .001 / Attentes satisfaites : p < .01 / Personnalisation : p < .001 ; Respect : N.S.**

Le fait d'avoir déjà utilisé de la méthadone sans prescription est lié dans la cure actuelle à un déficit d'Alliance thérapeutique. La cote globale de l'Alliance est de 54. pour 58.4 chez les patients qui n'ont jamais utilisé de la méthadone « au noir » (différence significative à p < .001). Ces patients se distinguent aussi sur deux dimensions de l'Alliance, la *Satisfaction des Attentes* dans les soins et encore plus dans les *Rapports personnels* avec le médecin. Le recours au marché noir pour obtenir de la méthadone a donc globalement un impact sur la relation qui s'établira même des années plus tard entre le patient et le médecin.

Nous avons déjà analysé les motifs de la prise de méthadone sans prescription en mettant en évidence deux orientations de base du sujet, soit une auto-médication avec la méthadone ou son usage plus ambigu (comme drogue). Est-ce que le déficit d'Alliance thérapeutique pour les patients qui ont déjà fait l'expérience de la méthadone « au noir » est lié à une motivation de type « défoncé » ou au contraire à l'expérience de l'automédication ou est-ce que les deux types de motivation y contribuent de façon semblable ?

Contrairement à nos attentes l'utilisation ambiguë de la méthadone du marché noir n'a aucun effet sur l'Alliance thérapeutique. L'expérience passée de la méthadone plutôt comme une drogue ne réduit pas le niveau d'Alliance thérapeutique actuelle. Par contre, comme précisé dans le Tableau 2.4.4.2., l'orientation de type auto-médication, le fait de tenter d'éviter par soi-même de reprendre de l'héroïne, a un impact négatif sur l'Alliance thérapeutique avec le médecin.

**Tableau 7.4.5.2. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon l'usage de méthadone « au noir » par auto-médication**

Auto-médication		Alliance thérapeutique (indice)	Attentes satisfaites	Personnalisation	Respect
Autre ou pas de méthadone "au noir"	Moyenne	<b>57,4642</b>	,0000000	,3756193	,0000000
	N	321	360	360	360
	E-type	9,9596	3,7572358	3,7213310	3,7386629
Eviter par moi-même de reprendre de l'héroïne	Moyenne	53,8966	-,1791356	<b>-1,1781338</b>	-,1350896
	N	87	100	100	100
	E-type	10,2402	4,0059171	3,6018844	4,0487462
Total	Moyenne	56,7034	,0000000	,0000000	,0000000
	N	408	460	460	460
	E-type	10,1137	3,8092502	3,7471436	3,8047114

**Alliance (indice) : p = .003 / Attentes satisfaites : N.S. / Personnalisation : p <.001 / Respect : N.S.**

Le Tableau 7.4.5.2. permet de préciser que c'est surtout au niveau de la Personnalisation de la relation thérapeutique que le problème se pose. **Les patients qui ont tenté par eux-mêmes d'utiliser la méthadone dans une finalité thérapeutique ont plus de difficultés à établir des relations privilégiées avec un médecin.** Ce déficit d'Alliance dans les rapports personnels avec le médecin s'observe aussi parmi les utilisateurs de méthadone du marché noir, en comparant les utilisateurs entre eux selon leur motivation. Parmi les 130 sujets qui ont déjà pris de la méthadone sans prescription, les 61 qui l'ont fait par « automédication » ont de moins bons rapports personnels avec le médecin (p =.01) que les autres usagers « au noir ».

Cette analyse souligne à quel point il faut accorder de l'importance aux attitudes et motivations des patients et ne pas se contenter des dimensions objectives classiques pour comprendre le fonctionnement de la cure substitutive.

#### 7.4.6. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon les conduites dommageables

**Tableau 7.4.6. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon le Partage des ustensiles liés à l'injection (parmi les utilisateurs IV)**

Partage des ustensiles d'injection		Alliance thérapeutique (indice)	Attentes satisfaites	Personnalisation	Respect
N'a jamais partagé	Moyenne	<b>57,8933</b>	<b>,4462341</b>	<b>,7908272</b>	-,4538504
	N	75	84	84	84
	E-type	9,8784	3,6833486	3,6592356	3,9089615
A déjà partagé seringue ou matériel	Moyenne	53,6636	-1,2039187	-,5660268	,0000000
	N	107	116	116	116
	E-type	11,6521	4,1299912	3,5903011	4,2040039
Total	Moyenne	55,4066	-,5108545	,0000000	-,1386382
	N	182	200	200	200
	E-type	11,1251	4,0227154	3,6721461	4,0815173

**Alliance (indice) : p = .01 / Attentes satisfaites : p = .004 / Personnalisation : p =.01 / Respect : N.S.**

Le mode d'usage par IV ou non n'a pas d'impact sur l'Alliance thérapeutique ni aucune de ses dimensions. Nous ne présentons pas le tableau correspondant dont les différences ne sont pas significatives.

Cette absence de lien entre mode d'usage par IV ou fumette et Alliance avec le médecin est rassurant, car sinon une grande partie des patients auraient des difficultés dans leur relation thérapeutique.

Par contre, le Tableau 7.4.6. met en évidence, parmi les sujets qui ont une expérience de l'injection, l'impact négatif sur l'Alliance thérapeutique des pratiques dommageables du partage des ustensiles liés à l'injection.

Non seulement ceux qui partageaient leurs ustensiles ont une Alliance thérapeutique globale plus faible ( $p < .01$ ) que les autres injecteurs, mais ils manifestent aussi moins d'Attentes satisfaites ( $p = .004$ ) par rapport aux soins actuels et ont des Rapports personnels au médecin plus difficiles ( $p < .01$ ).

Ce groupe d'une centaine de patients (un quart de l'ensemble des patients) constitue donc un défi pour le médecin, vis-à-vis de ses capacités à créer une relation thérapeutique avec le patient.

#### 7.4.7. L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon la poursuite de l'usage d'héroïne

Jusqu'ici l'utilisation faite de l'Alliance thérapeutique s'est concentrée sur des caractéristiques passées du patient, ce qui permet de distinguer ce qui influence positivement ou non la mise en place d'une Alliance thérapeutique avec le médecin. Nous pouvons aussi l'utiliser dans une optique plus prospective ou causale (quoi l'étude ne soit pas longitudinale) en faisant l'hypothèse que la création d'une bonne Alliance thérapeutique joue un rôle dans les améliorations vécues par le patient pendant sa cure actuelle.

Parmi les critères d'évaluation de la cure substitutive, l'abandon de l'usage d'héroïne constitue une dimension importante, même si on ne doit pas uniquement prendre en compte l'arrêt total de l'usage et que dans bien des cas une réduction ou un espacement des prises constitue déjà une avancée.

Nous avons donc comparé les niveaux d'Alliance en fonction de la déclaration du patient qu'il avait ou non utilisé l'héroïne depuis trois mois.

Le Tableau 7.4.7. confirme l'hypothèse de l'impact fondamental de l'Alliance thérapeutique sur l'amélioration vécue par le patient pendant sa cure, avec ici un indicateur qui n'est pas seulement subjectif.

**Tableau 7.4.7 : L'Alliance thérapeutique et ses Dimensions selon la poursuite de l'usage d'héroïne**

A utilisé l'héroïne depuis 3 mois		Alliance thérapeutique (indice)	Attentes satisfaites	Personnalisation	Respect
Non	Moyenne	<b>58,8026</b>	<b>,5907064</b>	<b>,5029436</b>	,0000000
	N	233	268	268	268
	E-type	9,8092	3,7441386	3,8815409	3,8127763
Oui	Moyenne	53,5088	-,9098594	-,7672014	-,1074146
	N	171	193	193	193
	E-type	9,8126	3,7883084	3,6316145	3,8988877
Total	Moyenne	56,5619	,0000000	,0000000	,0000000
	N	404	461	461	461
	E-type	10,1423	3,8309508	3,8266633	3,8455054

**Alliance (indice) :  $p < .001$  / Attentes satisfaites :  $p < .001$  / Personnalisation :  $p < .001$  ; Respect : N.S.**

Les patients qui ont arrêté l'héroïne ont un niveau global d'Alliance thérapeutique significativement plus élevé (Moyenne : 58.8 par rapport à 53.5 ;  $p < .001$ ).

Deux des trois dimensions de l'Alliance confirment la différence entre ceux qui poursuivent ou non l'usage d'héroïne. **Nous faisons l'hypothèse que c'est la création et le maintien d'une Alliance thérapeutique qui permet au patient d'améliorer sa situation.**

Dans le cas présent la direction de l'effet ne semble pas poser autant de difficultés du type « l'œuf ou la poule » que dans d'autres analyses. Il semble plus difficile d'admettre que les patients qui abandonnent l'usage d'héroïne vont ensuite développer une meilleure Alliance thérapeutique. Bien entendu il serait préférable d'avoir une perspective longitudinale pour confirmer cela.

La relation thérapeutique et son rapport au cadre « institutionnel » dans lequel elle se déploie méritent des analyses approfondies. Ce qui a été montré ici correspond à une orientation de recherche qui se maintient pas à la surface des instances thérapeutiques et tente d'ouvrir « la boîte noire » des soins.

La structuration spécifique du « champ toxico-thérapeutique » belge avec un poids spécifique de la médecine générale (position qui fut conquise et portée par la force sociale des médecins eux-mêmes ) devait trouver des outils adaptés : l'échelle de l'Alliance thérapeutique satisfait à ce besoin.

#### **7.4.8. Analyse multivariée de l'Alliance thérapeutique**

Note liminaire : Mode d'emploi de la régression linéaire (Notule méthodologique)

L'explication de la variable dépendante (ici la satisfaction générale du patient) est bien entendu multi factorielle et c'est l'ensemble des facteurs retenus qui fournit la clé et non plus chacun séparément comme dans les tableaux croisés ou les comparaisons de moyennes

Les facteurs retenus forment une équation avec les coefficients non standardisés. On multiplie la valeur de chaque variable telle qu'elle a été mesurée par le coefficient non standardisé et l'équation obtenue est égale à la valeur de la satisfaction.

La régression est dite linéaire car la variable dépendante est quantitative et non pas mesurée en catégories.

La régression linéaire est surtout utilisée avec les coefficients standardisés (les Bêta). Ceux-ci précisent alors le poids relatif de chaque facteur en standardisant les mesures utilisées et on peut donc les comparer entre eux.

Pour qu'un facteur soit retenu il faut aussi qu'il ait une signification statistique inférieure à .05. La dernière colonne du tableau donne les valeurs des significations statistiques. On constate par exemple dans le Tableau 7.5 que le dernier facteur « le patient se sent en état de travailler » est retenu à  $p = .039$ . Ce qui est moins significatif que l'Alliance thérapeutique, par exemple, dont la signification est notée .000 (ou  $p < .001$ ). La procédure de régression utilisée ici est itérative, ce qui signifie pratiquement que les résultats sont nettoyés des variables non significatives. Donc parmi toutes les variables introduites au départ dans l'analyse le tri se fait automatiquement de ne garder que celles qui ont une signification inférieure à  $p < .05$ .

Une dernière mesure est essentielle dans les résultats d'une régression linéaire : le  $R^2$ . Il s'agit d'une mesure de la force de l'équation. Au plus elle est élevée, au plus l'équation prédit correctement la valeur de la variable dépendante.

**Tableau 7.4.8. Régression linéaire itérative de l'Alliance thérapeutique**

**Coefficients de la Régression linéaire itérative de l'Alliance thérapeutique**

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
13	(Constant)	51,301	5,204		9,858	,000
	Nombre de drogues	-,639	,314	-,105	-2,039	,042
	Entente avec la personne cohabitante	1,443	,700	,096	2,062	,040
	Actuellement en cure en Centre spécialisé	-2,639	1,058	-,115	-2,494	,013
	Indice de satisfaction	,267	,109	,123	2,445	,015
	Revenus du CPAS	3,353	1,209	,130	2,773	,006
	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	2,465	,480	<b>,259</b>	5,139	,000
	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	1,504	,455	,160	3,308	,001
	A déjà utilisé de la méthadone au noir	-2,039	,950	-,101	-2,147	,032
	Age du patient	,198	,068	,142	2,930	,004
	A déjà été en prison	-2,674	,974	-,137	-2,745	,006
	Actuellement: usage par injection	-3,352	1,598	-,102	-2,097	,037

a. Variable dépendante : Alliance thérapeutique / n = 356 / R<sup>2</sup> = .303

La force de la régression avec un R<sup>2</sup> de .303 est importante. Elle permet une synthèse des facteurs qui contribuent à l'amélioration de l'Alliance thérapeutique.

Nous retrouvons, comme dans toutes les analyses de ce type, des facteurs de nature diverse, selon leur position vis-à-vis de la variable dépendante, « antérieurs », co-occurents ou « postérieurs » à la variable dépendante. La question de la causalité reste toujours posée.

Le modèle retenu met ainsi en valeur des caractéristiques « anciennes » portées par les patients, celles qui ne peuvent avoir été suscitées par la variable dépendante.

Le fait *d'avoir été incarcéré* (Bêta = - .137) ou *d'avoir déjà utilisé de la méthadone « au noir »* (Bêta = - .101) en sont une illustration. Ces deux facteurs sont en relation négative avec l'Alliance. Une certaine dimension de la déviance du patient rendrait l'établissement d'une relation thérapeutique positive plus difficile. Dans le cas de l'usage au noir de la méthadone, il s'agit de reconnaître que ce n'est pas seulement l'aspect du contact avec l'illicite ou la sociopathie qui intervient ici, mais un double rapport possible à la méthadone qui la fait sortir de son statut de médicament pour la faire devenir une drogue comme les autres ou qui favorise une appropriation par le patient avec en parallèle une dés-appropriation du médecin (auto-médication). Ces aspects sont analysés ailleurs dans l'étude.

D'autres facteurs (non suspects de « collusion ») interviennent de façon positive, eux, dans le développement de l'Alliance : *l'âge du patient* (Bêta = .142) et le fait d'avoir comme *source de revenus le CPAS* (Bêta = .130). Que la relation thérapeutique se bonifie avec l'âge du patient est un signe de son mûrissement. On pourrait croire qu'il s'agit d'un effet de la durée de la prise en charge. Il n'en est rien. Les durées de prise en charge ou d'expérience de la méthadone ont été introduites dans l'analyse et n'ont pas été retenues. Que les patients bénéficiant de l'aide sociale du CPAS parviennent à mieux établir une relation thérapeutique, est plus délicat à interpréter : on peut s'en réjouir dans une perspective de rôle social de la cure substitutive, mais il y a peut-être aussi un effet du statut d'assisté qui renforce une dépendance ou une acceptation passive de l'autorité médicale.

Une variable retenue dans l'analyse a éventuellement un statut mixte par rapport à l'influence de la variable dépendante, c'est –à-dire serait elle-même modifiée par le développement de l'Alliance : il s'agit des *relations avec le partenaire ou l'entente avec la personne co-habitante* (Bêta = .096). Relations thérapeutiques et relations affectives s'épaulent mutuellement : le développement de liens affectifs positifs rejaillit sur ceux entretenus avec le médecin et de la même façon le fait d'améliorer l'Alliance avec le thérapeute améliore les capacités du patient à consolider des liens affectifs.

Les caractéristiques explicatives de l'Alliance proposées jusqu'ici concernent le patient. Etant donné la méthode utilisée nous n'avons qu'un nombre réduit de critères descriptifs du médecin.

Toutefois ont été introduites au départ de l'analyse de régression des éléments tels que le fait que le médecin soit le premier ou non, le premier traitement (lieu de soins) reçu par le patient et surtout le lieu de soins actuel, donc le cadre de travail du médecin. Une seule dimension a été retenue dans l'équation de régression : la ***cure actuelle en Centre spécialisé*** (Bêta = - .115). Le signe négatif indique une relation négative entre la prise en charge en Centre spécialisé et le développement de l'Alliance thérapeutique. Précisons que les Mass ont été codées à part. Il est tentant de voir dans le processus de l'Alliance une relation de transfert qui ne s'établit qu'entre le patient et le thérapeute dans un colloque singulier. Dans ce cas il faut bien entendu que des conditions d'intensité de la relation soient remplies et qu'il n'y ait pas trop de « bruit » ou d'interférences extérieures dans ce processus. Peut-être que les Centres spécialisés remplissent moins ces conditions ? Mais dans ce cas, pourquoi les Mass seraient-elles à part ? L'analyse en termes de lieux de soins est un exercice très délicat et il serait désagréable de se trouver taxé de vouloir distribuer des satisfecit à l'une ou l'autre modalité de prise en charge lorsque l'on connaît le souci de l'immense majorité des praticiens à œuvrer dans l'intérêt principal du patient.

Une dimension est assez nettement liée à l'Alliance thérapeutique dans le sens d'une conséquence du développement de l'Alliance: l'usage actuel de drogues. Dans la régression nous en retrouvons deux caractéristiques : le ***nombre de drogues actuellement utilisées*** (Bêta = - .105) et ***l'usage actuel de l'injection*** (Bêta = - .102). Par contre on notera que par rapport à chaque drogue spécifique actuelle aucune relation avec l'Alliance n'a été retenue. Pourquoi ne pas envisager le rôle protecteur d'un renforcement de l'Alliance avec le médecin vis-à-vis de la poly-toxicomanie et de la conduite dommageable de l'injection ?

Il nous reste enfin à examiner les derniers facteurs co-occurents de l'Alliance thérapeutique présents dans l'équation de régression : ***l'Indice global de Satisfaction*** (Bêta = .123) et les dimensions de l'Apport de la cure, ***l'Apport au plan de la Santé mentale*** (Bêta = .259) et le ***Recul vis-à-vis des drogues*** (Bêta = .160).

Les dimensions de l'Apport de la cure substitutive sont explicitées au chapitre 9.

L'Apport au plan de la Santé mentale de la cure actuelle est le facteur le plus important de l'équation de régression. Cette dimension des soins actuels dont bénéficie le patient a été construite à partir de l'indice d'apport de la cure substitutive (Ledoux Y., Rémy C., 2003) et est lui-même une transformation en version auto-administrée de l'échelle de gravité de la toxicomanie (Rémy C., Ledoux Y., 2001) utilisée par des médecins<sup>7</sup> pour évaluer le devenir de leurs patients.

Cette première dimension obtenue par analyse factorielle regroupe en fait (voir le Tableau 9.1) ce que le patient ressent comme bénéfique de la cure par rapport à sa déprime, ses angoisses, le dynamisme, la capacité de faire des projets et l'estime de soi. C'est donc cet ensemble de bénéfices ressentis de la prise en charge actuelle qui constitue le premier facteur de l'Alliance thérapeutique. Les deux sont certainement liés de façon indissoluble et le choix de la direction de l'impact est à ce stade sujet à discussion.

La relation étroite entre l'Alliance et la Satisfaction globale du patient dans sa vie quotidienne est une surprise agréable de cette étude, car elle confirme l'espoir que nous avons placés dans l'importance de la relation thérapeutique comme creuset de l'amélioration ressentie par le patient avec la cure substitutive. Au-delà de toute technique de dosage du médicament (qui introduite dans l'analyse, n'est pas retenue), la satisfaction du patient est accrue conjointement avec une amélioration de la relation avec le médecin prescripteur (terme décidément impropre puisque justement c'est au-delà de la prescription que se noue l'amélioration). Encore une fois, on peut admettre, dans un premier temps, que les deux dimensions s'épaulent : si le patient a de nouvelles sources de satisfaction dans sa vie quotidienne, son Alliance peut s'en ressentir positivement. Mais cette direction de l'effet est, convenons-en, discutable. De plus, pour confirmer une hypothèse causale de l'Alliance thérapeutique sur la Satisfaction dans la vie quotidienne du sujet, l'analyse qui suit (chapitre 7.5), consacrée à « l'explication » de la Satisfaction, fait ressortir comme premier facteur l'Alliance thérapeutique !

---

<sup>7</sup> Une vingtaine de médecins du Réseau d'Aide aux Toxicomanes (R.A.T), premiers utilisateurs, mais aussi dans une extension internationale soutenue par l'Union Européenne, le réseau de médecins généralistes de Luxembourg, le Centre Jüngen und Drogen Hellep et la Fondation IDH / SSLMG de Luxembourg, le Centre Baudelaire de Metz (France), le Centre Baudelaire de Thionville (France), le CSST de Vilerupt (France) et l'AFAT, CSST de Nancy (France).

## 7.5. Analyse multivariée de l'Indice de Satisfaction

Régression linéaire itérative de l'Indice de Satisfaction

**Tableau 7.5 : Facteurs retenus de la Satisfaction du patient (Patients de Belgique)**

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
8	(Constant)	15,399	2,301		6,691	,000
	Alliance thérapeutique	9,07E-02	,023	<b>,197</b>	3,885	,000
	Travail légal	1,334	,519	,138	2,569	,011
	Médecin actuel est le premier	1,055	,447	,116	2,359	,019
	A utilisé l'héroïne depuis 3 mois	-1,356	,451	-,150	-3,007	,003
	Wallonie-Brxl / Flandre	-1,227	,506	-,120	-2,425	,016
	Entente avec les parents	,351	,155	,111	2,264	,024
	Dépend CPAS	-1,407	,614	-,118	-2,293	,022
	En état de travailler	1,048	,506	,106	2,071	,039

$R^2 = .21$

L'analyse de régression a produit une équation explicative de l'Indice de Satisfaction qui est assez forte ( la mesure du  $R^2$  est de .21 , ce qui est valable).

Le facteur le plus important qui explique la satisfaction du patient est l'**Alliance thérapeutique** (Bêta = .197). Autrement dit la satisfaction globale du patient s'explique le mieux par l'alliance qui s'est créée entre lui et son médecin. La puissance explicative de cette alliance thérapeutique est remarquable, car elle dépasse même l'impact sur la satisfaction de l'insertion socioprofessionnelle.

Ensuite c'est donc l'exercice d'un **travail légal** qui explique la satisfaction (Bêta = .138). Ce résultat était prévisible : l'insertion socioprofessionnelle est fondamentale dans le bien-être du sujet, et on devrait ajouter, que l'on soit d'ailleurs patient en cure substitutive ou citoyen lambda (la démonstration devrait être faite dans l'enquête en population générale).

Une deuxième dimension de la cure substitutive est ensuite retenue dans l'équation explicative : le fait de n'avoir eu qu'un seul médecin dans son expérience de la cure substitutive, le **médecin actuel est le premier** (Bêta = .116). Cette caractéristique de la cure complète l'Alliance thérapeutique et exprime aussi la fidélité du patient envers son thérapeute.

Le quatrième facteur retenu est la **poursuite de l'usage d'héroïne** (usage dans les 3 derniers mois). On note un signe négatif devant le Bêta (Bêta = -.15), ce qui signifie que le facteur a une relation inverse avec la variable dépendante. Donc la poursuite de l'usage d'héroïne prédit une diminution de la satisfaction générale du patient. Et bien sûr, de façon inverse pour qu'il y ait une augmentation de la satisfaction du patient il faut que le patient ait arrêté de consommer de l'héroïne.

Un autre facteur « négatif » de la satisfaction est proposé : le fait d'appartenir à la **Communauté française** par rapport à la Flandre. Le signe négatif dépend du codage de cette variable (Flandre cotée 1 et Wallonie-Bruxelles cotée 2) . Le fait d'être un patient dans la Communauté française (Bêta = -.12) implique une moindre satisfaction que pour un patient de Flandre.

La satisfaction est aussi fonction de **l'entente avec les parents** qui est retenue avec un Bêta = .111. Le patient avec une meilleure entente avec ses parents aura une meilleure satisfaction générale.

Un autre indice de l'insertion sociale est présent dans l'équation explicative : avoir comme **source de revenus le CPAS**. La relation avec la satisfaction est négative : Bêta = - .118.

Le dernier facteur à passer la barrière de la signification statistique est le fait pour le patient de **se sentir en état de travailler** (Bêta = .106).

En résumé :

**La satisfaction générale du patient est donc fonction d'un ensemble de caractéristiques qui peuvent se classer en plusieurs domaines de l'existence du sujet :**

- 1. La relation avec le médecin (Alliance et être toujours en cure avec son premier médecin prescripteur)**
- 2. Le travail (avoir un travail légal, se sentir en état de travailler et ne pas dépendre du CPAS)**
- 3. Arrêter l'héroïne**
- 4. Avoir une bonne entente avec ses parents**
- 5. Appartenir à la Communauté flamande plutôt qu'à la Communauté française.**

Cette dernière caractéristique étant non modifiable par la volonté du patient, elle n'a pas une grande portée heuristique. Elle signifie un écart culturel dans la satisfaction générale qu'il sera intéressant de tester en population générale.



## 8. L'effet des trajectoires thérapeutiques

L'effet des trajectoires ou de l'expérience du champ thérapeutique est assez difficile empiriquement à mettre en évidence. Il semble que fondamentalement la trajectoire thérapeutique ne différencie pas les patients sur leur niveau présent de bien-être, de satisfaction, de consommation de drogues ou d'alliance thérapeutique avec leur médecin actuel. La règle générale serait que le passé thérapeutique ne renseigne pas sur le vécu présent du patient.

Ce résultat global provient de l'examen d'un grand nombre de caractéristiques liées à l'utilisation du champ thérapeutique (Tableau 8.1).

La vérification d'une association avec la situation actuelle du patient, par contre, met en évidence des différences en fonction de la cure suivie.

### 8.1. Poursuite de l'usage d'héroïne et « carrière thérapeutique »

Par rapport à la poursuite de l'usage d'héroïne, le tableau 8.1. (page 148) vérifie un grand nombre de moments thérapeutiques ou de niveaux de carrière qui en définitive ne sont PAS liés à l'usage récent d'héroïne.

D'autres associations, telles que les trajectoires simplifiées, ou la variété des types d'instances de soins, ont été vérifiées en association avec la poursuite de l'usage d'héroïne (tableaux non présentés) pour confirmer une absence d'impact des options thérapeutiques proposées.

**La « carrière » thérapeutique ne permet PAS de prédire l'usage actuel d'héroïne.**

### 8.2 : Mesures de bien-être et Cadre thérapeutique actuel

**Tableau 8.2 : Cadre thérapeutique actuel et mesures de bien-être (Patients de Belgique)**

Type d'instances de soins		Satisfaction <sup>a</sup>	Bien-etre <sup>b</sup>	Je suis encore loin d'être stabilisé <sup>c</sup>	Je me sens accepté socialement /citoyen comme les autres <sup>d</sup>	Alliance <sup>e</sup>
Médecine Cab.privé	Moyenne	21,2692	12,5455	2,8626	3,6703	58,5398
	N	156	176	182	182	176
	E-type	5,2577	4,6951	1,3616	1,2836	9,7920
Maison médicale	Moyenne	18,7576	11,5385	<b>3,2927</b>	3,1316	55,0541
	N	33	39	41	38	37
	E-type	4,9310	4,4239	1,0546	1,1664	10,1597
M.a.s.s.	Moyenne	<b>23,9259</b>	12,9737	2,5263	<b>3,9706</b>	<b>61,0882</b>
	N	27	38	38	34	34
	E-type	3,9703	3,3490	1,4470	1,1411	9,8761
Centre spécialisé	Moyenne	21,6964	13,2027	2,6438	3,5000	54,6622
	N	56	74	73	74	74
	E-type	4,6198	4,2683	1,2733	1,3268	10,5132
Total	Moyenne	21,3162	12,6239	2,8293	3,6006	57,5140
	N	272	327	334	328	321
	E-type	5,1022	4,4387	1,3303	1,2787	10,1901

a. p = .001

b. NS

c. p = .03

d. p = .03

e. p = .003

Par rapport à la cure actuelle, on observe plusieurs relations statistiques avec les indices de bien-être, sauf avec l'indice WHO (bien-être/tendances dépressives).

Les patients actuellement en Maison d'Accueil Socio Sanitaire ont une satisfaction plus forte, déclarent moins ne pas encore être stabilisés, se déclarent plus acceptés socialement comme des citoyens comme les autres et ont une plus forte alliance thérapeutique. Les résultats obtenus avec l'échantillon réduit en Juin 2003 sont largement confirmés et renforcés ici : on peut présenter **les patients des Mass comme plus satisfaits de leur existence, plus stabilisés, se sentant mieux considérés socialement et ont une plus forte alliance thérapeutique...**

Ces résultats combinés à ceux plus négatifs des patients en maison médicale peuvent surprendre et ne se réduisent pas uniquement à la prédominance de patients de Flandre parmi les patients des Mass. Notons que la prise en charge en pratique privée donne le ton général avec des résultats dans la moyenne.

