

RÉSUMÉ

ANALYSE ET OPTIMALISATION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN BELGIQUE

(SUBANOP)

VANDER LAENEN FREYA
VANDERPLASSCHEN WOUTER
SMET VALÉRIE
DE MAEYER JESSICA
BUCKINX MARGAUX
VAN AUDENHOVE SHARON
ANSSEAU MARC
DE RUYVER BRICE



Analyse et optimisation des traitements de substitution en Belgique

(SUBANOP)

Conclusions et recommandations

*Valérie Smet
Margaux Buckinx
Jessica De Maeyer
Wouter Vanderplasschen
Brice De Ruyver
Freya Vander Laenen*

Introduction

*Ce document est un résumé étendu de la recherche Subanop. La recherche a été financée par la Politique scientifique fédérale et SPF Santé Publique. Ce résumé doit donner une vue générale des conclusions les plus importantes de la recherche scientifique, avec l'accent sur les recommandations en connexion avec ceci. La recherche complète a été publiée par : Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Vanderplasschen, W., Anseau, M., Smet, V., De Maeyer, J., Buckinx, M. & Van Audenhove, S. (2013), *Analysis and optimization of substitution treatment in Belgium*. Academia Press, Gent.*

1. Objectifs et méthodologie

1.1. Contexte de l'étude

En Europe, on parle pour la première fois des traitements de substitution dans les années 1960, comme réponse à l'usage croissant des opiacés (EMCDDA, 2000). De précédentes études internationales ont démontré l'efficacité des traitements de substitution dans la réduction de la criminalité (Schwartz et al., 2009), la réduction des facteurs de risque (Keen, Oliver, Rowse & Mathers, 2003), la réduction de la morbidité et de la mortalité (Moller, Karymbaeva, Subata, Kiaer, 2009), la réduction de l'usage de l'héroïne (Amato, Davolia, Peruccia, Ferria, Faggiano & Mattick, 2005), la réduction de l'usage d'autres drogues illégales (Masson et al., 2004), l'augmentation de la rétention du traitement (Amato et al., 2005) et l'amélioration de la qualité de vie au point de vue de l'emploi, du logement et de l'enseignement (Vanagas, Padaiga & Bagdonas, 2010).

Le traitement de substitution a déjà été examiné dans plusieurs études belges (Reggers, Somers & Richy, 2006; Ledoux, Brohée & Lagrain, 2004; Ledoux *et al.*, 2005; Pelc *et al.*, 2004 ; De Maeyer et al., 2011). Les décideurs et les praticiens signalent toutefois des lacunes dans les connaissances sur les traitements de substitution en Belgique, en particulier concernant les traitements de substitution opérés dans les milieux en dehors des centres d'accueil médico-sociaux (par exemple, les traitements de substitution en hôpitaux (psychiatriques)), en ce qui concerne les caractéristiques des clients recevant un traitement de substitution, et enfin, sur les défis et les problèmes survenant dans l'offre de ce type de traitement.

1.2. Le but de l'étude

L'étude SUBANOP a pour objectif d'offrir une vue d'ensemble mise à jour des éléments clés se rapportant aux traitements de substitution en Belgique. Les objectifs de recherche suivants peuvent être distingués :

- 1) L'élaboration d'une analyse critique des études et des méta-analyses disponibles relatives aux traitements de substitution (chapitre 1).
- 2) Dresser un inventaire de l'offre actuelle de traitements de substitution en Belgique en ce qui concerne le type, la taille et la répartition géographique de structures de soins, de même que la cartographie de l'offre actuelle de formations, d'études et de visions croisées pour les fournisseurs de traitements de substitution en Belgique (chapitre 2).
- 3) Procéder à une évaluation des caractéristiques psychosociales des clients en traitement de substitution, par le biais d'une analyse secondaire des données existantes (chapitre 3), ainsi que mesurer le taux de satisfaction du traitement auprès des clients au sein des divers types de traitements de substitution (chapitre 4).
- 4) Obtenir un aperçu concernant l'interprétation et l'application du concept de « support psychosocial » en Belgique.
- 5) Développer une directive réaliste, se fondant sur l'évidence, destinée au traitement et à l'accompagnement de personnes dépendantes aux opiacés dans les traitements de substitution, en mettant l'attention sur l'interprétation du concept de « support psychosocial » et sur les directives de l'OMS.
- 6) Donner un aperçu des problèmes se présentant aux fournisseurs des traitements de substitution en Belgique (comme l'application du support psychosocial, la difficulté d'atteindre la population concernée, le retour, le suivi).
- 7) Élaborer des recommandations politiques et pratiques en vue de remédier aux problèmes identifiés (chapitres 5 et 6).

2. Méthodologie

2.1. Éthique

L'étude a été évaluée et approuvée par la Commission d'éthique de l'hôpital universitaire de Gand (Belgique), le Service fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et la Commission de la protection de la vie privée.

2.2. Conception de l'étude

Afin de répondre aux objectifs de recherche ci-dessus, il a été fait usage dans cette étude d'un modèle de recherche. Plus spécifiquement, une triangulation méthodologique a été appliquée, en utilisant aussi bien des méthodes qualitatives que quantitatives (Dale, 1995). La force de la recherche multi-méthode tient dans le fait que les faiblesses d'une méthode sont effacées grâce aux forces de l'autre, et qu'ainsi la portée de la recherche peut croître (Creswell, Plano Clark, Gutmann & Hanson, 2003 ; Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Onwuegbuzie & Leech, 2005). En plus la recherche a été

réalisée par une équipe de recherche multidisciplinaire de criminologues, travailleurs sociaux, orthopédagogues, psychologues, juristes, docteurs et sociologues.

La consultation de banques de données nationales et internationales a permis de lister la littérature scientifique anglaise, française et néerlandaise pertinente en matière de traitements de substitution (dans la période de publication allant de 2000 à avril 2012). Étant donné l'existence d'une grande quantité de littérature sur ce thème, l'inventaire, en premier ressort, se limita aux méta-analyses disponibles, aux recensions systématiques et aux études d'ensemble concernant le traitement des individus opiodépendants. Pour ce qui concerne le support psychosocial des opiodépendants, la recherche a été étendue aux études primaires, car le nombre de méta-analyses et études d'ensemble sur ce sujet est plutôt limité.

L'offre actuelle de traitements de substitution a été inventoriée au moyen d'une **enquête téléphonique** (octobre-décembre 2011) et d'une **enquête en ligne** (novembre 2011 - mai 2012) auprès de fournisseurs belges potentiels de traitements de substitution, c'est-à-dire : médecins généralistes, hôpitaux, centres spécialisés et pharmaciens¹. Un échantillon aléatoire stratifié, basé sur les procédures de l'enquête belge sur la santé, fut utilisé afin d'engendrer un échantillon représentatif pour l'enquête téléphonique auprès des médecins généralistes et des pharmaciens (ISP – WIV, 2005). Tous les hôpitaux et centres spécialisés ont été contactés pour l'enquête téléphonique. L'objectif général de l'enquête téléphonique était de cartographier et d'inventorier l'offre de traitements de substitution par les médecins généralistes, hôpitaux, centres spécialisé et pharmaciens (tant dans le passé qu'actuellement). En outre, il fut demandé à ces répondants durant l'enquête s'ils étaient prêts à participer à l'enquête en ligne. Un lien vers l'enquête en ligne était envoyé aux répondants qui marquaient leur accord.

À la demande du comité d'accompagnement, l'offre de traitements de substitution dans les prisons belges fut aussi cartographiée. Pour les prisons, des informations supplémentaires ont été fournies par l'Enregistrement national belge des traitements de substitution (Ledoux, Brohée, Lagrain, Vermeire, Houben, Spago & Vansnick, 2008), par le Service de santé des prisons du Service public fédéral (SPF) Justice (2008) (Todts, Glibert & Van Malderen, 2008) et par une enquête effectuée dans les prisons (flamandes) dans le cadre d'une thèse de master (Debehets, 2011), basée sur l'étude de Stover, Hennebel & Casselman (2004). Cette enquête a également été menée en juin 2012 dans les prisons de Bruxelles-Capitale et de Wallonie.

Les caractéristiques des clients des traitements de substitution ont été étudiées au moyen d'une analyse secondaire des données de deux banques de données : une étude Belspo et son prolongement (Ledoux, 2005 et une nouvelle collecte de données en 2006), et un enregistrement national pour la prescription des médicaments de substitution (Ledoux, Brohée, Lagrain, Vermeire,

¹ Sondages: médecins généralistes et hôpitaux, basé sur la liste d'SPF Santé Publique ; des pharmaciens, basé sur la liste d'INAMI ; centres spécialisés basé sur la liste de L'Association flamande pour les problèmes d'Alcool et autres drogues (VAD) (Flandre), Fedito BXL (Bruxelles), Fedito Wallon (Wallonie). Vous trouverez plus de détails à propos des sources et des banques de données consultées en Annexe II de la publication Vander Laenen et al. (2013). 'centres spécialisés' sont des centres qui sont spécifiquement destinés à l'offre de traitement de toxicomanie (centres d'accueil de jour, centres d'intervention critique, communautés thérapeutiques et des ASBLs). Les services spécialisés des hôpitaux psychiatriques font partie de la liste des hôpitaux.

Houben, Spago & Vansnick, 2010 ; Ledoux, 2012). Une analyse de régression logistique a ensuite été réalisée. L'étude Belspo se compose de différentes analyses multivariées.

En 2003, l'Association pharmaceutique belge (APB) a effectué une enquête² (étude Belspo) dans laquelle l'échantillon se composait de clients recevant de la méthadone en guise de traitement de substitution (Ledoux, 2005). Plus de 130 pharmaciens ont pris part à cette étude et ont évalué leurs clients recevant des médicaments de substitution. Afin d'améliorer la représentativité de l'échantillon de clients en traitement de substitution, les Centres d'accueil médico-sociaux flamands ont été ajoutés à cet échantillon en 2006. L'échantillon final était composé de 494 clients belges (311 clients wallons et bruxellois et 183 clients flamands). Nonobstant le fait que dans l'étude initiale, l'attention était aussi portée sur l'évaluation des clients en traitement de substitution par les pharmaciens, ce chapitre, dans la présente étude SUBANOP, est seulement consacré à l'analyse de l'auto-évaluation des clients.

L'enregistrement national des traitements de substitution se composait d'une analyse épidémiologique du nombre, du sexe et de l'âge des clients suivant un traitement de substitution, le lieu de dispensation, le nombre de médecins généralistes/pharmaciens proposant le traitement de substitution et les médicaments utilisés (méthadone ou buprénorphine-Subutex[®] of Suboxone[®]). La banque de données se composait de tous les clients (codés) auxquels avait été prescrit de la méthadone ou de la buprénorphine entre le dernier trimestre 2006 et le second trimestre 2009.

Les **entrevues quantitatives** avec les clients (N=77) avaient pour objectif d'obtenir un aperçu des caractéristiques des traitements, de l'histoire de la toxicomanie, de la satisfaction du traitement et de la qualité de vie des individus opiodépendants au cours du traitement de substitution. Les **entrevues en profondeur** mettaient l'accent sur les expériences des clients (N=77) avec support psychosocial (par exemple, disponibilité, fréquence et contenu), et sur le traitement de substitution en général.

Afin de concrétiser et d'adapter les directives disponibles relatives au support psychosocial dans les traitements de substitution en Belgique, une méthode électronique Delphi à deux tours fut organisée. La méthode Delphi est une méthode de recherche interactive, se composant d'un panel d'expert (N=14) qui explore durant plusieurs tours les réponses aux questions ou les déclarations (McIlrath, Keeney, McKenna & McLaughlin, 2009 ; Skulmoski, Hartman & Krahn, 2007). La méthode Delphi est une méthode consensuelle qui a été utilisée ici pour identifier les opinions des experts concernant le support psychosocial dans les traitements de substitution afin d'atteindre un consensus.

Enfin, trois **groupes de discussion** ont été organisés (21 participants au total), un dans chaque Région, en vue de formuler des recommandations et d'identifier des « bonnes pratiques », afin d'optimiser à un niveau structurel les traitements de substitution en Belgique. Les thèmes des groupes de discussion étaient basés sur les lacunes dans les résultats de la recherche des programmes de travail précédents, complétées par des suggestions des membres du comité d'accompagnement. Ainsi, les thèmes suivants apparaissaient dans le groupe central : l'identification des différents groupes cibles dans le traitement de substitution et le type de services où ces derniers peuvent se rendre ou là où ils peuvent être référencés ; l'intégration des soins de première ligne dans

² Financé par BELSPO/Politique Scientifique Fédérale

le traitement de substitution ; l'intégration des hôpitaux (généralistes et psychiatriques) dans le traitement de substitution; et l'optimisation de l'organisation de la collaboration intersectorielle.

Des corrélations générales ont été établies entre la littérature internationale en matière de traitements de substitution, les différentes enquêtes et les groupes de discussion. En faisant usage d'une conception d'enquête multi-méthode, il a également été possible de recevoir des réponses approfondies, et d'identifier les problèmes actuels dans les traitements de substitution en Belgique. Une attention spéciale fut portée au support psychosocial, qui peut être fourni en plus du traitement de substitution « classique ». Les directives de l'OMS pour les « **Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence** » (OMS, 2009) ont formé la cadre de l'enquête SUBANOP et ont été utilisées comme matériel de comparaison pour les recommandations stratégiques et pratiques.

2.2.1. Les limites de la méthodologie de recherche

Les limites de la conception de l'enquête sont commentées ci-dessous.

L'examen de la littérature n'offre aucune réponse limpide en matière d'efficacité des différents types de support du fait de la variété des interventions psychosociales, de l'hétérogénéité des populations étudiées, des paramètres de la recherche, de la durée des traitements, des différents types de traitements et de la définition des supports psychosociaux. En outre, les variables de résultat concernées varient, ce qui complique les méta-analyses se rapportant à l'efficacité des supports psychosociaux, la comparaison des différents types de supports psychosociaux et la formulation de recommandations sur les types de supports psychosociaux à préférer par rapport à d'autres (Amato *et al.*, 2011a&b; Mayet *et al.*, 2010). Un obstacle supplémentaire fut le manque d'une définition claire de la notion de « support psychosocial ». Lorsque l'on compare les formes structurées additionnelles des interventions psychosociales avec les traitements de substitution existants (« treatment-as-usual »), il est rarement indiqué si ce « groupe de contrôle », outre les médicaments de substitution, a reçu ou non une forme quelconque de support psychosocial (Griffith, Rowan-Szal, Roark & Simpson, 2000). De plus, l'objectif final du traitement (désintoxication ou traitement d'entretien) est rarement précisé, ce qui rend difficile de généraliser les résultats en matière d'efficacité d'un objectif de traitement spécifique. Enfin, il est important de noter que la plus grande partie des recherches sur ce sujet a été effectuée aux États-Unis. Nous pouvons ici nous demander si ces résultats peuvent être tant soit peu extrapolés aux pays ayant un autre contexte, une autre culture et d'autres soins de santé. Finalement, l'examen de la littérature se base sur des reviews et des études primaires concernant le support psychosociale, pourtant un systematic review n'était pas exécuté.

Les enquêtes téléphoniques et en ligne avec fournisseurs avaient aussi des restrictions méthodologiques. En premier lieu, les réponses de l'enquête étaient structurées par les questions, et il n'y avait pas toujours l'espace pour des réponses détaillées (par exemple, questionnaire à réponses prédéterminées). Afin de surmonter en partie cette restriction, les répondants ont reçu la possibilité d'ajouter des commentaires par sujet. En outre, l'enquête concernait une auto-évaluation des différents fournisseurs de traitements de substitution. L'inconvénient de l'auto-évaluation est que les répondants peuvent avoir tendance à répondre de manière socialement souhaitée. Voilà pourquoi « la » vérité est difficile à découvrir. Cette restriction a été levée par l'organisation de trois groupes

de discussion – un dans chaque Région – comprenant différents fournisseurs de traitements de substitution (chapitre 6), et par la méthode Delphi (chapitre 5), ce qui a permis de contrôler l'exactitude des réponses à l'enquête et de traiter plus en profondeur certains sujets. Troisièmement, le taux de réponse de l'enquête *en ligne* des médecins et de la Région de Bruxelles Capitale (pour les médecins généralistes, hôpitaux, centres spécialisés) était trop bas pour en tirer des conclusions générales. Compte tenu de la réponse flamande limitée dans les hôpitaux généraux et leurs services psychiatriques sur l'enquête en ligne, cela représente plutôt les résultats des hôpitaux psychiatriques que ceux des hôpitaux flamands. Les conclusions concernant la mise en réseau, la formation et le support psychosociale en Flandre portent, principalement, sur les **hôpitaux psychiatriques**. Le taux de réponse sur le thème « orientation et mise en réseau » des pharmaciens de la Région flamande et de la Région de Bruxelles-Capitale ne fournissant aucun traitement de substitution était également bas. Enfin, l'enquête fut menée dans les prisons flamandes en janvier 2011, tandis que celle dans les prisons en Régions wallonne et de Bruxelles-Capitale fut effectuée en juin-juillet 2012.

