



CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE

SECTION 1 Prophylaxie des Maladies de Civilisation
Sous-section 1.1 Assuétudes

Président : Prof. I. PELC

RAPPORT DE SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS SUR LA METHADONE

Novembre 2000 - CSH: 6931

1) Correspondance:

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement
Conseil Supérieur d'Hygiène

Adresse: Quartier Esplanade 718 – C.A.E.
Bld. Pacheco 19 bte 5
B-1010 BRUXELLES

Fax: 02/210.64.07

E-mail: Guy.devleeschouwer@health.fgov.be

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION : CONTEXTE DU SUIVI ET RAPPEL DES OBJECTIFS

2. METHODOLOGIE

3. POURQUOI UN "SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS" SUR LA METHADONE ?

3.1. Un nouveau statut pour la Méthadone ? De nouvelles drogues ?

4. DEROULEMENT DU SUIVI

5. INSTRUMENT DE TRAVAIL UTILISE AU COURS DES REUNIONS DE SUIVI. GRILLE DE QUESTIONS SUR LE TEXTE DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS D'OCTOBRE 1994

6. AUDITION DES INTERVENANTS INSTITUTIONNELS ET DES PRATICIENS

6.1. Audition de l'Inspection Générale de la Pharmacie (IGP),
des Commissions Médicales Provinciales (CMP) et du
Conseil de l'Ordre des Médecins :Synthèse

6.1.1. Les normes actuelles de la prescription de
Méthadone

6.1.2. Les systèmes d'enregistrement

6.2. Discussion des auditions de l'Inspection Générale de la
Pharmacie et des Commissions Médicales Provinciales

6.2.1. Les écarts à la norme du Consensus concernant la
prescription de Méthadone dans le traitement de
substitution.

6.2.1.1. Ecart à la norme de prescription de
Méthadone

6.2.1.2. Ecart aux normes de la Conférence de
Consensus dans la prescription d'autres psychotropes

6.2.1.2.1. Les effets paradoxaux de certains
hypnotiques

6.2.1.3. Pas d'autres médicaments de substitution en
Belgique : de rares résistances

6.2.1.4. Perspective internationale sur les pratiques
substitutives avec d'autres stupéfiants et les
évaluations
expérimentales en cours

6.2.2. Le(s) système(s) d'enregistrement des prescriptions
de Méthadone. Développement

6.2.2.1. Les enregistrements de l'Inspection
Générale de la Pharmacie

**7. COMPLEMENTS D'ANALYSE SUR BASE DES
ENREGISTREMENTS REALISES PAR L'INSPECTION
GENERALE
DE LA PHARMACIE**

Réalisé par collaboration entre M B. Vandenbosch, Inspecteur
Chef de Service et M. Y. Ledoux, Sociologue au Conseil Supérieur
d'Hygiène,

Secrétaire Scientifique du programme de " Suivi de la
Conférence de Consensus " (Dir. Prof. I. Pelc).

7.1. Analyse de la délivrance de Méthadone par Province et
présentation de taux par 10.000 habitants. Année 1996

7.2. Analyse par commune dans la Région de Bruxelles-Capitale

7.2.1. Evolution du traitement de substitution dans la
Région de Bruxelles-Capitale

7.2.2. Situation par commune de la Région de Bruxelles-
Capitale

8. LES SYSTEMES D'ENREGISTREMENT DES COMMISSIONS MEDICALES PROVINCIALES ET DE L'INSPECTION GENERALE DE LA PHARMACIE

9. AUDITION DE REPRESENTANTS DU MINISTERE DE LA JUSTICE, DES PARQUETS, DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, DES AVOCATS

9.1. Y a-t-il un effet observable sur l'évolution de la délinquance en Belgique de l'augmentation spectaculaire des traitements de substitution ?