### 8.3. Mesures de bien être et complexité de la carrière de soins

**Tableau 8.3. Matrice des corrélations des Mesures de bien être et des indices de la complexité de la carrière de soins**

		Nombre de médecins	Nombre d'instances de soins antérieures	Indice de satisfaction	Indice de bien-etre	Alliance	Dimension 1(Alliance): Attentes satisfaites	Dimension 2(Alliance): Rapports personnels au médecin
Nombre de médecins	Corrélation	1,000						
	Sig. (2-tailed)	,000						
	N	396						
Nombre d'instances de soins antérieures	Corrélation	,221**	1,000					
	Sig. (2-tailed)	,000	,000					
	N	396	407					
Indice de satisfaction	Corrélation	-,217**	-,239**	1,000				
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,				
	N	301	305	305				
Indice de bien-etre	Corrélation	-,105*	-,050	,447**	1,000			
	Sig. (2-tailed)	,046	,343	,000	,			
	N	361	369	293	369			
Alliance	Corrélation	-,154**	-,118*	,287**	,204**	1,000		
	Sig. (2-tailed)	,004	,025	,000	,000	,		
	N	353	360	280	337	360		
Dimension 1(Alliance): Attentes satisfaites	Corrélation	-,035	-,112*	,267**	,273**	,672**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,488	,024	,000	,000	,000	,	
	N	396	407	305	369	360	408	
Dimension 2(Alliance): Rapports personnels au médecin	Corrélation	-,122*	-,003	,077	,078	,564**	,000	1,000
	Sig. (2-tailed)	,015	,951	,182	,133	,000	1,000	,
	N	396	407	305	369	360	408	408
Dimension 3(Alliance): Ressent Respect du médecin	Corrélation	-,066	-,079	,110	-,045	,491**	,000	,000
	Sig. (2-tailed)	,189	,114	,054	,393	,000	1,000	1,000
	N	396	407	305	369	360	408	408

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Des corrélations relativement fortes sont observées entre la complexité en types de prises en charge et les niveaux de satisfaction ou d'alliance thérapeutique. On retiendra notamment que :

1. La satisfaction décroît avec le nombre de type de soins utilisés dans le champ thérapeutique ( $r = -.24$ ) ou le nombre de médecins prescripteurs de méthadone ( $r = -.22$ ).

Ce résultat indique de façon claire que les patients avec le parcours de soins le plus complexe sont ceux qui ont moins de chance d'aller bien au stade actuel.

2. L'indice de bien-être est moins sensible à la complexité du parcours et uniquement –mais faiblement- au nombre de médecins prescripteurs de méthadone ( $r = -.11$  ;  $p = .04$ ).

**Tableau 8.1 : Anciennetés dans la carrière toxicomane et thérapeutique selon l'usage actuel d'héroïne (1)**

A utilisé l'héroïne depuis 3 mois		Durée de la "carrière" de l'addiction	Age au début de l'héro	Durée depuis le premier traitement	Durée de l'expérience de méthadone	Durée de la prescription de méthadone -méd. actuel	Durée totale des interruptions de méthadone (mois)	Durée nette de l'usage de méthadone -Total	Latence des premiers soins	Latence de la méthadone	Age au premier usage de méthadone
Non	Moyenne	11,4185	20,24	8,8107	6,4968	3,78	18,3357	69,1435	2,8781	4,8234	25,16
	N	184	184	173	185	182	91	185	171	182	184
	E-type	6,3911	4,61	5,8904	4,9110	3,70	24,1813	53,8520	4,0644	4,7987	5,65
Oui	Moyenne	11,2662	20,55	9,3922	6,1538	3,53	18,3528	62,0865	2,1464	5,1888	25,87
	N	154	155	153	158	156	95	157	148	154	156
	E-type	6,5510	5,79	6,2157	4,0523	3,44	32,5017	45,3991	4,2498	4,7573	6,18
Total	Moyenne	11,3491	20,38	9,0836	6,3388	3,67	18,3445	65,9039	2,5386	4,9908	25,48
	N	338	339	326	343	338	186	342	319	336	340
	E-type	6,4552	5,18	6,0429	4,5325	3,58	28,6568	50,2009	4,1609	4,7762	5,90

**Tableau 8.1 (suite) : Anciennetés dans la carrière institutionnelle et thérapeutique selon l'usage actuel d'héroïne (2)**

A utilisé l'héroïne depuis 3 mois		Age premier séjour en home	Durée séjour en home (mois)	Age à la fin des études	Age du premier séjour en prison	Durée de l'incarcération (mois)	Age au premier sev rage	Age au dernier sev rage	Durée des séjours en centre résidentiel-mois	Age au premier séjour en centre résidentiel	Age au dernier séjour en centre résidentiel	Durée des séjours en centre spécialisé-mois	Age au premier séjour en centre spécialisé	Age au dernier séjour en centre spécialisé
Non	Moyenne	14,69	49,49	18,32	20,52	32,07	23,67	27,16	8,1941	23,50	26,34	20,27	22,60	27,29
	N	54	50	173	73	72	64	58	46	46	41	23	30	28
	E-type	9,59	61,39	3,51	4,47	44,69	5,61	7,06	11,6399	6,14	6,74	43,49	4,31	5,28
Oui	Moyenne	14,17	47,34	17,76	21,49	29,01	23,63	27,48	7,4526	23,10	25,13	11,74	24,68	27,77
	N	49	47	147	68	65	71	65	38	41	39	40	41	35
	E-type	6,60	52,20	2,75	4,44	35,04	5,93	6,77	9,8316	5,30	6,07	29,02	7,14	7,81
Total	Moyenne	14,44	48,45	18,06	20,99	30,62	23,65	27,33	7,8587	23,31	25,75	14,85	23,80	27,56
	N	103	97	320	141	137	135	123	84	87	80	63	71	63
	E-type	8,27	56,84	3,19	4,46	40,28	5,76	6,88	10,8020	5,73	6,41	34,90	6,16	6,76

**Aucune relation significative entre l'usage actuel d'héroïne et la « carrière » d'usage, institutionnelle ou thérapeutique n'est relevée**

3. L'Alliance thérapeutique est, comme prévisible, plus sensible aux nombres de médecins ( $r = -.15$  ;  $p = .004$ ) qu'à la complexité du parcours ( $r = -.12$  ;  $p = .02$ ). Ceci souligne l'impact de la relation avec le médecin prescripteur de méthadone. Alors que la complexité du parcours inclut d'autres types de prises en charge que les cures substitutives.
4. L'Alliance thérapeutique est fortement corrélée avec la satisfaction ( $r = .29$  ;  $p < .001$ ) et le bien-être ( $r = .20$  ;  $p < .001$ ).
5. Le découpage de l'Alliance thérapeutique en 3 dimensions permet de préciser :
  - 5.1. Le rôle de la complexité du parcours thérapeutique sur un émoussement de la satisfaction des attentes vis-à-vis du médecin actuel ( $r = -.11$  ;  $p = .02$ ). Au plus le patient aura connu de types de prises en charge, au moins il sera satisfait du contenu de sa cure actuelle.
  - 5.2. Quant à l'impact du nombre de médecins, il se manifeste essentiellement sur la dimension des rapports personnels avec le médecin actuel ( $r = -.12$ ). Au plus le patient aura connu de médecins, au moins il établira de personnalisation relationnelle avec son médecin actuel.
  - 5.3. Le fait de ressentir un respect ou d'être accepté par son médecin actuel est indépendant du nombre de médecins ou de la complexité du parcours.

## 9. L'apport de la cure substitutive pour le patient : Le mieux-être mental, le recul vis-à-vis des drogues et la mise en ordre avec la Justice.

### 9.1 Préliminaire.

Le questionnaire reprend un instrument utilisé dans une enquête réalisée depuis deux ans en collaboration entre le Réseau d'Aide aux Toxicomanes et plusieurs centres spécialisés de France (Projet GEERMM-Europe), traduction en miroir pour le patient d'une grille de lecture médicale. Cet indice de gravité utilisé dans l'étude prospective du R.A.T –Instrument Evolutox (Remy C., Ledoux Y. , 2001 ). Cet instrument servit de base d'une mesure de la gravité de la toxicomanie et de son évolution. La transformation actuelle en une version auto-administrée est un apport de l'étude actuelle. Nous proposons de l'appeler le Methadone Maintenance Benefit Scale ou en français l'Echelle d'Apport de la Cure Substitutive (Ledoux Y., Rémy C., 2003).

12 propositions quant à l'apport de la cure ont été retenues car concernant tous les patients. Le libellé des 12 propositions se retrouve dans le tableau 9.1. Elle concernent selon nous des bénéfices fondamentaux qu'un patient est capable de retirer d'une cure substitutive. Depuis un abandon de l'usage d'héroïne jusqu'à une capacité accrue sur le plan des activités ou une amélioration de son bien-être mental, les propositions couvrent un large spectre de bénéfices à retirer par le patient.

**Tableau 9 : L'Echelle globale d'Apport de la Cure Substitutive**

indice d'apport de la cure (12 items)		
N		271
	Manquant	137
Moyenne		46,1476
Médiane		48,0000
E-type		9,3484
Percentiles	25	40,0000
	50	48,0000
	75	53,0000

Pour obtenir cette échelle simple à utiliser pour le patient il convient cependant de noter que nous avons réduit le nombre d'items à 12, le questionnaire en proposant 16. Toutefois des non réponses ont été constatées de façon assez logique. Ainsi lorsque l'on demande si la cure a permis l'abandon de l'injection, les patients qui n'y ont jamais recouru ne peuvent y répondre. On pourrait certes introduire cet item uniquement pour ceux qui ont eu une expérience de l'injection et diviser l'indice par le nombre d'items. Une analyse de cet ordre sera présentée ultérieurement. Il nous est apparu comme plus maniable d'enlever les items qui concernaient des sous-groupes spécifiques pour construire une échelle plus « généraliste ».

La somme des 12 items (cote maximale de 60) fournit une mesure globale présentée dans le Tableau 9. La moyenne est de 46.1 avec un quart des patients se situant en-dessous de 40 et le quart supérieur au-dessus de 53.

La cohérence interne de l'échelle, mesurée avec l'alpha de Cronbach est élevée avec **.85**.

La facilité d'utilisation de l'échelle nous incite à la proposer dans tous les contextes de soins. En effet elle est parfaitement maniable en médecine générale, par exemple en la remettant au patient qui attend dans la salle d'attente.

Une analyse factorielle des propositions d'amélioration (de 1 –pas du tout- à 5 tout -à- fait d'accord) a été réalisée (avec rotation Varimax). Le tableau 9.1 présente les trois facteurs retenus dans l'analyse. Le premier facteur a une importance de 29% dans l'explication de la variance globale, le deuxième explique 19% de la variance et le troisième, 13%.

La première dimension est celle qualifiable d'amélioration du bien-être mental (fin de l'angoisse, meilleure idée de soi-même, capacité accrue à faire des projets, se sentir moins déprimé, se sentir plus dynamique).

La deuxième dimension est plus classique puisqu'elle recouvre la distanciation par rapport aux drogues. Ce recul vis-à-vis des drogues passe d'abord par celui vis-à-vis du « milieu » et de l'arrêt de l'usage d'héroïne depuis plus de 3 mois. Trouver une liberté par rapport à la drogue est le troisième item composant cette dimension. S'y associe aussi le fait de ne plus devoir se « débrouiller » pour avoir sa drogue.

Le dernier facteur retenu est celui qui concerne une amélioration vis-à-vis de la Justice et le fait d'éviter l'incarcération.

**Tableau 9.1. : Les dimensions de l'apport de la cure substitutive**

	Dimension		
	Dimension 1 : Apport en Santé mentale 29%	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues 19%	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice 13%
Permis de me sentir moins déprimé	,844	,102	,115
Permis de ne plus être angoissé	,831	7,697E-02	6,013E-02
Arrivé à avoir une meilleure idée de moi-même	,797	,199	,125
Permis de pouvoir faire des projets	,728	,145	,168
Ai retrouvé mon dynamisme	,665	,340	3,745E-02
Permi d'être plus disponible pour activités	,527	,422	,162
Je suis arrivé à prendre du recul par rapport à milieu	,160	,754	-2,061E-02
Je suis arrivé à arrêter complètement l'héroïne>3mois	6,137E-02	,754	-4,246E-02
Je suis arrivé à trouver ma liberté par rapport à la drogue	,218	,710	,162
Ne plus me "débrouiller" pour trouver l'argent de la drogue	,251	,498	,301
Permis d'éviter la prison	3,305E-02	,134	,858
Permis de me mettre en règle avec la Justice	,241	-2,481E-03	,796

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Les 3 dimensions dégagées par analyse factorielle synthétisent donc les apports de la cure substitutive du point de vue du patient. Le bien-être mental est à l'évidence l'apport principal.

**Nous évoquons l'utilisation de l'échelle pour les patients en cabinet privé : cette proposition est encore renforcée par l'importance de la dimension de l'apport en Santé mentale, plus difficile d'accès en médecine générale.**

**Bien entendu l'échelle est utilisable de façon diachronique pour mettre en évidence les évolutions pendant la cure.**

**Par ailleurs, combinée avec l'évaluation du médecin par l'instrument Evolutox (Rémy C., Ledoux Y., 2001), l'échelle apporterait un croisement de regards enrichissant.**

L'extraction des facteurs fournit à chaque patient une cote ou un score sur chaque dimension extraite. Ceci permet dès lors de considérer ces 3 dimensions comme des caractéristiques du patient.

Il est alors tentant d'utiliser ces scores comme variables dépendantes dans de nouvelles analyses pour tenter de mettre en évidence des associations fortes, éventuellement « explicatives », avec ce qu'apporte la cure aux patients.

Le chapitre 9.2. fournit une analyse des quelques associations entre les dimensions de l'apport de la cure et des caractéristiques du patient, de son passé thérapeutique, de la cure actuelle ou encore de ses relations affectives.

## 9.2. Analyse des apports de la cure.

### 9.2.1. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Age

Tableau 9.2.1. : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Age

AGE		Indice d'apport de la cure (12 items) <sup>a</sup>	Dimension 1 : Apport Santé Mentale <sup>b</sup>	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
-25	Moyenne	<b>48,1961</b>	<b>,2963568</b>	-3,68E-02	-3,97E-02
	N	51	72	72	72
	E-type	8,2195	1,0164729	,8663375	,9971626
25-30	Moyenne	46,5443	-1,32E-02	,1044777	-7,99E-03
	N	79	106	106	106
	E-type	8,8706	1,0514788	,9829005	1,0731519
31-35	Moyenne	46,4800	-6,08E-02	-2,02E-02	,1159399
	N	75	106	106	106
	E-type	10,0045	1,0772768	1,0203172	,9730570
36-40	Moyenne	45,6316	<b>,1123229</b>	6,707E-02	-8,06E-02
	N	38	57	57	57
	E-type	9,4566	,8931031	1,0898037	,9641442
41+	Moyenne	41,1071	-,5377156	-,2730730	-,1079393
	N	28	37	37	37
	E-type	9,4451	,9556697	1,4155765	1,3087113
Total	Moyenne	46,1476	1,683E-16	-1,04E-16	-1,96E-16
	N	271	378	378	378
	E-type	9,3484	1,0390263	1,0390263	1,0390263

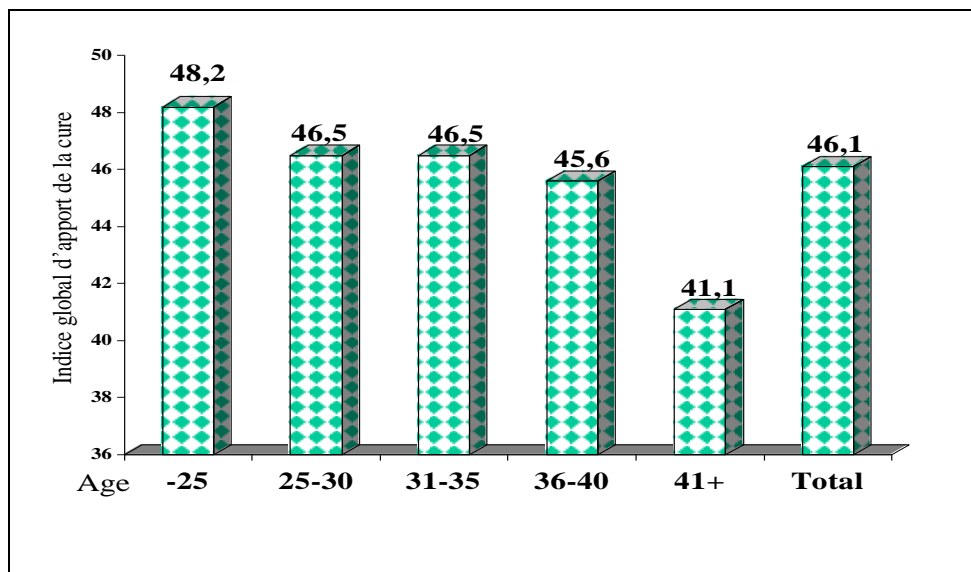
a.  $p = .02$

b.  $p = .002$

L'apport global de la cure varie selon l'âge. Le Graphe 9.2.3 permet de mieux visualiser les résultats présentés dans la première colonne du Tableau 9.2.3.

En ce qui concerne la deuxième colonne du Tableau 9.2.3, la Dimension de l'apport en Santé mentale varie selon l'âge ( $p = .002$ ) avec un meilleur apport pour les moins de 25 ans et aussi pour les patients de 36 ans à 40 ans.

Graphe 9.2.1. Indice global de l'apport de la cure selon l'Age



Les moins de 25 ans expriment un apport global de la cure plus élevé et s'opposent aux plus de 41 ans, qui de façon très nette se situent à un niveau fort bas. Entre ces deux extrêmes, l'apport de la cure est quasi identique. Les patients âgés éprouvent donc des difficultés spécifiques vis-à-vis de leur cure substitutive. Ceci ne doit sans doute pas être négligé sur un plan clinique.

## 9.2.2. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le mode de vie du patient

**Tableau 9.2.2.1. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon la vie commune avec une personne abstinente de drogues.**

Vit avec une personne abstinente de drogue		Indice d'apport de la cure (12 items) <sup>a</sup>	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues <sup>b</sup>	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
Autre	Moyenne	45,5324	-1,88650E-02	-6,695E-02	-1,2155E-02
	N	216	302	302	302
	E-type	9,5406	1,0590543	1,0776704	1,0597487
Vit avec abstinent	Moyenne	<b>48,5636</b>	7,496372E-02	<b>,2660573</b>	4,8302E-02
	N	55	76	76	76
	E-type	8,1916	,9582279	,8221353	,9573213
Total	Moyenne	46,1476	1,682682E-16	-1,041E-16	-1,9559E-16
	N	271	378	378	378
	E-type	9,3484	1,0390263	1,0390263	1,0390263

a. p = .03

b. p = .01

L'apport global de la cure est plus élevé pour les patients qui vivent avec une personne abstinente. L'effet de ce mode de vie est spécifiquement positif sur le recul vis-à-vis des drogues. Autrement dit la cure est d'autant plus efficace sur le plan de la réduction de l'usage de drogues que le patient vit en couple avec une personne abstinente de drogues. Dans ce cas le type de couple potentialise positivement le traitement.

**Tableau 9.2.2.2. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon la disqualification parentale du patient.**

A des enfants et ne vit pas avec		Indice d'apport de la cure (12 items) <sup>a</sup>	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues <sup>b</sup>	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
vit avec ses enfants	Moyenne	<b>47,5000</b>	-,1126878	<b>,2733208</b>	,1157776
	N	46	76	76	76
	E-type	8,3260	1,1219033	,8864469	1,0706978
ne vit pas av. ses enf.	Moyenne	43,7705	-,1285823	-,1898600	6,514E-02
	N	61	81	81	81
	E-type	9,4559	,9674564	1,0688752	,9083628
Total	Moyenne	45,3738	-,1208882	3,4355E-02	8,965E-02
	N	107	157	157	157
	E-type	9,1368	1,0417185	1,0087618	,9873881

a. p = .03

b. p = .004

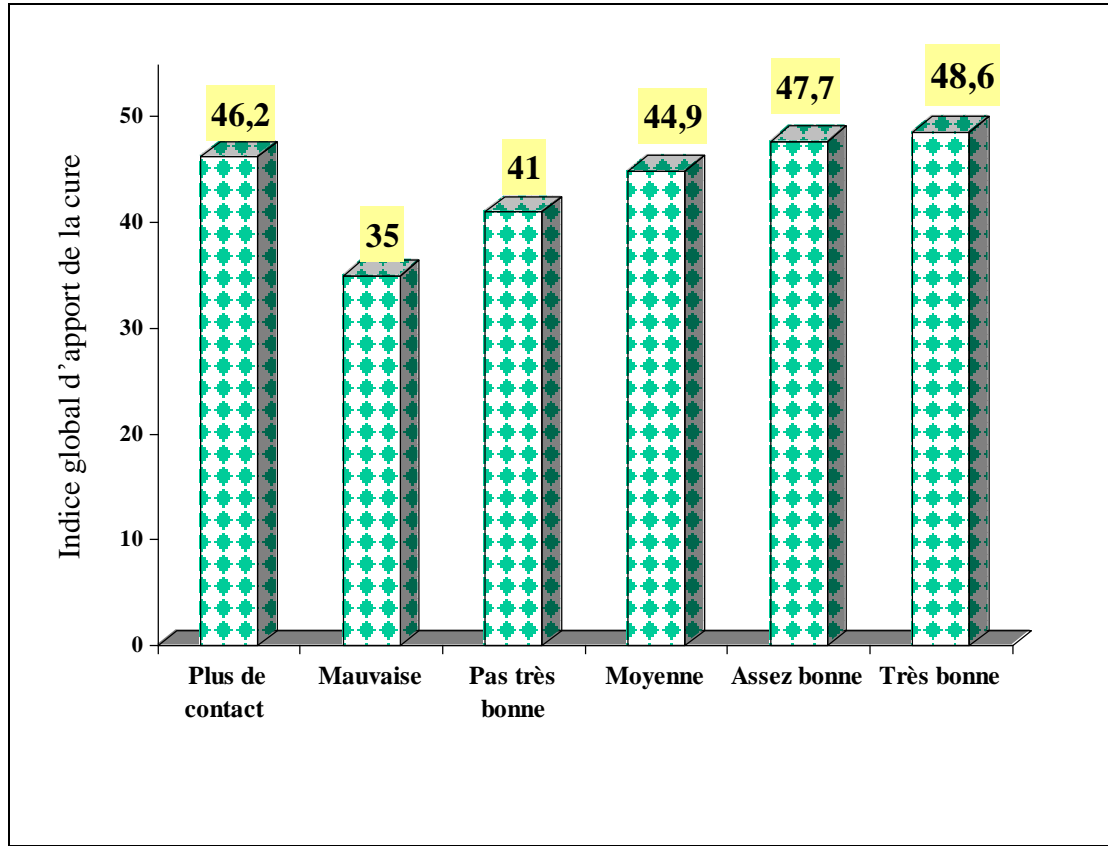
Sont comparés dans le Tableau 9.2.4.2. uniquement les patients qui ont des enfants selon qu'ils vivent ou non avec eux. Lorsque le patient ne vit pas avec ses enfants l'apport de la cure est plus faible. Cette réduction provient du recul vis-à-vis des drogues qui est moins important pour ceux dont la parentalité a été en quelque sorte disqualifiée. Bien entendu l'interprétation de ce résultat n'est pas univoque : si on a retiré les enfants de ces patients (mais nous manquons de précision sur les causes de



l'absence des enfants) c'est peut-être que des mesures de protection des enfants s'imposaient face à leur consommation de drogues. Ou alors, ce résultat exprime plus le mal-être de ces patients qui s'exprime par une immersion plus forte dans l'addiction.

### 9.2.3. Indice global de l'apport de la cure selon la relation avec les parents

Graph 9.2.3. Indice global d'apport de la cure selon la Relation avec les Parents



Le Graphe 9.2.5. exprime de façon très linéaire la relation étroite ( $p < .001$ ) qui unit l'apport global de la cure pour le patient et ses relations avec ses parents. Au plus elles sont mauvaises au moins le patient ressentira de bénéfice de la cure. Il est aussi intéressant de noter que l'absence de contact avec les parents est liée à un apport de la cure de niveau moyen, comme si sortir de la relation était préférable.

## 9.2.4. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon les dimensions thérapeutiques

### 9.2.4.1 .Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Alliance thérapeutique

**Tableau 9.2.4.1. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'Alliance thérapeutique**

		Indice d'apport de la cure (12 items)	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
Forte Alliance thérapeutique					
Alliance faible à moyenne	Moyenne	44,3711	-,1495912	-,1278853	-,1059293
	N	194	257	257	257
	E-type	9,1712	1,0729997	1,0563014	1,1066829
Forte Alliance		<b>51,5833</b>	<b>,3266333</b>	<b>,4098152</b>	<b>,3237525</b>
	N	60	89	89	89
	E-type	6,8254	,8332878	,7969222	,7414322
Total		46,0748	-2,709E-02	1,042E-02	4,596E-03
	N	254	346	346	346
	E-type	9,1896	1,0367688	1,0224129	1,0413423

Toutes différences significatives à  $p < .001$

L'Alliance thérapeutique a été rendue dichotomique (selon le quartile supérieur) en distinguant la forte Alliance. On constate que toutes les mesures de l'apport de la cure sont très significatives en fonction des deux groupes d'Alliance thérapeutique. Autrement dit une forte Alliance thérapeutique va permettre de prédire que le patient aura eu un apport élevé de la cure que ce soit au plan de la Santé mentale, du Recul vis-à-vis des drogues ou de la Mise en ordre avec la Justice. **La qualité de la relation thérapeutique est au cœur de l'amélioration ressentie par le patient.**

### 9.2.4.2 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le dosage de méthadone

**Tableau 9.2.4.2 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le dosage de méthadone**

DOSAGE		indice d'apport de la cure (12 items)	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
-25mg	Moyenne	46,4675	3,937E-02	,1076714	-,1037422
	N	77	106	106	106
	E-type	8,9921	1,0206732	1,0303327	1,2141657
26-50	Moyenne	46,4082	-2,695E-02	-,1203288	,1746010
	N	98	128	128	128
	E-type	9,6322	1,0357652	1,0703445	,8679309
51+	Moyenne	43,9104	-,2659008	-,1595272	,1018000
	N	67	95	95	95
	E-type	10,3334	1,1100900	1,0944725	,9388355
Total		45,7355	-7,458E-02	-5,819E-02	6,3900E-02
	N	242	329	329	329
	E-type	9,6626	1,0572245	1,0677479	1,0151253

AUCUNE différence statistiquement significative

L'analyse des effets du dosage de méthadone sur l'apport de la cure est d'une netteté indiscutable : aucun effet n'est observé. Comparée à l'analyse précédente qui démontre l'impact de la relation avec le praticien sur toutes les dimensions de l'amélioration ressentie par le patient, l'absence totale de celui du dosage de la méthadone doit faire réfléchir. L'intérêt porté au dosage, pour ne pas dire le caractère monopolisateur des discussions autour du dosage dans la littérature scientifique, laisse rêveur au vu des résultats présentés ici. On pourrait encore objecter que la mesure du dosage actuel ne serait pas un bon indicateur étant donné le design transversal de l'étude, mais que c'est l'évolution du dosage qui importe. Pour vérifier cette hypothèse critique nous avons construit une mesure binaire en comparant le dosage de début du contact dans l'officine (relevée par le pharmacien) et le dosage actuel : les dosages réduits d'un côté et les dosages identiques ou plus élevés de l'autre. Ces deux groupes ont alors été comparés sur les dimensions de l'apport de la cure.