L'analyse secondaire des données des études BELSPO et les études nationales d'enregistrement (Ledoux, 2005; Ledoux, Brohée, Lagrain, Vermeire, Houben, Spago & Vansnick, 2010 ; Ledoux, 2012) (chapitre 3), est limitée, parce que la banque de données BELSPO et l'enregistrement national sont obsolètes. En outre, 1% des consommateurs légaux de drogues utilisaient les médicaments comme antidouleur. Enfin, il ne fut pas question d'une analyse d'interférence entre les différentes variables.

Les interviews semi-structurés avec les clients en traitement de substitution faisaient également l'objet d'un certain nombre de restrictions. Tout d'abord, l'échantillon était limité ($n = 77$) et l'échantillon se composait principalement d'un groupe plus ancien d'individus opiodépendants ($M = 41,58$ ans ; $TS = 8,56$), ce qui fait que cet échantillon n'était pas représentatif du groupe d'individus opiodépendants en traitement de substitution en Belgique. Les résultats ne peuvent donc être généralisés à d'autres groupes de consommateurs d'opiacés. En second lieu, les clients étant depuis moins de trois mois en traitement de substitution n'étaient pas repris dans l'étude. Troisièmement, l'échantillon se composait principalement de répondants suivant un traitement de substitution dans des régions urbanisées relativement grandes, ce qui nous a donné un aperçu du degré d'urbanisation des traitements de substitution, mais des informations assez restreintes en matière d'offre de traitements de substitution en zones rurales. Cette restriction a comme conséquence qu'il est impossible d'extrapoler les données pour d'autres régions (en Belgique), avec éventuellement une population de clients différente. Quatrièmement, il est important de noter que la majorité des répondants recevait ses médicaments de substitution dans un centre spécialisé, ce qui fait qu'aucun renseignement spécifique n'a pu être trouvé à propos des clients recevant leur traitement de substitution dans le cadre d'une pratique privée.

La méthode Delphi a également été soumise à un certain nombre de conditions. Cela concerne une méthode de consensus, qui fut utilisée dans cette enquête pour l'identification et l'obtention d'un consensus sur les avis des experts en matière d'accompagnement psychosocial dans les traitements de substitution. Néanmoins, existait ici le risque que des participants à la méthode Delphi se laissent influencer par les réponses d'autres participants, ou en donnant des réponses socialement souhaitées. Le manque d'anonymat constituait aussi une autre restriction à la méthode Delphi utilisée : comme le prénom du participant était publié sur le forum, les opinions et décisions des participants étaient connues de tous les autres. En outre, les participants n'ont pas été choisis de manière aléatoire, mais délibérément, du fait de leur expertise dans le traitement de substitution.

Enfin, le nombre de participants au forum était plutôt limité (n = 14) et il y avait une surreprésentation d'experts flamands, ce qui a pu avoir une influence sur le contenu du forum de discussion. La durée limitée, l'utilisation d'un forum de communication en ligne et la barrière linguistique potentielle ont ainsi eu un impact négatif sur le nombre d'experts ayant pris part à la méthode Delphi.

Le groupe de discussion technique connut également des limitations. Les inconvénients en sont largement attribuables à la dynamique de groupe. En raison de la dynamique de groupe, ce groupe de discussion peut être dominé par un ou plusieurs participants (Macphail, 2001). Les participants peuvent se sentir sous pression afin de se conformer aux opinions de collègues et/ou d'individus dominants dans le groupe. La dynamique de groupe peut en outre avoir une influence sur le comportement des participants individuels (Bristol & Fern, 2003). Le risque existe aussi dans les techniques qualitatives de groupe que les participants n'engendrent aucune idée nouvelle et restent de ce fait attachés à une idée suggérée plus tôt dans la discussion ou qu'un seul sujet soit fortement développé tandis que d'autres ne soient discutés que de manière limitée (Vander Laenen, 2009). Là où le groupe de discussion est une méthode qualitative, les résultats ne peuvent, bien sûr, être généralisés à une population plus large (ou, dans cette étude, à chaque fournisseur de traitement de substitution en Belgique). Le rapport, avec ses conclusions et recommandations, sera cependant discuté avec le comité d'accompagnement, afin que les résultats puissent être validés.

3. Les traitements de substitution dans la littérature internationale

La recherche sur le traitement *pharmacologique* de la dépendance aux opiacés domine la littérature en matière de traitements de substitution et est soumise à des normes de qualité élevées. L'accent est mis principalement sur le rôle et l'efficacité des interventions pharmacologiques et sur les aspects physiologiques de la dépendance (plutôt que sur les aspects psychosociaux).

La littérature est unanime à propos de l'efficacité du traitement pharmacologique ; des preuves suffisantes sont disponibles pour ce qui concerne les effets bénéficiaires du MMT sur la rétention en traitement et l'abstinence d'héroïne (Mattick *et al.*, 2009), pourtant ces résultats apparaissent être relaté au dosage.

Si la base de l'enquête précédente, on peut aussi affirmer que l'ajout d'une surveillance psychosociale (minimale) au traitement pharmacologique a un effet positif sur la rétention et sur l'abstinence d'opiacés (Amato *et al.*, 2011 a & b ; van den Brink, van de Glind & Schippers, 2012).

Il n'existe toutefois pas de réponse claire à la question de savoir quel type de support psychosocial est le plus efficace. L'enquête existante sur les interventions psychosociales est très hétérogène, ce qui fait que les conclusions ne peuvent être généralisées. L'enquête se focalise principalement sur l'efficacité de formes plus structurées d'interventions psychosociales, comme le *contingency management* et autres thérapies comportementales. Peu d'attention a été accordée au volet psychosocial dans un *treatment-as-usual*. Malgré l'existence de différentes sortes d'interventions psychosociales lors du traitement de la dépendance aux opiacés et le consensus général sur l'importance d'un support psychosocial minimal, l'enquête existante concernant la définition et la délimitation du concept, et l'application et l'efficacité de celui-ci, est plutôt marginale.

Il ressort également de la littérature que la formation des prestataires de traitements de substitution (et dans les soins contre l'assuétude en général) est absolument indispensable et pourrait être améliorée (Go *et al.*, 2001 ; Walters *et al.*, 2005).

Plusieurs descriptions pour le '**support psychosocial**' sont utilisées dans la littérature; aussi dans la pratique la réalisation du support psychosociale diffère (du traitement standardisé aux formes de thérapie structurées). Certaines études d'inspection décrivent le support psychosocial comme '**chaque forme d'intervention ou de traitement avec exception de fourniture des médicaments**' (Winhusen & Kropp, 2003 ; Mayet, Farell, Ferri, Amato & Davoli, 2010 ; Hesse, Vanderplasschen, Rapp, Broekaert & Fridell, 2007; Amato, Minozzi, Davoli, Vecchi, Ferri, Mayet, 2011b ; Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried & Walter, 2008 ; Cleary et al., 2009 ; Veilleux et al., 2010). Cette description générale est aussi appliquée dans cette recherche.

4. Principes généraux d'organisation des traitements de substitution en Belgique

Tout d'abord, l'approche de la dépendance aux opiacés et des traitements de substitution doit être axée sur l'amélioration du bien-être et de la **qualité de vie** des clients, au lieu de la réduction de la criminalité et la réduction des nuisances. Ceci est très important, étant donné que recevoir et conserver la confiance du client semble être un très grand facteur de réussite dans les traitements de substitution. Cette idée de départ a surtout été soulignée dans le groupe de discussion en Région flamande. Une **relation positive** entre le prestataire et le client est la clé de voûte de la réalisation des objectifs de traitement présumés du client. Une relation positive est caractérisée par une relation affective et équivalente entre le client et son intervenant, et par une décision partagée sur les objectifs du traitement. Case management et un focus sur les capacités et les points clients peut aider la réalisation de ce lien entre le client et les intervenants (RIOB, 2012). Déterminer les objectifs avec le client est d'une importance cruciale, étant donné que les besoins du client diffèrent souvent des attentes et des objectifs des intervenants. C'est pourquoi un examen préliminaire des objectifs de traitement et des besoins que le client attend est d'une valeur inestimable. Un travail axé sur la demande et des soins sur mesure sont donc les principes clés, ce qui résulte d'un plan personnel de traitement, basé sur les besoins, les capacités et les attentes individuels. Il faut en outre travailler dans tous les domaines de la vie en même temps, de façon à ce qu'un problème n'en crée pas un autre ou ne le renforce (« **soins holistiques** ») (Cleary *et al.*, 2009 ; De Wree, De Ruyver & Pauwels, 2009 ; De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert, 2010). La directive de l'OMS souligne aussi l'importance des soins holistiques : « *The optimal approach is to provide integrated holistic care to address current problems and prevent further problems. In practice, this means being able to detect medical, psychiatric and social issues in the assessment process, and having the means onsite to attend to the issues simultaneously* » (OMS, 2009: 19).

Un travail social de proximité peut être une excellente manière pour mieux comprendre la vie des clients, leurs forces et leurs besoins, et offre en outre la chance de bâtir une relation positive avec le client. Le travail social de proximité est en outre aussi recommandé par l'OMS, UNODC (Office des Nations unies contre la drogue et le crime) et ONUSIDA comme étant une méthode très efficace (« *an extraordinarily effective method* », OMS, 2009: 8) pour atteindre des groupes difficilement abordables et pour les consommateurs de drogues injectables. L'évolution actuelle en Belgique vers des soins de santé mentale plus orientés au niveau communautaire (article 107 de la loi du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins) promeut le travail social de proximité, étant donné que celui-ci peut amener une intégration plus rapide des individus opiodépendants dans la société et réduire au minimum le nombre d'hospitalisations. Les initiatives sociales de proximité sont aussi une manière de prévoir un soutien psychosocial. En outre, le travail social de proximité assure l'élimination des obstacles bloquant l'accès à la demande de support

psychosocial (par exemple, vaincre la honte et franchir le pas vers la demande d'intervention, le contact avec les autres toxicomanes, les problèmes de mobilité ...).

Deuxièmement, le traitement de substitution doit se composer d'une **thérapie différenciée centrée sur le client**, conformément à la demande du client (Trujols *et al.*, 2011 ; De Maeyer *et al.*, 2011, b). La nécessité d'un appui psychosocial est variée et peut prendre différentes formes : depuis la brève discussion jusqu'à la mise en œuvre d'un soutien pratique (par exemple, avoir des occupations journalières) ou des sessions thérapeutiques spécifiques. Les besoins en traitements spécifiques et l'accent mis sur les domaines de la vie peuvent varier durant le processus de traitement. Les individus opiodépendants forment un groupe hétérogène avec différents besoins, possibilités et attentes de traitements. Cette hétérogénéité illustre l'importance du soutien psychosocial sur mesure, adapté aux capacités spécifiques de la personne. Lorsque le soutien psychosocial ne se limite pas seulement aux entretiens préprogrammés et structurés, mais contient aussi des entretiens informels, cela engendre pour le client une implication émotionnelle dans le cadre du traitement, qui a un impact positif sur le processus de traitement. Une attention particulière doit être portée à la différenciation des traitements de substitution, conformément aux besoins du client et de ses caractéristiques spécifiques (un principe qui a également été abordé durant les groupes de discussion et la méthode Delphi). Un exemple de « bonnes pratiques » est Vancouver, où, par le biais du concept de « **soins par paliers** », une différenciation peut être faite selon les besoins du client (Parkes & Reist, 2010). Un nombre plus important de clients stabilisés (c'est-à-dire de client connaissant une stabilisation sur d'autres domaines de vie Europ-ASI) est accompagné par des médecins généralistes, tandis que des clients ayant des besoins psychiques et sociaux plus complexes étaient plutôt accompagnés par les hôpitaux (Vancouver n'a pas de système de centres spécialisés comme c'est le cas en Belgique). Cette différence est aussi importante lorsque le support psychosocial complémentaire est discuté (voir ci-après point 3). Le Centre d'accueil médico-social de Gand peut aussi être cité comme exemple de « bonnes pratiques » : ce centre, en collaboration étroite avec son psychologue, renvoie les clients stabilisés vers le médecin généraliste. Le Centre reste disponible pour prodiguer un support psychosocial au client, aussi après l'orientation.

Les fournisseurs de traitements de substitution ont souligné, pendant les groupes de discussion et l'enquête en ligne, la nécessité d'un **cadre juridique consistant** pour les traitements de substitution. Ils insistent également sur la nécessité d'optimiser les actuels arrêtés royaux de 2004 et 2006, qui régissent les traitements de substitution. Dans ce contexte, les répondants du groupe de discussion flamand suggèrent d'associer une circulaire ministérielle à l'arrêté royal afin de clarifier les pouvoirs et responsabilités des différents fournisseurs de traitements de substitution. Ce serait le point de départ idéal pour préciser la mise en œuvre et l'encadrement des toutes les instances concernées.

En 2011, l'actuelle ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Laurette Onkelinx, a recommandé l'agence fédérale des médicaments et des produits de santé et l'SPF Santé Publique l'élaboration d'un nouvel arrêté royal. Ces services ont rédigé une proposition d'arrêté royal et l'ont envoyé à l'équipe SUBANOP. Cette équipe a analysé l'arrêté à l'aide des résultats provisoires et a passé ses remarques à l'SPF Santé Publique. L'arrêté royal a été présenté à la commission de protection de la vie privée et devrait entrer en vigueur en 2013.

5. La répartition de la délivrance de traitements de substitution

5.1. Qui sont les prestataires/praticiens?

5.1.1. Type de prestataires/praticiens

Sur la base de l'enquête téléphonique, le tableau 1 montre qu'en Belgique, les traitements de substitution sont offerts par les **centres spécialisés, suivis par des pharmaciens**. Les pharmaciens tiennent une place particulière, car ils peuvent aussi bien dispenser le traitement de **substitution qu'administrer les médicaments de substitution. Les hôpitaux proposent aussi des** traitements de substitution, mais rassemblent moins de clients par semaine que les centres spécialisés. Du côté des hôpitaux, il y a une forte représentation des services psychiatriques en hôpital général (**SPHG**), qui sont responsables des traitements de substitution (38.1%), aussi traités régulièrement en **hôpitaux psychiatriques** (34.5%). Ce sont les hôpitaux généraux qui traitent le moins (27.4%). Les médecins généralistes traitent beaucoup moins, particulièrement en Région flamande.

En outre, il ressort des groupes de discussion cités plus haut qu'il y a **un manque d'acceptation** des clients en traitement de substitution, et **un manque de connaissance** concernant la dépendance aux opiacés et les traitements de substitution du chef de certains hôpitaux (généraux et psychiatriques), médecins généralistes et pharmaciens (Deering et al., 2011). Au moyen de cours et de formations, la bonne volonté de ces prestataires potentiels devrait croître (cfr. 7.2.). Au sein du groupe de discussion flamand, deux raisons furent données pour expliquer pourquoi les clients refusaient un traitement de substitution : les dispensateurs/praticiens potentiels craignent les nuisances ou, du fait qu'ils ne connaissent pas leurs clients, ne peuvent contrôler l'exactitude de la dose de méthadone que le client demande.

L'enquête en ligne démontre un certain nombre de différences régionales. Le *nombre* d'hôpitaux et de centres spécialisés offrant des traitements de substitution est plus élevé en Région flamande qu'en Région wallonne. Lorsque l'on observe la réponse sur l'enquête téléphonique des hôpitaux plus en détail, on s'aperçoit qu'en Région flamande, les traitements de substitution sont principalement délivrés par les SPHG, tandis qu'en Wallonie ce sont principalement les hôpitaux psychiatriques qui dispensent les traitements de substitution. En Régions de Bruxelles-Capitale et wallonne, les hôpitaux généraux indiquent prévoir des traitements de substitution, tandis que c'est plutôt rare en Région flamande.

Nous constatons des **concentrations** de centres spécialisés et de pharmaciens offrants de traitements de substitution autour des **grandes villes** (par exemple, Gand, Anvers, Liège et Charleroi). Ceci est cohérent avec les résultats de l'Enregistrement national (Ledoux *et al.*, 2010) desquels ressortait que la prévalence de clients en traitement de substitution (pour l'année 2008) était la plus élevée à Liège et Charleroi (46,4 % du nombre total de clients wallons en traitement de substitution) et à Anvers, Gand et Alost (43,8 % des clients flamands en traitement de substitution). En Région de Bruxelles-Capitale, nous observons aussi une concentration de divers prestataires/praticiens de traitements de substitution.

Du fait du taux d'urbanisation plus élevé en Région flamande, nous y trouvons plus de centres spécialisés (n = 17) qu'en Région wallonne (n = 12, Communauté germanophone incluse). En outre, les centres spécialisés flamands ont plus de centres satellitaires (n = 43) que les centres spécialisés wallons (n = 3).