9.2. Mortalité sous Méthadone. Analyses encore trop incomplètes

9.2.1. Méthadone en prison

10. AUDITION DES PRATICIENS DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

11. SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION GLOBALE DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION EN BELGIQUE

11.1. Distinction entre niveaux ou seuils de prise en charge

11.1.1. Traitement à seuil bas par délivrance de méthadone, avec faible conditions d'accès

11.1.2. Traitement à seuil bas dans les programmes de "réduction des risques"

11.1.3. Le seuil bas dans la délivrance de Méthadone en Belgique - Evaluation de 1994 à 1998

12. BILAN DE L'EVOLUTION DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION EN BELGIQUE ET SITUATION ACTUELLE

13. APERCU BIBLIOGRAPHIQUE

13.1. Qualité des soins : Le point sur la recherche

13.1.1. "Quantité", "Qualité" et nature des soins. Introduction méthodologique

13.1.2. Bénéfices globaux de l'approche psychosociale : les traitements spécialisés à moyen ou long terme versus le sevrage (désintoxication) ou l'absence de traitement

13.1.3. Bénéfices spécifiques de l'approche psychosociale complémentaire au traitement de substitution

13.1.4. La qualité des soins de substitution en Belgique

13.1.4.1. Confirmation de l'impact positif de l'orientation relationnelle

13.1.5. Le développement de l'orientation substitutive "somatique". Présupposés, bénéfices et problèmes

cliniques

13.2. Prescription des médicaments stupéfiants par les médecins généralistes. Limitations réglementaires et consensuelles

13.2.1. Pays-Bas (1995)

13.2.2. France - Situation récente (Facy F. et al., 1996, pp 73-86 ; Wieworka S., 1996, pp 87-94)

13.2.3. Allemagne. R.F.A. - Situation récente (Weber U., 1997)

13.2.4. Grande Bretagne - Situation récente (Farrell M., 1995 ; pp 137-152)

13.2.5. Remarques sur la situation de la prescription de stupéfiants dans les pays voisins (France, République Fédérale d'Allemagne, Royaume Uni, Pays-Bas)

13.3. Analyse de la littérature scientifique concernant la prise en charge substitutive en pratique générale - Médecins Généralistes et Méthadone

13.3.1. Présentation synthétique des articles publiés sur le traitement de substitution en pratique de médecine générale

13.4. Commentaires à l'aperçu de la littérature scientifique sur la Méthadone et la pratique privée du médecin généraliste

14. DEPENDANCE A L'HEROINE OU ABUS ? UN PROBLEME NON RESOLU DANS L'INITIATION DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

14.1. Le Résumé Clinique Minimum (RCM) hospitalier et la distinction dépendance ou abus

14.2. Comment prévenir des risques d'overdoses plus importants pour les usagers excessifs ?

14.3. La latence du premier usage de Méthadone

15. QUELLE RETENTION EN TRAITEMENT ?

16. ANALYSE D'ENQUETES REALISEES EN BELGIQUE SUR LA METHADONE DEPUIS LA CONFERENCE DE CONSENSUS

16.1. Exemple de programme de réduction des risques à Bruxelles organisé par " Modus Vivendi "

16.1.1. Relation entre les toxicomanes et les pharmaciens

16.2. Etude Alto Hépatite C - Toxicomanie.

16.3. Enquêtes en médecine générale (" Seuil bas ")

16.3.1. Enquête :Parentalité et toxicomanie où il est question de parentalité, d'exclusion et de précarité des

17. CONCLUSIONS DES AUDITIONS DES INTERVENANTS INSTITUTIONNELS ET DES PRACTICIENS PAR LE GROUPE D'EXPERTS " SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS" ORGANISE PAR LA SOUS-SECTION 1. " ASSUETUDES " DU CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE

17.1. Proposition de modifications du texte de la Conférence de Consensus lors du suivi réalisé au Conseil Supérieur d'Hygiène