### 9.2.5.. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'évolution du dosage de méthadone

**Tableau 9.2.5.1 : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon l'évolution du dosage de méthadone**

Evolution du dosage en 2 catégories		Indice d'apport de la cure (12 items)	Dimension 1 : Apport Santé Mentale	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
Réduction	Moyenne	46,9808	-7,352E-02	,1515036	9,5027E-02
	N	104	147	147	147
	E-type	9,0231	1,0135679	1,0787854	,9816516
Augmentation (ou pas chgmt)	Moyenne	46,4211	6,994E-02	-8,5666E-02	-1,8316E-03
	N	76	109	109	109
	E-type	9,5419	1,0268328	,9501720	,9482118
Total	Moyenne	46,7444	-1,244E-02	5,0521E-02	5,3787E-02
	N	180	256	256	256
	E-type	9,2236	1,0197086	1,0307764	,9668668

Pas de Relation significative. Recul drogue :  $p = .07$

Aucun effet statistiquement significatif n'est observé de l'évolution du dosage depuis le début du contact du patient dans l'officine sur l'apport de la cure substitutive pour le patient. On notera malgré tout une légère tendance à une amélioration du recul vis-à-vis des drogues avec une réduction du dosage, mais la différence ne passe pas la limite d'acceptation statistique avec  $p = .07$ .

Le rôle du dosage de méthadone dans la cure substitutive est ici encore mis en question, cette fois, par rapport à une auto-évaluation du patient.

Une autre question qui intéresse aussi les praticiens est celle de l'apport de la cure pour le patient en fonction du type de soins reçus. Les résultats sont présentés avec précaution, le but n'étant pas de décerner des bons ou mauvais points. Il est évident que les patients ressentent un bénéfice plus ou moins important en fonction de leur situation de départ. Il faudrait donc poursuivre l'analyse par rapport à chaque type de soins de façon longitudinale et de comparer alors les changements induits.

### 9.2.5.2. Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le lieu de la consultation

Tableau 9.2.6. : Indice global et Dimensions de l'apport de la cure selon le lieu de la consultation

#### Patients de Belgique

Type d'instances de soins		indice d'apport de la cure (12 items) <sup>a</sup>	Dimension 1 : Apport Santé Mentale <sup>b</sup>	Dimension 2 : Recul vis-à-vis des drogues	Dimension 3 : Mise en ordre avec la Justice
Médecine Cab.privé	Moyenne	44,5410	-,1307365	-9,328E-02	1,194E-02
	N	122	179	179	179
	E-type	9,9230	1,0333184	1,0701223	1,0393893
Maison médicale	Moyenne	46,1304	-,3884416	,2262525	,1843218
	N	23	38	38	38
	E-type	9,8641	1,0084998	,9702393	,8993032
M.a.s.s.	Moyenne	49,8000	<b>,4084431</b>	-,1994191	,2510386
	N	30	37	37	37
	E-type	9,5967	,8851876	1,0743534	,9882611
Centre spécialisé	Moyenne	45,9552	-1,457E-02	-4,161E-02	3,178E-02
	N	67	77	77	77
	E-type	8,7895	1,1337856	1,0878881	1,0147196
Total	Moyenne	45,7355	-7,303E-02	-5,644E-02	6,307E-02
	N	242	331	331	331
	E-type	9,6626	1,0543002	1,0648955	1,0121164

a.  $p = .06$  (NS)

b.  $p = .007$

Une analyse comparative a été réalisée en fonction des lieux de consultation du patient. Le Tableau 9.2.5.4 précise l'apport de la cure selon les types de soins. Nous constatons que la différence sur l'indice global n'atteint pas un seuil statistique significatif ( $p=.06$ ). Aucune différence n'est observée pour le recul vis-à-vis des drogues ou les rapports avec la Justice.

Toutefois une différence dans l'apport en Santé mentale atteint un niveau statistiquement significatif de  $p = .007$ . Les patients des Mass ont un bénéfice en Santé mentale sensiblement plus élevé que ceux des autres lieux de soins.

Les comparaisons sont bien entendu effectuées pour tous les patients des lieux de soins sans tentative de comparer des types de patients « semblables » (mais encore faudrait-il les définir). Des prolongements à l'analyse sont envisagés à cet égard.

### 9.2.7. Analyse multivariée de l'apport de la cure (Indice global)

Une analyse de régression linéaire itérative a été réalisée avec comme variable dépendante l'indice global d'apport de la cure. Cette analyse est fondée sur des principes identiques à ceux explicités au chapitre 7.5. Cette analyse (comme la précédente) a été réalisée avec l'option la plus couramment utilisée de la « mean substitution », c'est-à-dire avec remplacement des données manquantes par la moyenne des données présentes, ce qui permet de maintenir le nombre total de sujets dans l'analyse .

**Tableau 9.2.7. Résultats de la Régression linéaire itérative de l'Indice global d'apport de la cure (n=356)**

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
9 (Constant)	28,518	3,611		7,897	,000
Alliance thérapeutique	,236	,039	<b>,287</b>	6,014	,000
Indice de bien-etre	,291	,092	,155	3,152	,002
Indice de satisfaction	,291	,090	,163	3,228	,001
Motif ambigu d'usage de méthadone au noir	-3,294	1,101	-,135	-2,992	,003
Actuellement en Cabinet privé	-2,292	,722	-,144	-3,175	,002
Entente avec les parents	,858	,260	,152	3,306	,001
Agé de 41 ans et plus	-3,234	1,120	-,133	-2,889	,004
Expérience Institution totale (pré-thérapeutique)	2,091	,749	,131	2,791	,006
Ne vit pas avec ses enfants	-1,727	,862	-,093	-2,004	,046

R<sup>2</sup> = .31 / n = 356

La force de l'analyse est excellente avec R<sup>2</sup> = .31 et le premier facteur retenu, *l'Alliance thérapeutique* contribue déjà à lui seul pour un tiers (R<sup>2</sup> = .127). Cette analyse confirme par analyse multivariée ce qui avait déjà été mis en avant dans les analyses univariées : le rôle majeur de l'Alliance thérapeutique dans le bénéfice retiré par le patient de la cure substitutive. Le coefficient Bêta de .287 est de loin le plus élevé de tous les facteurs retenus.

Deux autres indices construits dans l'étude se classent en tête des facteurs retenus : *l'indice W.H.O du bien-être* (Bêta = .155) et celui de *la Satisfaction* (Bêta = .163). Il ne s'agit pas à proprement parler de facteurs explicatifs mais co-émergents. Au plus le patient retirera de bénéfices de la cure, au plus il ressentira bien-être et satisfaction dans sa vie quotidienne. On notera la cohérence des résultats à cet égard. Ces résultats confirment donc aussi l'intérêt de notre échelle d'apport de la cure substitutive (Ledoux, Rémy, 2003) améliorée dans le cadre de cette étude par rapport aux essais réalisés dans le cadre du *Groupe d'Etude et de Recherche Rhin Meuse Moselle*.

Face à l'impact dans l'analyse de régression de ces trois premiers facteurs (qui contribuent ensemble à un R<sup>2</sup> = .219) les autres pourraient apparaître comme secondaires.

Ils méritent toutefois une lecture attentive car elles caractérisent de fait des apports spécifiques à l'amélioration ou à la détérioration du vécu du patient et ont un intérêt clinique.

**L'entente avec les parents** (voir le Graphe qui lui est consacrée) avec un Bêta = .152 constitue une dimension peu attendue comme facteur de l'amélioration. Comme souvent deux hypothèses sont envisageables : le soutien affectif des parents contribue aux bénéfices retirés de la cure, à moins bien entendu qu'on ne considère l'amélioration du vécu du patient comme rejaillissant sur ses relations avec ses parents. Quoiqu'il en soit les relations avec les parents ont une place importante dans le vécu des patients en cure substitutive.

Le type d'orientation thérapeutique est présent dans l'équation avec la **cure en Cabinet privé** (Bêta = -.144). La relation est négative, donc les patients dans cette modalité de soins ressentent un moindre apport de la cure substitutive par rapport aux patients des autres types de prise en charge. Nous avons constatés dans les analyses univariées que les résultats dans les Mass étaient favorables, ici c'est à une inversion de la sélection des modalités que l'on assiste. Nous proposons ces résultats sans édulcoration mais en conseillant la prudence dans leur maniement.

Les patients les plus âgés, précisément les **patients âgés actuellement de plus de 41 ans** (Bêta = -.133) ressentent moins d'apport de la cure.

Nous avons déjà constaté que le motif de l'utilisation passée de méthadone sans prescription était une caractéristique importante à prendre en compte, ici le fait d'avoir eu un **motif ambigu (« comme drogue ») dans l'usage au noir de méthadone** est un facteur retenu comme explicatif d'un moindre apport de la cure (Bêta = -.135). Cela confirme que le sens que le patient donne à la méthadone (médicament ou drogue) constitue une dimension de l'efficacité de la cure substitutive.

**L'expérience passée de l'Institution totale** joue un rôle positif (Bêta = -.131) dans l'apport de la cure actuelle. Ce résultat est appréciable pour apprécier globalement l'impact social des cures substitutives : les patients qui ont subi les contraintes de la vie en home ou de l'incarcération bénéficient plus que les autres de la délivrance de méthadone.

Enfin, le fait de **ne pas vivre avec ses enfants** (Bêta = -.093) est le dernier facteur retenu dans l'équation explicative de l'apport de la cure pour le patient. Nous avons déjà discuté cette dimension de la vie quotidienne des patients. Elle interfère donc avec la cure substitutive de façon négative.

Ces analyses de régression ont une force suffisante pour être utilisées comme résumés de l'explication ou de dimensions « cachées » ou latentes de l'amélioration de l'existence du patient grâce à la cure.

C'est évidemment la relation thérapeutique et la mesure de l'Alliance entre le patient et son médecin qui permet le mieux de comprendre l'amélioration globale ressentie par le patient.

La question de l'amélioration de cette Alliance thérapeutique pour améliorer les bénéfices retirés de la cure est donc posée. Est-elle modifiable par un processus de formation des médecins ? Que faudrait-il faire intervenir dans la relation pour l'améliorer ? Les patients peuvent-ils bénéficier d'une intervention qui serait en mesure d'y contribuer ?

Beaucoup reste donc à faire sur ce nouveau terrain qui n'a été que partiellement défriché dans cette étude.

Sur un mode plus opérationnel, à la fois la mesure de l'Alliance thérapeutique et l'indice global de l'apport de la cure (qui est aussi un instrument simple à utiliser avec seulement 12 items) mériteraient d'être diffusés et utilisés quel que soit le contexte des soins.

Il suffit de les remettre au patient qui y répond facilement en quelques minutes. On obtient ainsi tel qu'il le ressent, une indication globale (qui peut éventuellement se décomposer) de la relation thérapeutique vécue par le patient et d'autre part de ce que la cure lui apporte. Aux praticiens de compléter par d'autres critères pour obtenir une indication précieuse de l'impact de leur prise en charge.

## 10. La relation du patient avec le pharmacien

La relation qui s'établit entre le patient en cure substitutive et le pharmacien d'officine est encore mal connue, et à notre connaissance n'a pas fait l'objet d'études spécifiques. Or, tout porte à croire lorsque l'on s'entretient avec des patients qu'elle est beaucoup plus centrale dans leur quotidien, que ne le laisserait supposer cette absence d'intérêt de la recherche en la matière. La focalisation sur les relations avec le monde médical et thérapeutique tend à occulter celles qui se développent avec un praticien dont la position dans le champ toxico-thérapeutique est relativement récente (du moins dans sa volonté de s'y faire reconnaître comme acteur à part entière). Si le pharmacien n'a en effet qu'un pouvoir de délivrance et non de prescription, dans le rapport avec le patient, on aurait tort d'escamoter son importance.

Ce chapitre sera consacré à une première analyse de ces relations, en partant du point de vue du patient.

Nous reprendrons certaines analyses multivariées, surtout par rapport aux bénéfices de la cure substitutive retirés par le patient et nous y introduirons les dimensions de la relation patient-pharmacien.

Ceci confirmera l'importance de la place occupée par le pharmacien dans la cure substitutive.

Ensuite nous analyserons de façon encore exploratoire la congruence entre le ressenti du patient vis-à-vis du pharmacien et celui du pharmacien envers le patient.

Une analyse factorielle en composantes principales a été réalisée sur toutes les attitudes du patient vis-à-vis du pharmacien et de la délivrance de méthadone en officine.

L'ensemble de ces attitudes figurent dans le Tableau 10. Elles sont au nombre de 29 et de nombreux éléments du vécu du patient dans sa fréquentation de l'officine sont couverts. Nous avons aussi tenté de trouver des correspondances entre le questionnaire destiné à l'évaluation par le pharmacien et celui rempli de façon autonome par le patient, afin de permettre un regard croisé sur une base qui ne soit pas trop dissemblable.

Le Tableau 10 permet (malgré une lecture difficile étant donné le grand nombre d'items introduits, on nous l'excusera) de vérifier la construction des dimensions ou facteurs fondamentaux de la relation patient-pharmacien. Un total de 8 dimensions a été retenu.

La première dimension est qualifiée de « *Reconnaissance du rôle du pharmacien dans la cure* ». Ce facteur exprime 15.6% de la variance. Les items retenus sont : Le patient reconnaît recevoir de bons conseils du pharmacien ; Le patient aborde tous les sujets avec le pharmacien ; Le patient aime bien discuter avec le pharmacien ; Le pharmacien s'intéresse à ce que le patient devient ; Le patient a une relation de confiance avec le pharmacien ; Le pharmacien joue un rôle dans le traitement ; Le patient se sent à l'aise dans l'officine ; Le patient estime que le pharmacien le respecte... Ces attitudes sont donc les plus fortement corrélées avec la première dimension. Elles nous permettent de donner un nom à ce facteur. Nous avons privilégié l'aspect du rôle dans le traitement, mais on pourrait aussi lui donner la même appellation que celle donnée au premier facteur de l'analyse factorielle des attitudes du pharmacien (voir Tableau 10, page 105), c'est-à-dire l'**empathie**, ressentie ici par le patient. Les deux facteurs sont symétriques et l'analyse en 10.5. démontrera leur inter-corrélation. On notera aussi que ce facteur est en relation négative avec les items suivants : « le pharmacien ne sert à rien d'autre qu'à délivrer le médicament » et « je fais peur au pharmacien » ou encore « j'énerve parfois le pharmacien ». Ce qui confirme la dimension empathique et l'importance du pharmacien aux yeux du patient que recouvre cette dimension fondamentale.

La deuxième dimension (8.3% de la variance) regroupe, elle, des attitudes qui reflètent des difficultés dans la fréquentation de l'officine : je gêne les autres clients ; j'énerve parfois le pharmacien ; la délivrance n'est pas assez confidentielle ; j'ai fréquenté plusieurs pharmacies avant d'en trouver une dans laquelle je me sens à l'aise... Par contre l'attitude suivante est la plus fortement en relation négative : « je me sens à

l'aise dans l'officine ». Tout ceci nous conduit à qualifier cette deuxième dimension de la relation du patient au pharmacien de « **malaise dans la fréquentation de l'officine** »

Le troisième facteur construit dans l'analyse factorielle comprend les items : Les horaires ne me conviennent pas ; je dois attendre trop longtemps mon tour ; le pharmacien ne sert à rien d'autre que de fournir les médicaments...C'est donc essentiellement une « **Critique dans l'organisation de la délivrance dans l'officine** » qui s'exprime dans cette dimension (6.4% de la variance).

La quatrième dimension est plus liée aux attitudes suivantes : je respecte les horaires ; je paie normalement ; je suis bien accueilli dans la pharmacie...C'est donc surtout l'aspect de **compliance** du patient qui transparaît dans ce facteur (6%).

En bref les quatre facteurs suivants ont été qualifiés de **Relationnel difficile** – je fais peur au pharmacien ; le pharmacien a parfois un coup de colère (5.6%), **Pression sur le dosage** –demander d'augmenter ou de diminuer les doses (5.5%), **Absence de fidélité** –je compte changer d'officine (5%) et **Changement d'organisation souhaitée** – je préférerais venir une fois par semaine (4.4%).

On doit préciser aussi que le facteur **Relationnel difficile** comprend l'item : le pharmacien me pousse à diminuer les doses, ce qui peut visiblement être mal perçu. Et d'une façon encore plus problématique le facteur **Absence de fidélité** est aussi fortement corrélé avec le « pharmacien m'aide pour prévenir les dommages ». Ceci met en évidence la prudence dont doit faire preuve le pharmacien pour ne pas apparaître trop interventionniste.

L'analyse a ensuite procédé à la construction de scores pour chaque patient sur chacune des dimensions obtenue dans cette analyse factorielle. Ces facteurs deviennent alors des variables comme les autres à « croiser » ou à faire intervenir dans les analyses. Nous en présentons deux : une analyse multivariée et une analyse de corrélations.



**Tableau 10 : Les dimensions de la relation du patient avec le pharmacien**

Facteurs de la relation du patient avec le pharmacien (après rotation varimax)

	Dimensions							
	Reconnais- sance du rôle du pharmacien dans la cure 15.6%	Malaise dans la fréquentation de l'officine 8.3%	Critique de l'organisation de la délivrance 6.4%	Compliance 6%	Relationnel difficile 5.6%	Pression sur dosage 5.5%	Absence de fidélité 5%	Changement d'organisation souhaité 4.4%
Je reçois de bons conseils du pharmacien	<b>,767</b>	6,743E-02	-,208	-2,179E-02	2,258E-02	9,99E-02	3,07E-02	4,664E-03
J'aborde tous les sujets avec le pharmacien	<b>,728</b>	-,121	7,985E-02	-,116	-1,709E-02	-4,9E-02	7,33E-03	-4,722E-02
J'aime bien discuter avec le pharmacien	<b>,704</b>	1,637E-03	-7,098E-02	,140	-7,717E-02	-1,8E-02	8,58E-03	1,597E-02
Le pharmacien s'intéresse à ce que je deviens	<b>,699</b>	-,210	,104	-5,028E-02	8,621E-02	5,56E-02	-4,0E-02	-,160
J'ai une relation de confiance	<b>,669</b>	-,155	-7,117E-03	5,696E-02	-9,163E-02	-5,6E-02	-1,0E-02	8,074E-02
Le pharmacien joue un rôle dans mon traitement	<b>,649</b>	9,215E-02	-,101	,137	9,119E-02	3,90E-02	-,196	-,159
Je me sens à l'aise dans la pharmacie	<b>,539</b>	-,467	-,154	,163	2,823E-03	3,23E-02	2,73E-02	-4,455E-02
Le pharmacien me respecte	<b>,508</b>	-,127	-6,268E-02	,270	-,250	-4,0E-02	-,161	,295
Je gêne les autres clients	-,106	<b>,701</b>	,263	-2,499E-02	-8,334E-02	,174	-,158	-6,909E-02
J'énerve parfois le pharmacien	-,247	<b>,644</b>	,157	-7,745E-02	,279	-5,2E-02	8,87E-02	-,248
La délivrance de méthadone n'est pas assez confidentielle dans l'officine	-9,033E-02	<b>,560</b>	,271	-1,734E-02	-1,200E-02	8,81E-02	3,84E-02	,188
J'ai fréqu.plus.offic.avant de trouver un à l'aise	,141	<b>,514</b>	-,256	-8,166E-02	9,342E-02	-5,4E-02	,193	,235
Les horaires ne me conviennent pas	8,388E-02	,124	<b>,775</b>	-,112	3,132E-02	6,74E-02	2,61E-02	5,029E-02
Je dois attendre trop longtemps mon tour	-8,734E-02	,212	<b>,592</b>	-3,516E-02	,156	9,33E-02	,162	-,154
Le pharmacien ne sert à rien d'autre que de fournir des médicaments	-,412	7,448E-02	<b>,447</b>	-8,126E-02	3,068E-02	-,108	7,47E-02	,169
Je respecte les horaires	,147	3,564E-02	-,189	<b>,787</b>	6,632E-03	-,125	-5,9E-02	9,442E-02
Je paie normalement	-7,683E-02	-,114	7,478E-02	<b>,746</b>	-,208	-1,2E-02	,120	-,105
Je suis bien accueilli à la pharmacie	,396	-,270	-,146	<b>,541</b>	1,895E-02	-3,6E-02	-,234	7,675E-02
Le pharmacien me pousse à diminuer mes doses	,168	-7,296E-02	4,384E-02	-,109	<b>,766</b>	,178	-,103	9,148E-02
Venir à la pharmacie me gêne pour mon travail	-,179	,194	,406	1,540E-02	<b>,482</b>	-6,1E-02	2,01E-03	,230
Je fais peur au pharmacien	-,424	,288	,122	-,117	<b>,445</b>	3,70E-02	,156	-9,326E-02
Le pharmacien a parfois un coup de colère	-,117	,393	9,087E-02	-,199	<b>,439</b>	-6,5E-02	,336	-,247
Je demande au pharmacien de diminuer la dose	3,967E-02	4,729E-02	1,569E-02	-5,356E-02	-4,103E-02	<b>,849</b>	,100	2,850E-02
Je demande au pharmacien d'augmenter la dose	3,879E-03	5,661E-02	7,958E-02	-7,693E-02	,178	<b>,839</b>	-2,4E-02	-4,509E-02
Je reste m.pharma si je change de méd	,243	3,400E-02	-2,717E-02	7,968E-02	2,147E-02	-,113	<b>-,660</b>	-4,357E-02
Je compte changer de pharmacie	-,196	7,195E-02	,342	2,219E-03	,239	7,58E-02	<b>,590</b>	-1,405E-02
Le pharm.m'aide pour éviter dommages	,297	5,775E-02	-1,357E-02	7,328E-02	-,122	-7,7E-02	<b>,554</b>	2,026E-02
Je préfère venir une fois par semaine	-5,390E-02	4,626E-03	3,561E-02	1,861E-02	2,345E-02	-2,2E-03	2,66E-02	<b>,758</b>
Je dois sortir avant de recevoir-gêne	-,306	,376	1,548E-02	-2,613E-02	,215	-1,8E-02	4,17E-02	<b>,434</b>

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 11 iterations.

## 10.1. Analyse multivariée de l'Apport de la cure avec les dimensions de la relation au pharmacien

Les 8 facteurs qui viennent d'être présentés ont été introduits dans la régression logistique de l'apport de la cure. Les mêmes variables indépendantes ont été utilisées que celle de l'analyse de régression présentée en 9.2.6 (p.140)

**Tableau 10.1.1 : Régression linéaire itérative de l'Apport de la cure avec les dimensions de la relation au pharmacien - Ensemble des patients de Belgique (n=356)**

**Coefficients de la Régression linéaire itérative  
(avec introduction des dimensions de la relation au pharmacien) <sup>a</sup>**

Modèle <sup>b</sup>	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
14 (Constant)	33,201	3,592		9,242	,000
Indice de satisfaction	,295	,087	,165	3,403	,001
Reconnaissance du rôle du pharmacien dans la cure	1,492	,350	,188	4,260	,000
Indice de bien-être	,282	,089	,151	3,183	,002
Entente avec les parents	,901	,251	,160	3,589	,000
Agé de plus de 41 ans	-3,541	1,079	-,145	-3,282	,001
Compliance dans la fréquentation de l'officine	,995	,358	,125	2,778	,006
Actuellement en Cabinet privé	-2,472	,697	-,155	-3,549	,000
Motif ambigu de la prise de méthadone "au noir"	-3,821	1,077	-,157	-3,547	,000
Critique de l'organisation de la délivrance	-,870	,355	-,109	-2,450	,015
Alliance thérapeutique	,183	,039	<b>,223</b>	4,677	,000
Expérience Institution totale (pré-thérapeutique)	1,912	,737	,120	2,595	,010
Ne vit pas avec ses enfants	-1,988	,837	-,107	-2,374	,018

a. Dependent Variable: Indice d'apport de la cure (12 items) / n = 356

b.  $R^2 = .367$

Nous constatons que l'introduction des dimensions de la relation au pharmacien contribue à améliorer la force de l'analyse de régression qui atteint ici un  $R^2$  de .367.

Globalement l'Alliance reste le facteur le plus important dans le bénéfice global retiré de la cure par le patient (Bêta = .223), mais son poids semble avoir été un peu réduit dans l'équation par rapport à l'analyse précédente. Le deuxième facteur en importance (Bêta = .188) est... la première dimension de la relation au pharmacien, ce que nous avons appelé la **reconnaissance du rôle du pharmacien** dans la cure (aussi l'empathie avec le pharmacien). De plus, deux autres dimensions de la relation au pharmacien ont été retenues dans l'équation : la **Compliance** dans la fréquentation de l'officine (Bêta = .125)-3<sup>ème</sup> facteur de la relation- et la **Critique de l'organisation de la délivrance** de la méthadone, dans une direction négative, bien entendu (Bêta = - .109)-4<sup>ème</sup> facteur de la relation avec le pharmacien.

Les autres facteurs sont identiques à l'analyse effectuée sans les dimensions de la relation au pharmacien, avec seulement des valeurs des coefficients modifiées, le plus souvent très légèrement.

On notera que le seul facteur dont le poids diminue le plus sensiblement est l'Alliance thérapeutique qui d'un Bêta = .287 dans la régression précédente descend à Bêta = .223.

Les commentaires que nous avons faits par rapport à la régression précédente restent donc valables et il suffit d'ajouter les 3 dimensions de la relation au pharmacien aux 9 anciens facteurs.

**La relation au pharmacien d'officine prend donc une place non négligeable dans la cure substitutive telle que la vit le patient.**

Les résultats sont ici particulièrement équilibrés, avec l'Alliance thérapeutique avec le médecin le facteur principal, talonné par la première dimension du rapport au pharmacien, les indices de satisfaction et de

bien-être, un mélange de caractéristiques personnelles du patient (dont l'entente avec les parents), et encore deux dimensions de la relation avec le pharmacien.

Ces résultats démontrent l'importance à accorder au vécu du patient dans ses relations avec le pharmacien et ses interactions dans l'officine. Par ailleurs, il semble bien qu'on ait trop escamoté l'impact de ces dimensions de la cure substitutive jusqu'à présent. Du moins dans la réalité actuelle de la cure substitutive telle qu'elle s'est développée de façon originale en Belgique.

La poursuite du travail d'analyse ne peut faire l'impasse sur la prise en compte des dimensions relationnelles qui ont été produites dans l'analyse factorielle présentée dans le Tableau 10. Toutes les analyses de régression doivent ainsi être reproduites en introduisant ces dimensions.

Ce que nous proposerons au lecteur dans une publication ultérieure.

Nous souhaitons conclure l'analyse des données de ce rapport par une approche croisée des dimensions présentées ici avec celles proposées dans l'analyse de l'évaluation du pharmacien.

## 10.2. L'évaluation croisée de l'attitude du pharmacien vis-à-vis du patient et l'attitude du patient concernant ses relations avec le pharmacien et la délivrance de méthadone

**Tableau 10.2. Corrélations entre les attitudes du patient (en ligne) et celles du pharmacien (en colonne) ; n = 282**

		Empathie du pharmacien	Désenchantement	Séparation	Proactif	Relation thérapeutique	Prescrire Héroïne
Reconnaissance du rôle du pharmacien dans la cure	Corrélation	<b>,243**</b>	,043	-,043	,002	<b>,188**</b>	,087
	p	,000	,468	,475	,979	,002	,146
Malaise dans la fréquentation de l'officine	Corrélation	-,061	<b>,156**</b>	,114	<b>,145*</b>	,000	,101
	p	,308	,009	,057	,015	,996	,089
Critique de l'organisation de la délivrance	Corrélation	,002	,034	-,056	,039	-,050	,095
	p	,967	,573	,346	,512	,400	,111
Compliance dans la fréquentation de l'officine	Corrélation	,070	<b>-,138*</b>	-,026	<b>-,193**</b>	-,061	<b>-,170**</b>
	p	,239	,020	,664	,001	,305	,004
Relationnel difficile avec le pharmacien	Corrélation	,098	<b>,127*</b>	,049	-,056	,111	,081
	p	,102	,033	,409	,352	,063	,177
Pressions sur le dosage	Corrélation	,031	,035	,039	-,071	,082	-,106
	p	,608	,560	,518	,234	,172	,076
Absence de fidélité	Corrélation	-,064	<b>,175**</b>	-,011	,036	-,017	-,013
	p	,287	,003	,851	,547	,780	,829
Changement d'organisation souhaitée	Corrélation	-,116	,022	,045	,058	,059	<b>-,123*</b>
	p	,052	,715	,447	,329	,326	,039

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

La construction des dimensions de l'attitude du patient vis-à-vis du pharmacien et de la délivrance en officine permet une analyse originale, celle de croiser ces sets d'attitudes des patients avec celles obtenues dans l'évaluation réalisée par le pharmacien concernant ces mêmes patients. Ce croisement a été obtenu pour n = 282 patients.