Tableau 1 : réponses des prestataires/praticiens aux enquêtes téléphonique et en ligne

Prestataires	Population	Échantillon	Enquête téléphonique			Enquête en ligne			
			réponse	Traitement de substitution (TS)		Taille de l'échantillon	réponse	TS	
				n	%			n	%
MÉD. GÉN.									
Rég. flam.	7090	100	88	5	5,7	66	42	1	2,4
Wall.+C.	4693	100	71	13	18,3	67	56	10	17,8
ger.	1547	50	49	7	14,3	22	13	2	15,4
Bxl-Cap.									
TOTAL	13330	250	208	25	12	152	111	13	11,7
HOPITAUX									
Rég. flam.	103	103	98	65	66,3	17	12	12	100
Wall.+C.	64	64	55	19	34,5	34	24	11	45,8
ger.	41	41	36	11	30,5	41	2	2	100
Bxl-Cap.									
TOTAL	208	208	189	95	50,2	77	38	25	65,8
CENTRES									
spéc.	70*	70	70	5812	82,863,1	17		17	100
Rég. flam.	19*	19	19	3	33,3	19	17	11	100
Wall.+C.	9	9	3			9	11	3	100
ger.							3		
Bxl-Cap.									
TOTAAL	98	98	92	78	79,3	37	31	31	100
PHARMACIENS									
Rég. flam.	1728	100	96	76	79,2	81	61	46	75,4
Wall.+C.	1443	100	90	66	73,3	90	79	57	63,3
ger.	480	50	47	31	65,9	35	13	9	69,2
Bxl-Cap.									
TOTAL	17290	809	739	366	49,5	472	153	181	54,3
							333		

(*) Centres satellitaires comprises

5.1.2. Le nombre de clients

Pour avoir une vue complète de la prestation/traitement des traitements de substitution, le nombre de clients doit être pris en compte. Il en ressort que les centres spécialisés traitent le plus grand nombre de clients, suivis par les hôpitaux.

⇒ Lorsque nous comparons, sur la base du rapport de l'enquête en ligne, le nombre de clients traités avec les différents types de praticiens et prestataires, cela montre que les centres spécialisés traitent le plus grand nombre de clients par semaine, suivis par les pharmaciens. Nous remarquons ici que le risque est réel qu'une partie des clients des pharmaciens soit renvoyée depuis les centres spécialisés. Les médecins généralistes déclarent le nombre le plus faible de clients par semaine, bien que les médecins généralistes wallons traitent plus de clients par semaine que les hôpitaux wallons. Le tableau 2 montre que les centres spécialisés ont le plus grand nombre de clients en traitement par semaine. En outre, il ressort particulièrement que ce sont les MASS qui traitent le plus grand nombre de clients par semaine (tableau 3). Le nombre de clients traités par semaine reste limité à moins de 50 pour tous les hôpitaux flamands qui ont participé à l'enquête en ligne (N=12) et à moins de 100 pour tous les hôpitaux participants wallons (N=11). Des différences régionales existent ici aussi, étant donné que

les hôpitaux wallons ont beaucoup plus de clients en traitement de substitution que les hôpitaux flamands. Comme nous constatons que les hôpitaux en Région flamande indiquent plus de traitement de substitution par rapport aux hôpitaux en Région wallonne, cela peut indiquer une **concentration des traitements de substitution dans certains hôpitaux wallons déterminés**. Peut-être le **manque d'acceptation**, qui est mentionné dans les groupes de discussion, des clients qui suivent un traitement de substitution et un manque de connaissance relative à l'opiodépendance et traitement de substitution de certains hôpitaux (généralistes et psychiatriques), médecins généralistes et pharmaciens est une explication pour le nombre de clients limité chez les prestataires/praticiens. *Le nombre limité de clients traités par semaine dans les hôpitaux flamands est frappant (en moyenne moins de 2 clients par semaine) et dans les hôpitaux wallons (en moyenne moins de 4 clients par semaine). Compte tenu du nombre limité de clients qui reçoivent un traitement de substitution dans les hôpitaux (psychiatriques), une extension de l'offre d'un tel traitement est nécessaire.*

Le tableau 3 montre aussi que les MASS en Région flamande ont significativement plus de clients par semaine en traitement de substitution que les MASS en Région wallonne (respectivement 2406 et 667). Cela confirme le fait qu'en Région flamande les traitements de substitution sont le plus souvent dispensés par des services spécifiques et accessibles par les consommateurs de drogues (Lamkaddem & Roelands, 2010). Certains clients choisissent néanmoins d'aller intentionnellement chez le médecin généraliste, afin d'éviter le contact avec les autres consommateurs de drogues dans les centres spécialisés, et diminuer ainsi le sentiment de stigmatisation et de discrimination.

Lorsque l'on compare, sur la base de l'enquête en ligne, le nombre de clients avec les résultats de l'Enregistrement national (chapitre 3), nous remarquons une contradiction : l'Enregistrement national montre, d'une part, que plus de la moitié de tous clients en traitement de substitution sont enregistrés en Région wallonne (55,5 %), suivis par la Région flamande (28,6 %) et la Région de Bruxelles-Capitale (16,4 %), tandis que l'enquête en ligne auprès des prestataires/praticiens démontre que les centres spécialisés et les pharmaciens en Région flamande traitent plus de clients que leurs homologues en Région wallonne, d'autre part. Comme nous l'avons indiqué, le taux de réponse bas de l'enquête en ligne ne remplace pas les paroles des médecins généralistes. La question se pose alors de savoir si le manque d'informations à propos des médecins généralistes traitant peut fournir une explication de cette contradiction, étant donné qu'en Région wallonne les traitements de substitution sont principalement dispensés par les médecins généralistes (Lamkaddem & Roelands, 2010). Ce manque d'informations est un argument supplémentaire pour faire procéder à l'enregistrement de façon systématique et structurée des traitements de substitution par les médecins généralistes.

Tableau 2 : Nombre de clients par semaine (source : enquête en ligne)

Prescripteurs/ praticiens	Nombre de clients par sem.	Nombre potentiel de clients
Médecins généralistes		
Rég. Fl.	1	1
Bxl-Cap.	22	30
Rég. Wall.	95,5	99,5
Hôpitaux		
Rég. Fl.		

Bxl-Cap. Rég. Wall.	44 - 91,5	73 - 118
Centres spécialisés		
Rég. fl. Bxl-Cap. Rég. wall.	2026 290 757	1688 265 997
Pharmaciens		
Rég. fl. Bxl-Cap. Rég. wall.	151 59 250	333 ³ 104 564,9

Tableau 3 : Nombre de clients par semaine et nombre potentiel estimé de clients des centres spécialisés (source : questionnaire par courriel)

Centres spécialisés*	Nombre de clients par semaine (enq. en ligne)	Nbre potentiel de clients
MASS		
Rég. fl. Bxl-Cap. Rég. wall.	1701 170 535	1260 140 570
Total	2406	1970
Non-MASS		
Rég. fl. Bxl-Cap. Rég. wall.	325 120 222	428 125 427
Total	667	980

*pas de centres satellitaires

Lorsque l'on se réfère au nombre possible de clients par semaine, on s'aperçoit que tous les prestataires/praticiens belges, à l'exception des centres spécialisés, pourraient accompagner plus de clients par semaine. En Région flamande et en Région de Bruxelles-Capitale, les MASS indiquent un nombre potentiel de clients par semaine qui est inférieur au nombre actuel de clients par semaine. En Région wallonne, le nombre potentiel de clients par semaine est plus élevé que le nombre réel.

Comme le nombre de clients des MASS varie et que les centres satellitaires n'ont pas été interrogées par l'enquête en ligne, il a été demandé à tous les MASS de Belgique d'indiquer le nombre de clients par semaine du MASS lui-même et pour les centres satellitaires (tableau 3). La comparaison du nombre de clients des MASS nous apprend que le nombre réel de clients par semaine des MASS est même plus élevé que le nombre indiqué dans l'enquête en ligne. En outre, il ressort du tableau 4 que les centres satellitaires dont d'importants prestataires, étant donné qu'elles fournissent des

³ Ce nombre est influencé par une singularité: un pharmacien mentionne 1.000 clients comme nombre possible de clients par semaine. Si l'on tient compte de cette réponse, le nombre total de clients possible s'élève à 1.333.

traitements de substitution à un tiers des clients des MASS. Nous avons trouvé des différences régionales entre les MASS : c'est surtout en provinces du Limbourg, de Flandre-Occidentale et du Brabant flamand que les centres satellitaires atteignent le plus de clients. Le rôle des centres satellitaires est plutôt limité dans les MASS de Flandre-Orientale et d'Anvers. Les MASS de Bruxelles et de Liège n'ont pas de centres satellitaires.

Tableau 4 : Nombre de clients par centre satellitaire de MASS (source : questionnaire par courriel)

Province	MASS	Nbre de clients par sem. dans les MASS	Centres satellitaires	Nbre de clients par sem. dans les centres satellitaires	Nbre total de clients par sem.
REGION FLAMANDE					
ANVERS	MASS Anvers 294		Anvers (uniq. femmes)	18	312
FLANDRE-OR.	MSOC Gand 570 ⁴		Lokeren Saint-Nicolas	20 (service TS : 1 jour par semaine) 12 (service TS : 1 jour par semaine)	602
LIMBOURG	MASS Limbourg		Beringen Bilzen Genk Hasselt Heusden-Zolder Maasmechelen Noord-Limburg Saint-Trond Tongres	11 13 87 107 16 30 13 38 46	361
FLANDRE-OCC.	MASS Ostende 250		Courtrai Roulers	100 70	420
BRABANT FLAMAND	MASS Louvain 90		Diest Tirlemont Vilvorde	98 81 62	331
TOTAL	1204			822	2026
REGION WALLONNE					
LIEGE	MASS Liège 180				180
HAINAUT	MASS Charleroi 180		Farciennes Chapelle-lez-Herlaimont	21 30	231
	MASS Mons 155		Houdeng	60	215
TOTAL	515			111	626
REGION DE BRUXELLES-CAPITALE					
	MASS Bruxelles 170				170
TOTAL	1889			933	2822

⁴ Le MASS de Gand indique qu'il y a 450 de ses clients qui reçoivent leurs médicaments chez le pharmacien, 120 clients par semaine reçoivent leurs médicaments au centre désigné. Les autres MASS ne font pas la différence entre le centre et les pharmaciens comme dispensateurs de médicaments.

Les résultats de l'enquête en ligne ne peuvent être comparés avec les nombres donnés dans le questionnaire par courriel, car ce dernier comprend aussi les centres satellitaires (celles-ci n'ont pas été questionnées dans l'enquête en ligne) et a été fait à un autre moment. Le nombre de clients traités par semaine qui a été rapporté dans la questionnaire courrier se montrait toutefois plus élevé pour tous les MASS.

Les résultats de ce courrier électronique ont causé toutefois une discussion entre les MASS flamands, puisque leur nombre de clients par semaine puisse être déformé à cause de leurs clients qui obtiennent leur médication de substitution du pharmacien et aussi à cause des clients qui reçoivent une autre forme de support qu'une substitution pharmacologique. Basé sur cette objection une nouvelle formule a été développée qui porte en compte le nombre de semaines de revalidation⁵ par an. En divisant ce nombre par 52 et ensuite en tirant de ce résultat les clients qui reçoivent seulement du support psychosocial dans le MASS, le nombre de clients par semaine peut être calculer. Malgré la demande de calculer le nombre de clients sur le principe de cette formule les MASS wallons et bruxellois n'ont pas fourni des données. Le même vaut pour le Brabant flamand. Néanmoins cette formule a aussi des désavantages car elle ne tient pas compte des clients qui fréquentent le MASS plusieurs fois par semaine et n'est par conséquent pas solide pour calculer le case load de ces centres.

- ⇒ Compte tenu des problèmes émergés en calculant le nombre exact de clients de substitution par semaine et du case load des MASS, un système de régistration uniforme qui soit exécuter systématiquement et qui fasse possible la supervision du case load est recommandé.

5.2. Répartition géographique des prestataires et praticiens de traitements de substitution

5.2.1. Répartition géographique

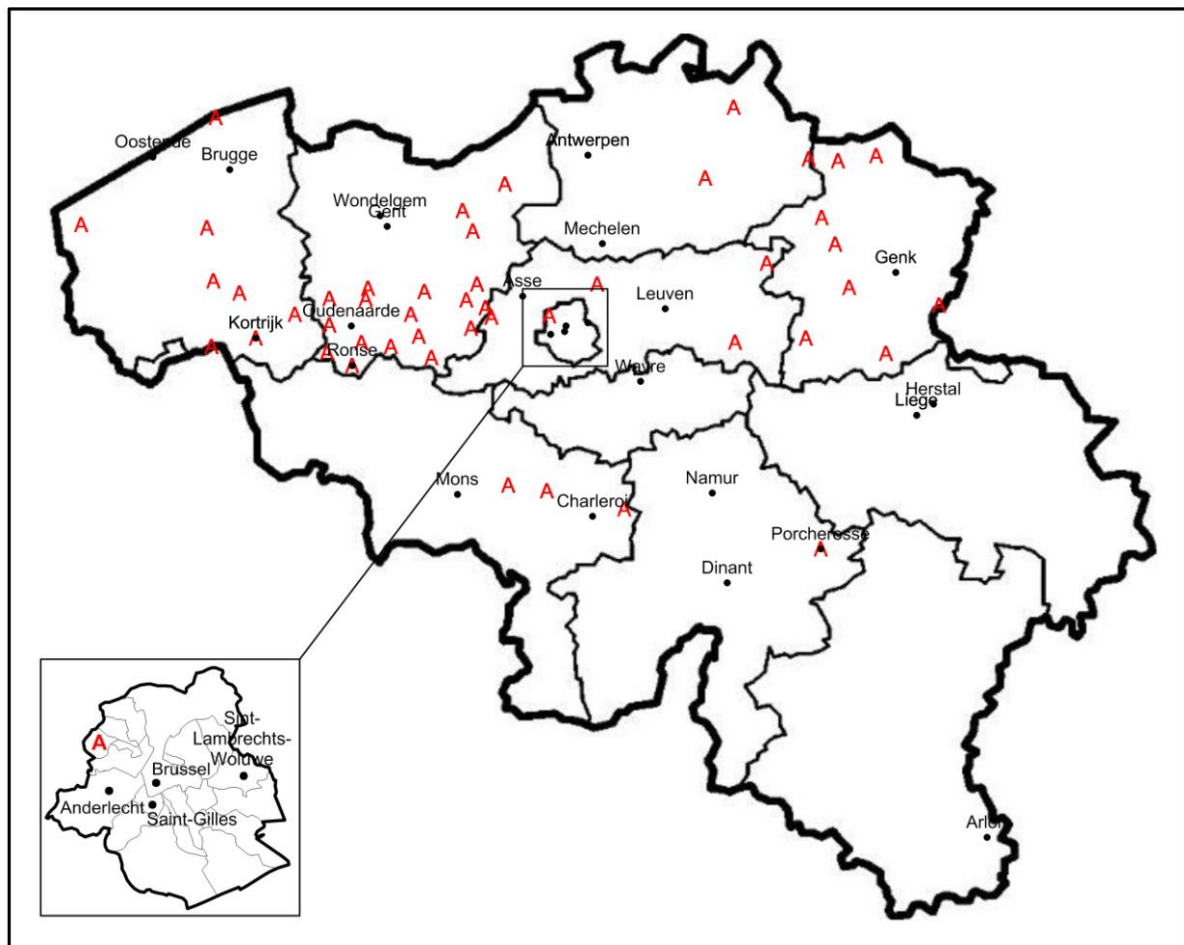
Lorsque l'on examine la répartition géographique des prestataires/praticiens, on retrouve dans certaines régions un nombre limité de prestataires/praticiens. C'est le cas en Flandre-Occidentale, où seulement quelques pharmaciens et centres spécialisés dispensent des traitements de substitution et où les médecins généralistes interrogés semblent ne pas prévoir de traitements de substitution. En Région flamande, les provinces de Flandre-Occidentale et du Brabant flamand n'ont que peu de pharmaciens qui dispensent des traitements de substitution. En Région wallonne, ce sont la Communauté germanophone et le Brabant wallon qui possèdent le plus petit nombre de pharmaciens et de médecins généralistes dispensateurs/traitants.

Comme le montre la carte 1, il y a plus de centres spécialisés en Région flamande qu'en Région wallonne, et ceux-ci sont plus répartis géographiquement. Comme indiqué plus tôt, la Région flamande a 43 centres satellitaires où les traitements de substitution sont offerts. Ces centres

⁵ Tous les centres de revalidation (MASS inclus) doivent rapporter leur capacité de production à INAMI chaque trimestre. Ceci implique une registration de chaque contact avec 1 client pendant une semaine ('semaine de revalidation') Ces contacts incluent aussi le support psychosocial ou comprennent des clients avec une dépendance non-opiacée ou alcool-dépendance. Par conséquent ces données ne donnent pas un vu total sur le nombre de clients de substitution. Elles peuvent tout de même donner une perspective au nombre de clients qui fréquente un MASS par semaine. Comme la médication est enregistrée aussi ces données peuvent indiquer la dispersion des clients de substitution entre les différentes centres spécialisées (interview téléphonique, dr. Tino Ruyters, directeur Free Clinic Anvers, 27/06/2012).

satellites sont implantées en des zones où sans elles, aucun traitement de substitution ne serait dispensé. En Région wallonne, il n'y a au total que quatre centres satellites.