17.2. Commentaires additionnels au texte de la conférence de consensus de 1994

17.2.1. Pratique individuelle

17.2.2. Relations entre praticiens

17.2.3. Systèmes d'enregistrement

18. BIBLIOGRAPHIE

19. LISTE DES PARTICIPANTS AU " SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS METHADONE "

1. INTRODUCTION : CONTEXTE DU SUIVI ET RAPPEL DES OBJECTIFS

La Conférence de Consensus sur la Méthadone, organisée en 1994 à l'initiative du Ministère de la Santé Publique, perçu comme un moment clé de l'évolution du champ toxico-thérapeutique en Belgique, a favorisé l'accès à ce médicament. Se substituant à l'absence de cadre légal, il constitue une référence pour les praticiens et les autorités responsables de la surveillance du médicament et de son utilisation. Face à l'extension du traitement de substitution et de l'évolution rapide du contexte de prise en charge des toxicomanes, un "Suivi de la Conférence de Consensus" devait être organisé pour évaluer la pertinence actuelle du Consensus de 1994 et aboutir à des propositions concrètes pour améliorer la gestion de l'accès aux traitements de substitution dans l'intérêt du patient, du praticien et de tout citoyen.

Le Conseil Supérieur d'Hygiène a soutenu avec la sous-section Assuétudes de la Section 1 Maladies de Civilisation, présidée par le Professeur I. Pelc, la réalisation de ce programme de 1997 à 1998.

2. METHODOLOGIE

Pour réaliser un suivi rigoureux du Consensus, un groupe d'experts composé des participants à la Conférence de Consensus et d'autres experts invités fut constitué dès octobre 1997. Il fut proposé d'auditionner les intervenants institutionnels et les praticiens concernés par le traitement de substitution. Cette procédure d'audition devait permettre la rencontre de différents points de vue, dans un souci consensuel tout en respectant la variété des prises de position. Des intervenants avaient donc toute latitude pour marquer ou non leur accord actuel lors de l'analyse détaillée du texte de la Conférence de Consensus (présentée sous forme de grille de questions sur un découpage du texte du Consensus). La liste des participants au « suivi de la Conférence de Consensus Méthadone se trouve en annexe 5

Une synthèse à orientation scientifique devait ponctuer les auditions.

3. POURQUOI UN "SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS" SUR LA

METHADONE ?

3.1. *Un nouveau statut pour la Méthadone ? De nouvelles drogues ?*

Comme le précisait Le Journal du Médecin, le 25 octobre 1994, en présentant le Consensus " *Il a par ailleurs été décidé que le débat, loin d'être clos, serait rouvert au terme de trois ans ; une nouvelle conférence permettra alors de procéder à l'évaluation des résultats obtenus* " (Kirszbaum, 1994).

En effet, en établissant ce consensus, les participants membres du jury ne pouvaient imaginer clore le débat. On constata d'ailleurs, plusieurs mois après, que de nouvelles questions se sont posées, en particulier autour de l'enregistrement des traitements de substitution.

Une circulaire de la Commission Médicale Provinciale (C.M.P.) du Brabant le 2 avril 1995, enjoignait médecins et pharmaciens à lui communiquer l'identité de leurs patients ainsi qu'un dossier reprenant l'évolution du traitement. Alerté par IDM - Initiative Déontologie Médicale, réagissant à la nouvelle circulaire de la Commission Médicale Provinciale, le Conseil d'Etat a donné raison aux praticiens, leur garantissant l'anonymat de leurs patients. Ceci explique pourquoi certains intervenants s'emploient à re-définir la Méthadone comme un médicament comme les autres, pour la faire sortir de cette logique du contrôle de la toxicomanie. C'est certainement une tendance générale qui a animé le champ de la toxico-thérapie et le territoire grandissant occupé par la substitution depuis la Conférence de Consensus.

Le statut de médicament de la Méthadone étant quasiment acquis, des problèmes de prescription d'autres médicaments subsistent actuellement.