Le Tableau fournit les corrélations de Pearson et leur signification statistique entre les attitudes des patients, à lire en ligne, et celles des pharmaciens, en colonne.

On obtient des corrélations significatives entre certaines dimensions, ce qui signifie alors que les attitudes en question des patients et des pharmaciens sont cohérentes, soit parce qu'elles changent dans le même sens, ou sont dans un rapport inverse.

La première dimension en ligne et en colonne (qui constitue pour les pharmaciens comme les patients le premier facteur c'est-à-dire le plus important obtenu par analyse factorielle), *l'empathie (ou la proximité affective) du pharmacien* et la *reconnaissance par le patient du rôle tenu par le pharmacien dans sa cure* (ou de façon équivalente à la dimension de l'attitude du pharmacien, une reconnaissance par le patient d'une attitude empathique vis-à-vis de lui) ont une **corrélation excellente de  $r = .243$  ( $p < .001$ )**. Ce résultat est fondamental, car à lui seul il démontre l'adéquation globale entre les positions respectives du praticien et du patient.

La deuxième dimension est celle du *Désenchantement* du pharmacien par rapport à la situation du patient et dans la relation du patient au pharmacien, *le malaise dans la fréquentation de l'officine*. Le Tableau 10.3 présente une corrélation entre ces deux dimensions de  $r = .156$  ( $p = .009$ ).

En poursuivant la lecture du tableau, on peut constater que l'attitude de Désenchantement du pharmacien est aussi fortement liée à *l'Absence de fidélité* du patient  $r = .175$  ( $p = .003$ ), au *Relationnel difficile* ( $r = .127$  ;  $p = .03$ ) et dans une direction négative à la *Compliance du patient dans l'officine* ( $r = - .138$  ;  $p = .02$ ).

La dimension du désenchantement exprimée par le pharmacien trouve donc un écho remarquable dans le vécu des relations du patient avec le pharmacien et ce à plusieurs niveaux. Au plus le pharmacien est désabusé, au moins le patient est compliant, au plus il ressent un malaise dans ses interactions dans l'officine, au plus il exprime des difficultés relationnelles et au moins il est fidèle à son pharmacien. On peut donc se fier au désenchantement du pharmacien comme indice de difficultés du patient (que l'on a vu pour une d'entre elles –la compliance- intervenir aussi dans l'apport de la cure pour le patient)

*L'attitude proactive du pharmacien* intervient aussi globalement de façon négative dans les représentations du patient : elle est en effet négativement corrélée avec *la compliance du patient* ( $r = - .193$  ;  $p = .001$ ) et c'est aussi la corrélation qui vient en second en intensité parmi celles du tableau.

L'autre dimension liée à l'attitude proactive du pharmacien est le *malaise dans la fréquentation de l'officine* ( $r = .145$  ;  $p = .01$ ).

La *relation thérapeutique* exprimée par le pharmacien est corrélée fortement (3<sup>ème</sup> intensité du tableau) avec la première dimension du *rôle du pharmacien dans la cure* ou de l'empathie que le patient ressent ( $r = .188$  ;  $p = .002$ ). Ce résultat est aussi particulièrement satisfaisant et rassure sur la notion de relation thérapeutique formulée par le pharmacien. Lorsque le pharmacien pense exercer une telle relation, elle est vécue par le patient avec empathie, le rôle du pharmacien est donc significativement légitimé par le patient.

La dernière attitude du pharmacien, relativement problématique, puisqu'elle suppose de sortir du cadre de la substitution actuelle, en *rejetant la méthadone au profit de la prescription d'héroïne*, correspond chez le patient à une *moins compliance du patient* ( $r = -.170$  ;  $p = .004$ ) , mais aussi à un *moins souhait de changement d'organisation de la délivrance* ( $r = -.123$  ;  $p = .03$ ). Dans ce dernier cas avec un sens négatif l'interprétation de ce facteur s'avère difficile et demande une lecture attentive des items qui le composent (en inversant les signes). La moins compliance par contre met en évidence que les patients concernés sont plus irréguliers et certainement d'un abord plus difficile.

Cette analyse croisée des attitudes des patients et des pharmaciens aboutit au constat d'une forte congruence, et ce, sur les dimensions les plus fortes. Les regards des uns réfléchissent donc étonnamment bien le regard des autres. Ce qui est confirmé c'est la perception positive par le patient de la relation thérapeutique exprimée par le pharmacien, une très forte conjonction des empathies mutuelles, la perception négative par le patient de l'attitude proactive ou devrait-on plutôt dire de la volonté d'interventionnisme du pharmacien et enfin d'un désenchantement bien partagé dans certains cas.

## **11. Enquête dans la population fréquentant les officines de pharmacie (« population générale »)**

Des questionnaires ont été envoyés à près de 200 pharmaciens de l'Observatoire, pour être distribués à leurs patients de 18 à 60 ans. Ce questionnaire (18 pages) possède un tronc-commun avec le formulaire auto-administré destiné aux patients en traitement de substitution pour permettre une comparaison et des questions destinées à préciser l'usage et l'abandon de l'usage de diverses substances et utiliser à cet effet des instruments validés au plan international.

L'objectif d'une comparaison des patients en traitement de substitution doit cependant tenir compte de leurs caractéristiques épidémiologiques fondamentales et surtout de l'âge et du genre. Nous avons rapidement constaté que les questionnaires remplis devaient être « filtrés » pour correspondre à notre objectif. En effet, le nombre de personnes âgées et de femmes qui ont répondu et envoyé le questionnaire était beaucoup plus important que prévu. Par ailleurs, après contacts téléphoniques avec des pharmaciens, il est apparu que leur distribution du questionnaire était assez lente et qu'il fallait donc se montrer patients pour recevoir les questionnaires de retour. Tout ceci nous a amené à refaire des envois (notamment aux nouveaux pharmaciens de l'Observatoire) en demandant une distribution à des personnes de 18 à 50 ans (et non plus 60 ans) et en insistant sur une répartition égale entre hommes et femmes. En définitive les femmes en contact avec les officines étaient assez nombreuses à avoir répondu pour permettre une comparaison avec les femmes en traitement de substitution. De plus nous avons ajusté l'échantillon en fonction de l'âge des patientes avec prescription de méthadone. Finalement en réalisant les premières comparaisons, nous nous sommes rendu compte qu'il était aussi possible de comparer les hommes et les femmes en fonction de la durée du traitement tout en sélectionnant des échantillons dans la population générale des femmes qui correspondent aux âges des patient(e)s selon la durée du traitement. Le résultat de ces multiples comparaisons est présenté sous forme de tableaux ou chaque catégorie ou caractéristique est présentée et comparée selon le genre, la durée de la cure (moins ou plus de 4 ans) et en regard la situation des femmes « contrôles » de la population générale à des âges équivalents. Il ne fut pas possible de comparer les hommes en traitement de substitution avec un échantillon correspondant dans la population générale étant donné un retour insatisfaisant de questionnaires.

Une remarque s'impose : la réalisation d'études épidémiologiques dans la population en contact avec les officines fait défaut et nous « essayons les plâtres » d'une première dans ce domaine. En ce qui concerne la question de la représentativité de l'échantillon par rapport à la population générale en Belgique, nous restons dans l'expectative. Il est toutefois évident que sans ajustement, l'échantillon serait constitué d'une population au deux-tiers féminine et avec une moyenne d'âge élevée. En ce qui concerne l'état de santé de cette population par rapport à la situation générale, la réponse est moins tranchée. Il n'est pas encore assuré que cette population aurait un moins bon état de santé que la population belge en général. N'oublions pas que le recours aux officines se fait pour obtenir une grande variété de médicaments et pas nécessairement pour la personne qui vient les chercher... De toutes façons, l'objectif premier étant de comparer les patients en cure substitutive avec une population du même âge non « toxicomane », l'échantillon garde tout son intérêt.

Nous présentons donc ici une analyse des différences entre les patients en traitement de substitution selon leur genre et la durée du traitement et nous mettons en évidence les spécificités des femmes en traitement par rapport au groupe de comparaison tiré de la population générale avec un appariement selon l'âge.

### 11.1. Les âges des divers groupes étudiés

Comme déjà précisé les âges des femmes de la population générale ont été ajustés en fonction des groupes avec lesquelles ils étaient comparés. Le Tableau 1 précise les différences d'âge qui existent en fonction des groupes à durée de traitement différente. A la fois pour les hommes comme pour les femmes la différence d'âge entre les patients avec moins de 4 ans ou plus de 4 ans de cure est équivalente et se situe autour de 5 ans. Les trois groupes de femmes tirés de la population générale ont un âge semblable à l'ensemble des patientes ou à celles qui ont moins ou plus de 4 années de traitement de substitution. Précisons aussi que la durée du traitement a été calculée à partir de la durée « nette » de la durée de prescription de méthadone et non de la différence d'âge, par exemple, entre le premier traitement de substitution et l'âge actuel. On ne tient donc pas compte du temps passé hors traitement par ceux qui ont arrêté la méthadone pendant plusieurs mois ou années.

### 11.2. Le mode de vie des patients et de la population de comparaison

Nous commençons l'analyse comparative proprement dite en étudiant le mode de vie des patients et en précisant la situation vécue par les femmes de la population générale. Le Tableau 2 permet un ensemble de premiers constats sur l'isolement affectif et les attractions respectives des hommes et des femmes chez les « méthadoniens » comparée à ce que l'on peut attendre dans une population du même âge randomisée parmi les personnes en contact avec les pharmaciens d'officine.

**Premier constat : les hommes en traitement de substitution vivent nettement plus seuls (aux deux tiers) que les femmes (à 42%).** Il est 2.76 fois plus probable qu'un homme en cure vive seul par rapport à une femme en traitement. Cette dernière mesure nous est fournie par l'odds ratio ou le risque relatif qui est précisé dans les tableaux en regard des différences significatives observées entre les groupes de comparaison. Contrairement à ce qu'on aurait été enclin à supposer, nous n'observons pas de différence significatives entre les patientes et les femmes de la population générale en ce qui concerne la prévalence d'un mode de vie solitaire et ce, quelle que soit la durée du traitement. Par ailleurs la durée du traitement ne semble pas influencer sur le fait de vivre seul(e), pour les hommes comme pour les femmes.

Ceci implique évidemment que le même constat doit être fait en ce qui concerne le fait de vivre en couple. Il n'y a en effet qu'un tout petit nombre de patients qui vivent en communauté ou en institution dans notre échantillon de méthadonien(ne)s.

**Deuxième constat : le mariage est beaucoup plus fréquent pour les femmes que pour les hommes (2.3 fois plus probable avec près d'un tiers des patientes et seulement 17.2% des hommes)** Toutefois ici, on constate que les femmes avec méthadone se distinguent de façon forte de la population générale. Une majorité de femmes en contact avec le pharmacien est ou a été mariée et la probabilité par rapport aux méthadoniennes est globalement de 2.8. Il semble cependant que le traitement favorise un certain « rattrapage » vis-à-vis de la population générale : après 4 ans de cure l'écart est réduit et l'odds passe de 3.45 (en début de traitement) à 2.09 (IC à 95% de 1.10 à 4. –non indiqué sur le tableau-: on est donc proche d'une absence de différence pour la valeur minimale). Le traitement favorise donc pour les femmes (mais pas pour les hommes, puisque la proportion de patients mariés reste rigoureusement identique après plus de 4 années de cure) l'expérience du statut de femme mariée.

**Troisième constat : ce n'est pas parce que les femmes ont plus l'expérience du mariage qu'elles vivent pour autant avec leur conjoint.** Environ seulement la moitié des femmes mariées vivent avec leur conjoint, ceci quelle que soit la durée du traitement. L'écart avec la situation observée dans la population « contrôle » reste très élevé : l'odds diminue avec la durée du traitement de 7.6 à 4.3, mais a donc toujours une valeur très forte après 4 ans de cure par rapport aux femmes de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence significative entre femmes et hommes en traitement par rapport au fait de vivre avec

son conjoint. Les femmes connaissent ainsi une tendance à plus de ruptures de couple marié que les hommes en traitement de substitution.

Quatrième constat : Les hommes ont significativement plus que les femmes (5.62 fois plus probable) tendance à vivre avec un(e) partenaire abstinent(e) de tout usage de drogues ou d'alcool. 53.4% des hommes qui vivent en couple et seulement 17% des femmes vivent avec une personne abstinente. Les hommes en traitement de substitution recherchent donc plus quelqu'un de « clean » que les femmes. On pourrait parler de la « fiancée du fixer » -pour reprendre l'expression allemande de « fixersbraut » proposée dans une ancienne étude publiée dans *Suchtgefahren* en 1981-. Il s'agit ici d'un apport spécifique de l'étude quant au statut du partenaire par rapport à l'usage de drogues, qui peut avoir des répercussions cliniques. Dans une majorité de cas, la partenaire abstinente du patient devrait constituer une alliée du thérapeute et il aurait intérêt à la mettre à contribution pour aider à la stabilisation du patient. Par contre en ce qui concerne les femmes, le tableau 2 met en évidence un **cinquième constat : une recherche d'un partenaire avec le même statut de patient en traitement de substitution. Il est d'abord 4 fois plus probable pour les femmes par rapport aux hommes de vivre avec un patient en traitement de substitution et elles sont globalement une majorité à le faire (près de 58%)**. Ensuite l'évolution du traitement accentue encore cette tendance, puisque les patientes qui ont plus de 4 années de traitement sont 72.2% à vivre avec un patient en traitement alors qu'elles étaient 40% au cours des 4 premières années de la cure. Il est ainsi 3.9 fois plus probable qu'une patiente avec plus de 4 ans de cure vive avec un autre patient, par rapport à la situation en début de cure. Bien entendu l'écart avec la population générale (deux répondantes vivaient avec un patient en traitement) est considérable et s'accroît avec la durée de la cure.

Enfin, **dernier constat, lié à la construction des groupes de partenaires : le fait de vivre avec une personne qui a exclusivement une consommation modérée d'alcool est plus rare (4 fois plus) chez les méthadoniennes que dans la population générale**. Une consommation modérée du partenaire est ainsi très fréquente (51.4 %) chez les femmes de la population générale et ne représente que 21.5 % des femmes en traitement. Ce dernier groupe de partenaires à usage modéré est donc une exception dans la mesure où les patientes orientent leur choix de couple de façon préférentielle vers un autre patient en traitement ou un abstinent et donc nettement moins vers une personne avec un usage modéré d'alcool.

### 11.3. Le niveau d'études

Le Tableau 3 fournit des précisions sur le niveau d'études atteint par les hommes et les femmes en traitement de substitution et compare ces dernières aux femmes en contact avec les officines qui ont répondu au questionnaire. Nous avons retiré la quinzaine de pharmaciennes qui ont répondu, mais malgré tout le niveau d'études de l'échantillon de la population générale est visiblement élevé. Avant de conclure que l'échantillon est « biaisé » par un niveau d'éducation trop élevé par rapport à ce qui est attendu, il faut tenir compte de la classe d'âge concernée : pour des personnes entre 30 et 35 ans le niveau atteint est certainement plus élevé que pour des personnes plus âgées. Quoiqu'il en soit d'une meilleure compliance pour participer à l'enquête des niveaux d'éducation plus élevés, les différences avec les patients en traitement de substitution sont telles que nous devons souligner fortement un retard considérable au niveau de la formation (que nous augmentons donc peut-être par artefact). Ceci éclaire malgré tout le constat assez sombre qui sera fait de la désaffection du travail des patients et de l'absence d'évolution favorable en fonction de la durée du traitement. Si le traitement ne permet pas de rattrapage au plan de l'insertion professionnelle, ce serait lié à l'accumulation de handicaps « sociaux », dont le bagage éducatif (sa faiblesse, en l'occurrence) constitue une dimension importante.

Une constatation retirée du Tableau 3, celle d'une tendance à une proportion plus élevée de femmes avec le plus faible niveau d'études parmi celles qui ont plus de 4 années de traitement, *bien que le seuil de signification ne soit pas atteint*, fournit néanmoins matière à réflexion méthodologique. Si sur base d'un échantillon plus important la tendance observée est confirmée, deux explications seraient envisageables.

**La première** renvoie au caractère synchronique de l'analyse : à un moment donné, une comparaison est

réalisée entre des patients différents avec une durée de cure plus ou moins longue. Ce qui n'équivaut pas à une évolution des mêmes individus. Il est donc possible que les patients avec la durée la plus longue, puisque ce sont aussi ceux qui ont débuté la cure à une période antérieure, correspondent à une **période historique différente et plus exactement aux patients qui ont été parmi les premiers à bénéficier d'un traitement de substitution**. Si 44.5% des femmes avec plus de 4 ans de cure n'ont pas dépassé un niveau d'études secondaire inférieur alors que celles avec moins de 4 années de traitement sont 27.1% seulement avec un tel niveau d'études, c'est peut-être parce que **le traitement de substitution a d'abord attiré les patientes les moins éduquées**. Ce qui revient aussi à dire que les toxicomanes les plus anciens historiquement étaient moins éduqués ou que l'usage d'héroïne s'est développé du « bas » vers le « haut » (et encore, de façon toute relative étant donné la proportion toujours élevée parmi les patients récents avec de faibles niveaux d'éducation). Est-ce que cette considération méthodologique sur l'interprétation des catégories de durée du traitement est valable pour tous les critères analysés ? Nous ne le pensons pas. Pour certains le sens à donner des différences renvoie surtout à un processus évolutif. Mais il s'agit d'un choix de notre part. Ceci souligne l'importance des études longitudinales qui lèvent les hypothèses de ce genre. Toutefois dans la réalité de la construction des études longitudinales, un autre problème méthodologique survient : le processus de sélection de la population. Les patients qui s'en sortent le mieux sont toujours plus facilement suivis et les échecs disparaissent de l'échantillon étudié ! Il faut donc se montrer prudents dans l'interprétation et ouvrir le champ à des explications de types différents.

**La deuxième explication de la tendance à une proportion plus élevée de patientes avec un faible niveau d'éducation** parmi celles avec une durée de cure plus longue relève d'un processus de sélection, dans lequel les femmes avec un faible niveau éducatif auraient tendance à poursuivre plus longtemps leur cure.

En toute logique, il y a certainement les deux types d'explication à retenir ensemble. Les premières femmes à bénéficier d'une cure substitutive avaient un niveau faible et celui-ci a aussi contribué à ne pas leur donner autant d'options d'arrêt du traitement que celles avec des acquis éducatifs plus importants.

Ces remarques ont surtout un intérêt méthodologique et restent spéculatives au vu des relations encore peu significatives. Toutefois les écarts avec la population contrôle (qui passe de 2.87 à 6.93 en fonction de la durée de cure dans le cas d'un niveau secondaire inférieur) compensent largement l'absence de relations observées en ne prenant en compte que les patientes en cure substitutive. Autrement dit les écarts avec la population générale permettent de justifier les commentaires méthodologiques qui viennent d'être faits, mieux qu'une simple observation de la situation des patients en traitement.

La lecture du Tableau 3 met finalement en évidence non seulement la **forte présence parmi les patients en cure de niveaux très bas d'éducation, mais aussi la rareté de niveaux supérieurs et surtout du niveau universitaire** : globalement il est 22.3 fois moins probable de trouver une patiente avec un tel niveau d'éducation par rapport à ce qui est observé chez les femmes du même âge en population générale.

Ce qui est en cause relève donc d'un abandon ou décrochage très précoce des études ou encore d'un « sur place » au niveau scolaire de la population en traitement, autant chez les hommes que chez les femmes pour environ 40% ne dépassant pas le secondaire inférieur. De telles situations doivent donc toujours constituer un signal d'alerte pour les autorités scolaires dont les conséquences désastreuses à long terme sont mises ici en évidence.

#### **11.4. Relations et contacts avec les parents**

Lorsqu'on observe la population en traitement sans référence à ce qui se passe dans une population générale, on serait enclin à considérer que les patients présentent des contacts fréquents et des relations ou une entente avec leurs parents qui ne paraissent pas particulièrement défavorables. En effet autour de 50% des hommes ainsi que des femmes ont des contacts fréquents (souvent/très souvent en contact ou habitent chez leurs parents). En ce qui concerne l'entente moyenne ou mauvaise, les proportions ne semblent pas non plus très élevées entre 27% pour les hommes et il est vrai une proportion plus élevée pour les femmes



avec près de 40% (1.77 fois plus probable pour les femmes que pour les hommes en traitement d'avoir plutôt une mauvaise entente avec les parents). Sans faire référence à la situation en population « contrôle », il apparaît que les femmes en traitement ont des relations plus difficiles avec leurs parents que les hommes. La comparaison avec la population « contrôle » permet de rendre compte d'une situation très défavorable pour les femmes. En effet seulement entre 15% et 16% des femmes en contact avec les officines. Ce qui permet de calculer un écart en termes de probabilité : il est 3.44 fois plus probable que les patientes aient une entente moyenne à mauvaise par rapport aux femmes de l'échantillon contrôle. En ce qui concerne la fréquence des contacts, pour 81.6% des femmes « contrôles » ceux-ci sont fréquents (souvent, très souvent ou habitent chez leurs parents). L'écart avec les patientes (qui, par ailleurs, avec 55.1% d'une telle fréquence de contacts se distinguent des hommes en traitement par une probabilité 1.70 fois moindre) de la population « contrôle » est important puisqu'il est 4.35 fois plus probable que les femmes de ce dernier groupe aient une forte fréquence de contacts. Ici aussi il faudra attendre la constitution d'un échantillon contrôle pour les hommes avant de s'assurer d'une différence défavorable pour les patients en traitement de substitution. Ceci sera important pour vérifier l'hypothèse d'une relation fusionnelle avec la mère notamment. En ce qui concerne les femmes, les relations et contacts avec les parents apparaissent donc globalement sous un jour très défavorable.

## 11.5. Usage de médicaments, de drogues et d'alcool

### 11.5.1. Usage de médicaments psychotropes (Tableau 11.4)

Les différences d'usage de psychotropes selon le genre du patient et l'usage en fonction de la durée du traitement n'ont jamais été étudiées chez les patients en cure substitutive. Nous présentons ici une partie des données recueillies, celles fournies par l'analyse des auto-anamnèses. Une analyse ultérieure tiendra compte des évaluations produites par les pharmaciens d'officine sur un échantillon plus important. Par rapport à l'usage d'**antidépresseurs**, la prévalence de l'usage chez les patients, avec 23.8% d'usage depuis 3 mois chez les femmes et 21.1% chez les hommes, est équivalente. On notera par contre une différence selon la durée du traitement chez les hommes avec 13.3% d'usage lorsque la cure est inférieure à 4 ans et 30.1% chez les patients qui ont plus de 4 années de cure (odds de 2.79). Le résultat était attendu, étant donné l'hypothèse d'une apparition d'états dépressifs en cours de traitement. Ce qui surprend par contre, c'est l'absence d'une telle évolution pour les femmes. Peut-être que les femmes ont tout simplement plus rapidement que les hommes une apparition de symptômes dépressifs et donc que toutes celles qui ont une telle propension le manifestent au cours des premières années de cure. Un autre résultat surprenant est l'absence de différence significative entre la prévalence d'usage d'antidépresseurs chez les patientes et notre échantillon de femmes dans la population générale. Autrement dit, nous n'observons pas de spécificité de l'usage d'antidépresseurs chez les femmes en traitement de substitution ! On peut dès lors se poser la question du rôle antidépresseur de la méthadone chez les femmes, ce qui fournirait une autre explication à l'absence de l'augmentation de la prévalence de l'usage d'antidépresseurs en cours de traitement de substitution chez les femmes.

La situation est fort différente en ce qui concerne l'usage de **benzodiazépines**. D'une part la prévalence est plus élevée chez les femmes (41.7%) que chez les hommes (28.9%) avec une probabilité d'usage de 89% en plus (odds de 1.89). Mais nous constatons aussi augmentation de la prévalence pendant la cure. Pour l'ensemble de la population en traitement (hommes plus femmes) la proportion d'usagers augmente de 18.6% au cours des 4 premières années pour atteindre 45.5% des patients avec plus de 4 années de traitement de substitution (odds de 3.67). Si l'augmentation est observée chez les hommes comme chez les femmes, elle est plus importante chez les hommes. L'usage passe de 15.8% à 44.1% des hommes après 4 ans de cure (odds de 4.21) et chez les femmes de 28.3% à 52.6% (soit un odds moindre que pour les hommes de 2.82). Les hommes « rattrapent » ainsi les femmes pendant la cure dans leur prévalence de prise de benzodiazépines.

La comparaison des patientes avec la population générale montre un décalage qui s'accroît en fonction de la durée du traitement. La prévalence des benzodiazépines est de 12.9 % chez les femmes en contact avec les officines dans la classe d'âge prise en considération. Entre 31 ans et 35 ans, aucune évolution ne se marque. Mais comparées aux patientes l'odds est globalement de 4.93 et augmente de 2.65 à 7.48 selon la durée du traitement des patientes.

L'usage de **Flunitrazépam** (Rohypnol®) est une source de préoccupations chez les praticiens. Les « chat rooms » des pharmaciens sur le net manifestent ces inquiétudes de façon récurrente. Dans l'étude évaluative des pharmaciens, nous avons établi une forte relation entre l'indice de problèmes comportementaux manifestés par le patient en officine et l'usage de cette benzodiazépine. Les résultats de nos comparaisons actuelles mettent en évidence une prévalence plus élevée chez les femmes (9.6 %) que chez les hommes (4.2 %). Il est donc 2.82 fois plus probable pour une femme d'avoir une prescription de Flunitrazépam. Toutefois l'augmentation pendant la cure est plus sensible chez l'homme, qui passe de 1.8 % en début de traitement à 7 % après 4 ans (odds de 4.06), alors que les femmes ont une augmentation de la prévalence de 4.2 à 14.3 qui n'atteint pas le seuil de signification statistique. On notera qu'aucune femme dans notre groupe contrôle n'a utilisé de Flunitrazépam.

### 11.5.2. Usage de tabac (Tableau 11.4) et de cannabis (Tableau 11.5)

Presque tous les patients fument du **tabac** : 93.4% des hommes et 89.8% des femmes. Il n'y a pas de différence entre hommes et femmes, ni selon la durée de la cure. Chez les femmes en contact avec l'officine la prévalence globale est de 19.1% et reste stable entre 31 et 35 ans. L'écart avec les patientes en traitement est donc très élevé avec un odds de 37.

Nous avons pour la population générale une mesure de l'indice de Fagerstrom qui estime l'intensité de la **dépendance au tabac**. Parmi les 19 femmes qui fument et ont répondu à toutes les 6 questions du test, 9 ne sont pas dépendantes du tabac, 2 ont une dépendance faible, 3 une dépendance moyenne, 4 une forte dépendance et 1 a une très forte dépendance au tabac. Il y aurait donc parmi les femmes de 31 à 35 ans en contact avec l'officine et qui fument du tabac, environ la moitié qui n'a pas de dépendance au tabac. Ainsi parmi l'ensemble des femmes de cette classe d'âge seulement une sur dix présenterait une dépendance au tabac et une sur vingt une forte dépendance.

L'usage récent (au cours des 3 derniers mois) de **cannabis** concerne environ la moitié des femmes en traitement de substitution et deux-tiers des hommes. La différence de prévalence est statistiquement significative à  $p < .01$ , avec 83% de chance en plus pour les hommes d'utiliser du cannabis. On ne constate aucune différence en fonction de la durée du traitement quel que soit le genre du patient. L'écart de prévalence des femmes avec la population « contrôle » est toutefois considérable, puisque moins de **2%** de ces dernières **ont un usage actuel de cannabis** : l'odds est de 55.5. L'usage de cannabis constitue donc une des spécificités les plus fortes des femmes en traitement de substitution par rapport à celles en contact avec l'officine. On précisera qu'il s'agit ici de l'usage actuel et non de la prévalence de vie de l'usage de cannabis. En effet **10.2% des femmes du groupe « contrôle » ont déjà utilisé du cannabis**. L'arrêt de l'usage de cannabis est donc massif dans cette population de femmes entre 31 et 35 ans, souvent d'ailleurs depuis de nombreuses années. Une orientation de l'étude en population générale est d'analyser l'arrêt de l'usage de cannabis, avec pour hypothèse l'importance du phénomène parmi ceux qui ont fait l'expérience de cette substance. Cette hypothèse semble largement confirmée, mais il faudra attendre la collecte d'un échantillon de population plus substantiel pour analyser les facteurs contributifs à cet abandon.