Carte 1 : Centres spécialisés belges et leurs centres satellitaires dispensant des traitements de substitution



●	Centre spécialisé
A	Centre satellitaire de centre spécialisé

La situation géographique des centres montre que la répartition peut être organisée plus efficacement dans certaines (parties de) provinces des Régions flamande et wallonne. Pour la Région flamande, c'est le cas pour le nord du province d'Anvers, le sud-ouest de la Flandre-Occidentale et le Brabant flamand. En Région wallonne, les provinces du Luxembourg, du Brabant wallon et la Communauté germanophone pourraient être mieux organisées. La Région wallonne a moins de centres, et les centres ont moins de centres satellitaires (seulement deux MASS ont des centres satellitaires en Hainaut). En outre, en Région wallonne, les centres sont concentrés autour des grandes villes. La province de Liège a le plus grand nombre de centres (n = 3). À ce propos, il est important de mentionner que la différence de répartition entre les Régions flamande et wallonne peut en partie être attribuée au degré d'urbanisation. Du fait du taux d'urbanisation plus élevé en Région flamande, il y a plus de centres disponibles qu'en Région wallonne, et il y a en moyenne plus de pharmaciens dispensant des traitements de substitution en Région wallonne qu'en Région flamande.

Afin de formuler des recommandations relative à une répartition optimale des traitements de substitution, la dispensation de traitements de substitution doit être conforme avec l'usage des

opiacés et avec les caractéristiques des consommateurs d’opiacés. Les données concernant la demande de traitement de la part des clients sont toutefois fragmentées (voir aussi 4.4 pour les caractéristiques des clients). En outre, les données disponibles sont recueillies auprès du groupe des consommateurs d’opiacés en cours de traitement. Cependant, ces données ne sont pas généralisables au groupe complet de consommateurs d’opiacés (Colpaert, 2012). Des sondages sur le nombre d’individus opiodépendants suivant un traitement dans l’Union européenne montrent que seulement 40% des consommateurs à problèmes d’opiacés suivent un traitement de substitution (le plus souvent une substitution à la méthadone – 70%) (EMCDDA, 2009). Il est donc difficile de savoir si la répartition géographique actuelle est en concordance avec la demande réelle.

- ⇒ *Nonobstant la différence de degré d’urbanisation, l’enquête montre (EMCDDA, 2005 ; Goossens, 2012) qu’une concentration excessive d’organisations de soins de première ligne offrant des traitements de substitution peut amener des nuisances dans le voisinage immédiat. Par conséquent, il peut être conseillé d’optimiser la répartition des dispensateurs/fournisseurs de traitements de substitution en Région wallonne.*
- ⇒ *Le besoin de données fiables en matière de demande et l’enregistrement systématique des tendances concernant l’ensemble du groupe de consommateurs d’opiacés sont des conditions nécessaires pour contrôler (la répartition des) les dispensateurs/praticiens de traitements de substitution de manière cohérente et logique.*

Les pharmaciens et les médecins généralistes semblent faire des efforts pour offrir des traitements de substitution. L’enquête en ligne nous apprend en effet que la crainte d’une mauvaise réputation ou la crainte de l’exposition des autres clients aux clients en traitement de substitution ne sont pas tellement des obstacles importants pour les pharmaciens et les médecins généralistes. La principale raison que les pharmaciens et les médecins généralistes invoquent pour ne pas offrir de traitements de substitution est l’absence de demande de dispensation/traitement. Toutefois, il ressort des entretiens qualitatifs avec les clients qu’un certain nombre d’entre eux a éprouvé de difficultés à trouver un pharmacien prêt à fournir des médicaments de substitution, ce qui entraîne des **difficultés pour l’accès aux soins**. Ce problème se reflète aussi dans l’enquête en ligne : le non-respect des rendez-vous par les clients en traitement de substitution est invoqué par les pharmaciens comme étant le principal obstacle pour le renouvellement de ce traitement de substitution. Il apparaît aussi de l’enquête en ligne que le **manque de connaissances** en matière de traitements de substitution est une raison invoquée par les médecins généralistes flamands pour ne pas (plus) dispenser de traitement de substitution. Par conséquent, il faut porter l’attention sur une solide formation pour les médecins généralistes. En raison de l’importance de la formation, ce thème est abordé en détail au point 7.2.

5.2.2. Désintoxication et entretien

Les médecins généralistes belges réalisent plus de traitements d’entretien que traitements de détoxification. Les hôpitaux d’autre part réalisent plus de détoxification que traitements d’entretien. Pour les médecins généralistes et les hôpitaux nous ne voyons pas de différences régionales. Pour les centres flamands spécialisés la détoxification est choisie plus fréquente que le traitement d’entretien. En Wallonie d’autre côté les centres dispensent des traitements d’entretien au même degré que la détoxification. Lorsque l’on observe plus spécifiquement les hôpitaux, nous nous apercevons que les traitements de substitution en général, tant en désintoxication qu’en doses d’entretien sont dispensés par les hôpitaux psychiatriques flamands, tandis que les services de santé

mentale (SPHG) s'occupent plutôt de désintoxication que le traitement d'entretien en Région wallonne.

Dans l'enquête en ligne, il n'y avait pas de question à propos de la *mise en œuvre* d'un traitement d'entretien. C'est pourquoi il n'est pas facile de savoir si le traitement d'entretien se compose uniquement de la mise en œuvre réelle du traitement d'entretien ou que la prestation concerne un traitement de substitution qui a été commencé ailleurs.

Lorsque nous portons sur une carte la répartition « désintoxication vs. traitement d'entretien » par les centres spécialisés, nous ne remarquons pas de différences marquantes entre les provinces belges. Pour la Belgique, nous pouvons dire qu'en général, les centres spécialisés pratiquent moins les prestations d'entretien que la désintoxication. Ordinairement, dans la plupart des provinces, ce sont d'autres organismes qui prennent cela en charge. Les centres des provinces d'Anvers, du Brabant flamand, du Brabant wallon, de Namur, de Liège et la Région de Bruxelles-Capitale offrant la désintoxication proposent tous aussi des prestations d'entretien. Seul le Hainaut compte plus de centres s'occupant de prestations d'entretien que de centres pratiquant la désintoxication.

En Flandre-Occidentale, le centre spécialisé avec le plus de centres satellitaires (n = 6) ne pratique que la désintoxication. L'autre centre, qui fournit aussi des traitements d'entretien, ne possède que deux centres satellitaires. *Par conséquent, les prestations d'entretien en province de Flandre-Occidentale pourraient être mieux réparties, en particulier au nord et à l'ouest de la province, où pour le moment, il n'y a pas de centres satellitaires ou de centre fournissant un traitement d'entretien.* Le sud de la Flandre-Orientale n'a seulement qu'un seul centre spécialisé (avec un seul centre satellitaire) qui dispense des médicaments de substitution sur une base d'entretien. En règle générale, la répartition géographique dans le sud de la Flandre-Orientale peut être mieux organisée, car un seul centre satellitaire reçoit trop de clients provenant de villes voisines, dans lesquelles seule la désintoxication est dispensée. Un centre spécialisé dans cette région, avec différentes centres satellitaires, n'offre que la désintoxication. *On ne peut donc que recommander que la répartition géographique de cette région de la Flandre-Orientale soit améliorée et que des traitements d'entretien soient aussi dispensés.* En province du Luxembourg, nous constatons que le centre spécialisé offre bien la désintoxication, mais pas de traitements d'entretien. La province voisine de Namur a un centre qui s'occupe exclusivement de désintoxication. *Il est donc raisonnable d'améliorer la répartition des centres spécialisés offrant des traitements d'entretien dans le sud de la Région wallonne (dans le sud du Namurois et de la province du Luxembourg).*

5.2.3. Mise en réseau et collaboration

Mise en réseau et collaboration sont des éléments essentiels dans le traitement de substitution...

Tous les centres spécialisés font partie d'un réseau se composant de différents types de professionnels et de diverses organisations actives dans le traitement de la toxicomanie, de différents niveaux (communal, provincial et régional). Ce sont les centres spécialisés qui disposent des réseaux les plus diversifiés de tous les praticiens.

Tous les hôpitaux flamands, et 80% des hôpitaux wallons ont des contacts avec d'autres professionnels du secteur ou font partie d'un réseau. Néanmoins il faut noter que, à cause de la bas réponse des hôpitaux généraux et leurs services psychiatriques, les résultats relative à la mise en réseau pour les hôpitaux flamands aient surtout rapport à les hôpitaux psychiatriques. Cela concerne principalement les centres d'aide contre la toxicomanie et les centres spécialisés. Les hôpitaux flamands travaillent plutôt avec des centres d'aide contre la toxicomanie au niveau provincial, tandis

que les hôpitaux wallons privilégient plutôt une collaboration avec les réseaux d'aide aux toxicomanes au niveau communal (ce qui n'est pas étonnant, étant donné la concentration urbaine des centres spécialisés en Région wallonne)⁶.

Les pharmaciens n'ont souvent aucun contact avec les autres professionnels et ne font en général pas partie d'un réseau. Lorsque les pharmaciens dispensant des traitements de substitution font cependant partie d'un réseau, cela implique essentiellement les centres spécialisés. En Région wallonne, ces réseaux englobent le plus souvent aussi des médecins généralistes traitants. La mise en réseau apparaît plus souvent auprès des pharmaciens flamands (45,7%) qu'auprès des pharmaciens wallons (30%). Les pharmaciens wallons qui dispensent des traitements de substitution connaissent plus souvent des collègues pharmaciens dispensant des traitements de substitution que les pharmaciens de la Région de Bruxelles-Capitale. Ce sont les pharmaciens flamands qui connaissent le moins des collègues dispensant des traitements de substitution. Tant en Région flamande qu'en Région wallonne, les pharmaciens dispensateurs connaissent moins de médecins généralistes traitants que de pharmaciens dispensateurs, tandis que les pharmaciens dispensateurs en Région de Bruxelles-Capitale semblent en connaître nettement plus.

⇒ *Sur la base des résultats de l'enquête, nous pouvons conclure que la mise en réseau actuelle est susceptible d'amélioration : les pharmaciens devraient systématiquement faire partie d'un réseau, surtout compte tenu de l'importance des pharmaciens pour les clients (stabilisés) en traitement de substitution. L'utilité de cela a été soulignée durant les entretiens avec les clients en traitement de substitution. Les clients qui reçoivent la possibilité d'aller retirer leurs médicaments de substitution chez le pharmacien, au lieu d'aller la retirer quotidiennement dans un centre spécialisé, sont très enthousiastes à cette idée. Trois avantages sont avancés par eux : le contact avec d'autres toxicomanes est limité, car ils ne doivent pas aller dans un centre spécialisé, plus de flexibilité dans les heures d'ouverture et le fait que les clients reçoivent souvent leurs médicaments de substitution à emporter à la maison pour plusieurs jours. Le sentiment de stigmatisation diminue aussi lorsque les clients ont la chance d'aller retirer en tout anonymat leurs médicaments de substitution chez un pharmacien local. Pour finir, les pharmaciens sont aussi une source de soutien émotionnel.*

Parmi tous les dispensateurs/praticiens, les centres spécialisés sont les seuls qui font un rapport sur chaque réorientation de clients, et la plupart des hôpitaux indiquent aussi régulièrement les clients à réorienter. Les centres spécialisés et les hôpitaux renvoient le plus souvent vers les médecins généralistes traitants et vers les hôpitaux psychiatriques. Les pharmaciens réorientent rarement. Lorsque cela arrive, ils réorientent la plupart du temps vers un centre spécialisé.

Comme déjà mentionné, les *médecins généralistes traitants* sont sous-représentés dans l'enquête en ligne. Moyennant une certaine prudence, on peut en conclure que les médecins généralistes n'offrant pas de traitement de substitution réorientent les clients vers les centres spécialisés ou les hôpitaux psychiatriques. Il existe des différences régionales : ainsi, les médecins généralistes flamands et bruxellois non-traitants réorientent aussi les clients vers les SPHG, tandis que leurs

⁶ Comme trop peu de médecins généralistes dispensant des traitements de substitution ont répondu à l'enquête, aucune conclusion générale ne peut être tirée.

collègues wallons réorientent aussi les clients vers des médecins généralistes qui offrent des traitements de substitution. Les médecins généralistes wallons n'offrant pas de traitements de substitution connaissent beaucoup plus de collègues offrant des traitements de substitution que les médecins généralistes des Régions flamande et de Bruxelles-Capitale.

Tous les hôpitaux (à l'exception des hôpitaux de la Région de Bruxelles-Capitale du fait du défaut d'réponse) offrant des traitements de substitution réorientent les clients vers les médecins généralistes avec une expérience dans les traitements de substitution⁷ et renvoient tous, sauf deux, vers les hôpitaux psychiatriques. Le renvoi des hôpitaux vers les centres spécialisés se produit plus souvent en Région wallonne. Tous les hôpitaux réorientent régulièrement des clients (cela vaut pour 80% des hôpitaux wallons et pour 100% des hôpitaux flamands). D'après notre enquête, nous ne pouvons pas en déduire que ces médecins généralistes font ou non partie d'un réseau ou travaillent dans un centre spécialisé ; ce qui est certain par contre, c'est que les médecins généralistes forment une part importante du réseau des hôpitaux.

⇒ *Une attention spécifique doit être portée aux médecins généralistes qui ne font pas partie de manière structurelle d'un réseau, comme les hôpitaux réorientent régulièrement des clients vers les médecins généralistes.*

En comparaison avec la Région wallonne, les hôpitaux flamands *réorientent* plus de clients pour support psychosocial. Lorsque l'hôpital dispense lui-même l'accompagnement nécessaire, le client n'est en général pas réorienté. Les hôpitaux flamands réorientent la plupart du temps vers des centres spécialisés en support psychosocial.

Tous les centres spécialisés belges réorientent des clients, la plupart vers des médecins généralistes expérimentés en traitement de substitution et vers les hôpitaux psychiatriques. En ce qui concerne le soutien psychosocial, les centres spécialisés flamands réorientent les clients vers le secteur des soins de santé mentale, tandis qu'en Région wallonne la réorientation est plus variée (des experts externes en psychologie et des centres spécialisés sont aussi concernés). Les centres spécialisés wallons réorientent souvent vers d'autres centres spécialisés.

Nonobstant le fait que les centres spécialisés offrent eux-mêmes un support psychosocial, on remarque qu'ils réorientent régulièrement des clients vers d'autres services offrant aussi un support psychosocial. Ces services sont plutôt **spécialisés dans des domaines de vie spécifiques** du client, comme la santé psychique, le travail, la formation ou les revenus. L'équipe multidisciplinaire d'un centre spécialisé ne peut peut-être pas intervenir suffisamment dans un domaine de vie spécifique, d'où la nécessité d'une réorientation. En général, les centres spécialisés réorientent les clients vers différents services de support psychosocial.

Les pharmaciens de la Région de Bruxelles-Capitale réorientent les clients de manière proportionnelle vers le soutien psychologique ou social, alors qu'en Région flamande le soutien psychologique prédomine et qu'en Région wallonne les pharmaciens réorientent principalement vers le soutien social. Dans les trois régions, le client en attente de support psychosocial est en général réorienté vers un centre spécialisé ou un médecin généraliste. Lorsqu'un pharmacien ne réoriente pas un client, les raisons invoquées sont de deux ordres : soit les clients ne demandent pas de support psychosocial, soit ils reçoivent déjà un support psychosocial.

⁷ À l'exception d'un seul hôpital flamand qui ne réoriente pas les clients.

... même si des obstacles sont souvent sur leur route

Dans l'étude Delphi et durant les groupes de discussion on a souvent épinglé le fait que les experts éprouvent des difficultés à réorienter précisément les personnes un problème de dépendance, à cause de listes d'attente, de préjugés existant dans le secteur des soins de santé et de la lutte contre l'alcool et la drogue à propos des individus ayant des problèmes de dépendance, la comorbidité... De plus, le besoin d'activités et de projets abordables (comme des activités de jour) est élevé dans la société, étant donné que ces activités peuvent renforcer l'identité sociale des opiodépendants et faire croître leur sentiment d'appartenance à la vie de la société. Cela n'est pas atteint en organisant simplement des activités par un centre spécialisé dans les limites du processus de traitement.