Des médicaments hypnotiques - Flunitrazépam, Vesparax® - donnent lieu à abus et dépendance, en particulier chez les patients toxicomanes et ils font l'objet de contrôles de prescription dans le traitement de toxicomanes. Nous verrons qu'un consensus s'est dégagé à cet égard au cours des séances du groupe de travail et, pour une première fois, par un accord entre praticiens, Commissions Médicales et Inspection de la Pharmacie !

Faire le point sur ces substances, devenues sources de problèmes, devait faire partie intégrante du "Suivi de la Conférence de Consensus".

Si nous modérons la légitimation de la Méthadone en la désignant encore comme un quasi médicament, c'est à cause de deux dimensions " problématiques " ; les modalités de sa délivrance au patient et les risques de létalité de son usage par un non toxicomane.

La Méthadone est un médicament de substitution pour un toxicomane mais une drogue mortelle pour un non usager de drogues.

On n'échappera pas à cette dualité, même si le contact d'un non usager de drogues¹ avec la Méthadone ne peut être qu'accidentel.

Nous reviendrons plus loin sur le danger de la Méthadone pour les non toxicomanes en contact et surtout pour les enfants qui l'auraient pris accidentellement.

¹ A raison d'environ 1 mg par kilogramme de poids de la personne (rapporté par le Groupe d'Experts).

4. DEROULEMENT DU SUIVI

Le Groupe d'Experts s'est d'abord réuni trois fois pour faire le point sur la situation actuelle de la prescription de Méthadone en Belgique. Chacun a apporté une contribution documentée. Le groupe a bénéficié de l'apport de l'Unité Logistique d'Evaluation Médicale du Conseil Supérieur d'Hygiène dans le domaine de la recherche bibliographique. Plusieurs experts ont présenté des travaux, rapports ou publications récentes en Belgique sur le traitement de substitution. Le souci d'objectivité et l'approche scientifique ont guidé tous les participants et l'écueil de polémiques stériles a été évité. Ceci signifie que les participants ont tenu à prendre en compte, non seulement les aspects positifs de l'évolution depuis le consensus, mais aussi à soulever des problèmes non encore résolus, liés à la rapide augmentation du volume de prescriptions de Méthadone et à questionner

les interprétations du Consensus qui s'expriment dans certaines pratiques.

5. INSTRUMENT DE TRAVAIL UTILISE AU COURS DES REUNIONS DE SUIVI. GRILLE DE QUESTIONS SUR LE TEXTE DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS D'OCTOBRE 1994

Pour permettre à tous les participants aux réunions de travail de fournir en connaissance de cause leur appréciation de "Suivi de la Conférence de Consensus", une grille de questions fut élaborée à partir du texte de la Conférence. Un inventaire des thèmes et sous-thèmes de propositions contenues dans le texte de la Conférence de Consensus fut élaboré. En regard du classement de ceux-ci, furent établies chaque fois que nécessaire, la (les) question(s) à traiter ainsi que les sources d'information possibles pour y répondre. Certains participants aux réunions furent invités en fonction de leur capacité de ressource pour éclaircir les questions posées.

La grille permet donc au lecteur de se remettre en mémoire le texte de la Conférence (1^{ère} colonne) et de suivre le fil conducteur du questionnement qui a été utilisé lors des travaux des réunions avec les différents groupes professionnels invités (Tableau 1.).

Tableau 1.