### 11.5.3. La consommation d'alcool (Tableau 11.5)

La mesure de la **consommation d'alcool** utilisée dans la présente comparaison repose sur la quantité x la fréquence. 4 types de boissons ont été retenues dans les deux questionnaires pour les patients et le groupe « contrôle » : la bière *pils* normale, la bière forte (une spécialité belge), le vin et les spiritueux. Pour chaque type le nombre de verres et la fréquence de consommation permettent d'obtenir un total traduit en nombre de verres annuels d'alcool pur. Chaque verre de chaque boisson équivaut à 10 grammes d'alcool pur, à part la bière forte (20 grammes). 800 grammes d'alcool pur correspondent à 1 litre d'alcool pur. Toutes les consommations sont bien entendu additionnées pour produire le volume annuel.

Le calcul produit une moyenne annuelle de 6 litres pour les femmes en traitement de substitution et de 2.65 litres pour les femmes « contrôle » du même âge. Ces moyennes sont globales et comprennent les femmes qui sont abstinentes (0 litre). En effet tous les répondants ne sont pas usagers d'alcool. On notera à cet égard que les patientes sont plus souvent abstinentes d'alcool (39.6%) que les hommes (28.2%). La différence est seulement significative à  $p < .05$ , avec un odds de 1.67. Toutefois, comparées aux femmes « contrôles » les patientes sont moins nombreuses à consommer de l'alcool ; 81.5% des femmes en contact avec les officines consomment pour 60.4% des patientes. Ceci souligne l'utilité d'une traduction en quantités globales d'alcool ingérées.

S'il y a 20% de patientes en cure de moins que par rapport aux femmes de la population générale à consommer de l'alcool, ceci signifie clairement qu'une part des patientes ont résolu leurs éventuelles difficultés face à l'alcool en devenant totalement abstinentes, mais aussi que celles qui poursuivent leur usage ont un niveau de consommation encore plus élevé par rapport aux femmes qui boivent dans la population « contrôle ». En effet, le nombre moyen de litres d'alcool pur ingéré par les consommatrices dans les deux groupes s'écarte encore plus nettement : 13.03 litres pour les patientes et 3.25 litres chez les « contrôles ». La mesure Eta de l'écart venant de .257 pour l'ensemble des deux groupes grimpe à .422, si on ne prend en compte que les buveuses.

D'un point de vue technique ou statistique, il faut toutefois se montrer prudent en manipulant la variable de la quantité d'alcool consommée, car elle n'a pas une forme normale (ou gaussienne) selon la terminologie statistique (la mesure de skewness est de 3. alors qu'une courbe normale ne doit pas dépasser la valeur 1). Cette remarque ne relève pas d'une coquetterie méthodologique, mais a des implications sur les techniques à utiliser pour analyser la consommation d'alcool. Nous ne pouvons pas nous contenter d'établir des moyennes, car les écarts par rapport à la moyenne sont trop importants. Par ailleurs des méthodes « explicatives » multilinéaires du type de la régression linéaire ne devraient pas non plus être utilisées avec la quantité consommée comme variable dépendante.

C'est pourquoi nous présentons dans le Tableau 5, des comparaisons pour un usage de **plus de 20 litres d'alcool pur par an**. En utilisant une telle mesure dichotomique de la consommation d'alcool, nous échappons à la limite analytique imposée par la forme non normale de la quantité d'alcool. Cette variable en deux catégories, plus ou moins de 20 litres annuels, pourra dès lors être utilisée dans des analyses multivariées de type régression logistique. Le fait de consommer plus de 20 litres d'alcool pur par an équivaut à une consommation de plus de 4-5 verres de boisson alcoolisée par jour. Même si les experts discutent à l'envi sur la limite inférieure à prendre en compte pour un usage acceptable, il s'agit ici d'une mesure peu discutable d'une **consommation excessive**. En adoptant une telle mesure, nous faisons cependant sortir les femmes de la population générale du champ de l'analyse puisque aucune n'atteint un tel volume de consommation. Ce qui d'une certaine manière cela nous conforte dans l'idée qu'il s'agit véritablement d'une mesure de l'excès. Ceci ne clôt bien entendu pas la discussion sur la limite inférieure de l'excès.

Il n'y a ainsi dans la population des femmes en contact avec les officines **aucune** avec une consommation supérieure à 15 litres / an et seulement **3.7 % avec une consommation supérieure à 10 litres /an**.

Nous avons donc créé une nouvelle variable en plaçant la barre plus bas et en considérant la limite de 10 litres d'alcool pur / an comme départageant des consommatrices à **usage élevé** (vous remarquerez la prudence de la terminologie utilisée...). Le Tableau 5 fournit les comparaisons pour les consommations de plus de 10 litres, de plus de 20 litres à la fois pour l'ensemble des groupes étudiés et pour ceux qui boivent uniquement. Ces comparaisons nous permettent de faire des constats sur l'importance de l'usage d'alcool chez les femmes avec méthadone par rapport à la population générale et sur l'évolution de cette consommation pour celles qui ne sont pas abstinentes : l'écart d'un usage de plus de 10 litres avec les femmes « contrôles » est globalement de 6.8., mais si on ne compare que celles qui boivent, l'odds atteint une valeur de 11. En tenant compte d'une part d'abstinentes plus élevée chez les patientes, on constate donc qu'il est très net que bien que moins de patientes boivent, quand elles le font l'écart avec la population générale est spectaculaire. La tendance à augmenter sa consommation en cours de traitement est une réalité, à la fois pour les femmes (46.9 % avec plus de 10 litres et 34.4% avec plus de 20 litres après 4 ans de traitement, quoique l'augmentation n'atteigne une signification statistique uniquement pour celles qui boivent plus de 10 litres) et pour les hommes (56% des usagers avec plus de 10 litres et 33.% avec plus de 20 litres après 4 ans de cure). Il est 2 fois plus probable pour un homme qui boit avec traitement de substitution de consommer plus de 20 litres d'alcool pur par an lorsqu'il a plus de 4 ans de traitement par rapport à la situation au cours des 4 premières années de la cure.

Une dernière remarque d'ordre méthodologique est utile toujours par rapport à la constitution de deux groupes selon la durée du traitement : ce regroupement recouvre le vieillissement du patient, de 5 années au moins en moyenne. Il est donc envisageable que les différences observées soient plus liées à l'âge qu'à la durée intrinsèque du traitement. Certes, il est théoriquement difficile de faire la part des choses, toutefois dans certaines analyses il est possible de distinguer les deux. En l'occurrence, en ce qui concerne l'élévation de la consommation d'alcool pendant la cure, nous mettons en évidence un **effet significatif de l'âge du patient plutôt qu'un effet de la durée du traitement.**

L'analyse logistique qui suit confirme cette observation et permet de réinterpréter les analyses de l'évolution de l'usage d'alcool sous un autre angle.

## 11.6. Analyses multivariées de la consommation d'alcool

### 11.6.1. Régression logistique de la consommation excessive (> 20 litres /an) –

Ensemble des patients

Nombre de cas retenus dans l'analyse : 311

-2 Log Likelihood : 264,181 Goodness of Fit : 334,328

Cas correctement classés par l'analyse : 80.4 %

----- Variables retenues dans l'équation -----

Variable	B	S.E.	Wald	Sig	R
Age	,0819	,0232	12,5200	,0004	,1848
A vécu en Comm.Thérap.	,8653	,3319	6,7964	,0091	,1248
A eu une rechute avant le médecin actuel	,8583	,3149	7,4298	,0064	,1328
Usage actuel de CANNABIS	,9362	,3659	6,5476	,0105	,1215
A utilisé METHADONE illicite	,6360	,3117	4,1638	,0413	,0838
Première cure : Maison médicale	1,0620	,5287	4,0356	,0445	,0813
Constante	-10,1586	1,5638	42,1997	,0000	

Variable	-Odds-	IC à 95%	
		Inférieur	Supérieur
<b>AGE</b>	<b>1,0854</b>	1,0372	1,1357
<b>A eu une cure en Centre Résidentiel</b>	<b>2,3758</b>	1,2396	4,5536
<b>A eu une rechute avant le médecin actuel</b>	<b>2,3592</b>	1,2727	4,3732
<b>Usage actuel de CANNABIS</b>	<b>2,5503</b>	1,2450	5,2243
<b>A utilisé METHADONE sans prescription</b>	<b>1,8888</b>	1,0254	3,4792
<b>Première cure : Maison médicale</b>	<b>2,8922</b>	1,0262	8,1511

L'analyse de régression de la consommation excessive d'alcool produit une équation très satisfaisante du point de vue statistique en classant correctement un nombre appréciable de cas et avec une mesure de la « Goodness of fit » bien plus élevée que le « -2 Log Likelihood ». De plus chacun des 6 critères « explicatifs » a une signification inférieure à  $p < .05$ . Seuls les deux derniers ont une signification limite à  $p = .041$  et  $p = .044$ , ce que confirment leurs valeurs inférieures de l'odds dans l'intervalle de confiance qui dépassent de peu le niveau acceptable. L'utilisation de la méthadone sans prescription dans le passé et le fait d'avoir commencé sa carrière thérapeutique par un traitement en maison médicale doivent donc être considérés avec prudence pour classer un usage excessif d'alcool. Les autres critères ne nécessitent par contre aucune remarque de précaution méthodologique :

1. L'âge étant une mesure quantitative, l'odds de 1.08 s'interprète comme suit : il y a 8% de chance qu'une année de plus prédise l'appartenance au groupe à consommation excessive. Un patient qui a donc 12 ans et demi de plus doublera sa probabilité de consommer plus de 20 litres d'alcool pur par an.
2. L'usage actuel (au cours des 3 derniers mois) de cannabis rend deux fois et demi plus probable une consommation excessive d'alcool. Bien entendu nous avons vérifié qu'une relation n'existe pas avec l'usage d'autres substances. Alcool à fortes doses et cannabis se conjuguent donc chez les patients en traitement de substitution.
3. Le fait d'avoir déjà eu au moins un séjour en Communauté thérapeutique a aussi une forte capacité de prédiction (odds de 2.38) d'une consommation annuelle de plus de 20 litres d'alcool pur. Ceci renseigne sur une gravité spécifique des patients en C.T., soit dans le passé (si leur usage d'alcool était déjà élevé au moment de leur séjour) ou de façon prospective (emballement de l'usage d'alcool ultérieurement). Quoi qu'il en soit, ce type d'orientation thérapeutique a tout intérêt à tenir compte de cette tendance à l'alcoolisation de leur population « héroïnomanes ».
4. Une dernière caractéristique intéressante d'un point de vue clinique est l'association toujours très forte (odds de 2.36) de la consommation excessive d'alcool et d'une rechute (arrêt de la méthadone et reprise importante d'héroïne) précédant le traitement actuel. L'expérience de l'échec entraîne donc une forte alcoolisation. Les patients qui sont donc repris en cure après une rechute sont donc des patients à risque, qui méritent une attention spécifique des praticiens.

Etant donné l'orientation prise dans l'analyse, il nous est apparu utile de reproduire des analyses de régression de l'usage excessif d'alcool des patients en traitement de substitution de façon séparée pour les hommes et les femmes.

## 11.6.2. Régression logistique de la consommation excessive (> 20 litres /an) –Hommes en traitement de substitution

Nombre de cas retenus: 230  
 -2 Log Likelihood : 199,754      Goodness of Fit : 230,067  
 Cas correctement classés par l'équation : 77,83%

----- Variables retenues dans l'équation -----

Variable	B	S.E.	Wald	Sig	R
AGE	,0875	,0257	11,5535	,0007	,2025
A vécu en Centre Résidentiel	1,2978	,3810	11,5997	,0007	,2030
Usage de Cannabis	1,2568	,4423	8,0751	,0045	,1615
Premier traitement : Maison Médicale	1,5970	,6374	6,2781	,0122	,1355
Satisfaction vis-à-vis de sa SANTE	,4103	,2052	3,9996	,0455	,0927
Constante	-11,1541	2,0654	29,1650	,0000	

Variable	Odds	IC à 95%	
		Inférieur	Supérieur
<b>Age</b>	<b>1,0915</b>	1,0377	1,1479
<b>A vécu en Centre Résidentiel</b>	<b>3,6611</b>	1,7349	7,7259
<b>Usage actuel de cannabis</b>	<b>3,5140</b>	1,4769	8,3610
<b>Premier traitement : Maison médicale</b>	<b>4,9383</b>	1,4159	17,2234
<b>Satisfaction vis-à-vis de sa santé</b>	<b>1,5072</b>	1,0082	2,2533

A part la dernière caractéristique, les « prédicteurs » de l'usage excessif d'alcool chez les hommes étaient présentes dans l'analyse globale sur l'ensemble des patients. Cependant on notera que l'impact des variables retenues sur la consommation excessive d'alcool est plus élevé pour les hommes. Ici c'est le fait d'avoir commencé sa carrière de soins en maison médicale qui prédit le plus la consommation excessive d'alcool avec un odds de près de 5. Sur l'ensemble de la population (en incluant les femmes) le rôle de l'entrée dans le circuit de soins par la maison médicale était plus ténue. Combiné à la prise en charge en Communauté thérapeutique, nous constatons que l'abus d'alcool chez les patients en cure substitutive correspond à un profil de soins particulier qui sera utile aux praticiens pour comprendre les risques associés chez leurs patients. Parmi ceux-ci l'usage de cannabis contribue au profil d'alcoolisation de façon très importante pour les hommes. La dernière caractéristique qui ne dépasse, il est vrai, que faiblement la limite de la signification statistique, laisse cependant rêveur : les patients avec abus d'alcool seraient plus satisfaits de leur état de santé ! Au plus les hommes en traitement seraient satisfaits de leur santé au plus probable un abus d'alcool. En admettant que ce résultat se reproduise sur un échantillon plus important, on devrait envisager un curieux effet cognitif de l'abus d'alcool... A moins que, pris au pied de la lettre, ceci n'indique qu'une satisfaction par rapport à son état de santé ne relâche la propension à boire chez le patient...

### 11.6.3. Régression logistique de la consommation excessive (> 20 litres /an) – Femmes en traitement

Nombre de cas retenus : 81

-2 Log Likelihood : 52,148 Goodness of Fit : 92,823

Cas correctement classés par l'équation : 88,89%

----- Variables dans l'équation -----

Variable	B	S.E.	Wald	Sig	R
A eu une rechute Avant le traitement actuel	1,5934	,7805	4,1676	,0412	,1705
Usage passé de méthadone au noir	2,2225	,8098	7,5322	,0061	,2724
Usage d'antidépresseurs	2,0379	,8474	5,7838	,0162	,2252
Constante	-12,3931	3,1728	15,2574	,0001	

Variable	Exp(B) Odds	IC à 95% pour Exp(B)	
		Inférieur	Supérieur
<b>A eu une rechute avant la cure actuelle</b>	<b>4,9204</b>	1,0657	22,7178
<b>Usage passé de méthadone au noir</b>	<b>9,2304</b>	1,8876	45,1368
<b>Usage d'antidépresseurs</b>	<b>7,6744</b>	1,4580	40,3948

Premier constat : tous les facteurs prédictifs de l'abus d'alcool sont différents chez les femmes.

Si on retrouve deux facteurs déjà retenus dans l'analyse globale sur l'ensemble de la population, une **caractéristique spécifique** aux femmes ressort ici de façon importante. Il s'agit de l'usage d'**antidépresseurs**. Le fait de prendre ces médicaments rend plus de sept fois et demi plus probable l'usage excessif d'alcool. **L'alcool semble donc fortement lié à la dépression chez les femmes en traitement de substitution**. Cette dimension n'était pas particulièrement sous-jacente chez les hommes.

On remarquera que l'usage de cannabis n'est pas associé à la forte alcoolisation chez les femmes.

Par ailleurs, on ne retrouve aucune caractéristique de l'utilisation des modalités de soins. Alors que chez les hommes, Communautés thérapeutiques et maisons médicales étaient des orientations de soins privilégiées pour les patients avec abus d'alcool pendant leur traitement de substitution, les femmes ne se distinguent pas par un parcours de soins spécifique.

Le facteur d'abus d'alcool qui émerge comme le plus important chez les femmes en traitement de substitution est sans conteste l'usage passé de **méthadone sans prescription médicale**, avec un odds de plus de 9. Ceci mérite une analyse complémentaire, car nous avons montré dans le rapport d'évaluation de la délivrance de méthadone, que le sens de ce recours au marché noir était double. D'une part pour certains patients il s'agissait d'une orientation très négative qui marquait une attirance pour la méthadone comme drogue et non comme médicament. Cependant pour d'autres patients, le recours à la méthadone sans prescription correspondait à un processus plus fonctionnel d'automédication. Après vérification nous sommes en mesure d'affirmer que c'est nettement l'orientation négative du recours à la méthadone au noir qui domine chez les patientes qui abusent de l'alcool. 46.7% des femmes qui consomment plus de 20 litres d'alcool pur par an ont recouru à la méthadone sans prescription « par manque d'argent pour acheter de l'héroïne » mettant ainsi la méthadone sur le même pied. Seules 16.3% des femmes avec une consommation moindre d'alcool ont eu ce même type de recours à la méthadone du marché noir (p = .007 et Odds de 4.5). **Pour une femme, une telle utilisation de la méthadone constitue donc un signal d'alerte spécifique par rapport à un comportement d'addiction plus problématique.**

Le troisième facteur de la forte alcoolisation chez les femmes en cure est l'expérience d'une rechute précédant la prise en charge actuelle avec un odds de près de 5. L'échec du dernier traitement précipite donc un recours à l'alcool à fortes doses chez les femmes – et non chez les hommes-. Le clinicien doit donc être particulièrement sensible à éviter les rechutes chez les patientes, car les effets à long terme sont aigus pour les femmes qui semblent moins bien résister à un échec du traitement.

Signalons enfin que l'âge, qui apparaît dans les analyses multivariées précédentes, n'est pas retenu dans l'équation explicative de l'abus d'alcool chez les femmes. L'accroissement de la consommation excessive n'est donc pas autant liée à l'âge chez les femmes en traitement de substitution et donc à une évolution plus « naturelle » telle que nous l'observons chez les hommes.

Le tableau global explicatif de l'abus d'alcool chez les femmes est donc sensiblement plus négatif pour les femmes avec une connotation d'échec et de dépression que nous ne retrouvons pas chez les hommes.

### **11.7. Conclusion à l'analyse comparative avec la population générale et renversement de perspective analytique.**

L'ouverture de l'étude à la population générale en contact avec les officines encore limité aux femmes dans cette étude étant donné le temps nécessaire pour constituer un échantillon d'hommes est prometteur. Le premier test réalisé sur les comparaisons entre femmes et pour les patients en traitement de substitution selon le genre met en évidence une situation plus problématique pour les femmes au plan affectif, relationnel, ce qui semble se traduire par un état plus dégradé sur le plan de la santé mentale. L'usage de benzodiazépines et les conditions de l'abus d'alcool sont aussi défavorables par rapport aux hommes. L'usage de cannabis est au contraire moins prévalent parmi les patientes et constitue une des rares dimensions positives de l'évaluation selon le genre.

Comme attendu, les comparaisons avec les femmes du même âge manifestent presque toujours des écarts défavorables considérables, que la méthode utilisée permet de mesurer de façon précise. Parmi les rares absences d'écart, citons l'usage d'antidépresseurs ou le fait de vivre en couple (avec toutefois une composition du couple très spécifique aux femmes en traitement de substitution). L'aspect le plus négatif de l'évaluation consiste dans les comparaisons selon la durée du traitement. Nous avons espéré un « rattrapage » ou une réduction des écarts avec les femmes en contact avec les officines en fonction de l'évolution du traitement. Nous n'avons pas trouvé d'améliorations substantielles, même si le caractère synchronique des données incite à la prudence, et si de nouvelles caractéristiques seront envisagées. Ceci n'invalide en rien l'orientation thérapeutique substitutive, car ce qui est évité (décès, nouveaux handicaps...) est par définition non mesurable. Toutefois, il semble que l'absence de progression favorable de beaucoup d'indicateurs, confirme le constat d'une population dont l'accumulation de handicaps sociaux et affectifs ne permet pas d'envisager de rétablissements spectaculaires. Si ceci constitue la tendance « lourde », il faudra probablement adopter une autre approche dans l'analyse. C'est-à-dire identifier les situations minoritaires où des améliorations sont sensibles et tenter de les « expliquer » avec les instruments analytiques à notre disposition. Car poursuivre dans un constat amer ne contribuerait en rien à soutenir les efforts considérables de nombre de praticiens dans le domaine. Certes nous avons soulevé l'existence de risques spécifiques et de signaux utiles aux praticiens, mais ce n'est pas suffisant. Cette conclusion s'achève donc sur un renversement de notre perspective d'analyse, ce qui nécessitera la construction d'indices d'amélioration pour obtenir une sélection des patients qui ont le mieux répondu au traitement, pour finalement comprendre les facteurs contributifs.



Tableau 11.1 :

**Age**

**Comparaison selon le genre et la durée du traitement des patients et comparaison des femmes avec la population "contrôle"**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Homme	Homme	Homme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme
	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone
	Total	< 48 mois	> 48 mois	Total	< 48 mois	> 48 mois	Total	compa.5	compa 6
(n)	(311)	(166)	(145)	(105)	(48)	(57)	(110)	(85)	(116)
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Age moyen	31.3	28.6	34.3	<b>32.2</b>	29.4	34.6	34.	30.7	34.9
			**	NS			**	NS	NS
			.416				.404		

\*\* : p<.001

Eta est une mesure de l'intensité de la différence observée entre les deux moyennes comparées

Tableau 11.2 :

**Mode de vie****Comparaison selon le genre et la durée du traitement des patients et comparaison des femmes avec la population "contrôle"**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9						
	<b>Homme</b>	Homme	Homme	p-2-3 <b>Femme</b>	p-1-4 Femme	Femme	p-5-6 <b>Femme</b>	p-7-4 Femme	p-8-5 Femme						
	<b>Méthadone</b>	Méthadone	Méthadone	OR <b>Méthadone</b>	OR	Méthadone	OR <b>Popul.Gén.</b>	OR	OR						
	Total	< 48 mois	> 48 mois	Total	< 48 mois	> 48 mois	Total	compa.5	compa 6						
	(n)	(311)	(166)	(145)	(105)	(48)	(57)	(110)	(85)	(116)					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%						
Vit seul(e)	66.6	70.3	62.2	NS	<b>41.9</b>	**	43.8	40.4	NS	30.9	NS	35.3	NS	30.2	NS
						2.76									
Vit en couple	33.1	29.7	37.1	NS	<b>56.2</b>	**	56.3	56.1	NS	68.2	NS	63.5	NS	69.	NS
						2.59									
Marié(e) ou l'a été	17.2	17.	17.5	NS	<b>32.4</b>	**	22.9	40.4	NS	<b>57.3</b>	**	<b>50.6</b>	**	<b>58.6</b>	*
						2.30					2.80		3.45		2.09
Vit avec conjoint actuellement	10.4	9.7	11.2	NS	16.2	NS	10.4	21.1	NS	<b>51.8</b>	**	<b>47.1</b>	**	<b>53.4</b>	**
											5.57		7.63		4.31
Le partenaire est: % / partenaire															
Abstinents (ni alcool, ni drogue)	53.4	<b>63.9</b>	44.3	*	16.9	**	23.3	11.4	NS	45.7		44.2	NS	45.9	**
						2.23									6.58
Consomme Alcool (rien d'autre)	16.	9.8	21.4	NS	21.5	NS	30.	14.3	NS	<b>51.4</b>	**	51.9	NS	51.4	**
						.07					3.86		.054		6.33
Toxicomane en cure substitutive	25.2	21.3	28.6	NS	<b>57.6</b>	**	40.	<b>72.2</b>	**	2.9	**	3.8	**	2.7	**
						4.03			3.9		45.45		16.67		93.6

° : p &lt;.05 ; \* : p&lt;.001 ; \*\* : p&lt;.001

OR : Odds Ratio ; (inv) : valeur inversée de l'Odds pour que la caractéristique avec la valeur la plus élevée soit prise pour base de la comparaison

Tableau 11.3

**Niveau d'études atteint****Comparaison selon le genre et la durée du traitement des patients et comparaison des femmes avec la population "contrôle"**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9						
	Homme	Homme	Homme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme						
	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone						
	Total	< 48 mois	> 48 mois	Total	< 48 mois	> 48 mois	Total	compa.5	compa 6						
(n)	(311)	(166)	(145)	(105)	(48)	(57)	(110)	(85)	(116)						
	%	%	%	%	%	%	%	%	%						
<b>( Primaires )</b>	27.1	27.1	27.1	NS	18.6	NS	10.4	25.9	NS	1.2	**	1.6	**	1.1	**
												18.9		6.98	30.1
<b>Secondaire Inférieur et Primaire</b>	<b>43.1</b>	42.6	43.6	NS	<b>36.3</b>	NS	27.1	44.4	NS	10.8	**	11.5	°	10.3	**
												4.67		2.87	6.93
<b>Professionnelles</b>	31.2	34.8	27.1	NS	20.6	NS	27.1	14.8	NS	14.5	NS	11.5	°	13.8	NS
														2.87	
<b>Technique Inférieur</b>	6.4	4.5	8.6	NS	2.	NS	2.1	1.9	NS	_		_			
<b>Technique Supérieur</b>	6.1	5.2	7.1	NS	8.8	NS	12.5	5.6	NS	8.4	NS	3.3	NS	8.	NS
<b>Secondaire Supérieur</b>	7.1	6.5	7.9	NS	16.7	NS	16.7	16.7	NS	14.5	NS	18.	NS	13.8	NS
<b>Supérieur non Universitaire</b>	4.1	3.9	4.3	NS	14.7	NS	12.5	16.7	NS	<b>33.7</b>	**	39.3	**	33.3	°
												2.95		4.54	2.5
<b>Universitaire</b>	2.	2.6	1.4	NS	1.	NS	2.1	_	NS	<b>18.1</b>	**	16.4	*	20.7	**
												22.28		9.17	

° : p &lt; .05 ; \* : p &lt; .001 ; \*\* : p &lt; .001

OR : Odds Ratio ; (inv) : valeur inversée de l'Odds pour que la caractéristique avec la valeur la plus élevée soit prise pour base de la comparaison

**Tableau 11.4 : Usage de médicaments psychotropes et de tabac (depuis 3 mois)**

**Comparaison selon le genre et la durée du traitement des patients et comparaison des femmes avec la population "contrôle"**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9						
	Homme	Homme	Homme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme						
	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone						
	Total	< 48 mois	> 48 mois	Total	< 48 mois	> 48 mois	Total	compa.5	compa 6						
	(n)	(311)	(166)	(105)	(48)	(57)	(110)	(85)	(116)						
	%	%	%	%	%	%	%	%	%						
<b>Antidépresseurs</b>	21.1	13.3	<b>30.1</b>	** 2.79	23.5	NS	23.9	23.2	NS	14.5	NS	11.8	NS	14.7	NS
<b>Benzodiazépines</b>	28.9	15.8	44.1	** 4.21	41.7	* 1.89	28.3	52.6	* 2.82	12.9	** 4.93 (inv.)	12.9	° 2.65 (inv.)	12.9	** 7.48 (inv.)
<b>Flunitrazépam</b>	4.2	1.8	<b>7.</b>	° 4.06	<b>9.6</b>	* 2.82	4.2	14.3	NS	–	–	–	–	–	–
<b>Tabac</b>	93.4	92.4	94.7	NS	89.8	NS	91.3	88.5	NS	19.1	** 37.04 (inv.)	18.8	** 45.28 (inv.)	20.7	** 29.4 (inv.)