Des critères d'exclusion et d'interruption, de même que des problèmes d'accessibilité, sont fondamentalement inacceptables d'après les directives de l'OMS. Ceux-ci devraient donc être réduits au minimum. Ainsi, une violation des programmes ou des règles propres ne peut être l'unique raison d'exclusion d'un client, à moins que "*Involuntary discharge from treatment is justified to ensure the safety of staff and other patients.*" (OMS, 2009:17).

Les participants au forum Delphi remarquent qu'une des tâches des membres d'une équipe d'un centre de traitement de la toxicomanie est d'accompagner leurs clients et de les aider dans la réalisation de leurs droits sociaux. Lorsque les clients veulent faire appel à divers services, ils sont souvent confrontés à de multiples obstacles (par exemple, la discrimination). Les services qui sont bien adaptés peuvent éviter de tels obstacles et faire lever les préjugés. La réorientation d'un client en traitement de substitution vers le secteur des soins de santé mentale se déroule souvent avec difficulté. Ceci est un bel exemple de ce que l'on entend par fragmentation des soins, étant donné que les clients suivant un traitement de substitution en sont souvent exclus (critère d'exclusion). Cette façon de penser est en contradiction avec l'action en faveur de soins intégrés et de soutien aux personnes présentant une dépendance aux opiacés. D'autre part, un réseau d'établissements spécialisés et non spécialisés pourrait abaisser les seuils d'entrée dans les établissements non spécialisés si ces derniers pouvaient réorienter les clients en traitement de substitution vers des établissements spécialisés en cas de difficulté, ainsi que le suggère le forum Médecine de l'assuétude (VAD, courriel, 08/10/2012).

=> *Pour certains clients (par exemple, les clients présentant des besoins complexes de traitement, pour lesquels différents établissements sont impliqués), la coordination des différents services est indiquée, afin d'éviter la fragmentation des soins et la perte de contact, ainsi qu'améliorer l'accessibilité de services* (Colpaert, 2012).

- ⇒ *Compte tenu de la question complexe de la **comorbidité** (Roizen, Kerkhof & van den Brink, 2000; Castells, Kosten, Capella, Vidal, Colom & Casas, 2009) et compte tenu du fait que les centres spécialisés réorientent régulièrement des clients vers les soins de santé mentale, le traitement de substitution doit avoir comme point de départ des **soins intégrés** et une **équipe pluridisciplinaire** doit s'y pencher.*
- ⇒ *Un bon réseau et des réorientations efficaces sont des conditions nécessaires pour obtenir une bonne offre des traitements de substitution. Un réseau devrait être composé de services spécialisés et non spécialisés. Les pharmaciens et les médecins généralistes, qui ne sont pas systématiquement impliqués dans un réseau, méritent une attention supplémentaire.*

Nous retrouvons un exemple de « bonnes pratiques » dans le Limbourg, où des médecins généralistes mandatés forment un réseau avec des centres spécialisés. Les centres spécialisés réorientent les clients pour la prescription de médicaments de substitution uniquement vers ces médecins-là. En outre, ils utilisent un système central d'enregistrement électronique, grâce auquel le parcours de traitement accompli par le client peut être suivi/observé (y compris les réorientations), de même que l'évolution du traitement en général (tant le traitement pharmacologique que le support psychosocial, voir aussi le point 8.1.). Le système central d'enregistrement a vu le jour dans le MASS, et tous les médecins concernés y ont accès. Les autres membres de l'équipe n'ont pas accès à la partie médicale du dossier (les médicaments prescrits et les conditions médicales). Les hôpitaux, la police et les prisons n'ont pas non plus accès à ce système d'enregistrement.

C'est logiquement une des recommandations d'une étude scientifique visant à éliminer les obstacles au développement des soins de santé mentale sur le plan communautaire et à stimuler l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de première ligne. Les mêmes recommandations peuvent en effet être formulées en matière d'optimisation de l'offre de traitements de substitution en dehors des centres spécialisés et des hôpitaux psychiatriques : « *This may be facilitated by ensuring that there are sufficient numbers of primary care staff, regulating training, organizing adequate and ongoing supervision of primary care staff by mental health professionals, addressing staff attitudes, and by developing and managing coordinated support networks with specialized community mental health services and other relevant sectors (such as social welfare, health, housing and employment, as well as NGO's and the private sector* » (Semrau, Barley, Law & Thornicroft, 2011:223). Les défis pour les clients en traitement de substitution sont en effet similaires aux défis tels que formulés par la *World Psychiatry Association* en matière de développement des soins de santé mentale sur le plan communautaire en Europe. Ces recommandations s'appliquent donc également aux traitements de substitution. De ce point de vue, les soins de santé mentale et l'aide contre la toxicomanie peuvent apprendre des choses l'une de l'autre. Dans les années à venir, la désinstitutionnalisation des soins de santé mentale (article 107 de la loi du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins) conduira même à des besoins plus grands en formation, accompagnement et développement des réseaux d'appui coordonnés. En raison de la haute comorbidité due aux problèmes de dépendance, il est donc recommandé de conjuguer les forces entre les divers secteurs.

5.3. Les traitements de substitution dans les prisons belges

Lorsque l'on compare les résultats de l'auto-évaluation de Todts *et al.* (2008) concernant la prévalence des consommateurs d'opiacés (injectables) dans les prisons belges avec le nombre de clients en traitement de substitution dans les prisons, cela soulève des questions à propos de la dispensation des traitements de substitution dans les prisons⁸, et particulièrement pour ce qui concerne les traitements d'entretien et spécifiques pour certaines prisons. Toutes les prisons belges prévoient des traitements de substitution, mais elles ne dispensent pas toutes des traitements d'entretien. C'est particulièrement le cas pour les prisons flamandes. En Région flamande, cinq prisons (5/15) indiquent n'offrir que des traitements de substitution pour la désintoxication. Dans le Limbourg, la prison ne dispense pas de médicaments de substitution à dose d'entretien. Les deux prisons de la Région de Bruxelles-Capitale ayant participé à l'enquête indiquent pratiquer tant la

⁸ Les données concernant les traitements de substitution dans les prisons sont discutées à part, du fait qu'une autre méthodologie a été utilisée (uniquement par enquête en ligne).

désintoxication que le traitement d'entretien. En Région wallonne, une seule prison (sur dix) ne prévoit qu'un simple traitement de substitution pour la désintoxication.

On peut affirmer que cela est incompatible avec les dispositions de la législation belge. La loi de base du 12 janvier 2005 relative au statut juridique des détenus énonce le principe fondamental d'égalité des soins de santé dans la société libre et ceux en environnement carcéral, et ajoute que dans le soutien à cette équivalence, il faut tenir compte des besoins spécifiques des détenus (article 88). En outre, l'article 89 énonce explicitement qu'un détenu a droit à la continuité des soins, comme c'est aussi le cas dans la société libre. Ce principe a été explicité, pour ce qui concerne les traitements de substitution, dans un protocole technique ajouté à la circulaire ministérielle de 2006 (circulaire ministérielle n° 1785 du 18 juillet 2006 relative à la problématique de la drogue en milieu carcéral). En ce qui concerne le support psychosocial global des détenus, il est en effet reconnu que l'offre actuelle de traitement en prison n'est pas suffisante pour garantir la mise en œuvre effective de ces droits (Van Malderen, 2012).

Malgré la démonstration scientifique qu'un dosage d'entretien entraîne une moindre consommation d'opiacés au sein de la prison (Stallwitz & Stöver, 2007 ; Stevens, Stöver & Brentari, 2010), l'offre d'un traitement d'entretien est moins courante dans les prisons flamandes. En Régions wallonne et de Bruxelles-Capitale on parle plutôt d'une répartition équilibrée entre désintoxication et thérapie d'entretien. L'offre d'un dosage d'entretien aux détenus ayant des antécédents de détention dus à une dépendance à l'héroïne a été efficace pour briser le cercle d'une éventuelle rechute et de la récidive. L'offre de méthadone comme traitement d'entretien semble plus efficace que le simple accompagnement (Kinlock, Gordon, Schwartz, Fitzgerald & O'Grady, 2009).

⇒ *Sur la base de l'égalité juridique (dans les soins de santé) et sur la base de la démonstration scientifique ayant mis en lumière les résultats positifs des traitements de substitution en prison, nous conseillons vivement d'étendre le traitement de substitution en tant que dosage d'entretien à toutes les prisons belges (Council of the European Union, 2012).*

⇒ *Afin de garantir la continuité des soins (depuis le moment où le détenu entre en prison jusqu'à sa libération), un gestionnaire de cas devrait être désigné pour les détenus.*

Une attention spéciale doit être portée à la présence d'opiacés au sein des prisons, car la limite de tolérance des détenus en traitement de substitution durant le processus de désintoxication est faible et a un impact sur le contrôle du *craving* (envie compulsive). Il ressort de l'enquête de 2008 que 13,1% (n = 51) des détenus ont reçu de la méthadone ou de la buprénorphine via le « marché gris » en prison (Todts, Glibert & Van Malderen, 2008). L'existence d'un marché gris en matière de médicaments de substitution au sein des prisons et son évolution devraient être contrôlées.

5.4. Caractéristiques des clients en traitement de substitution

Entre la mi-2008 et la mi-2010, 16.974 clients en traitement de substitution furent enregistrés au niveau national (Ledoux *et al.*, 2010). Farmanet (le système d'enregistrement électronique de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité - INAMI) rassemble, par prescripteur, des données à propos des prescriptions pharmaceutiques remboursables délivrées dans les pharmacies) indique pour la période allant de janvier 2010 à novembre 2010 16.095 clients ayant reçu au moins une préparation de méthadone, et 2.169 clients ayant reçu au moins une emballage de buprénorphine.

Les femmes représentent un quart de la population totale de clients en traitement de substitution (24,6%) (Ledoux *et al.*, 2010). Dans certaines villes, il y a un nombre notable de clients en traitement de substitution **âgés de moins de 25 ans**. C'est le cas, en Région flamande, pour Alost (44,3%), Audenaerde (32,1%), Termonde (31,2%), Roulers (30,6%) et Tournai (25,9%). En Région wallonne, on trouve les clients les plus jeunes à Bastogne (31,6%), Arlon (31,2%) et Virton (25,9%).

L'**usage récent de drogues illégales** est très élevé parmi les clients en traitement de substitution. Environ la moitié de ces clients continuent de prendre de l'héroïne, et un tiers de la cocaïne. Les clients prenant de l'héroïne plus d'une fois par semaine ont une plus grande chance d'être accompagnés par un MASS. Durant le traitement, la consommation fréquent de l'alcool est moins habituel que l'usage des drogues illégales, malgré le fait que 10% des clients en traitement de substitution consomment quotidiennement 9 verres ou plus (Ledoux, 2005).

⇒ *La problématique de la consommation d'alcool de certains clients en traitement de substitution doit toujours recevoir l'attention nécessaire durant le processus de traitement.*

En ce qui concerne le degré de satisfaction vis-à-vis du traitement, la majorité des participants sont « assez satisfaits » (70,6%), tandis que 7,8% des participants sont « plutôt insatisfaits » du traitement de substitution en général. Cependant, presque un tiers des participants se déclarent « plutôt insatisfaits » des interventions spécifiques (par exemple, soutien dans leur situation sociale et de travail) et plus d'un cinquième des participants sont « (assez) insatisfaits » des compétences du psychologue. Dans cette optique, il convient toutefois de noter que seul un nombre limité de participants (n = 26) ont eu des contacts avec un psychologue durant leur traitement de substitution. Les résultats de cette étude montre qu'un pourcentage élevé de participants souhaite un soutien dans les différents domaines de la vie, en particulier à la maison, au travail et durant les loisirs. Un tel soutien social n'est pas offert pour le moment.

⇒ *Comme recommandé plus haut, la demande de données de qualité à propos des besoins gravitant autour du traitement est élevée, de même que le contrôle systématique des tendances dans le groupe complet des consommateurs d'opiacés, afin d'en arriver à un contrôle correct et à une évaluation de (la répartition de) la prestation/traitement des traitements de substitution. Nous avons besoin d'une évaluation approfondie et d'une compréhension de la situation locale, y compris des caractéristiques du client, comme les différences d'âge et de sexe (OMS, UNODC et ONUSIDA, 2009). Au point 7.1. nous en arriverons à des recommandations détaillées sur la manière dont l'enregistrement actuel peut être optimisé.*

6. Prescription et délivrance de médicaments

Sur la base de l'enquête en ligne, nous ne pouvons pas tirer de conclusions générales se rapportant à une prévalence absolue de la prescription de la méthadone ou de la buprénorphine, car trop de combinaisons possibles de médicaments de substitution sont rapportées.

En Belgique, une combinaison de méthadone avec de la buprénorphine et du naloxon semble être la combinaison la plus courante pour procéder à la désintoxication, suivie par l'offre de la seule méthadone et de la combinaison de méthadone avec de la buprénorphine.

Le médicament le plus utilisé comme dosage d'entretien est constitué par une combinaison de méthadone avec du naloxon et de la buprénorphine, suivi par la méthadone et par une combinaison de buprénorphine avec du naloxon. Le tableau 5 (détoxification) et tableau 6 (traitements

d'entretien) donnent un aperçu des différentes sortes de médicaments de substitution en relation avec l'orientation du traitement.

L'aperçu de la littérature montre que la méthadone et la buprénorphine/naloxon sont les médicaments les plus utilisés et les plus sûrs pour la désintoxication. Comme dosage d'entretien, la méthadone, la buprénorphine et la combinaison buprénorphine/naloxon sont les médicaments standard utilisés (van den Brink, Goppel & van Ree, 2003 ; van den Brink & Haasen, 2006 ; Soyka *et al.*, 2011). Dans les directives de l'OMS, la méthadone est recommandée de préférence à la buprénorphine, parce que plus rentable. En outre, la buprénorphine a un tout autre fonctionnement pharmacologique. De ce fait, il est important que les deux médicaments soient disponibles, afin d'encourager plus de gens à se laisser traiter, et parce qu'un traitement adapté donne de meilleurs résultats (OMS, 2009:11).

Tableau 5 médication de substitution pour la détoxification pour les différents offreurs (source : enquête en ligne).

OFFREUR	DETOXIFICATION						
	N° SB	M	B	M + B	B + NX	M+B+NX	A
Médecins Généralistes							
FL							
WALL+GERMANOPHONE	0	0	0	0	0	0	0
BXL-CAP.	7	7	3	.	2	.	
	2	1	0	1	0	0	0
TOTAL	9	8	3	1	2	0	0
% médecins offrants belges		88.9%	33.3%	11.1%	22.2%		
hôpitaux							
FL	11	1					
WALL+GERMANOPHONE	9	1	1	2	0	6	1
BXL-CAP.	.	.	0	.	6	.	3
		
TOTAL	20	2	1	2	6	6	4
% hôpitaux offrants belges		10%	5%	10%	30%	30%	20%
Centres spécialisés							
FL							
WALL+GERMANOPHONE	17	1	0	6	0	9	0
BXL-CAP.	8	1	0	2	0	5	0

TOTAL	25	2	0	8	0	14	0
% centres spéc. offrantes belges		7.1%		30.8%		53.8%	
TOTaAL	54	12	4	11	8	20	4
% offreurs belges		22.2%	7.4%	20.3%	14.8%	37%	7.4%

M	Méthadone	N X	Nal oxo n
B	Buprénorp hine	O	Autr e

Tableau 6 médication de substitution pour l'entretien pour les différents offreurs (source : enquête en ligne).

OFFREUR	SDFENTRETIEN						
	N° SB	M	B	M + B	B + NX	M+B+NX	A
Médecins généralistes							
FL WALL+ GERMANOPHONE BXL-CAP.	1 9 2	1 8 1	0 3 0	0 . 1	0 2 0	0 . 0	0 2 0
TOTAL % généralistes offrants belges	12	10 83.3%	3 25%	1 8.3%	2 16.7%	0	2 16.7%
Hôpitaux							
FL WALL+ GERMANOPHONE BXL-CAP.	10 8 .	3 2 .	0 . .	1 1 .	0 . .	6 5 .	0 . .
TOTAL % hôpitaux offrants belges	18	5 27.8%	0 0%	2 11.1%	0	11 61.1%	0
Centres spécialisés							
FL WALL+GERMANOPHONE BXL-CAP.	13 8 .	2 0 .	0 0 .	3 0 .	8 0 .	0 8 .	0 0 .
TOTAL % centres spécialisés offrants belges	21	2 9.5%	0 0%	3 14.3%	8 38.1%	8 38.1%	0

Il ressort clairement de l'enquête en ligne que **le personnel soignant** en hôpitaux et centres spécialisés joue un rôle important dans la délivrance de médicaments de substitution. Les pharmaciens dispensent eux-mêmes le médicament de substitution.