" conférence de consensus sur la Méthadone " (1994)

inventaire des thèmes des propositions, des questions à traiter et des sources d'information

N°	Texte de la conférence	Questions à traiter	Sources d'information
1	Effets sur la consommation d'héroïne La Méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne	Travaux scientifiques récents documentant dans un sens ou un autre cette efficacité	Recherche bibliographique
2	Le traitement à la Méthadone réduit la consommation d'héroïne et le recours aux injections	Idem	Idem
3	Le traitement à la Méthadone réduit la mortalité associée à l'héroïnomanie	Evolution de la mortalité liée à l'usage d'héroïne en Belgique et/ou liée à l'usage de Méthadone ou d'autres opiacés de synthèse	CCAD*/VAD** INS*** - IHE****
4	Le traitement à la Méthadone réduit le risque de contamination par le virus du SIDA (HIV) et les hépatites B et C	Evolution de la contamination par le virus HIV chez les toxicomanes en Belgique Evolution des hépatites B et C en Belgique ? Evolution de la prévalence chez les toxicomanes traités ou non à la Méthadone ? <ul style="list-style-type: none"> N.B. par exemple : la situation récente observée chez les toxicomanes du Réseau ALTO est une prévalence de plus de 33 % d'hépatites C. 	Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie (IHE) Exemple : <ul style="list-style-type: none"> Dr B. Denis (Charleroi) cfr. document de la SSMG en annexe (liste de documents reçus)

		L'extension du traitement de substitution est-elle en mesure d'améliorer cette situation ou de la stabiliser ?	
5	Le traitement à la Méthadone ralentit le développement de la maladie chez les patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV	Etudes comparant le développement de la séropositivité HIV chez les toxicomanes traités ou non par la Méthadone.	Exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Dr Denis (Charleroi) • cfr document de la SSMG en annexe (liste de documents reçus)
6	Le traitement à la Méthadone <ul style="list-style-type: none"> • Améliore la compliance thérapeutique des patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV • Facilite le dépistage et les stratégies d'éducation à la santé. 	Enquêtes comparant les niveaux de compliance selon les types de prise en charge : la Méthadone améliore-t-elle la compliance thérapeutique des toxicomanes en général (ainsi que celle des toxicomanes séropositifs pour le HIV) ?	Littérature scientifique Expérience des cliniciens

* Comité de Concertation Alcool/Drogues - ** Vereniging Alcohol-Drugs - *** Institut National de Statistique - **** Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie-Institut pour la Santé Publique Pasteur

Tableau 1. - Suite 1.

" conférence de consensus sur la Méthadone " (1994)

inventaire des thèmes des propositions, des questions à traiter et des sources d'information

N°	Texte de la conférence	Questions à traiter	Témoins, Sources
7	Effets sociaux et professionnels : Le traitement à la Méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socioprofessionnelles et à une réduction des activités délinquantes.	Résultats des travaux récents de la prise en charge substitutive sur l'amélioration au niveau social ? Commentaire : L'existence d'études évaluatives avec groupes contrôles est rare en Belgique.	Evaluation de suivi dans littérature scientifique Praticiens Ministère de la Justice Administration pénitentiaire
8	Quelles sont les indications, les contre-indications et les limites		Praticiens

	<p>d'un traitement à la Méthadone</p> <p>Indications Le traitement à la Méthadone a pour indication la dépendance à l'héroïne reposant sur un diagnostic établi par l'anamnèse et l'examen clinique et étayé par des examens complémentaires si nécessaire (dosages urinaires par exemple)</p>	<p>La dépendance à l'héroïne est-elle vérifiée avant d'entamer une prise en charge substitutive ? Si oui, comment ? Des dosages urinaires sont-ils effectivement réalisés au début de la prise en charge ?</p>	
9	<p>Sauf exceptions documentées et réservées à des prises en charge spécifiques ou exigeant des compétences particulières, le patient doit avoir <u>18 ans au moins</u> et des <u>antécédents certains de dépendance depuis plus d'un an</u>.</p> <p>La notion de dépendance inclut la notion d'<u>échec</u> de tentatives spontanées ou encadrées de sevrage.</p>	<p>Des patients de moins de 18 ans sont-ils pris en charge avec un opiacé de substitution ? Vérifie-t-on la durée de la dépendance ? (cfr. supra)</p> <p>Vérifie-t-on la réalité des antécédents des tentatives de sevrage ? Si oui, comment ?</p>	Praticiens