° : p < .05 ; \* : p < .001 ; \*\* : p < .001

OR : Odds Ratio ; (inv) : valeur inversée de l'Odds pour que la caractéristique avec la valeur la plus élevée soit prise pour base de la comparaison

Tableau 11.5 Usage de cannabis et d'alcool -avec usage excessif (depuis 3 mois)  
 Comparaison selon le genre et la durée du traitement des patients et comparaison des femmes avec la population "contrôle"

	1	2	3	4	5	6	7	8	9						
	Homme	Homme	Homme	p-2-3	Femme	p-1-4	Femme	Femme	p-5-6	Femme	p-7-4	Femme	p-8-5	Femme	p-9-6
	Méthadone	Méthadone	Méthadone	OR	Méthadone	OR	Méthadone	Méthadone	OR	Popul.Gén.	OR	Popul.Gén.	OR	Popul.Gén.	OR
	Total	< 48 mois	> 48 mois		Total	< 48 mois	> 48 mois		Total		compa.5		compa 6		
	(n)	(311)	(166)	(145)	(105)	(48)	(57)	(110)	(85)	(116)					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Cannabis	65.1	62.9	67.6	NS	50.5	*	51.1	50.	NS	1.8	**	2.4	**	1.7	**
						1.83	(inv.)				55.5	(inv.)	43.3	(inv.)	56.5
Alcool (non abstinent)	71.8	72.6	70.9	NS	60.4	°	61.7	59.3	NS	81.5	**	81.	*	80.7	**
						1.67	(inv.)				2.88		2.64		2.87
Alcool pur /an > 10 litres (/ Total)	33.4	28.	39.7	*	20.8	*	12.8	27.8	NS	3.7	**	4.8	NS	4.8	**
				1.69		1.92					6.8				8.9
> 10 litres (/ Usagers)	46.6	38.7	56.	*	34.4	NS	20.7	46.9	°	4.5	**	5.9	°	5.4	**
				2.02					3.38		11		4.17		15.35
> 20 litres (/ Total)	18.7	14.6	23.4	NS	14.9	NS	8.5	20.4	NS	—		—		—	
> 20 litres (/ Usagers)	26	20.2	33.	°	24.6	NS	13.8	34.4	NS	—		—		—	
				1.95											
	Moyennes	Moyennes	Moyennes	p	Moyennes	p	Moyennes	Moyennes	p	Moyennes	p	Moyennes	p	Moyennes	p
Litres d'alcool pur (/ Total)	11.5	9.6	13.8	NS	7.9	NS	6.03	9.5	NS	2.65	**	2.83	°	2.84	**
										.257		.189		.329	
Litres d'alcool pur (/ Usagers)	16.02	13.2	19.4	°	13.03	NS	9.77	16.	NS	3.25	**	3.50	**	3.52	**
				.143						.422		.318		.525	

° : p < .05 ; \* : p < .001 ; \*\* : p < .001

OR : Odds Ratio ; (in inv) : valeur inversée de l'Odds pour que la caractéristique avec la valeur la plus élevée soit prise pour base de la comparaison

## 12. Le suivi des patients à 18 mois

Au moment où nous mettons sous presse un total de 134 pharmaciens d'officine ont évalué le devenir de leurs patients à 18 mois. Une évaluation de suivi a aussi été réalisée à 7 mois par un nombre semblable de pharmaciens, mais pas nécessairement les mêmes qui ont déjà renvoyé leurs fiches de suivi de la dernière évaluation. Nous tiendrons compte ici uniquement du suivi à 18 mois, bien que l'échantillon soit encore en progression. L'évaluation porte donc sur les patients évalués fin 2002 et suivis en mars-avril 2004. Un total de 625 patients a été suivi. Il s'agit de la première étude de la « rétention » en officine de patients en traitement de substitution. La nature prospective de l'analyse permet de vérifier les caractéristiques des patients (ou du pharmacien et de son suivi pharmaceutique) au premier moment qui prédisent leur situation au suivi.

Les résultats globaux sont indiqués dans le Tableau 12.1. Une proportion de 57.3% des patients est encore dans la même officine 18 mois après. Parmi ces 358 patients, 6 (1% de l'échantillon) avaient quitté pour plusieurs mois et sont revenus dans la même officine. Nous retiendrons donc cette proportion de 57.3% comme le taux de rétention en officine sur la période.

D'autres enseignements originaux sont à retenir.

Pour la première fois, il est possible d'estimer l'importance du sevrage de la méthadone dans un échantillon représentatif de patients en traitement de substitution en Belgique. Un total de 43 patients est parvenu à se sevrer de la méthadone, soit un taux de 6.9% sur 18 mois. Il sera particulièrement intéressant de préciser les spécificités de ce groupe de patients. Il apparaît donc que la position à laquelle nous adhérons, qui consiste à considérer l'addiction aux opiacés comme une affection chronique, doit être mitigée par la possibilité pour une minorité d'au moins parvenir à un arrêt par réduction du dosage et sevrage de la méthadone. Bien entendu, le devenir ultérieur de ces patients, faute de suivi après le sevrage, nous est encore inconnu.

Autre précision importante qu'apporte le détail du suivi est le devenir thérapeutique de certains patients qui ne sont plus en contact avec l'officine. Un total de 40 patients (6.4%) a quitté l'officine et ont changé de prescripteur de méthadone ou sont en institution de soins. Deux-tiers de ces patients poursuivent une cure substitutive ambulatoire. Un tiers (soit 2.4% de l'ensemble de l'échantillon) est pris en charge dans une institution, le plus souvent semble-t-il en milieu hospitalier ou résidentiel.

Nous constatons aussi que les incarcérations constituent un devenir de 21 patients suivis (3.4%). Il semblerait qu'il s'agisse pour beaucoup d'entre eux de « vieilles » affaires de Justice et non de conséquences d'une délinquance récente. Il nous est toutefois impossible d'apporter des précisions objectives à cet égard.

Comme dans la plupart des études de suivi, la catégorie la plus importante, mis à part la poursuite du contact, est celle du « drop-out » non spécifié, ce que nous indiquons ici par le terme perdu de vue. Ce groupe représente 141 patients, auquel il faut sans doute ajouter l'interruption du contact avec rechute pour 9 patients, soit 1.4% de l'échantillon. Bien qu'il soit habituel de considérer ces patients comme des cas « négatifs », il subsiste évidemment un doute sur le sens de l'abandon non spécifié. Certains de ces patients sont certainement en traitement ailleurs, mais dans un certain nombre de cas le médecin traitant qui a été contacté par le pharmacien, n'avait pas plus d'information sur leur devenir.

Le suivi fournit enfin une indication précieuse sur le taux de mortalité des patients. Un total de 13 patients sont décédés au cours des 18 mois (2.1% de l'échantillon). Ceci permet d'établir un taux « brut » de mortalité de 13.8 / 1000 / an pour la cohorte. Nous avons obtenu des précisions sur les causes présumées du décès. Il était important de vérifier si le décès avait eu lieu pendant le traitement ou s'était produit après une fin ou interruption de la cure substitutive. Nous avons relevé deux cas de décès « hors » traitement de substitution à la méthadone. Dans un cas il s'agissait d'une patiente prostituée décédée d'une infection généralisée en France qui avait arrêté la méthadone et dans l'autre d'un patient de Flandre, dépendant surtout de la Dolantine et souffrant du dos, à qui on a cru bon d'arrêter la méthadone pour lui prescrire de la Dolantine et du Subutex et qui est décédé d'une chute 5 mois après. En retirant ces deux patients du calcul du taux de mortalité, nous obtenons une correction à 11.7 / 1000 / an. Un tel taux de mortalité pour des patients en traitement de substitution n'est pas défavorable par rapport aux données de la littérature scientifique internationale, qui indique un taux se situant autour de 14 / 1000 / an. Notre résultat ne semble en tout cas pas de nature à alarmer les autorités sanitaires sur un dérapage de la situation en Belgique.

**Tableau 12.1. Résultats du suivi à 18 mois**

	Nombre	%	% cumulé
Encore en cure (même officine)	352	56,3	56,3
A quitté et est revenu	6	1,0	57,3
Fin de cure avec sevrage	43	6,9	64,2
En traitement ambulatoire ailleurs	25	4,0	68,2
En traitement résidentiel ou en institution ailleurs	15	2,4	70,6
En prison	21	3,4	73,9
Perdu de vue	141	22,6	96,5
Rechute	9	1,4	97,9
Décès	13	2,1	100,0
Total	625	100,0	

### 12.2. Prédiction du devenir « négatif » : Perdu de vue, rechute ou décès

Une analyse par régression logistique a été réalisée en introduisant dans l'équation uniquement des caractéristiques de l'évaluation de base réalisée par le pharmacien en octobre 2002 et en considérant comme variable dépendante le fait pour le patient d'être perdu de vue, d'avoir eu une rechute ou d'être décédé au cours des 18 mois suivants.

Un total de  $n = 141$  devenirs « négatifs » sont ainsi comparés à  $n = 407$  patients, soit restés en contact ou en traitement ailleurs ou incarcérés. Nous avons considérés dans ce dernier cas que l'abandon n'était pas voulu par le patient.

L'analyse s'avère très satisfaisante d'un point de vue statistique et une équation explicative de l'abandon classe correctement plus de trois-quart des patients. Le tableau 12.2 présente les facteurs de risque retenus.

**Tableau 12.2. Régression logistique du devenir « négatif »**

Variable	Odds	IC à 95%	
		Inférieur	Supérieur
Le patient n'est pas revendicatif	2,1874	1,1098	4,3116
Le patient ne paie pas normalement	1,7322	1,0539	2,8471
Le pharmacien n'a pas de relation de confiance	1,7933	1,1267	2,8545
« Un sevrage serait plus utile »	2,3165	1,3564	3,9559
Le pharmacien ne démystifie pas l'effet des psychotropes	2,6236	1,1213	6,1388
Durée du contact moins de 6 mois -en octobre 2002-	3,4912	2,1315	5,7183
Durée du contact de 6 mois à un an	2,5015	1,4129	4,4291

Il apparaît que les facteurs d'abandon constituent un mélange d'appréciations subjectives portées par le pharmacien sur le patient et d'une caractéristique objective, la durée du contact avec l'officine au moment de la première évaluation. Ce facteur objectif met en évidence l'impact sur l'abandon négatif d'une durée courte de contact avec le pharmacien. Les patients les plus « nouveaux » avec moins de 6 mois de contact en octobre 2002 auront une probabilité de 249% d'abandonner dans les 18 mois qui suivent. Si le contact était de 6 mois à un an, la probabilité est de 150%. Il semble donc clair que l'instabilité dans le suivi pharmaceutique est d'autant plus important que le contact est récent. On doit parler d'une période d'essai inférieure à un an au cours de laquelle des efforts d'empathie spécifiques devraient être mobilisés par le pharmacien pour contrecarrer une tendance centrifuge. Or nous avons vu que l'empathie ne croît qu'avec la durée du contact. Ce qui pose évidemment un problème. Les caractéristiques de l'appréciation subjective du pharmacien confirment largement les compétences évaluatives de ce dernier. Le pharmacien ressent des problèmes chez les patients qui abandonneront et il aura ainsi des difficultés à développer une relation de confiance avec ces patients (un risque d'abandon de 79.3% lorsque le pharmacien indique ne pas avoir de relation de confiance avec le patient). Le pharmacien ne démystifie pas l'effet des psychotropes pour de tels patients (risque de 162.3%). Il considère pour ces futurs abandons qu'« un sevrage serait plus utile » (risque de 131.6%).

Un autre facteur d'abandon est l'absence de paiement régulier du patient. Si le pharmacien estime que le patient ne paie pas normalement, le risque d'abandon est de 73.2%. Dans ce cas, toutefois le facteur est peu significatif (la limite inférieure n'est que de 5.4%). Enfin un dernier facteur de risque semble paradoxal. Le fait pour le patient de ne pas être revendicatif accroît la probabilité de l'abandon. Le risque est 118.7%, ce qui n'est pas négligeable. De façon inverse, ceci souligne que les patients revendicatifs ne vont pas facilement « disparaître ». Alors que cette caractéristique a été incluse dans l'échelle des problèmes comportementaux en officine, nous constatons qu'elle a un rôle plutôt favorable dans la dynamique de rétention. Bien entendu, cette caractéristique serait peut-être présente dans un devenir autre que l'abandon pur et simple, mais aussi autre que le maintien du contact avec la même officine (par exemple, le traitement ailleurs ou l'incarcération).

### 12.3. Prédiction du Sevrage de la méthadone

Une régression logistique avec le sevrage du patient comme caractéristique du devenir à 18 mois à expliquer a été réalisée en incluant les mêmes facteurs de l'évaluation de départ du pharmacien que dans l'analyse précédente. Dans cette analyse 40 patients sevrés au cours de la période sont comparés à 508 autres patients. Ici aussi l'équation obtenue satisfait pleinement aux contraintes méthodologiques, avec 92.9% des cas correctement classés et un « Goodness of fit » supérieur au  $-2 \log \text{likelihood}$ . Les variables retenues dans l'équation sont toutes de nature « objective » et nous semblent particulièrement utiles d'un point de vue clinique.

Tableau : Facteurs du sevrage de la méthadone

Variable	Odds	IC à 95%	
		Inférieur	Supérieur
Utilise des benzodiazépines	,3451	,1410	,8445
Forme « liquide » de la méthadone	6,8161	1,1110	41,8168
Durée du contact de 37 mois à 48 mois	2,4924	1,1078	5,6076

Soulignons tout d'abord l'existence d'une période propice au sevrage (lors de la première évaluation) : il y a deux fois et demi plus de chance qu'un sevrage survienne pour des patients qui étaient en contact depuis 3 à 4 ans. Pour obtenir le moment précis du sevrage, reportons nous au tableau suivant qui indique la durée moyenne du contact jusqu'à la dernière évaluation à 18 mois.

**Tableau 12.4 : Durée totale du contact par type de devenir au moment de l'évaluation de suivi (en mois)**

DURFIN04

	N	Moyenne	E-type	IC à 95%		Mini mum	Maxi mum
				Limite inférieure	Limite supérieure		
				Encore en cure (même officine)	327		
A quitté et est revenu	6	42,3333	28,4863	12,4388	72,2278	12,00	86,00
Fin de cure avec sevrage	41	35,9512	23,8086	28,4363	43,4661	1,00	88,00
En traitement ambulatoire ailleurs	23	37,0435	26,2600	25,6878	48,3992	10,00	91,00
En traitement résidentiel ou en institution ailleurs	12	25,3333	18,0219	13,8828	36,7839	1,00	65,00
En prison	19	30,9737	28,6165	17,1810	44,7664	2,00	90,00
Perdu de vue	132	28,4545	28,4136	23,5622	33,3469	1,00	149,0
Rechute	8	28,8750	18,8637	13,1045	44,6455	3,00	56,00
Décès	12	61,6667	33,9688	40,0839	83,2494	7,00	108,0
Total	580	44,8681	30,9537	42,3437	47,3925	1,00	149,0



La durée totale du contact au moment du sevrage est de 3 ans, avec un intervalle de confiance assez large de 28,4 mois à 43,5 mois. Nous avons comparé la durée du contact des patients sevrés aux autres types de devenir et il apparaît qu'elle est uniquement significativement différente ( $p = .004$ ) de celle des patients encore en contact avec l'officine.

### 13. Apports de l'étude

Les angles d'attaque de l'étude sont variés et il est nécessaire à son terme de synthétiser ses enseignements sur la réalité complexe du traitement de substitution aux opiacés en Belgique.

#### 13.1. Les finalités et résultats escomptés du traitement de substitution aux opiacés correspondent-ils aux constats de l'étude ?

Il n'est pas inutile à cet égard de reformuler les attentes des professionnels de la santé et celles des usagers eux-mêmes. Pour ces derniers, le **manque** et les douleurs qui l'accompagnent constituent un moteur de leur recours à la substitution. De ce point de vue, la méthadone joue-t-elle son rôle à fond ? Dans certains cas, assez rares, les patients ont manifesté des difficultés de gestion des doses prescrites et il arrive que les patients utilisent à certains moments plusieurs doses simultanément et se retrouvent en manque de méthadone. Ceci entraîne la visite « complémentaire » d'un autre médecin, la demande de « dépannage » ou « d'avance » de gélule(s) auprès du pharmacien ou encore le recours à de la méthadone du marché illicite. Difficiles à quantifier quant à leur fréquence, de telles situations existent pourtant et perturbent les relations entre patients, médecins et pharmaciens. Ces situations ne seront sans doute jamais totalement éliminées, mais la recommandation d'une écoute attentive aux plaintes du patient et à l'ajustement adéquat du dosage doit être réitérée. Les dosages relevés dans l'étude sont assez faibles et en-dessous des recommandations anglo-saxonnes (60mg et plus). Il y a peut-être une certaine pusillanimité des médecins dans le dosage (effet pervers de la libéralisation de l'accès à la méthadone ?) ou une volonté de trop rapidement diminuer le dosage. Si la dose prescrite ne comble pas le manque ressenti par le patient, c'est toute l'utilité thérapeutique de l'orientation qui devient caduque. Dans de tels cas, le pharmacien est évidemment très mal à l'aise d'être sollicité pour compléter un dosage inadéquat. Il aura tendance à considérer avec suspicion (revente ou partage avec d'autres patients) le patient. La **circulation de l'information du pharmacien vers le médecin** devrait se manifester à cet égard. Ceci nous amène à une considération plus générale sur cette circulation d'information. Nous estimons qu'une formalisation de celle-ci est à envisager. Autrement dit, un groupe de travail composé de quelques médecins et pharmaciens devrait établir un protocole de suivi du patient que chaque pharmacien utiliserait après quelques semaines de contact avec le patient. Protocole qui serait transmis au médecin traitant. Les contacts entre médecins et pharmaciens semblent trop souvent déficients et en tout cas rarement porter sur une collaboration concernant le patient. Il devient urgent de dépasser une attitude de chiens de faïence ou même de position tranchée sur la non reconnaissance d'un rôle du pharmacien autre que celui de délivrer le médicament. L'étude montre avec force qu'une telle attitude partagée par trop de médecins est démentie dans la pratique de la rencontre entre pharmacien et patient. Au lieu de formuler des ukases contre ces pharmaciens qui se « prendraient pour des thérapeutes », on aurait intérêt à utiliser au mieux pour le bénéfice du patient, le regard souvent pertinent du pharmacien.

Enfin, il nous paraît utile de conseiller en cas d'insatisfaction exprimée et répétée du patient le recours au **dosage plasmatique pour évaluer les interactions par inhibition enzymatique en cas de réponse insuffisante du traitement**. L'accès à de tels dosages doit être facilité. Ce qui signifie bien entendu qu'il faut améliorer son remboursement.

L'étude a aussi relevé a contrario l'existence de dosages très élevés – jusqu'à près de 11 fois le dosage moyen – prescrits par de rares médecins. L'absence de dosages plasmatiques pour ces patients n'est pas justifiable. De tels dosages ne sont pas en soi prohibés, mais doivent être accompagnés d'un suivi spécifique et rigoureux des patients concernés. L'objectif déclaré du thérapeute d'éviter la co-prescription de benzodiazépines semble toutefois confirmé dans nos résultats. Ce qui devrait être vérifié sur un échantillon plus important de patients. Une étude spécifique est donc souhaitable.

Au-delà de l'évitement du manque, les patients souhaitent assurer une gestion personnelle de leur addiction. Il semble bien que cette attente soit confirmée dans les faits. La prise de méthadone permet au patient de ne plus dépendre du marché illicite, c'est une lapalissade. Toutefois, deux remarques sont à faire à cet égard. D'une part, la gestion personnelle ne semble pleinement porter ses fruits qu'accompagnée d'une alliance thérapeutique avec le médecin. Autrement dit, c'est dans le cadre d'un traitement reconnu comme satisfaisant à ses attentes et qui s'accompagne d'un attachement à la personne du médecin que le patient parvient à se responsabiliser dans sa consommation de substances. La gestion personnelle n'est donc pas à proprement parler une « auto-gestion », puisque la relation duale avec le médecin est indispensable. De plus, il faut aussi tenir compte – et il s'agit là d'un apport original de l'étude – de la relation qui s'établit entre le patient et le pharmacien. Cette relation complète l'alliance thérapeutique et favorise l'adhésion au traitement et un processus de « normalisation » de la vie quotidienne du patient. La deuxième remarque est moins réjouissante et débouche sur une dimension ontologique du vécu de l'addiction. En lui donnant des moyens nouveaux pour lui de gérer son addiction, le traitement de substitution fait aussi prendre conscience au patient que celle-ci s'inscrit dans la durée et que son existence reste liée à la prise d'un opiacé. Au fil des mois, puis des années, le patient réalise confusément et souvent avec effroi qu'il ne peut décoller son étiquette de « toxicomane ». Son statut de patient ne semble rien arranger puisqu'il lui est rappelé chaque jour qu'une déficience l'habite. Après son détour par une attitude oppositionnelle – que les psychiatres qualifient de « personnalité anti-sociale » - le patient tend à s'éprendre de normalité sociale. Son désir de « rentrer dans le rang », de vivre une vie normale, d'être « comme tout le monde », se heurte à son vécu qui l'oblige à continuer à fréquenter le médecin et le pharmacien et à dépendre de ses gélules. Les professionnels en contact avec lui ont beau insister sur son statut de patient, rien n'y fait : le malaise subsiste. Faut-il dans ce cas tenter « autre chose », par exemple un glissement de la méthadone au Subutex, dont l'avantage est son caractère mixte agoniste et antagoniste ? Si le patient le demande, pourquoi pas ? Faut-il tenter un sevrage de la méthadone, en instaurant de façon accentuée un processus dégressif ? Dans certains cas, cette option doit rester possible, mais encore une fois avec l'assentiment du patient. L'arrêt de la méthadone a été observée dans l'étude pour 6.9% des patients sur une période de 18 mois. Nous avons mis en évidence le frein que constituait à cet égard la prise de benzodiazépines et au contraire le moment clé et idéal se situant entre 3 et 4 années de cure (avec le médecin qui initie le sevrage). Au-delà de cette période, le sevrage de la méthadone semble une évolution rarement observée. Ce que les études montrent c'est un devenir après le sevrage marqué par la rechute dans l'usage d'héroïne et la reprise éventuelle d'un traitement de substitution pour 2/3 des sujets sevrés dans les 6 à 12 mois (Milby, 1988). Il faudrait donc s'attendre dans la population étudiée à seulement **1.5% des patients définitivement sortis d'affaire (par rapport à l'addiction aux opiacés illicites ou médicaux) sur base annuelle endéans la première année de leur sevrage de la méthadone.**

La condition chronique avec rechutes répétées qu'est l'addiction aux opiacés est bien globalement confirmée par ces résultats. La plus grande prudence s'impose vis-à-vis du sevrage de l'héroïne. Nous n'avons certes pas été en mesure de relever les décès consécutifs au sevrage et seul un suivi de ces ex-patients le permettrait, mais de telles évolutions sont probables, quoi que la littérature scientifique soit encore muette à cet égard. Les études de mortalité les plus intéressantes comparent les patients en traitement à ceux qui ont quitté le traitement, mais parmi ces derniers aucune ne détaille jusqu'à présent la fin de traitement avec sevrage de la méthadone. L'étude la plus riche à notre connaissance est celle de Appel et al. (2000), qui nous a servi de base pour considérer le taux de mortalité constaté dans l'échantillon suivi dans notre étude comme très favorable. Quoi qu'il en soit, mettre l'accent sur le sevrage de la méthadone et surtout jauger la réussite d'un traitement à l'aune de ce critère nous semble une erreur. Les implications de cette remarque ne sont pas négligeables. Car ceci remet en cause une idée reçue chez beaucoup de pharmaciens (et probablement chez les médecins aussi). Cette idée qu'il faut absolument aboutir à un sevrage de la méthadone, s'accompagne de la valorisation de la réduction progressive du dosage. Tout nous porte à mettre en cause cette vision de l'évolution du patient. Non seulement les résultats soulignent la rareté du sevrage de la méthadone (on pose a-priori un idéal peu atteignable), mais surtout les conséquences d'un tel sevrage sont peut-être très dangereuses. De plus (et ceci est fondamental) les patients semblent avoir intégré cette vision des choses. Ils se montrent donc insatisfaits dans la durée de leur cure si leur dosage de méthadone ne se réduit pas. En fait ils ressentent un malaise de plus en plus prononcé au fil des années à rester en traitement de substitution. Nous avons rencontré des patients qui se présentent par leur dosage actuel, en rectifiant immédiatement « mais je vais bientôt arrêter complètement ». Certes certains sentent de façon confuse qu'il s'agit d'un vœu pieu, mais le malaise est là, introduit par le désir du thérapeute et rejoint par celui du pharmacien. Alors que tout porte à croire que l'addiction est une affection chronique, un mythe s'est construit peu à peu que ces patients peuvent vivre sans méthadone. Ce mythe est contre-productif. L'intériorisation par beaucoup de

patients de l'injonction latente « diminue ta méthadone et arrête la totalement », a pour effet de réduire leur estime de soi s'ils n'atteignent pas cet objectif et d'augmenter leur insatisfaction. Dans la plupart des cas, c'est parfaitement inutile. Il vaudrait mieux apprendre aux patients de mieux vivre avec leur méthadone quotidienne et seulement s'ils le demandent avec insistance adopter une procédure de dosage dégressif. Quant aux pharmaciens ils ne devraient pas considérer le maintien du patient au même dosage comme un signe d'échec et essayer ne pas induire chez celui-ci une posture orientée vers un sevrage de la méthadone.

Toujours par rapport aux objectifs avoués du traitement de substitution, qu'en est-il de **l'efficacité de la substitution au sens premier du terme** ? Autrement dit la méthadone se substitue-t-elle réellement à l'héroïne ?