⇒ *En raison des contacts réguliers du personnel soignant avec les clients, la formation et l'éducation de ce groupe doivent être accentuées (voyez aussi Go, Dykeman, Santos & Muxlow, 2011 qui soulignent l'importance d'une formation spécialisée). Cette formation doit comprendre tous les aspects de la consommation de drogues licites et illicites, de même que les symptômes lors du sevrage ou lors d'une surdose, les modalités de traitement pour la dépendance aux opiacés, etc., doivent être abordés (des arguments supplémentaires sont discutés au point 4.2.).*

Les centres spécialisés, les hôpitaux et les médecins généralistes renvoient vers les **pharmaciens** pour la délivrance des médicaments de substitution. Les participants au groupe de discussion flamand indiquent clairement que la délivrance de traitements de substitution doit rester de la responsabilité finale des médecins. La distinction entre l'accompagnement médical et le soutien aux aspects psychosociaux doit être préservée, de sorte que chaque intervenant puisse tenir son rôle et ne mette pas la relation avec le client sous pression.

Une différence est constatée entre les Régions flamande et wallonne en ce qui concerne la manière dont les hôpitaux et les centres spécialisés organisent la délivrance de traitements de substitution. La majorité des services en Région wallonne ayant répondu à l'enquête (5 hôpitaux et 5 centres spécialisés), ne dispensent les médicaments de substitution qu'avec un accompagnement. Toutefois, les hôpitaux et les centres spécialisés wallons donnent plus fréquemment des médicaments de substitution à emporter à la maison que ce n'est le cas en Région flamande. Cela pourrait expliquer pourquoi le commerce illégal en médication de substitution est considéré comme un problème important par les participants au groupe de discussion wallon. Ce problème n'a pas été évoqué dans les groupes de discussion des Régions flamande et de Bruxelles-Capitale.

La délivrance quotidienne de médicaments de substitution est souvent, pour les praticiens, un moment idéal pour entrer en contact avec les clients, qui sont plutôt réticents vis-à-vis des formes structurées de support psychosocial. En outre, c'est un moment idéal pour construire et renforcer une relation avec les clients. Il semble ressortir des entretiens avec les clients que chaque collaborateur concerné par les traitements de substitution, *quelle que soit son* emploi (par exemple, personnel soignant, médecin, psychologue, pharmacien...) peut exercer une influence sur le processus de traitement du client, et engager une relation positive avec le client. C'est pourquoi le support psychosocial ne doit pas nécessairement demeurer réservé aux psychologues et aux travailleurs sociaux.

Un élément qui contribue aux recommandations générales, mentionnées ci-dessus, est l'importance de **discuter avec les clients des objectifs du traitement**, le dosage de la médication de substitution inclus (Ti, Tzemis & Buxton, 2012), il peut être retrouvé dans les critiques de certains clients concernant le dosage de leurs médicaments de substitution. Il ressort des entretiens avec les clients qu'un cinquième de ceux-ci se sentent insuffisamment concernés dans la détermination de leur dose actuelle des médicaments de substitution et qu'ils voient peu de possibilités pour diminuer leurs médicaments de substitution. Cela donne aux clients le sentiment qu'ils sont « enchaînés » à leurs médicaments de substitution et qu'il n'y a plus d'espoir d'une vie sans ces médicaments (Witteveen & Van Santen, 2011).

7. Support psychosocial⁹

De récents aperçus de littérature montrent que la composante psychosociale dans le traitement des individus opiodépendants est vue comme un élément essentiel d'une approche globale intégrée (Amato, Minozzi, Davoli, Vecchi, Ferri & Mayet, 2011a ; Amato *et al.*, 2011b ; Mayet *et al.*, 2010 ; Soyka *et al.*, 2011).

En général, les praticiens belges accordent de l'attention au support psychosocial. Le support psychosocial consiste en un traitement à la fois social et psychosocial ; la prise en charge sociale se concentre principalement sur les domaines de vie Europ-ASI (santé, emploi/activités du jour, relations familiales, etc.). Même les pharmaciens et les médecins généralistes semblent, malgré leurs temps et moyens limités, tenir compte de ces besoins en offrant eux-mêmes un support psychosocial et/ou en réorientant les clients. Contrairement à leurs collègues des Régions wallonne (21%) et de Bruxelles-Capitale (44,4%), les pharmaciens flamands offrent plus de support psychosocial (67,4%).¹⁰

⁹ Néanmoins il faut répéter de nouveau qu'à cause du taux de réponse bas des hôpitaux généraux et leurs services psychiatriques sur l'enquête en ligne, le résultats relatives au support psychosocial pour les hôpitaux flamands se rapportent surtout aux hôpitaux psychiatriques.

¹⁰ Les pharmaciens ne font pas des accompagnements psychosociaux structurelles: ils ont un rôle important parce qu'ils savent écouter et comme assistants de soin (Vogt & Finley, 2009).

L'analyse secondaire de l'étude Belspo (Ledoux, 2012) montre que les pharmaciens remplissent un rôle important (une mauvaise relation avec le pharmacien est un facteur qui a une plus grande valeur prédictive en matière d'usage d'héroïne que la relation thérapeutique avec le médecin). Il ressort aussi clairement des entretiens avec les clients que les pharmaciens peuvent être une source importante de soutien émotionnel.

Cependant, il ressort tant des entretiens quantitatifs que qualitatifs avec les clients que le nombre de répondants désirant une forme déterminée de support psychosocial est plus élevé que le nombre de répondants qui reçoivent effectivement une certaine forme de soutien psychosocial. En outre, le fait de fournir un support psychosocial aux clients dans les prisons peut être amélioré, car seulement 9 des 15 prisons flamandes et la moitié des prisons en Régions wallonne (5/10) et en Région de Bruxelles-Capitale (1/2) offrent un support psychosocial. Un récent rapport du SPF Justice montre qu'en général, plus d'attention doit aller vers le soutien psychosocial des prisonniers, car l'absence de soutien psychosocial pourrait fournir une explication au pourcentage élevé d'usage de médicaments dans les prisons (37,96% de la population carcérale totale en 2010 ; SPF, 2012).

⇒ *L'offre de support psychosocial doit être renforcée pour des groupes déterminés de clients. Cela vaut plus spécifiquement pour les **prisons belges**.*

7.1. Évaluation psychosociale

L'enquête en ligne montre que l'évaluation psychosociale est en général effectuée par les centres spécialisés et par les divers hôpitaux où une équipe pluridisciplinaire est disponible. L'évaluation accorde généralement de l'attention aux différents domaines de vie Europ-Asi et au assessment psychodiagnostique du fonctionnement psychologique.

Il ressort des entretiens avec les clients que, d'après leur expérience, peu d'attention est consacrée aux attentes et expériences des clients eux-mêmes (par exemple, la qualité de vie) en matière de traitements de substitution. De même, il y a peu d'attention accordée à la manière dont ils évaluent les traitements de substitution. L'accent est généralement mis sur les attentes souhaitées sur le plan sociétal (par exemple, pas de consommation illégale de drogue, ne pas verser dans la criminalité, het avoir un travail) (De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert, 2009). Dans la méthode Delphi apparaît aussi le besoin d'un point de départ holistique, avec une attention aux différents domaines de vie, au-delà des aspects liés à la drogue.

⇒ *Sur la base des résultats antérieurs, nous conseillons que tant pour l'évaluation que pour le support psychosocial une attention suffisante soit accordée aux différents domaines de vie, au-delà des aspects relatifs à la drogue. Ensuite, il faut porter plus d'attention aux résultats rapportés par le client et son bien-être.*

7.2. Les problèmes complexes réclament une approche holistique

7.2.1. Le soutien psychosocial est essentiel, avec l'accent sur le soutien social

L'aperçu de la littérature souligne qu'il n'existe aucun consensus à propos de le support psychosocial (Griffith, Rowan-Szal, Roark & Simpson, 2000). Les professionnels peuvent donc offrir plusieurs types d'intervention. La diversité d'interventions peut être expliquée par une des recommandations que les participants aux groupes de discussion ont postulées. Ils considèrent en effet qu'il est important que le support psychosocial reçoive une interprétation individuelle, **dépendant des besoins**

psychosociaux du client. Les groupes de discussion flamand et wallon soulignent aussi que le type de support et l'existence de l'offre d'accompagnement dépendent de la stabilité du client.

⇒ *Dans le support psychosocial, le client doit être au centre et cet accompagnement doit faire la différence entre les différences types de clients.*

Le support psychosocial se compose d'un volet social et d'un volet psychologique. Le support social se focalise surtout sur les domaines de vie Europ-ASI, en mettant l'accent sur l'offre de solutions concernant le logement et le travail, la réorientation de clients vers des centres spécialisés et l'offre d'aide en cas de problèmes juridiques et administratifs. L'accompagnement psychologique se compose de l'aspiration à accepter une attitude ouverte et empathique à l'égard des clients ou à réorienter les clients vers les psychiatres ou les psychologues. En outre, il est important de noter qu'il ressort de l'enquête de satisfaction des clients qu'ils trouvent le **support social** plus important que le soutien psychologique. Ces résultats montrent que de nombreux participants, qui au moment du questionnaire ne recevaient pas de soutien social, souhaitent un soutien dans les divers domaines de vie, en particulier à la maison, au travail et dans les loisirs. Les résultats en matière de qualité de vie montrent aussi que le besoin de soutien dans les différents domaines de vie est élevé (par exemple, loisirs, réseaux sociaux, situation financière). Il ressort clairement des entretiens qualitatifs avec les clients qu'ils veulent parler de leur situation actuelle et de leurs perspectives d'avenir plutôt que de constamment ressasser le passé et de raconter pourquoi ils ont commencé à consommer de la drogue.

⇒ *Le support psychosocial des clients en traitement de substitution doit comprendre les différents domaines de vie. Les clients attendent surtout plus de soutien social que ce n'est le cas à l'heure actuelle, en particulier à la maison, au travail et dans les loisirs.*

7.2.2. Accompagnement sur une base volontaire

Tous les participants des groupes de discussion et les clients lors des entretiens sont unanimes à dire que les clients ne peuvent être obligés de se laisser accompagner sur le plan psychosocial, bien que cet accompagnement ait été considéré comme étant de grande valeur. La motivation du client est en effet décisive pour le succès du traitement de substitution. En Région flamande, le support psychosocial en hôpitaux et centres spécialisés est beaucoup plus souvent imposé qu'en Région wallonne. La Région wallonne suit le principe d'autonomie du client, décrite par les participants des groupes de discussion. La principale différence formelle dans le support psychosocial entre les hôpitaux flamands et wallons est la notion de *contrat écrit*. Cela revient beaucoup plus souvent dans les hôpitaux wallons. Contrairement aux hôpitaux, les contrats écrits sont plus répandus dans les centres spécialisés de la Région flamande que dans ceux de la Région wallonne.

Les clients interrogés soulignent l'importance du support psychosocial au moment où ils en ont besoin, sans rendez-vous préalable dans un calendrier rigide. On peut retirer de leurs histoires qu'ils mènent souvent une vie très imprévisible. La flexibilité dans l'offre de support psychosocial est donc nécessaire. Un certain nombre de clients n'ont pas besoin de soutien psychosocial supplémentaire (par exemple, des clients ayant un solide réseau social) ou ne veulent pas d'un support psychosocial supplémentaire. L'enquête montre que la simple offre d'un traitement de substitution seul – sans une composante psychosociale – a des effets positifs sur la réduction de la criminalité et la consommation de drogues illégales (Schwartz, Kelly, O'Grady, Gandhi & Jaffe, 2011).

⇒ L'OMS indique aussi que le support psychosocial doit être disponible pour tous les consommateurs d'opiacés, mais ne peut devenir obligatoire : « *Psychosocially assisted pharmacological treatment should not be compulsory* » (OMS, 2009:9-10). Les clients attendent cependant plus de flexibilité dans l'offre d'accompagnement.

7.2.3. La collaboration et la réorientation sont l'essence du support psychosocial

Les hôpitaux flamands réorientent plus de clients vers le support psychosocial que les hôpitaux wallons. Lorsque les hôpitaux de ces deux régions prennent eux-mêmes en charge le support psychosocial, le client n'est pas réorienté. Lorsque les hôpitaux flamands procèdent à une réorientation, ils le font généralement vers les centres spécialisés.

À Bruxelles, les pharmaciens redirigent les clients aussi bien vers le support psychosocial que vers le support social. En Région flamande, les clients sont plus souvent réorientés vers un /support psychologique, tandis qu'en Région wallonne la réorientation vers /support social prédomine. Dans toutes les régions, on remarque que la réorientation des clients se fait le plus souvent vers les médecins et les centres spécialisés en support psychosocial. Lorsque les pharmaciens ne redirigent pas les clients, cela est principalement dû au fait que le client n'en a pas besoin ou parce que le client a déjà reçu un support psychosocial.

Malgré le fait que les centres spécialisés offrent souvent eux-mêmes un support psychosocial, ils redirigent les clients vers des services qui offrent également un support psychosocial. Ce sont en effet des services qui sont spécialisés dans le support du client pour des domaines de vie spécifiques (comme la santé mentale, le travail, l'éducation et les revenus). Ces domaines de vie spécifiques ne peuvent peut-être pas être traités par l'équipe pluridisciplinaire du centre spécialisé, ce qui rend nécessaire la réorientation vers d'autres services. Les centres spécialisés flamands redirigent généralement les clients vers les soins de santé mentale, tandis qu'en Région wallonne, la réorientation est plus variée (dans laquelle des experts psychologiques externes et les CPAS sont impliqués).

Tous les participants des trois groupes de discussion exposent que **le travail en réseau entre les différents niveaux des soins** est une condition essentielle d'un soutien actif : médecins généralistes, pharmaciens et autres services de première ligne devraient réorienter les clients ayant une problématique complexe vers d'autres acteurs plus spécialisés, comme les centres spécialisés dans les drogues ou les organisations de première ligne, aisément accessible et possédant l'expertise pour toucher les populations marginalisées (Centre d'Action Sociale Globale). De ce point de vue, les participants aux groupes de discussion insistent sur le fait que la collaboration entre les différentes organisations (de santé) est un élément important du processus de traitement.

Les directives de l'OMS soulignent aussi l'importance de la collaboration entre les organismes spécialisés, non spécialisés, de santé et autres : « *Access to and networking with medical, psychiatric, social and harm-reduction services is desirable, and should be developed when possible* » (OMS, 2009: 17).

Les participants aux trois groupes de discussion sont unanimes pour dire qu'il est important que les différents acteurs de première ligne et les centres spécialisés offrant des traitements de substitution doivent (mieux) se connaître, tant au niveau structurel-organisationnel que celui du contenu, et au niveau des méthodes (de traitement) qui sont utilisées. Se connaître a de nombreux avantages importants, tant pour le client qu'au plan structurel. En collaborant, la confiance mutuelle peut s'installer et un fonctionnement axé sur la collaboration peut voir le jour. En outre, une collaboration professionnelle conduit à éviter les malentendus et peut prévenir le « shopping » des clients entre les

médecins pour avoir des prescriptions médicales. Enfin, une collaboration sérieuse aide à optimiser la répartition des clients.

- ⇒ *Tout d'abord, on peut dire que la participation aux conférences, réunions informelles et formelles sont des façons idéales d'apprendre à se connaître, et d'ainsi optimiser la collaboration et le travail en réseau. Deuxièmement, la concertation tripartite entre les soins spécialisés et non spécialisés, ambulants et résidentiels est présentée comme le « triangle d'or ». Cette concertation est vue comme une manière simple et efficace de stimuler la collaboration tant au niveau du client qu'à celui de l'organisation. Pour réaliser cela, les moments de concertation doivent se dérouler sur une base régulière (par exemple, trimestriellement).*
- ⇒ *La réorientation peut aussi être optimisée par le développement d'une carte reprenant les différents services, leur offre spécifique et leurs responsabilités. En outre, une telle formation des médecins généralistes et des pharmaciens en matière de traitements de substitution et de dépendance aux opiacés aurait comme résultat une meilleure identification du problème et sa détection, qui à leur tour pourraient amener une réorientation optimale.*

Un autre argument important en faveur d'une réorientation de qualité est la valeur que les **clients en traitement de substitution** attachent à la relation avec l'intervenant (*cfr infra*). Afin d'éviter les frustrations et les échecs dans le traitement, une réorientation optimale est indispensable. Il ressort de l'enquête de satisfaction que les clients trouvent très ennuyeux qu'à chaque réorientation vers différents services, ils doivent raconter de nouveau leur histoire. Durant les entretiens qualitatifs, les clients exprimaient le vœu d'avoir un **gestionnaire central de cas** (par exemple, un médecin ou un travailleur social) en qui ils pourraient avoir confiance. En outre, les clients trouvent particulièrement ennuyeux le roulement de personnel durant leur parcours d'assistance. Cela empêche les clients de nouer une relation de confiance avec un professionnel dans les différents centres de traitement.

- ⇒ *Les clients ayant des problèmes complexes devraient bénéficier d'un **gestionnaire de cas** qui, en tant que professionnel central, aurait la tâche d'organiser les soins. Cela éviterait une fragmentation des soins et amènerait au développement d'une relation personnelle et positive entre l'intervenant et le client. A garantir la continuité du traitement, un gestionnaire de cas peut être désigné pour les clients qui sont régulièrement réorientés (par exemple, pour cause de détention, entrée à l'hôpital, perte de domicile du client) (Parkes & Reist, 2010). Le gestionnaire de cas peut suivre la totalité du parcours d'assistance du client.*

8. Conditions essentielles pour améliorer la qualité des traitements de substitution

8.1. Enregistrer la demande et l'offre de traitements de substitution

Pour optimiser les traitements de substitution, il y a un besoin de données fiables au sujet du nombre de consommateurs d'opiacés suivant un traitement de substitution (*la demande*) et la répartition des divers offreurs de traitements de substitution (*l'offre*). Pour ce faire, des données fiables sont nécessaires tant au niveau structurel qu'au niveau du client.

8.1.1. Enregistrement au niveau structurel

L'enregistrement sur un niveau structurel vise à engendrer des données épidémiologiques ayant pour objectif la demande et l'offre, mais aussi pour optimiser la gestion des traitements de substitution. Cela offre des avantages tant pour les dispensateurs/praticiens que pour les clients. Deux banques de données existantes peuvent être utilisées à cet effet : Farmanet (INAMI) et les Treatment Demand Indicators.

Farmanet enregistre la mise à disposition de médicaments de substitution à des fins financières. Cependant Farmanet, avec des efforts minimaux, pourrait fournir des informations de valeur, car cette banque de données enregistre déjà les médicaments de substitution que les pharmaciens délivrent (avec des fichiers séparés pour la méthadone et la buprénorphine), ainsi que le code postal des pharmaciens, le médecin qui a prescrit le médicament (spécialisation médicale), et l'âge du client. Les clients sont enregistrés de manière anonyme au moyen d'un code, et chaque prescription est enregistrée séparément. Il en résulte un fichier de données richement rempli.

⇒ *En combinant les différents types de fichiers dans un fichier central, et en y faisant une distinction entre l'usage de médicaments de substitution en vue de soulager la douleur ou la substitution, et l'enregistrement des orientations de traitement (en tant que dosage d'entretien ou de désintoxication), cela mènerait à une meilleure compréhension de la prescription. Le collationnement d'informations sur le médecin ayant prescrit le médicament pourrait être utile pour détecter des fraudes au niveau du client et au niveau du prescripteur. En outre, ces informations peuvent permettre la cartographie de la répartition géographique des offreurs. Une comparaison entre l'offre et la demande géographiques pourrait également être possible si cette banque de données enregistrait aussi la résidence des clients. Le changement du code unique en un code numérique¹¹ nous permettrait de récolter des données épidémiologiques sur le dosage, l'âge des clients, la prévalence de la méthadone et de la buprénorphine et les pharmaciens dispensateurs. En outre, la base de données pourrait nous fournir plus d'informations à propos de la charge de travail des pharmaciens dispensant des médicaments de substitution.*

L'INAMI collecte également des informations des centres spécialisés concernant le nombre de « **semaines de revalidation** » par client, ce qui nous permet d'acquérir une bonne compréhension du (de l'évolution de) nombre de clients accompagnés par un centre spécialisé. Les contacts durant ces « semaines de revalidation » peuvent aussi être uniquement constitués d'un soutien psychosocial, ou impliquer des clients avec une autre dépendance aux drogues (non-opiacés ou alcool). Étant donné que le médicament est également enregistré, cela donne déjà une indication de la répartition des

¹¹ Actuellement, ce code se compose de lettres et de chiffres le rendant inaccessible pour une analyse SPSS. C'est pourquoi une codification numérique est indiquée.

clients recevant un traitement de substitution entre les différents centres spécialisés (entretien téléphonique, directeur du MSOC d'Anvers, 27/06/2012).

Actuellement, il existe un enregistrement anonyme au niveau du client, et cet enregistrement a été ensuite développé au moyen du *Treatment Demand indicator* (TDI) de l'EMCDDA, et coordonné en Belgique par l'Institut scientifique de Santé Publique (ISP). Le **Treatment Demand indicator** (TDI), qui, entre autre, doit être complété par les centres de traitement reconnus par l'INAMI, fournit des données chiffrées anonymes à propos des clients en traitement pour toxicomanie (âge, sexe, résidence, fréquence de consommation, être en traitement de substitution...). Cette banque de données est la clé pour la tenue des caractéristiques des clients, dont des informations sur les domaines de vie Europ-ASI, la demande de traitement et – à l'avenir – les évolutions dans les profils des clients de traitements de substitution pourront être cartographiées.

⇒ *La banque de données devrait aussi enregistrer les orientations spécifiques de traitement (désintoxication/traitement d'entretien). Étant donné qu'aucune donnée concernant la continuité du traitement n'est enregistrée, parce que la banque de données ne contient que des informations à propos des clients au commencement de leur traitement, le TDI ne contient pas d'informations sur les clients qui poursuivent un traitement de substitution.*

Pour le moment, les données des services de traitement dans les prisons, des médecins indépendants, des médecins pratiquant la médecine de groupe, des psychiatres indépendants et des pharmaciens ne sont pas reprises dans le TDI. En outre, ne qu'une partie des hôpitaux généraux et psychiatriques enregistre ses données dans le TDI pour le moment.

⇒ *Pour avoir un aperçu complet sur les prescripteurs de traitements de substitution, nous conseillons que chaque offreur soit enregistré dans le TDI¹².*

8.1.2. Enregistrement au niveau du client

L'objectif le plus important d'un enregistrement au niveau du client est de garantir la continuité du traitement de substitution lorsqu'il y a un changement dans les perspectives (hospitalisation, arrestation et enfermement) et le suivi des clients en contact avec les différents prestataires de soins. Un autre objectif est d'éviter les interférences entre les différentes sortes de médicaments (par exemple, benzodiazépines et opiacés...). En outre, cet enregistrement peut diminuer la réticence de certaines organisations (par exemple, hôpitaux, prisons) en ce qui concerne l'offre des traitements de substitution, car il contient des informations indiquant si le client reçoit déjà un traitement de substitution, l'orientation du traitement, le dosage et la consommation de médicaments. Le quatrième objectif principal d'un enregistrement au niveau du client concerne la détection d'abus éventuels par les clients (« shopping ») et par les prescripteurs de médication de

¹² Pour l'année 2012 TDI fait référence aux données d'un projet pilote dans 25 hôpitaux généraux et psychiatriques pour le période de aout 2011 jusqu'à aout 2012 et 42 hôpitaux psychiatriques pour le période de aout 2012 jusqu'à décembre 2013, mais aussi tous les dispensateurs flamands et wallons enregistrés à l'INAMI, tous les « Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) » flamands, tous les prestataires wallons enregistrés pour l'aide aux drogués par le gouvernement wallon, les centres de lutte contre la drogue de la Région de Bruxelles-Capitale non enregistrés auprès de l'INAMI (faisant partie du réseau ADDIBRU) et les centres de traitement de la toxicomanie de la Communauté française non enregistrés auprès de l'INAMI ou enregistrés auprès du gouvernement wallon (faisant partie du réseau Eurotex). L'enregistrement TDI sera opérationnel dans tous les hôpitaux en 2014 après l'évaluation de la projet pilote et le conseil de tous les instances concernées.

substitution (habitudes de prescription). Pour ces derniers, la banque de données Farmanet peut être utilisée comme source d'information supplémentaire.

Les avantages d'un système central d'enregistrement au niveau du client est en conformité avec les directives de l'OMS (2009: 10), qui stipulent que : « *Prevents patients from receiving Methadone or buprenorphine from more than one source; can be used to limit access to other controlled medicines requiring central approval, such as other opioids; can provide more accurate data on treatment numbers than situations where central registration is not used* ».

Il existe cependant une réticence à mettre en œuvre un système central d'enregistrement avec **des clients identifiables**. Cela se remarque dans les trois groupes de discussion, où il n'y a pas eu de consensus à propos d'un système (électronique) central d'enregistrement.

En raison des avantages cités ci-dessus, les participants du **groupe de discussion flamand** travaillant dans des centres spécialisés sont favorables à un système électronique central d'enregistrement. Les participants issus de la **Région de Bruxelles-Capitale** ne sont pas arrivés à un consensus sur la plus-value d'un système électronique central d'enregistrement, du fait des possibles suites négatives. Les participants du **groupe de discussion wallon** reconnaissent la possible plus-value d'un système électronique central d'enregistrement, mais la majorité est plutôt réticente du fait des possibles suites négatives. Les participants wallons ne sont pas en faveur d'un enregistrement électronique de données afin d'éviter les excès ; ils donnent plutôt la préférence à une liaison, afin de rassembler ces données et de les transmettre. Ils proposent aussi qu'il serait plus intéressant pour les diverses institutions, organisations, et pour les professionnels impliqués dans les traitements de substitution de s'unir clairement. Cela pourrait mener à plus de clarté pour tous les professionnels et à plus de visibilité pour tous les clients.

Les principales raisons qui font que les participants des groupes de discussion ne sont pas en faveur d'un système électronique central d'enregistrement se situe sur le plan de la confidentialité, **du secret professionnel** et de la **vie privée**. En raison de ce dernier argument, l'OMS émet aussi des doutes à propos d'un système central d'enregistrement : « *However, central registration can facilitate breaches of privacy, and this may deter some patients from entering treatment*¹³. *It can also delay the commencement of treatment* » (OMS, 2009: 10).

Un enregistrement central des données des clients dans un dossier médical (e-Health platform) est contesté par le Conseil supérieur de la santé et par l'Ordre des médecins. En 2005, le Conseil supérieur de la santé s'est opposé à un dossier médical centralisé qui serait accessible à tous les prestataires médicaux, car il s'agit d'une violation du secret professionnel. C'est pourquoi ils ont émis l'avis qu'il fallait limiter l'accès aux catégories spécifiques ou aux médecins spécialisés (avis du Conseil national de l'Ordre des médecins, 26 novembre 2005).

En ce qui concerne l'e-plate-forme, il faut remarquer que l'Ordre de médecins a formulé un avis en 2008, précisant qu'il était opposé à une centralisation des données pour laquelle une seule institution à la fois posséderait et gérerait les clés de chiffrement, étant donné que ces clés pourraient être utilisées pour identifier les clients (Ordre des médecins, 7 juin 2008).

Dans l'ensemble, il est clair qu'un système central d'enregistrement possède d'importants avantages. En raison de possibles violations de la vie privée, constatées tant dans la littérature que dans la

¹³ Une recherche en Nouvelle-Zélande a montré que 71 % du sondage de consommateurs d'opiacés déclaraient que le fait d'être enregistré comme 'toxicomane' était un obstacle pour le traitement de substitution (Deering et al., 2011).

pratique, ce thème nécessite cependant une discussion subséquente. Peut-être l'évaluation du projet 'Vitalink', un projet pilote flamand qui commençait à Alost, Limbourg, Turnhout et Zenneland, ciblé sur l'échange de données de traitement (par exemple : la médication) entre professionnels de santé, pourra mener à des recommandations¹⁴ concrètes. Il est sans aucun doute positif que le patient doit donner sa permission pour l'échange d'information et que l'information de tous les données de médication est partagée et non pas seulement l'information de la médication de substitution.

Un système central d'enregistrement au niveau du client existe déjà dans le Limbourg (combiné avec un système de médecins mandatés). Dans ce système d'enregistrement, qui doit encore être développé, tous les détails des clients sont contrôlés (réorientation, plan de traitement), ce qui fait qu'il est aisé pour les différents prestataires de soins de suivre le parcours de l'évolution du client. Le système est accessible pour les prestataires de soins médicaux et psychosociaux ; le contenu de l'accompagnement médical n'est pas accessible aux prestataires de soins psychosociaux. Une convention a été passée entre les médecins mandatés et les MASS pour ne pas prescrire de benzodiazépines aux clients en traitement de substitution, du fait des interactions dangereuses entre la méthadone et les benzodiazépines. Les clients sont aussi questionnés sur l'alcool, du fait de sa combinaison dangereuse. Le système est accessible à tous les médecins des MASS et aux médecins généralistes mandatés. La restriction de ce système tient au fait que sa portée est limitée à la province du Limbourg. En outre, le système n'est pas accessible aux médecins d'hôpitaux et de prisons. Il ressort de l'enquête en ligne que la continuité du traitement de substitution est perturbée lorsque le client est hospitalisé ou est emprisonné. Les prestataires de soins sont cependant confrontés à des clients demandant des médicaments de substitution, mais ils ne peuvent pas vérifier si ces clients ont déjà reçu dans le passé des médicaments de substitution, ni le type d'orientation de traitement (désintoxication/dosage d'entretien), le type de médicaments, l'exactitude du dosage, etc. La création d'un numéro de téléphone qu'ils pourraient appeler jour et nuit pour poser des questions en liaison avec le traitement de substitution du client (par exemple, le dosage), serait une solution possible pour les prestataires de soins qui n'ont pas accès au système. La fonction de liaison serait de préférence exercée par un médecin.

L'enregistrement central au niveau du client devrait idéalement **contenir des informations sur le prestataire de soins qui a prescrit les médicaments de substitution** (y compris les données de contact), **l'orientation du traitement, le dosage, l'utilisation d'autres médicaments** (l'interaction avec les médicaments de substitution peut être dangereuse, en particulier avec les benzodiazépines), et le développement ou la diminution du **niveau de tolérance** (Strang, Copenhague, juin 2012).

8.2. Éducation et formation

Les résultats de l'enquête auprès des prestataires/praticiens, les groupes de discussion et la méthode Delphi, et la littérature internationale (Walters, Matson, Baer & Ziedonis, 2005) montre qu'une éducation et une formation approfondies sont des priorités absolues pour arriver à des traitements de substitution de qualité. Les résultats de l'enquête et les groupes de discussion indiquent cependant que cette éducation et cette formation peuvent être améliorées.

Tous les **centres spécialisés et les hôpitaux** belges font mention de formation et d'éducation. Avec ceci cependant nous remarquons que les résultats des hôpitaux, principalement en Flandre, sont relatives aux hôpitaux psychiatriques. Les interventions sont plus accessibles que les supervisions pour

¹⁴ Il s'agit d'un accord de coopération entre médecins généralistes, pharmaciens, infirmières, soigneurs et compagnies de software (plus d'information sur : www.vitalink.be)

tous les centres spécialisés et les hôpitaux belges (et ils sont aussi plus obligatoires). Tous les centres spécialisés belges font mention de formations. Il y a bien des différences régionales étant donné que la formation est obligatoire dans tous les centres spécialisés flamands et seulement dans la moitié des centres wallons. Le contenu des sessions de formation se compose d'éducation psychosociale (domaines de vie et types spécialisés d'interventions psychologiques), une formation à la pharmacologie spécifique (13/17), l'évaluation du client (11/17) et une formation générale sur la consommation de drogues, sur la dépendance et les traitements. En Région wallonne, c'est une formation concernant les domaines de vie qui est la plus usitée.

Des sessions de formation sont aussi accessibles dans les hôpitaux (psychiatriques) belges. C'est un peu moins obligatoire en Région wallonne qu'en Région flamande.

Les **pharmaciens** belges prennent moins part aux sessions de formation (seulement un sur cinq pharmaciens dans l'enquête en ligne). Lorsqu'elles ont été organisées, cela se passait sur une base volontaire. Interventions et supervisions ne sont non plus pas utilisées par les pharmaciens belges¹⁵. Au contraire de la Région wallonne, les pharmaciens des Régions flamande et de Bruxelles-Capitale reçoivent rarement des formations psychosociales. *Comme la plupart des pharmaciens des Régions flamande et de Bruxelles-Capitale proposent un support psychosocial (respectivement 67,4% et 44,4%), il est recommandé que ces pharmaciens reçoivent aussi des sessions de formation à ce propos.*

Les sessions de formation pour le **personnel des prisons** concerné par les traitements de substitution sont plutôt limitées, tant en Régions flamande (7/15), wallonne (3/10) que de Bruxelles-Capitale (0/2). En outre, il semble que lorsque ces formations sont organisées, elles sont très limitées. Une formation de base pour les nouveaux collaborateurs est pourtant bien organisée. De plus amples informations à propos du contenu des sessions de formation ne sont pas disponibles (Debehets, 2011). La plupart des prisons en Région wallonne (n = 7) n'organisent pas de sessions de formation pour leur personnel. Trois prisons font cependant exception. Les deux prisons de la Région de Bruxelles-Capitale – qui participent à l'enquête – n'organisent pas de sessions de formation pour leur personnel. Nous pouvons en conclure que les sessions de formation sont plus souvent organisées dans les prisons flamandes que dans les prisons wallonnes ou bruxelloises, bien qu'en Région flamande, la moitié seulement des prisons organisent des formations.

Les formations existantes prêtent surtout attention au côté **pharmacologique** plutôt qu'aux aspects psychosociaux de support (ces aspects sont également mentionnés, mais dans une moindre mesure). Les centres spécialisés font mention, au contraire des autres offrants, de plus de sessions de formation concernant les domaines de vie du client.