Une majorité de 58.1% des patients déclarent ne plus avoir utilisé l'héroïne depuis 3 mois. Ce résultat n'est à première vue guère exaltant. Il faut toutefois aussi tenir compte de la fréquence de cet usage, ainsi que de l'appréciation par le patient de la diminution de sa consommation. Dans le premier cas, l'usage quotidien d'héroïne ne concerne que 18% de ceux qui n'ont pas arrêté l'héroïne et moins de 7% de l'ensemble des patients. Si on tient compte de l'usage au moins hebdomadaire, la proportion s'établit à 55.2% des usagers et 21% de l'ensemble des patients. La perception de l'évolution de leur usage d'héroïne par les patients eux-mêmes est massivement positive, avec près de 95% à considérer que leur consommation a diminué. La substitution par la méthadone sans être complète atteint toutefois la plupart des patients en réduisant leur fréquence d'usage ou les quantités consommées. Parmi les facteurs qui contribuent à l'abstinence de l'héroïne, le dosage de la méthadone ou la durée du traitement sont le plus souvent mis en avant dans les travaux scientifiques d'évaluation. Il est vrai que les résultats présentés concernent l'ensemble de l'échantillon quelle que soit la durée du traitement ou quel que soit le dosage de la méthadone. Nous faisons l'hypothèse d'une augmentation de l'abstinence de l'héroïne selon l'élévation du dosage et l'allongement de la durée du traitement. L'évaluation n'a PAS confirmé le rôle de ces deux facteurs. Ce qui est bien entendu assez troublant. En ce qui a trait à l'absence de relation entre le dosage de méthadone et l'abstinence de l'héroïne, deux types d'explication sont à envisager : le caractère transversal de l'étude rassemble des patients dont la dynamique évolutive varierait en sens opposés. Des patients pour lesquels le praticien estime qu'ils sont en voie d'amélioration (donc éventuellement qui sont sur la voie de l'abstinence) ont bénéficié d'une réduction de dosage, tandis que d'autres dont l'état se serait aggravé ont reçu des dosages plus élevés. Ces deux types d'évolution s'annuleraient donc considérés conjointement par rapport à l'effet du dosage. Un autre type d'explication serait lié à l'observation générale de dosages relativement faibles dans l'ensemble de la population qui seraient susceptibles de pousser au premier plan d'autres types de facteurs de l'abstinence de l'héroïne. Sur une partie de l'échantillon –bénéficiant à la fois de l'auto-évaluation du patient et celle du pharmacien-, nous avons en tout cas vérifié une réduction significative du dosage entre le début du contact en officine des patients et l'évaluation fin 2002 pour ceux qui poursuivaient un usage d'héroïne : de 50.7mg à 43.mg (n = 114), tandis que chez les patients arrêtant l'héroïne la diminution de dosage n'était pas significative (passant de 55.1mg à 51.7mg ; n = 172). Ceci tend à démontrer les **risques thérapeutiques liés à la réduction du dosage de méthadone, contrairement aux attentes de nombreux praticiens.**

L'absence de relation entre la durée du traitement et l'arrêt de l'usage d'héroïne constitue une autre surprise. Dans la mesure où l'étude n'est pas un véritable suivi des patients depuis le début de leur traitement, la mesure d'une relation avec la durée de la cure est donc rétrospective, ce qui peut induire un biais. Les études les plus connues (notamment, Ball et al., 1991) avaient toutefois montré une telle relation en adoptant un design rétrospectif. En collaboration avec les médecins du Réseau d'Aide aux toxicomanes (Ledoux, 2001), nous avons obtenu un résultat très différent dans une étude longitudinale avec évaluation semestrielle par le médecin : tous les indices – y compris la poursuite de l'usage d'héroïne – évoluaient de façon favorable selon la durée de la cure substitutive. Plusieurs explications sont à envisager. 1. Les praticiens du R.A.T se distinguent par une efficacité spécifique et parviennent à accompagner une amélioration générale chez leurs patients. 2. Une évaluation réalisée par un médecin aura tendance à mettre en valeur des améliorations continues chez ses patients. On peut en effet considérer que connaissant de mieux en mieux son patient, il aura tendance à mieux l'accepter et donc à baisser son niveau d'exigences à son égard. Par ailleurs, étant « juge et parti », le médecin ne pourra que difficilement se résoudre à envisager un échec de sa prise en charge, même si les mesures adoptées dans l'étude tendaient à maximaliser l'objectivité du thérapeute. 3. Un design longitudinal accentue par lui-même une tendance à constater des améliorations. Cette hypothèse n'est pas démontrable en l'état de nos connaissances, mais mériterait une recherche approfondie. 4. Les patients que nous avons observés au travers de l'évaluation des pharmaciens ne seraient pas identifiables à ceux de l'étude réalisée à Bruxelles de 1989 à 2000. L'évolution des patients bruxellois serait ainsi plus favorable que

celle d'autres Régions. Aucune de ces explications n'étant totalement satisfaisante l'écart des résultats entre les deux études, a toutefois le mérite de poser des questions d'ordre méthodologique qui devraient donner lieu à des recherches incluant en plus d'évaluations réalisées par les pharmaciens ou par le patient lui-même, à une participation du corps médical à une évaluation croisée. Les résultats de l'étude actuelle ne permettent donc pas le même constat positif sur l'effet de la durée du traitement sur l'abandon de l'usage d'héroïne. Les patients de longue durée vivent ici une situation globalement défavorable. Les patients de longue durée de plus de 10 ans (moyenne de la durée de l'expérience de la méthadone) ont des signes négatifs d'évolution : moindre apport de la cure sur le plan de la santé mentale, insatisfaction plus élevée, et aussi plus grand désenchantement du pharmacien. Ce groupe de patients (47% de l'ensemble) a maintenu encore plus que les patients plus récents des conduites dommageables, notamment l'usage par injection et à un risque beaucoup plus élevé d'être HVC + (la moitié ont une hépatite C). Il s'agit de reconnaître les problèmes spécifiques de cette population et d'envisager un soutien à ces patients de longue durée.

A l'inverse les patients récents posent d'autres difficultés étant donné leur jeune âge. Il s'agit de prendre en compte le problème d'un début de traitement de substitution si un patient a moins de 25 ans ou surtout si son expérience de l'héroïne n'a pas dépassé un ou deux ans. Dans ce cas la solution de la substitution est discutable. La substitution par la méthadone est une voie lourde, car elle risque de contribuer à une chronification plutôt que de l'accompagner en réduisant les risques associés. Il faut donc reconnaître la fenêtre d'opportunité d'une demande d'aide qui ne se traduit pas immédiatement par une substitution et de toute façon encore reconnaître celle du sevrage de la méthadone à 3 ans, malgré la prudence à cet égard, que nous avons souligné. Ce sera tout l'art du clinicien à faire les bons choix en fonction de la personne qu'il a en face de lui. L'éclairage donné par l'épidémiologie clinique a ses limites face aux cas individuels.

Bien entendu, les éléments critiques qui mettent en avant les zones d'ombre de la substitution ne masqueront pas les avantages fondamentaux du traitement de substitution. La réduction de l'usage d'héroïne et très sûrement d'une poly-toxicomanie ( P.Minner, P. Verbanck, Y.Ledoux, Usagers d'opiacés admis de 1998 à 2004 dans une Garde psychiatrique de Bruxelles . Journal de Pharmacie de Belgique- à paraître- mars 2005), d'une part et de l'autre une réduction importante des risques et fondamentalement de la mortalité constituent des acquis reconnus internationalement du traitement de substitution. Cette étude a confirmé avec des résultats de Belgique, les constats généraux de l'apport de la méthadone dans le traitement de l'addiction aux opiacés. Il y a donc globalement une confirmation que le « modèle belge » fonctionne comme attendu. Nous avons relevé un taux de mortalité en traitement de substitution tout aussi, si pas plus favorable par comparaison avec des études connues aux Etats-Unis. Les données comparables au niveau européen devraient être prochainement accessibles et nous espérons confirmer ce résultat positif. Reconnaissons que la Belgique n'a pas été autant atteinte par l'épidémie de HIV dans les années quatre vingt, ce qui eût des effets favorables sur la mortalité de cette population. Il n'empêche que dix années de consensus ont donné au traitement de substitution une cohérence « à la belge », autrement dit dans un pluralisme de modes de prises en charge où la médecine générale en cabinet privé s'est taillé la part du lion, sans dommages avérés. Malgré des soubresauts de cas individuels de patientèles « traitées » de façon non conforme à l'éthique médicales, le tableau élargi ne souffre pas de condamnation globale, ni sociale, ni clinique. L'approche très libérale (au sens anglo-saxon), pratiquée en Belgique et surtout dans la Communauté Wallonie-Bruxelles, n'a pas entraîné d'évolutions négatives. Au contraire, en donnant une place de facto prépondérante à la relation avec le thérapeute et les praticiens de la santé, le « modèle belge » reste conforme à une approche humaniste de l'addiction et de son « traitement », dont l'inspiration psychothérapeutique selon Carl Rogers, semble se dégager comme figure tutélaire.

Le rôle de la médecine générale a été fondamental historiquement dans le processus de légitimation sociale et clinique de la substitution en Belgique. Les résultats observés indiquent toutefois que le nœud de la réussite de la cure se situe en effet dans une alliance thérapeutique, que nous avons tenu à rendre opérationnelle dans l'analyse et ainsi démontrer la dimension fondamentale de **l'alchimie de la rencontre humaine autour de l'addiction grâce au facteur de stabilisation de la méthadone**. Osons un souhait qui prolongerait cette étude dans la pratique professionnelle des uns et des autres : **améliorer le soutien psychothérapeutique des praticiens**, qui comme Mr. Jourdain pour la prose, font de la psychothérapie, souvent sans le savoir. C'est au fond ce que nous lisons en filigrane dans le nouvel Arrêté-Royal sur le traitement de substitution paru au Moniteur le 30 avril 2004 et qui place au centre du dispositif de soins le réseau de praticiens, creuset des interventions et de la formation continue. Mais ceci est déjà une autre histoire, qu'il faudra suivre dans les mois et années à venir.

### 13.2. Nouveautés concernant les caractéristiques des patients en cure substitutive.

Les aspects historiques individuels antérieurs et postérieurs au développement de la toxicomanie ont été repérés avec précision. Il est apparu fondamental de reconstruire l'origine sociale des patients, de comprendre leur lieu et mode de vie, mais aussi de retracer le parcours souvent complexe des personnes au travers des institutions « totales » (c'est-à-dire celles qui prennent complètement en charge le vécu quotidien, du home à la prison en passant par l'hôpital psychiatrique) dans lesquelles de nombreux patients ont vécu et de suivre leur parcours thérapeutique, avec une chronologie des types de soins entrepris.

Premier constat : **L'origine sociale** des patients, contrairement à ce que l'on entend souvent sur la toxicomanie qui toucherait tous les milieux sociaux, est très fortement marquée par une **appartenance au milieu ouvrier** (près de 2/3 des patients ont un père ouvrier). Cette origine ouvrière constitue, par sa prévalence massive, une découverte importante de l'étude. Elle permet d'envisager de nouvelles hypothèses sociologiques sur l'origine de la toxicomanie à l'héroïne, notamment la fragilisation des familles ouvrières après la période des « trente glorieuses », avec une décomposition des solidarités sociales de la classe ouvrière et un repli familial. Les rapports entre l'origine sociale et le niveau scolaire atteint indiquent une forte « reproduction » pour les francophones alors que les patients de Flandre semblent parvenir à une mobilité ascendante. Il y aura lieu de vérifier dans la poursuite de l'étude si cela correspond à une dimension sociologique différente de ce qui est observé dans la population générale. Nous ferons l'hypothèse d'une situation sanitaire spécifiquement défavorable pour les enfants de la classe ouvrière, dont les phénomènes d'addiction ne seraient qu'une facette.

Deuxième constat : Près de la moitié des patients vivent en couple, et dans ce cas pour **38% le partenaire est « toxicomane » mais presque toujours en cure substitutive** lui aussi. Il y a donc chez près de 18% de l'ensemble des patients une dimension « de couple » dans le traitement. Dimension qui ne devrait pas échapper aux cliniciens. Le soutien d'un partenaire abstinent est apporté fort heureusement pour 43.5% des patients. L'étude vérifie aussi à quel point l'entente avec le partenaire constitue une dimension de la qualité de vie et de l'amélioration vécue grâce au traitement. Ici comme à d'autres moments, il est difficile de trancher sur l'origine causale. Est-ce l'amélioration qui favorise l'entente avec le partenaire ou celle-ci qui soutient l'amélioration ? La comparaison inter-communautaire fait ressortir un plus grand isolement (40%) des patients de Wallonie-Bruxelles, en partie lié à leur âge et à une évolution de la toxicomanie qui pousse aux ruptures affectives.

Troisième constat : La situation sociale actuelle des patients est dominée par **l'absence d'insertion professionnelle** pour 64% avec une forte différence selon la Communauté. 74% des patients de Wallonie-Bruxelles et 55.6% des patients de Flandre sont sans emploi. La situation d'exclusion sociale est donc assez virulente pour les patients francophones. Les patients de France (que nous évoquerons plus loin) se distinguent de façon spectaculaire en étant seulement 25% à ne pas travailler. Le fort taux d'occupation de ces patients caractérise donc les patients qui recherchent depuis la France une maintenance à la méthadone. Le dispositif de soins français devrait tenir compte de la situation de ces personnes, qui, insérées socialement, recherchent une possibilité de sauvegarder leur statut, en adoptant une procédure beaucoup plus souple de délivrance de la méthadone à leur égard.

Un premier résultat négatif de la cure substitutive est l'absence d'évolution favorable de l'insertion professionnelle des patients selon la durée de la cure. Si la cure substitutive ne contribue pas à l'acquisition d'un emploi, il reste néanmoins possible, qu'elle évite de le perdre au patient qui en a déjà un. Des efforts importants devraient toutefois encore se développer pour favoriser l'emploi des patients, puisque la cure elle-même n'y contribue pas directement. La situation se complique encore malheureusement, par l'existence d'une proportion importante de patients, 31.5% du côté francophone et 25% des patients flamands, qui ne se sentent pas en état de travailler et 12% des francophones et 13.6% des patients flamands qui déclarent ne pas souhaiter travailler. Cette désaffection du travail augmente même avec la durée du traitement. Le sentiment d'exclusion sociale croît ainsi avec la durée de la cure substitutive. Ceci rétrécit d'autant plus la marge de manœuvre pour favoriser l'emploi des patients.

Quatrième constat : Les patients ont un lourd passé de prise en charge totale en institution fermée. Si 40% ont connu la prison et 28% le home, 19% ont connu les deux. Au total, on constate que la moitié des patients a une expérience de l'une ou l'autre institution "totale".

La prévention la plus efficace doit donc s'orienter dans les institutions de protection de la jeunesse, pour éviter l'emballlement comportemental qui conduit à la toxicomanie. Si on considère la prison comme une « école du crime », l'école de la toxicomanie se déploie certainement dans ces institutions. Beaucoup plus, nécessairement (voir le phénomène de « reproduction », évoqué plus haut), que dans les écoles secondaires (et surtout en section humanités), où trop de campagnes de prévention ont tendance à disperser leurs efforts. Toute proposition structurée de prévention de l'usage de drogues dans les institutions de protection de la jeunesse devrait donc recevoir un soutien des autorités compétentes.

### 13.3. Situation actuelle du traitement en Belgique

Premier constat : La **médecine générale en cabinet privé** est devenue la modalité majoritaire où se prescrit la méthadone. Pour adopter une formule imagée : la méthadone est soluble en médecine générale. Plus dans la Communauté française (56.4% - sans tenir compte des patients de France qui sont presque tous pris en charge en médecine générale) qu'en Flandre (34.4%). Dans cette dernière Communauté les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (M.A.S.S. ou MSOC en Flandre) constitueraient la prise en charge modale avec 37%. Précisons que nous parlons par extension de médecine générale, puisque dans 10% des cas il s'agit d'un spécialiste en cabinet privé. Les maisons médicales avec près de 16% jouent un rôle non négligeable en Communauté française. Nous n'avons pas été en mesure de distinguer la prise en charge par des médecins en réseau ou pratiquant de façon isolée. Les réseaux de médecins en cabinet privé constituent cependant une modalité fondamentale pour favoriser la formation continue et les échanges entre praticiens. Les conclusions émises en 1997 lors du Suivi de la Conférence de Consensus (Ministère de la Santé) ne sont pas obsolètes à cet égard.

Deuxième constat : Les **cures en Centre spécialisé (mais pas dans les M.A.S.S.) ont des patients avec le passé institutionnel le plus chargé**, avec près de deux tiers qui ont déjà eu un séjour en institution totale. Il n'y a quasiment pas de différence sur ce point entre la médecine générale et les M.A.S.S. (environ 45% de passé institutionnel lourd), ce qui peut surprendre.

Troisième constat : En ce qui concerne le passé thérapeutique selon la modalité actuelle, l'étude tente diverses approches méthodologiques pour étudier la dynamique du recours aux soins. Une telle analyse n'ayant encore jamais été tentée en Belgique, il s'agit donc de résultats à manier avec prudence et nécessitant une confirmation avec d'autres échantillons. Dans un premier temps, on peut tenir compte de l'ensemble des types de soins antérieurs. En comparant les modalités de soins actuelles selon la présence ou l'absence dans le passé des types de soins effectués on constate que les différences sont peu significatives. Ce qui signifie qu'en adoptant cette approche qui cumule tous les traitements suivis, les circuits de soins ne se distinguent donc pas de façon nette les uns des autres. En comparant par communauté, on notera toutefois globalement en Flandre une prise en charge plus fréquente antérieure en Communauté thérapeutique (42% pour seulement 22% chez les francophones) et aussi en centre spécialisé (33% pour 20% en Communauté française). On dira alors que le « circuit » en Flandre est composé d'instances de soins plus « lourdes » ou si on préfère d'institutions de prises en charge plus totales. N'oublions pas que les patients de Flandre sont plus jeunes et ont moins d'ancienneté dans la toxicomanie que les francophones. Ceci aurait pu entraîner une prise en charge cumulée moins importante en Flandre, or c'est l'inverse qui se produit, à la fois en types d'instances de soins fréquentées et aussi en nombre. Donc : plus de traitements différents et plus « lourds » en Flandre que chez les francophones alors que les patients sont plus jeunes. A moins de considérer que malgré tout les patients de Flandre seraient différents par leur « gravité » de la toxicomanie, ce qui ne se vérifie pas sur des mesures sociales, il faut bien se rendre à l'évidence d'un « effet de dispositif de soins ». On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une conséquence du retard dans la diffusion de l'utilisation de la méthadone et de la moindre volonté d'implication des médecins généralistes flamands dans la prise en charge substitutive de patients toxicomanes.

Pour revenir à l'analyse du passé thérapeutique selon les types de soins actuels, les résultats incitent en tout cas à la **prudence avant d'affirmer que les patients de telle ou telle modalité sont des patients plus « lourds »**. La situation est très embrouillée et on assiste à des circulations entre les modalités thérapeutiques qui ne semblent pas répondre à une rationalité particulière. Un peu comme si beaucoup de patients « essayaient » ce qui existe, poussés par des opportunités plus que par quelque schéma

organisé. Il nous semble donc assez illusoire de vouloir construire des circuits de soins ou en tout cas, on constate que la réalité ne correspond pas à un telle rationalité (voir le cinquième constat).

Quatrième constat : Si la médecine générale est majoritaire, en regardant l'ensemble des traitements à un moment donné, elle l'est presque tout autant avec 48% au niveau de **l'entrée dans le « circuit de soins »** au début de la carrière thérapeutique des patients. Autrement dit la médecine générale est à la fois dans un cas sur deux la première ligne et dans plus d'un cas sur deux tout autant la troisième ligne ! De plus, l'entrée dans le circuit de soins s'est fait directement par une cure substitutive pour 2/3 des patients. Ce qui suffirait à démontrer l'importance acquise par la méthadone en Belgique dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés.

Cinquième constat : En poursuivant l'analyse des trajectoires de soins, nous avons observé que plus d'un quart (27%) des patients sont au moment de l'étude à leur première prise en charge, 31% à leur deuxième, 22% à leur troisième et 20% en ont eu quatre ou plus. Mais ce qui est important à souligner, c'est surtout le rapport observé entre la porte d'entrée dans le « circuit » et le nombre de prises en charge différentes ultérieures ou encore la nature de celles-ci. Tout d'abord en ce qui concerne la complexité des trajectoires, **une entrée par une maison médicale ou par un médecin en pratique privée favorise une moins grande variété de soins ultérieurs**. Ensuite, en ce qui concerne la poursuite des soins selon leur type, 73.5% des patients qui ont commencé en pratique privée sont au moment de l'évaluation toujours en pratique privée. Il est 4 fois plus probable d'être entré par la pratique privée, si on y suit une cure au moment de l'évaluation. Un tiers de l'ensemble des patients a ce type de trajectoire. Par ailleurs, la force d'attraction de la pratique privée est encore manifeste avec 19% qui y aboutissent en commençant par un autre type de prise en charge. De même, les maisons médicales ont aussi une très forte auto-attraction : il est près de sept fois plus probable en étant suivi actuellement en maison médicale, d'y avoir commencé son parcours de soins. Par contre la pratique privée et les maisons médicales ne « s'attirent » pas et au contraire il est deux fois moins probable de se trouver dans l'un(e) en ayant débuté par l'autre.

En ce qui concerne les centres spécialisés ou les M.A.S.S., nous observons une forte attraction mutuelle (4 fois plus probable de passer de l'un à l'autre), alors que c'est l'inverse vis-à-vis de la pratique privée. On pourrait à première vue estimer que cela reflète une gravité différente de la toxicomanie, qui découpe le champ thérapeutique en institutions « lourdes » (M.A.S.S, centres spécialisés), maisons médicales et cabinets privés. Nous ne pouvons pas confirmer sur base de l'étude cette conception de bon sens. En effet, nous ne constatons pas une « gravité » spécifique des patients des M.A.S.S., par exemple. Ceux-ci se distinguent des autres modalités de cure par :

1. Une proportion de patients plus réduite d'incarcération antérieure (22.4% , alors qu'elle est de 53.2% dans les autres centres spécialisés).
2. Une moindre proportion d'usage de la méthadone sans prescription médicale, c'est-à-dire achetée au marché noir- (24.4% pour 51.2% dans les maisons médicales).
3. Pour les autres caractéristiques qui distinguent les types de prise en charge : la latence de la première prescription de méthadone, l'usage actuel d'amphétamines ou de XTC ou l'indice des problèmes comportementaux en officine, les patients des M.A.S.S. sont dans la moyenne (alors que ceux des maison médicales ont les situations les plus défavorables). Si tendance à la gravité de la situation de patientèles il y a, quoi que ces éléments ne constituent pas une échelle de gravité, ce serait plutôt pour ces patients des maisons médicales.

On doit donc sortir d'une vision de bon sens qui classerait les types de soins selon des critères à-priori de « lourdeur » ou de gravité. Il y aurait une **relative uniformisation des patientèles**, et la circulation des patients dépendrait de facteurs externes, ou d'une attirance pour un type de structure d'accueil, indépendamment de la « gravité » de leur cas.

Ce résultat, ne simplifie pas la politique des soins dans le domaine ! Toutefois, cette étude ne prétend pas clore le débat. Il serait souhaitable de réaliser une étude évaluative des différences à l'admission des patientèles des différentes modalités de soins avec un bon instrument incluant un indice de gravité (Evolutox<sup>8</sup>, par exemple) et sur un échantillon plus vaste.

Sixième constat : Le nombre de médecins prescripteurs de méthadone depuis la première rencontre avec le médicament est réduit : 73% des patients n'ont pas eu plus de deux médecins (35% n'en ont eu

---

<sup>8</sup> (Rémy C. et Ledoux Y., 2001)

qu'un seul). Seuls 4.5% ont connu plus de 6 médecins. Le « papillonnage » entre de nombreux médecins pour obtenir la méthadone est donc un phénomène rare et la « fidélité » est très nettement la règle. Au cours d'une année (l'année écoulée), 86% des patients n'ont eu qu'un seul médecin prescripteur. Autrement dit, 14% de patients ont changé de médecin dans l'année et seulement 2.6% en ont eu 3 ou plus.

Nous ne confirmons donc pas des inquiétudes souvent exprimées de « shopping » médical et de situation anarchique dans le recours au corps médical pour obtenir des prescriptions. Si ceci existe, c'est de façon marginale, ce que seul un enregistrement national des patients parviendra à délimiter et à éviter en avertissant les praticiens concernés.

Par rapport à la stabilité de la fréquentation de l'officine de pharmacie, la situation ne semble pas se distinguer fortement de ce qui est observé par rapport au médecin. Au cours de l'année écoulée, 85% des patients n'ont fréquenté qu'une seule officine et 1.3% des patients 3 officines ou plus.

Septième constat : La carrière de l'usage de la méthadone se caractérise comme suit : Le début de l'usage de méthadone est de deux ans plus précoce en Flandre (24 ans en moyenne) que dans la Communauté française (26 ans). Une analyse détaillée de la distribution permet de constater 10% de patients flamands avec un début avant 18 ans (2% seulement chez les francophones). 11% des patients en Flandre ont commencé après 30 ans, mais 28% des francophones. Ceci est d'autant plus remarquable que le début de l'usage d'héroïne est identique dans les deux Communauté, c'est-à-dire à 20,4 ans en moyenne. Les premiers soins (quels qu'ils soient) sont aussi beaucoup plus précoces en Flandre (21.4 ans pour 23 ans dans la Communauté française). La latence des premiers soins en Flandre est donc moitié plus courte que celle des patients francophones. Ceci complète donc le portrait des soins en Flandre par rapport à la Communauté française : non seulement les patients y ont un nombre plus important d'épisodes thérapeutiques, plus de soins en institutions, mais aussi un début de carrière thérapeutique plus précoce.

Au moment de l'évaluation, la durée de l'usage d'héroïne est de 9 ans en Flandre pour plus de 12 ans dans la Communauté française. L'expérience de la méthadone (sans les arrêts éventuels) est de 5.4 ans en Flandre et 6.7 ans chez les francophones.

Huitième constat : Nous avons divisé la population en deux groupes selon un début de la toxicomanie avant et après la Conférence de Consensus sur la méthadone, pour dégager de façon grossière une **périodisation historique de la toxicomanie** et mettre en évidence le rôle de l'extension de la disponibilité de la méthadone. Une première différence épidémiologique importante surgit selon la Communauté : **chez les francophones le début de l'usage d'héroïne est passé de 19.4 ans avant 1994 à 22.3 ans après. Cette évolution est bien entendu très favorable. En Flandre, aucune évolution significative de l'âge de début (20.5 ans après 1994) n'est constatée.** Les usagers d'héroïne les plus récents ont donc commencé plus jeunes en Flandre que dans la Communauté française.

Avant le Consensus sur la méthadone, il fallait à un patient francophone 7 années après le début de la toxicomanie pour avoir accès à la méthadone (5 ans et demi pour un patient flamand), moins de 2 ans et demi, depuis (2 ans pour un patient flamand).

Neuvième constat : La **poursuite de l'usage d'héroïne** constitue une part incontournable de toute évaluation des cures substitutives. L'usage d'autres substances est aussi souvent abordé. Dans l'étude, il s'agit bien entendu des réponses données spontanément par les patients et non de résultats de prélèvements biologiques. La question portait sur l'usage au cours des 3 derniers mois et **46% des patients de Belgique** – en excluant les 2.5% de données manquantes- ont répondu qu'ils avaient utilisé de l'héroïne (42% au total en incluant les patients originaires de France). **Les résultats sont moins favorables pour les patients de Flandre avec 56.2% d'utilisateurs et 42.5% pour les francophones.** Le risque relatif est de 1.74 pour un usage d'héroïne par un patient flamand comparé à un francophone. On notera que la fréquence de l'usage rapportée par les patients est hebdomadaire ou quotidienne pour 21% de l'ensemble des patients (55% de ceux qui ont utilisé depuis 3 mois). Par ailleurs 5.6% déclarent consommer moins d'une fois par mois. S'il faut comparer ces résultats à d'autres études dont l'usage est demandé pour le mois écoulé, on prendra comme base la différence 42% - 5.6%, soit 36.4%. Par ailleurs seuls 5.6% des consommateurs d'héroïne ont déclaré que leur consommation n'avait pas diminué ou avait augmenté (1.9%), tous les autres mettent en avant une diminution de l'usage d'héroïne.



Etant donné les préoccupations justifiées de réduction des risques, le **mode d'usage actuel par voie intraveineuse** ou non a été vérifié : 16.3% des patients belges qui poursuivent un usage d'**héroïne** ont recours à l'injection, ce qui représente **7.5% de l'ensemble des patients belges**.

Toutefois, ceci ne comprend pas les patients qui continuent à utiliser un usage par IV pour la cocaïne, alors que l'héroïne est consommée en fumette. En tenant compte de ces patients, le taux d'usage par IV se situe à 11.5% de l'ensemble des patients de Belgique (avec les patients de France, la proportion globale est de 9.8%).

Comparé aux données fournies par les unités de soins sur la prévalence de l'usage par voie intraveineuse des patients au moment de leur admission qui se situe entre 40% et 50% -la proportion étant moins élevée avec 28% à Charleroi - (Sleiman, 2003), le résultat présenté ici indique donc une forte **réduction** de ce mode d'usage.

Nous avons vu que les patients de Flandre poursuivaient plus que les francophones un usage d'héroïne et il faut aussi souligner que ces patients recourent plus au mode d'usage par IV. 14.6% des patients de Flandre utilisent l'héroïne par IV pour 5% des francophones. Le risque relatif est de 3.24 pour un tel mode d'usage chez les patients de Flandre par rapport à ceux de la Communauté française.

**L'usage de cocaïne concerne 29% de l'ensemble des patients.** Une tendance à une plus forte prévalence (à  $p = .07$ ) s'observe aussi en Flandre avec 37.1% pour 27% dans la Communauté française. Toutefois aucun patient de Flandre n'utilise la voie intraveineuse seulement pour la cocaïne. Les autres substances sont utilisées avec les prévalences suivantes (au cours des 3 derniers mois) : Tabac, 92.4% ; Cannabis, 60.8% ; Alcool, 55.8% ; Benzodiazépines, 36.6% ; Antidépresseurs, 24.1% ; Ecstasy, 7.2% ; Flunitrazépam, 5.9% (différence significative entre Communautés : 7.8% pour les patients francophones et seulement 1.1% en Flandre) et Amphétamines, 4.3%. Si près d'un patient sur deux utilise 3 drogues ou plus (en excluant le tabac), il y a néanmoins **10% qui n'en consomment aucune**.