Les participants aux groupes de discussion soulignent que tant le **côté médical que les aspects psychosociaux** tournant autour des traitements de substitution doivent être amplement traités durant les formations.

Les soins intégrés holistiques doivent contenir tous les éléments de soins. DE ce point de vue, les participants aux groupes de discussion soulignent l'importance de l'apprentissage de nouvelles compétences pour tous les prestataires de soins. Les pharmaciens et les médecins généralistes indiquent qu'ils ne disposent pas du temps et des compétences suffisants pour accompagner

¹⁵ Comme les réponses à l'enquête des médecins généralistes dispensant des traitements de substitution était très faible, nous ne pouvons pas en retirer des conclusions générales en ce qui concerne les médecins généralistes.

efficacement et effectivement le client ayant une demande (in)directe de support psychosocial personnel. **Les clients ayant une problématique complexe** ont particulièrement besoin d'un soutien actif de longue durée, conformément à leur demande d'aide.

D'après les groupes de discussion et les participants à la méthode Delphi, la **réorientation** et la **formation en réseau** sont aussi des aspects importants au cours d'une formation. Les collaborateurs des soins de première ligne ne disposent en effet pas des moyens pour accompagner complètement chaque client ayant une demande de traitement de substitution. C'est pourquoi il est important que ces collaborateurs soient au courant des dispensateurs/praticiens de traitements de substitution existants et des **réseaux possibles** vers lesquels ils peuvent réorienter. Une collaboration plus poussée entre les centres spécialisés et les soins de première ligne aurait un impact positif sur la réintégration sociale des individus opiodépendants, et renforcerait leur sentiment d'intégration dans la société au sens large. Savoir travailler autrement est important, mais pour parvenir à des soins intégrés, une étroite collaboration et la prise de dispositions.

- ⇒ Comme déjà mentionné plus haut, la qualité de la relation d'assistance est très importante. Les participants à la méthode Delphi insistent sur le fait que les prestataires de soins puissent être éduqués dans les **stratégies de communication orientées client**, comme l'apprentissage des techniques d'expression spécifiques et une technique de communication active et empathique grâce auxquelles les clients ont le sentiment que le prestataire de soins est effectivement là pour lui/elle (Stewart *et al.*, 2000). *Des sessions de formation devraient être organisées pour tous les offrants et pour tous les collaborateurs, médicaux ou non, qui entrent en contact avec les traitements de substitution, y compris pour le personnel des prisons, car un manque de connaissance peut engendrer des soins insuffisants (Go, Dykeman, Santos & Muxlow, 2011) et le refus des clients en traitement de substitution. Les sessions de formation doivent se composer de tous les différents aspects de la dépendance aux opiacés (support pharmacologique et psychosocial, réorientation et réseaux de soutien (psychosocial) aux personnes opiodépendantes, offre actuelle...)* (Stöver, 2011). *Dans les formations aux traitements de substitution pour des prestataires et praticiens, il ne faut pas seulement attirer l'attention sur les méthodes et techniques de traitement spécifiques. Les manières efficaces de construire une relation thérapeutique stable avec les clients doivent également faire partie du programme de formation. En particulier, les pharmaciens, infirmiers, médecins généralistes, autres collaborateurs de première ligne, et le personnel des hôpitaux généraux et psychiatriques ont besoin d'une telle formation en matière de traitements de substitution.*

D'après les participants aux trois groupes de discussion, c'est l'absence de soutien et de formation pour tous les prestataires de soins qui est l'un des principaux obstacles pour un traitement de substitution de qualité. Ils indiquent que les pharmaciens, médecins généralistes et autres collaborateurs de première ligne, et hôpitaux ont besoin d'éducation et de formation.

Différents arguments peuvent être avancés pour expliquer pourquoi une telle formation est essentielle. En premier lieu, il ressort de l'enquête en ligne que 33,3% des médecins généralistes flamands qui ne dispensent pas de traitements de substitution trouvent que le manque de connaissance est un obstacle pour proposer ou recommencer des traitements de substitution, alors que l'éducation et la formation pour les médecins généralistes et les pharmaciens ne sont pas organisées régulièrement. En deuxième lieu, il est recommandé d'accorder plus d'attention à la dépendance aux opiacés en général dans le cursus des formations de base, car cela peut entraîner

une **moindre résistance** contre les traitements de substitution et contre les clients de pareils traitements. **En outre, cela peut ouvrir la voie vers de meilleurs soins pour les clients des traitements de substitution.** Le groupe de discussion wallon suggère également de laisser les étudiants faire des stages dans des centres spécialisés ou des hôpitaux psychiatriques spécifiques.

⇒ *Il faut accorder plus d'attention dans la **formation de base** des médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues et pharmaciens à tous les aspects de la consommation de substances problématique et de la dépendance aux opiacés, afin d'optimiser la connaissance en matière de traitements de substitution. Faire un **stage** dans un service proposant des traitements de substitution peut renforcer l'intérêt chez les offrants potentiels (par exemple, faire un stage dans un centre spécialisé).*

Certaines **conditions** sont cependant liées à l'éducation et à la formation.

⇒ *Tout d'abord, les sessions de formation et les cours doivent être organisés **régulièrement** et **de manière répétitive**, car les effets positifs d'une formation disparaissent vite. Cela est souligné par les groupes de discussion des Régions flamande et wallonne et dans la littérature internationale (Walters, Matson, Baer & Ziedonis, 2005).*

⇒ *En deuxième lieu, la participation aux sessions de formation coûte du temps et donc de l'argent, c'est pourquoi une compensation financière est peut-être nécessaire pour toutes les parties prenantes, en particulier pour les pharmaciens et les médecins généralistes, afin de motiver les participations. Une alternative est (le développement d') un outil de « e-éducation » moins chronophage. L'importance du développement d'un site internet contenant des informations sur les traitements de substitution, y compris un module de « e-éducation », a aussi été soulignée par le forum sur la médecine de l'assuétude du VAD (courriel, 08/10/2012). Ce module pourrait être utilisé pour la formation de base de baccalauréats et de maîtrises pertinents. En outre, une recherche d'évaluation d'une formation en ligne sur la dispensation de substitution pour des pharmaciens a démontré que cette forme de formation est un méthode adéquat et abordable pour que les pharmaciens puissent apprendre comment mieux aider cette groupe de clients et que la méthode réussit à joindre un public de pharmaciens plus large (Walters, Raymont, Galea & Wheeler, 2012).*

⇒ *Afin de motiver les pharmaciens et les médecins généralistes, **une compensation financière** serait souhaitable, ainsi que le développement d'un **outil de « e-éducation »** (en fonction de l'absence de temps et de moyens).*

En troisième lieu, les participants du groupe de discussion flamand poussent à ce que de telles initiatives soient organisées par des instances indépendantes, et pas par des entreprises pharmaceutiques. Les participants du groupe de discussion wallon suggèrent l'Ordre des médecins ou l'Ordre des pharmaciens comme organisateurs.

⇒ *Les sessions de formation et les cours doivent être organisés par des instances **indépendantes**. Des réseaux de prescripteurs spécialisés et non spécialisés pourraient aussi fonctionner comme réseau de formations et de cours.*

9. Recommandations pour la recherche approfondie

La recherche SUBANOP a commencé avec l'ambition d'obtenir une meilleure connaissance de la pratique des traitements de substitution en Belgique, afin de l'optimiser. Malheureusement, depuis le début de cette recherche, nous avons été confrontés aux limites des données disponibles, qui se montraient souvent fragmentées et peu complètes. Bien que le traitement de substitution soit appliqué déjà pendant plus de 15 ans à grande échelle dans notre pays, la recherche sur cela reste très limitée. Basé sur la recherche SUBANOP, des recommandations au sujet des domaines diverses pour de la recherche approfondie peuvent être faites.

Comme décrit ci-dessus, une base de données centralisée et complète est nécessaire. Ceci permettrait d'inventorier les fournisseurs de substitution et de suivre les évolutions de la gamme des fournisseurs de substitution dans le temps. Ici, il faut incorporer aussi bien les provisions spécialisées que les hôpitaux généraux, les services psychiatriques hôpitaux généraux, les médecins généralistes et les pharmaciens. Outre l'analyse quantitative et longitudinale de l'offre de soins existante, il est nécessaire d'analyser celles-ci et d'autres aspects de manière plus approfondie au moyen de la recherche qualitative. En première instance on peut penser à la recherche chez les fournisseurs et le personnel soignant qui sont encore réticents à fournir de substitution ou d'offrir de substitution ou d'offrir un support psychosocial aux clients suivant un traitement de substitution à prendre les obstacles existants et de trouver des solutions à ces obstacles afin de les éliminer le mieux possible (Deering et al, 2012). Dans ce type d'étude, il est important de tracer les expériences des clients (potentiels).

D'abord, une base de données centralisée et complète, qui permet de mieux comprendre les caractéristiques et les besoins des personnes qui sont traitées avec des médicaments de substitution, est nécessaire. Sur base de la registration de Farmanet peu d'information est disponible actuellement, mais les variables enregistrées doivent être plus affinées (cf. 7.1.1) et complétées avec, entre autres, l'inclusion des données sociodémographiques (niveau d'éducation, origine, etc.) et des informations relatives à la condition de vie (dépenses quotidiennes, logement, etc.) des clients. Ainsi, les profils des utilisateurs peuvent être distillés qui permettent l'aide social - et le support psychosocial en particulier - mieux répondre aux besoins du groupe cible. Une étude récemment publiée sur la qualité de vie des opiodépendants 5 à 10 ans après le début du traitement de substitution (De Maeyer et al, 2012) a montré qu'il s'agit d'une population très hétérogène avec les besoins de soutien très différents, dans laquelle, cependant, un certain nombre de profils clairs peuvent être distingués. La combinaison de données de traitement (par exemple le dosage, les moyens et le calendrier de substitution) avec les données de client peuvent mener à des informations importantes concernant la question de savoir quels clients sont les mieux servis par une telle substitution comme buprénorphine et à quel niveau leurs besoins de support se trouvent. Il est également très important qu'une telle registration ne se limite pas à la situation du début du traitement, mais qu'elle est régulièrement mis à jour afin d'obtenir également une vue générale de l'évolution des besoins et des exigences, compte tenu de la durée (souvent longue), des traitements de substitution.

Outre l'analyse quantitative et longitudinale des besoins et profils de soins des personnes suivants un traitement de substitution, il est nécessaire d'analyser ces facteurs et d'autres aspects de manière plus approfondie par intermédiaire d'une recherche qualitative. Ainsi, se soulèvent de plus en plus de questions sur les besoins spécifiques des opiodépendants âgés qui peuvent être considérés comme

jeunes âgés ou des questions sur jeunes polytoxicomanes sans-abri souffrants de dépendance aux opiacés qui tombent aussi bien socialement que dans l'aide sociale entre les deux chaises. D'autres questions sont au sujet de l'organisation des soins, par exemple, faire face aux problèmes de l'agression, les problèmes de gendres et de la désirabilité des guichets séparés pour les clients plus stabilisés. Il nous semble approprié d'entendre l'opinion des usagers, des travailleurs, des coordonnateurs et des acteurs politiques dans ces discussions.

Enfin, il est nécessaire de poursuivre la recherche sur la nature et le contenu de l'aide et du support psychosociale. La recherche SUBANOP a démontré que ceci est en général très diversifié et étayé peu méthodiquement. La recherche sur l'efficacité de certaines formes de support psychosocial aussi bien dans le cadre de centres ambulatoires spécialisés que pour les personnes qui reçoivent de la méthadone de la pharmacie est donc appropriée. En outre, compte tenu de la forte corrélation entre la rétention et les résultats de traitement, il est important d'étudier plus l'engagement de traitement et la fidélité à leur thérapie des opiodépendants et la façon dont ceux-ci peuvent être améliorés (McLellan, 2002). La relation entre l'intervenant et son client et comment cela peut être renforcé, mérite de l'attention particulière. Tout cela devrait être basée sur l'idée que la dépendance aux opiacés est un problème long et complexe, avec une attention à l'évolution des besoins de support à long terme ciblés sur «le rétablissement». Au Royaume-Uni mais aussi au-delà, cette approche de rétablissement devient de plus en plus important (Best, 2012), en partie en réaction aux chiffres d'abstinence extrêmement faibles après avoir suivi un traitement de substitution (Berridge, 2012). Une approche orientée vers le client est l'idée centrale de «rétablissement» une idée qui cible à donner plus de contrôle aux individus sur leur vie et de vivre une vie de qualité, malgré les limitations dues à leur dépendance (Slade, Amering & Oades, 2008).

10. Conclusions générales

Nous pouvons dire que les résultats de l'enquête SUBANOP s'accordent sur toute la ligne avec les directives de l'OMS pour le *Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* (OMS, 2009).

Les traitements de substitution doivent en premier lieu être cadrés à partir d'une **optique de santé**, plutôt qu'à partir d'un discours sécuritaire. Ce raisonnement est également soutenu par les directives de l'OMS et par les participants du groupe de discussion flamand : « *Given the multiple medical problems associated with opioid dependence and the nature of pharmacological treatment, provision of pharmacological treatment for opioid dependence should be a health-care priority* » (OMS, 2009:8).

Les directives de l'OMS soulignent aussi l'importance d'un **soin holistique** intégré : « *The optimal approach is to provide integrated holistic care to address current problems and prevent further problems. In practice, this means being able to detect medical, psychiatric and social issues in the assessment process, and having the means onsite to attend to the issues simultaneously* » (OMS, 2009:19).

Les soins intégrés ne peuvent rien sans réorientation et travail en réseau. Les directives de l'OMS soulignent aussi l'importance de la collaboration des organismes d'assistance spécialisés et non spécialisés : « *Access to and networking with medical, psychiatric, social and harm-reduction services is desirable, and should be developed when possible* » (OMS, 2009:17).

L'enregistrement central est aussi soutenu par les directives de l'OMS. Les directives de l'OMS se concentrent tout d'abord sur le contenu nécessaire de cet enregistrement (par exemple, les contacts avec le prestataire de soins qui prescrit le médicament de substitution, le dosage, les autres médicaments, l'orientation du traitement, le degré de tolérance). Une nécessaire différenciation entre enregistrement au niveau du client et enregistrement au niveau structurel pourrait lever les obstacles éventuels se rapportant à la **vie privée**. D'après les directives de l'OMS, le système central d'enregistrement possède les avantages suivants : « *[It] prevents patients from receiving methadone or buprenorphine from more than one source; can be used to limit access to other controlled medicines requiring central approval, such as other opioids; can provide more accurate data on treatment numbers than situations where central registration is not used* ». Du fait de ce dernier argument, l'OMS est réticente à l'égard d'un système central d'enregistrement : « *However, central registration can facilitate breaches of privacy, and this may deter some patients from entering treatment. It can also delay the commencement of treatment* » (OMS, 2009:10).

Suivant les directives de l'OMS, une politique de traitement de substitution n'est efficace que si elle est appuyée par des données épidémiologiques fiables. Un système central d'enregistrement (au niveau structurel, déterminé par les groupes de discussion) peut contribuer : « *The policy should outline the approach to preventing and treating the problems of opioid dependence. It should be based on epidemiological data, the evidence for effectiveness of interventions, the resources of the country and the values of the society* » (OMS, 2009:8-9).

Pour ce qui concerne les aspects **éducation et formation**, différents résultats de l'enquête SUBANOP sont conformes aux directives de l'OMS. Les infirmiers et pharmaciens jouent un rôle important dans l'administration de médicaments. En outre, ils ont de nombreux contacts avec les clients. C'est pourquoi il est important qu'ils aient reçu une formation appropriée concernant la problématique : « *Staff dispensing methadone and buprenorphine are generally pharmacists, although (...) nursing staff may also be able to dispense medication, depending on national laws. Staff dispensing methadone and buprenorphine should have specific training in opioid-dependence treatment* » (OMS, 2009:15-16). De tels cours et formations continus pour tous les intervenants en matière d'assistance est aussi une absolue nécessité pour l'OMS, afin d'assurer des traitements de substitution de qualité : « *The support and training of health-care personnel requires a continuous effort (...). These requirements may include postgraduate training and certification, continuing education and licensing and the setting aside of funding for monitoring and evaluation* » (WHO, 2009:15).

L'importance d'un bon suivi du client après la sortie de **prison** est fortement soulignée par les directives de l'OMS. L'enquête SUBANOP suggère la désignation d'un gestionnaire de cas pour les personnes qui changent souvent de dispensateur, afin de garantir la continuité des soins (Parkes & Reist, 2010). « *Policy makers and prison administrators should ensure appropriate links between prison health services and agonist maintenance treatment outside prison. Even small gaps in the continuity of treatment are distressing for the patient and risk the person relapsing to illicit opioid use. Therefore, opioid agonist maintenance treatment should be continuous on leaving prison. This means coordinating the day of discharge from prison with the day of commencement of opioid agonist treatment outside prison* » (OMS, 2009: 12).