Dixième constat : Une **absence de relation significative a été vérifiée entre le dosage de méthadone et l'usage (47.7mg) et l'absence d'usage (48.2mg) d'héroïne**. Ce résultat est très surprenant par rapport à ceux des études internationales et à l'hypothèse souvent confirmée d'un blocage du recours à l'héroïne à des dosages élevés de méthadone. De plus, nous faisons un constat tout aussi troublant vis-à-vis de **l'usage par voie intraveineuse (dosage de méthadone de 66.7mg chez les injecteurs et 44mg chez les non injecteurs) ou aussi une tendance envers de la consommation de cocaïne (54.3mg chez les usagers et 45.2mg chez les non-usagers de cocaïne –  $p=.07$ )**. **La relation n'est totalement significative qu'en Flandre (dosage à 45.7mg pour les usagers de cocaïne et 32mg pour les autres)**, tandis que chez les francophones, c'est l'usage de cocaïne par injection qui est lié à des dosages plus élevés de méthadone. Face à de tels résultats, cohérents dans une direction inattendue, certains trouveront une explication dans l'hypothèse que des cas « plus lourds » reçoivent des dosages plus élevés. Mais alors où se trouverait l'effet bénéfique d'un dosage plus élevé ? Etant donné la nature transversale de ces données, tous les patients à des niveaux divers d'évolution sont étudiés de façon simultanée, nous mélangeons des situations opposées, car selon ce que nous connaissons des pratiques cliniques, certains patients en voie de stabilisation bénéficient d'une réduction de dosage, alors que d'autres face à de nouvelles difficultés reçoivent un dosage augmenté. De plus des augmentations ou diminutions à partir de niveaux de base différents n'ont sans doute pas une signification identique. Peut-être que la « moyenne » de toutes ces situations produit une image globale qui n'a plus de sens ? Nous avons tenté pour surmonter notre malaise, de dynamiser les données en tenant compte du dosage en début de contact avec l'officine et du dosage actuel, en divisant la population (valable uniquement pour 247 patients évalués par le pharmacien qui ont aussi répondu au questionnaire auto-administré) en deux groupes selon une réduction du dosage depuis le début de la cure actuelle ou une augmentation (et stabilisation) du dosage de la méthadone. **Contrairement à la perspective admise que réduire le dosage accompagne une amélioration, nous observons au contraire qu'elle se traduit par un usage d'héroïne plus prévalent (47.8% par rapport à 32.5% d'usage d'héroïne chez ceux qui ont eu une augmentation ou un maintien du dosage de méthadone)**. Ceci alerte sur les risques liés à la réduction du dosage et représente un résultat plus conforme, en fait, aux études existantes. Le problème du dosage est donc encore loin d'avoir trouvé une explication satisfaisante. **On peut en tout cas se demander si globalement les dosages en général sont bien ajustés en Belgique**. Ou alors le mode de prise en charge est si important que l'explication d'une amélioration pour le patient se situe tout simplement ailleurs que

dans un effet de dosage de la méthadone. Cet « ailleurs » c'est selon nous la relation thérapeutique entretenue entre le patient et son médecin (soutenue par celle avec le pharmacien). Ce serait alors au niveau de l'Alliance thérapeutique qui se crée entre thérapeute et patient que tout se joue vraiment. L'intérêt porté au dosage ne serait qu'une façon trop mécaniciste d'appréhender la clinique, car un dosage élevé non accompagné par une bonne alliance thérapeutique, ne donnerait de toutes façons pas de résultats satisfaisants.

**Onzième constat :** Les **mesures du bien-être des patients font apparaître des différences entre communautés** avec une satisfaction globale et une mesure des tendances dépressives telles, que les patients de Flandre ont des niveaux significativement plus favorables. Nous ne pensons pas que le bien-être du patient ne se réduise ici à l'effet de la cure, mais reflète aussi une dimension culturelle beaucoup plus générale. Une comparaison avec la situation en population générale, prévue dans la poursuite de l'étude devrait permettre de confirmer notre position.

**Douzième constat :** **L'Alliance thérapeutique** a déjà été évoquée, mais nous tenons à souligner son importance pour aider à la compréhension du traitement et de ses difficultés. La mesure qui en a été faite permet de distinguer de nombreuses situations favorables ou non au traitement. Ainsi **l'usage passé de la méthadone au noir et surtout lorsque le sens donné à cet usage est une automédication, les anciennes pratiques à risques d'échanges d'ustensiles d'injection, la poursuite de l'usage d'héroïne sont tous liés à un déficit de l'Alliance thérapeutique actuelle.** Par contre le décès du père correspond à une meilleure Alliance avec le médecin, ce qui ouvre des perspectives de réflexion sur la figure paternelle du médecin.

Une analyse de régression de l'Alliance a aussi résumé un ensemble de facteurs dont le plus favorable est l'apport de la cure substitutive sur le plan de la santé mentale. Elle est donc très nettement liée au bien-être ressenti par le patient grâce à la cure. D'où notre souhait de voir s'étendre l'utilisation de cet instrument dans l'évaluation de la clinique.

**Treizième constat :** Pour mesurer le vécu de la cure substitutive par le patient, un instrument original a été créé **l'échelle d'apport de la cure** (à partir d'une transformation en auto-évaluation pour le patient d'un instrument élaboré pour une évaluation par des médecins). Cet instrument permet de situer les patients sur 3 dimensions de la cure : 1. L'Apport en Santé mentale 2. Le recul vis-à-vis des drogues et 3. La mise en ordre avec la Justice. Grâce à son utilisation, nous avons montré que 1. Les patients de Flandre se distinguaient par un moindre recul par rapport aux drogues, alors que les patients de Wallonie-Bruxelles par un moindre apport en santé mentale.

2. Les patients les plus jeunes (moins de 25 ans) ressentaient un apport global plus important, mais qu'il n'y avait pas de progression selon l'âge

3. Le fait de vivre avec une personne abstinente ou de vivre avec ses enfants améliore le recul vis-à-vis des drogues.

4. L'apport global de la cure est lié à une amélioration des relations avec les parents.

5. L'apport global de la cure et toutes ses dimensions sont liés positivement à l'Alliance thérapeutique.

6. Ni l'apport de la cure, ni aucune des ses dimensions ne sont liés au dosage de la méthadone, ni de façon significative à l'évolution de celui-ci. Ceci confirme les observations précédentes et l'absence de lien entre le dosage et l'amélioration (ici celle ressentie par le patient).

**Quatorzième constat :** Les **rapports du patient avec le pharmacien** ont été décomposés en plusieurs dimensions : la reconnaissance du rôle du pharmacien dans la cure, le malaise ressenti dans la fréquentation de l'officine, la critique de l'organisation de la délivrance, la compliance (observance), les difficultés relationnelles, la pression exercée sur le dosage, l'absence de fidélité. Ces dimensions constituent une première étape pour la construction d'un indice global, sur le modèle de l'alliance thérapeutique. En attendant, nous avons tenté de situer la relation avec le pharmacien par rapport à l'Alliance thérapeutique. Une analyse de régression de l'apport de la cure a mis en évidence que la reconnaissance du rôle du pharmacien se situe en deuxième position après l'Alliance thérapeutique avec le médecin. Elle a un impact supérieur à l'indice de bien-être, l'indice de satisfaction globale, l'entente avec les parents ou encore l'absence de prise de méthadone au noir en tant que drogue...

Le rapport entretenu avec le pharmacien d'officine constitue donc une dimension méconnue de la cure substitutive. L'étude a ainsi contribué à faire surgir l'importance de cette relation dans le vécu du

patient. Ceci doit permettre à la profession de faire enfin reconnaître son rôle complémentaire à celui du thérapeute dans l'amélioration de la situation vécue par les patients. Il s'agit certainement d'une spécificité du dispositif développé en Belgique, qui encouragera les pharmaciens qui hésitent encore à participer à la prise en charge de toxicomanes et donnera aux collègues dans d'autres pays une perspective nouvelle sur la profession et sa dimension de santé publique ou tout simplement humaine.

## 14. Perspectives

Ce travail constitue un effort d'éclaircissement de la situation vécue par les patients en cure substitutive. Si une relative lumière a été posée sur leur passé, chaotique ou en tout cas complexe, tant dans les handicaps successifs de fréquentes défaillances familiales et de marquages institutionnels précoces que dans des trajectoires thérapeutiques pendant près de 10 ans, l'analyse de ce qui influence leur situation présente est encore un chantier ouvert.

Les éléments sociographiques visaient, avec d'ailleurs la présentation du passé institutionnel et thérapeutique, à une meilleure compréhension des « ressources » disponibles dans la population de patients en cure substitutive. Mieux approcher les ressources ou, devrait-on dire, les nombreux manques à cet égard. Exclusions et handicaps divers et successifs, tant dans les relations familiales que dans l'exclusion scolaire, qui aboutit à une situation à 32 ans en moyenne, d'un tiers de la population ne dépassant pas le niveau d'études primaires, avec à près de deux tiers une origine ouvrière, et seulement parmi les patients de Belgique un tiers exerçant une activité professionnelle, sans oublier...une proportion semblable d'un tiers ne se sentant pas en mesure de travailler.

Même si des différences importantes existent entre les Régions, avec une situation plus favorable sur beaucoup de ces aspects en Flandre, une forte désinsertion sociale marque cette population dont le passé institutionnel ne favorise pas le rétablissement social. Attendre de la cure substitutive une réinsertion sociale est dans de telles conditions utopiques.

Ce qui surprend de prime abord c'est le faible impact du lourd passé institutionnel et thérapeutique sur ce qui se produit « ici et maintenant » dans leur condition de patient en cure substitutive. Cette absence de conditionnement (mis à part le caractère négatif d'une forte complexité des types d'instances traversées ) ouvre donc le champ libre à une relative fraîcheur dans la prise en charge thérapeutique actuelle, puisque peu conditionnée par le passé. Non les jeux ne sont pas déjà faits.

Faire intervenir de nouveaux concepts sensés être en mesure de nous faire approcher ce qui intervient dans les changements vécus par les patients, à été une préoccupation de cette étude.

Il fallait dans un premier temps disposer d'une mesure des améliorations retirées de la cure. L'instrument de l'indice d'apport de la cure a été développé dans cette étude. Il a fourni les fondations sur lesquelles construire des hypothèses sur l'impact des caractéristiques personnelles, thérapeutiques ou autres devenant envisageable.

Notre analyse a ainsi porté sur la relation thérapeutique, formalisée par un paradigme déjà fort prisé pour évaluer les psychothérapies, et que nous avons mis à contribution dans l'explication du processus d'amélioration vécu par le patient : l'Alliance thérapeutique. Non seulement nous souhaitons proposer ce paradigme en tant que marqueur (cause) de l'efficacité de la cure, mais de plus, dans la mesure où nous avons montré que ce paradigme recouvre en grande partie la réalité complexe de l'amélioration vécue par le patient, nous devons tenir compte de sa capacité à devenir la mesure même de l'amélioration !

Toutefois, nous avons aussi constaté, que cette étude, en permettant pour la première fois de mettre en évidence la relation au pharmacien d'officine et de la faire intervenir dans le processus thérapeutique, aboutissait à prendre en compte son impact dans le vécu du patient, avec une force qui en surprendra plus d'un.

Le rôle du pharmacien d'officine dans la cure substitutive est encore à explorer, mais ce qui a été produit dans l'étude confirme ce que nous soupçonnions : dans le système actuel en Belgique d'accès à la méthadone, la relation au pharmacien devient pour le patient une partie intégrale du processus de soins.

## Glossaire des définitions statistiques

Terme	Définition
Alpha (de Cronbach)	Coefficient de corrélation fournissant de l'information sur l'homogénéité d'un instrument de mesure. Ce coefficient varie entre des valeurs de +0,01 et +0,99; plus il est élevé, plus l'instrument de mesure est homogène. Syn.: Coefficient alpha.
Analyse factorielle	<ol style="list-style-type: none"><li>1 L'analyse factorielle (AF) cherche une solution à <b>la covariance entre les variables mesurées</b>. Elle tente d'expliquer seulement la variance qui est commune à au moins deux variables et présume que chaque variable possède aussi une variance unique représentant son apport propre.</li><li>2 Technique d'analyse statistique pour identifier les facteurs ou éléments sous-jacents à un ensemble plus grand de variables mesurées chez les mêmes individus afin d'expliquer les relations mutuelles entre ces variables.</li></ol>
Anova (comparaison de moyenne)	<ol style="list-style-type: none"><li>1 Technique statistique permettant de savoir si une ou plusieurs variables dépendantes (appelées aussi variables endogènes ou variables à expliquer) (valeurs numériques et continues [c-à-d des effectifs, des rapports comme des longueurs ou des poids, etc..] = disposées dans différentes lignes d'un tableau) sont en relation avec une ou plusieurs variables dites indépendantes (ou variables exogènes ou variables explicatives) (disposées dans différentes colonnes d'un tableau).</li><li>2 Technique de statistique inférentielle qui examine les différences entre au moins deux moyennes de groupes de sujets afin de déterminer la pertinence de rejeter l'hypothèse statistique que ces différences ne sont pas significatives</li></ol>
Coefficient de corrélation	Coefficient de corrélation calculé entre deux variables continues [coefficient de corrélation = Indice du degré de relation linéaire entre deux variables pour un même groupe de sujets. Le coefficient peut varier entre les valeurs de +1,0 (corrélation positive parfaite) et -1,0 (corrélation négative parfaite); un coefficient de 0 dénote une absence de relation entre les deux variables]
Diagramme (ou graphique)	Représentation visuelle de données chiffrées. <i>Exemples</i> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Diagramme de dispersion : Graphique d'une relation entre deux variables au moyen d'un ensemble d'intersections de scores obtenus pour chaque sujet.</li><li>- Diagramme en bâtons : Graphique d'une distribution d'effectifs pour données provenant d'une échelle de mesure nominale; les bâtons sont espacés les uns des autres pour indiquer que les données sont reliées à une variable catégorique.</li></ul>
Ecart type	<ol style="list-style-type: none"><li>1 ou écart quadratique moyen ou déviation standard (Standard deviation). Paramètre de dispersion, est la racine carrée de la variance (moyenne arithmétique des carrés des écarts par rapport à la moyenne).</li><li>2 Mesure de dispersion des scores d'une distribution, qui tient compte de la distance de chacun des scores par rapport à la moyenne du groupe</li></ol>
Eta (intensité de la relation)	Valeur numérique qui indique le degré de <i>relation curvilinéaire</i> ( <i>Relation non-linéaire entre deux variables qui est la mieux représentée sur un graphique par une ligne courbe</i> ) entre deux variables.
Facteurs (Dimensions)	Caractéristique destinée à fournir une <i>explication</i> simple de ce que plusieurs <i>tests</i> ou sous-tests ont en commun. L'existence du facteur est déduite de l'étude des diverses <i>corrélations</i> entre ces tests ou sous-tests. Une liaison entre des facteurs n'implique pas un lien de causalité.
Intervalle de confiance	Intervalle numérique à l'intérieur duquel se situe le véritable <i>paramètre</i> selon un niveau de <i>probabilité</i> prédéterminé. Les limites de l'intervalle de confiance sont calculées en utilisant la <i>moyenne</i> de l' <i>échantillon</i> et l' <i>erreur standard de la moyenne</i> en cas de variables quantitatives, et de pourcentage de l'échantillon en cas de variables qualitatives.

<b>Médiane</b>	<i>Mesure de tendance centrale</i> indiquant le point milieu d'une <i>distribution d'effectifs</i> , c'est-à-dire le point en-dessous duquel se trouve 50% des <i>sujets</i> et au-dessus duquel se trouve 50% des <i>sujets</i> .
<b>Normalité (de la variable)</b>	(Distribution normale =) Distribution symétrique en forme de cloche pour une variable, et dont la moyenne, la médiane et le mode correspondent au même score. Les chercheurs s'y réfèrent souvent lorsqu'ils font des inférences au sujet d'une population sur la base des observations à partir d'un échantillon particulier.
<b>Régression linéaire</b>	Relation entre deux <i>variables</i> qui est représentée sur un <i>graphique</i> par une ligne droite.
<b>Régression logistique</b>	L'analyse de régression est une technique statistique permettant d'établir une relation entre une variable dépendante et des variables explicatives, afin d'étudier les associations et de faire des prévisions. Ce qui distingue le modèle de régression logistique du modèle de régression linéaire est que dans le premier la variable dépendante est qualitative, i.e. cette variable prend comme valeur un attribut et non pas une valeur numérique : par exemple la variable état de santé prend les attributs « sain » ou « malade », la variable sexe « mâle » ou « femelle », une autre variable les attributs « rouge » ou « noir », etc. Dans les deux cas, les variables explicatives sont qualitatives.
<b>Signification statistique (P)</b>	Degré de confiance dans les <i>résultats</i> . Techniquement, il s'agit d'une probabilité associée au risque de se tromper en rejetant l' <i>hypothèse statistique</i> lorsqu'en réalité cette hypothèse est vraie. Par exemple, si ce seuil est situé à 0,05, on accepte la <i>probabilité</i> de se tromper 5 fois sur 100 en rejetant l'hypothèse statistique. Syn.: <i>Niveau alpha</i> , <i>Niveau de signification</i> , <i>Signification statistique</i> .
<b>Tableau croisé</b>	Ou tableau de contingence. C'est un moyen particulier de représenter simultanément deux caractères observés sur une même population, s'ils sont discrets ou bien continus et regroupés en classes.
<b>Variable ordinale</b>	Une variable ordinale présente un ordre naturel de ses valeurs possibles, mais les distances entre les valeurs ne sont pas définies. Habituellement, les variables ordinales ont des échelles catégoriques. Par exemple, lorsqu'on demande à des personnes de choisir entre « excellent », « bon », « moyen » et « médiocre » pour évaluer quelque chose, la réponse indique seulement une catégorie, mais il existe un ordre naturel de ces catégories.
<b>Variable numérique (ou quantitative)</b>	Variable quantitative qui décrit une valeur mesurée de façon numérique (par ex., âge ou nombre de personnes dans un ménage). Ces variables peuvent être continues ou discrètes.
<b>Variable qualitative</b>	Variable dont les modalités sont des catégories (Oui/Non, brun/bleu/vert, ...)
<b>Variance</b>	1 Moyenne arithmétique des carrés des écarts par rapport à la moyenne 2 Mesure de l'étalement équivalant au carré moyen de l'écart de chaque nombre par rapport à la moyenne d'un ensemble de données.
<b>Odds ratio (risque relatif)</b>	1 Cette expression anglaise est le plus souvent utilisée à la place de sa traduction française : rapport de cotes. Une cote est le rapport d'une probabilité P1 à sa probabilité complémentaire P2. Si P1 et P2 sont deux proportions (de sujets malades, de sujets exposés, etc.) ou deux risques mesurés dans deux groupes de sujets, le rapport de cotes (odds ratio) correspondant est : $OR = [P1/1-P1] / [P2/1-P2]$ .  2 Rapport des odds de deux groupes que l'on désire comparer. En général, on mesure le odds de l'exposition parmi les cas (individus avec M) à celui parmi les témoins (individus sans M). M peut être mesuré en terme de cas prévalents ou incidents, la manière de calculer le odds ratio demeurant la même mais l'interprétation des résultats étant différente. On crée un tableau de contingence similaire aux deux premiers. Les chercheurs déterminent le nombre de cas et de témoins qui seront sélectionnés. On calcule ensuite le odds ratio (OR).

## 14. Références

- Ades J. Conduites de dépendance et recherche de sensations» in D.Bailly et I.L. Venisse (édit) Dépendance et conduites de dépendance, Paris, Masson, 1994, 231 p.
- Bach P.B. and Lantos J. Methadone dosing, heroin affordability, and the severity of addiction. Am. J. Public Health 1999; 89 (5): 662-5.
- Baillie, A.J., Mattick, R.P., The Benzodiazepine Dependence Questionnaire: Development, reliability and validity. Brit J Psychiatry 1996; 169(3): 276-281.
- Ball J., Ross A. The effectiveness of Methadone Maintenance Treatment : Patients, Programs, Services and Outcome. New York. Springer-Verlag. 1991.
- Caplehorn J.R.M., Bell J., Kleinbaum D.G., Gebekli V.J. Methadone dose and heroin use during maintenance treatment. Addiction. 1993; 88:119-124.
- Caplehorn J.R.M., Dalton M.S., Haldar F., et al. Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. Subst. Use Misuse 1996; 31(2): 177-196.
- Carpentier J. La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale. Editions Ellipse. 1992.
- Cronbach L.J. Coefficient Alpha and the internal structure of tests, Psychometrika 1951; 16: 297-333.
- De Ruyver B., Van Bouchaute J., Balthazar T. Methadon : hulpmiddel of wondermiddel ?, Garant, Leuven-Apeldoorn, 1994.
- Dervaux A., Laqueille X. Traitements de substitution : les règles de prescription, La revue du praticien 1999; 13 : 1589-1592.
- Devis V. Methadon substitutiebehandeling in de « geïnteresseerde » huisartsenpraktijk : de praktische aanpak in Vlaamstalig Brussel. Eindwerk opleiding huisartsgeneeskunde, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, 2002.
- Dole V.P., Joseph H. Long-term Outcome of patients treated with Methadone Maintenance, Annals of the New-York Academy of Sciences 1978; 311: 181-189.
- Dole V.P., Nyswander M.E. Heroin Addiction : a metabolic disease. Archives of Internal Medicine 1967; 120: 19-24.
- Dole V.P., Nyswander M.E. A medical treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction, JAMA 1965; 193: 645-650.
- D'Aunno Th., Pollock H.A. Changes in Methadone treatment Practices. Results from a National panel study 1998-2000. JAMA 2002; 288: 850-856.
- Gasquet I., Lancon C., Parquet P. Facteurs prédictifs de réponse au traitement substitutif par Buprénorphine Haut Dosage, Etude naturaliste en médecine générale. L'Encéphale 1999; 6: 645-651.
- Gerin P., Dazord A., Sali A., Boissel J.P. L'évaluation de la dépression à la lumière du concept de vie subjective. L'Information Psychiatrique 1992; 68(5): 47-56.
- Hoge Gezondheidsraad / Conseil Supérieur d'Hygiène. 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, 1994.

Festinger L. A theory of Cognitive dissonance. Stanford. C.A. Stanford University Press, 1957.

Gronbladh L., Ohlund L.S., Gunne L.M. Mortality in heroin addiction: Impact of methadone treatment. Acta Psychiatrica Scand. 1990; 82: 223 – 227.

Johnson R.E. A controlled trial of Buprenorphine treatment for Opioid dependence. JAMA, 1992; 267: 2750-2755.

Joseph H., Stancliff S., Langrod J. Methadone Maintenance Treatment (MMT) : A review of historical and clinical issues, The Mount Sinai Journal of Medicine, 2000; 67, (5 & 6): 347-365.

Joseph H., Appel P. Alcoholism and methadone treatment: Consequences for the patient and the program. Am J Drug Alcohol Abuse 1985; 11(1 & 2):37-54.

Ledoux Y. Le devenir de patients en cure substitutive au Réseau d'Aide aux Toxicomanes. Les dimensions de l'efficacité substitutive.

In, Actes du Séminaire « Evaluation et Promotion de la Qualité des Soins aux toxicomanes. Substitutions en Europe, Projet de Recherche-Action. », sous l'Egide de l'Union européenne. Luxembourg. 10 mars 2001, 48 p., 22-45. 2001.

Ledoux Y. Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique (Synthèse de l'étude). Journal de Pharmacie de Belgique 2004 ; 3 : 69-79.

Ledoux Y. Evaluatie van de methadonverstrekking in België. Synthese van de studie. Farmaceutisch Tijdschrift voor België 2004; 4: 7-17.

Lewinson J.H., Payte J.T., Salsitz E., Joseph H., Marion I.J., Dole V.P. Methadone Maintenance in : Lewinson J.H. et al., eds. Substance abuse : a comprehensive textbook. Baltimore. Williams and Wilkins.1997; 404-15.

Maddax J.M., Prihoda T.J., Prihoda T.J., Vogtsberger K.N. The relationship of methadone dose and other variables to outcomes of methadone maintenance. Am. J. Addict. 1997; 6: 246-255.

Magura, S. & Rosenblum, A. Leaving methadone treatment: Lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. The Mount Sinai Journal of Medicine. 2001; 68(1): 62-74.

Martin D. J., Garske J. P., & Davis M. K. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000; 68: 438-450.

Milby, J. B. Methadone maintenance to abstinence: How many make it? Journal of Nervous and Mental Disorders. 1988; 176(7): 409-422.

Milby J.B., Sims M.K., Khuder S., Schumacher J.E., Huggins N., McLellan A.T., Woody G., & Haas N. Psychiatric co-morbidity: Prevalence in methadone maintenance treatment. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 1995; 22: 95-107.

Miller S.D., Duncan B.L., Johnson L.D. The Undiscovered Country, Institute for the Study of Therapeutic Change, Chicago, Illinois. 2002. Texte disponible sur le site de l'ISTC. En communiquant par E-Mail, les instruments de mesure de l'Alliance Thérapeutique peuvent être obtenus en anglais et français.

Noirfalisse I. Le pharmacien et les traitements de substitution. Mémoire en Sciences Pharmaceutiques. Université de Liège. Liège. 1994. 77 p.

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

PAYTE J.T. & KHURI E.T. Principe de détermination du dosage de la méthadone, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 1994 ; pp. 109-131.

PAYTE J.T. & KHURI E.T. Durée du traitement à la méthadone et rétention, in PARRINO M.W. ; *Traitement à la Méthadone*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 1994 ; pp. 225-236.

Payte J.T., Khuri E.T. Principe de détermination du dosage de la méthadone, in Parrino M.W., Traitement à la Méthadone. Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 1994: 109-131.

Petry NM, Bickel WK, Badger GJ. A 12-year study (1975 – 1986) of mortality in methadone maintenance patients: Selected demographic characteristics and drug-use patterns of AIDS and non-AIDS-related deaths. Subst Use Misuse.1998; 33(12): 2521 – 2534.

Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J. C. In search of how people change. American Psychologist 1992; 47: 1102-1114.

Prochaska J.O., Velicer W.F., DiClemente C. C., & Fava, J. L. Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988; 56: 520-528.

Reisinger M. Buprenorphine as a new treatment for Heroin Dependence. Drug Alcohol Dependence 1985; 16: 257-262.

Simard G. La méthode du "Focus Group", Mondia, Coll. « Animer, Planifier et Evaluer l'action », Laval (Québec), 1989.

Strain E.C., Stitzer M.L., Liebson I.A., Bigelow G.E. Comparison of Buprenorphine and Methadone in the treatment of Opioid dependence. American Journal of Psychiatry 1994; 151: 1025-1030.

Razavi D., Gandek B. Testing Dutch and French translations of the SF-36 Health Survey among Belgian Angina Patients. J.Clin.Epidemiol. 1998; 51( 11): 975-981.

Remy C. Allocution d'ouverture : L'outil d'évaluation qualitative, une "colonne vertébrale" pour construire un réseau d'accueil et de soins aux toxicomanes. In, Actes du Séminaire « Evaluation et Promotion de la Qualité des Soins aux toxicomanes. Substitutions en Europe, Projet de Recherche-Action. », sous l'Egide de l'Union européenne 10 mars 2001. 48 pages, pp 1-11. 2001.

Roberts K., Bryson S.M. The contribution of Glasgow pharmacists to the management of drug misuse. Pharmaceutical Journal 1999; 6: 244-248.

Sleiman S. Belgian National Report on drugs. Institut pour la Santé Publique. 2003 : 34-35.

Strain E.C., Stitzer M.L., Liebsin I.A., Bigelow G.E. Methadone dose and treatment outcome. Drug Alcohol Dependence 1993; 33: 105-117.



Venisse J.L., Bailly D. Addictions : quels soins ? Masson, Paris, 1997; 271 p.

Ware, J.E., Kosinski, M., Gandek, B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. QualityMetric Inc. 2003.

Wasserman D.A., Weinstein M.G., Havassy B.E. Hall S.M. Factors associated with lapses to heroin use during methadone maintenance. Drug Alcohol Dependence 1998; 52:183-192.

Weinrich, M & Stuart, M. Provision of Methadone Treatment in Primary Care Medical Practices: Review of the Scottish Experience and Implications for US Policy. JAMA 2000; 283:1343-1348.

World Health Organisation. WHO Info Package : Mastering depression in primary care, Version 2.2. 1998.