Tableau 1. - Suite 2

" conférence de consensus sur la Méthadone " (1994)

inventaire des thèmes des propositions, des questions à traiter et des sources d'information

N°	Texte de la conférence	Questions à traiter	Témoins, Sources
10	<p>Contre-indications Il n'y a pas de contre-indications mais les morbidités psychiatriques éventuellement associées (alcoolisme, polytoxicomanies, dépression, psychose...)</p>	<p>Utile d'établir une revue :</p> <ol style="list-style-type: none"> des effets secondaires des interactions avec d'autres drogues des niveaux de surdosage <p>Evaluation du suivi de grossesses sous Méthadone</p>	<p>Littérature scientifique Commission de surveillance des médicaments</p> <p>Littérature scientifique Programmes spécialisés (ex.</p>

	La grossesse ne constitue pas une contre-indication		Midrash)
11	Limites Il n'y a pas de raisons scientifiques de limiter le nombre global de patients admis en traitement à la Méthadone, à condition qu'ils répondent aux critères d'indication	Evaluation de l'importance des prescriptions Incidence sur les autres modalités thérapeutiques Contrôle des prescriptions	Inspection Générale de la Pharmacie
12	Quelle est la place des autres traitements de substitution ?	... place des autres traitements par rapport aux traitements de substitution ?	Inspection de la pharmacie Praticiens
13	A l'exception de la buprénorphine (Temgesic) aucun autre médicament de substitution n'a fait l'objet de recherches scientifiques convaincantes ; ils ne peuvent actuellement être recommandés en pratique courante	Situation de l'évaluation de nouvelles substances de substitution depuis 1994	Littérature scientifique
14	Quelles sont les modalités du traitement médicamenteux ? En quoi influencent-elles les résultats thérapeutiques ?	Actualisation	Littérature scientifique Praticiens

Tableau 1. - Suite 3

" conférence de consensus sur la Méthadone " (1994)

inventaire des thèmes des propositions, des questions à traiter et des sources d'information

N°	Texte de la conférence	Questions à traiter	Témoins, Sources
15	Les traitements à la Méthadone sont généralement des traitement de moyenne durée (2-5 ans) ou sans durée déterminée	Quelles sont les pratiques actuelles ?	Centres spécialisés Praticiens Ex. Evaluation traitements au Réseau d'Aide aux Toxicomanes cfr annexe
16	Les dosages généralement recommandés en début	Quelles sont les pratiques actuelles ?	Centres spécialisés Praticiens

	de traitement sont de l'ordre de 30 à 40 mg/jour. Généralement, la dose moyenne de stabilisation sera plus élevée, de l'ordre de 60 à 80 mg/jour. Elle doit cependant être adaptée à l'évolution individuelle		Ex. Evaluation traitements au Réseau d'Aide aux Toxicomanes cfr. annexes
17	L'administration doit se faire sous la forme orale la plus adéquate, ne pouvant donner lieu à une déviation de l'usage.	Y a-t-il des déviations, en particulier, sous forme injectable ?	Inspection de la pharmacie Pharmacies Praticiens Centres spécialisés
18	En début de traitement et jusqu'à stabilisation, la prudence recommande que le patient absorbe quotidiennement sa dose en pharmacie ou dans un centre spécialisé	L'absorption de Méthadone se réalise-t-elle toujours dans de telles conditions ? Quels sont les centres spécialisés où cela se pratique ? Implique-t-elle des difficultés particulières pour ces deux types d'intervenants ? Avantages et inconvénients de ces pratiques	Inspection de la pharmacie Pharmacies Praticiens Centres spécialisés
19	L'absorption occasionnelle d'héroïne ne peut constituer une raison d'arrêt de traitement ou de diminution de dose	Application pratique de cette recommandation Quelles sont les évaluations de la consommation d'héroïne en cours de traitement substitutif ? (cfr. exemple annexes)	Inspection de la pharmacie Pharmacies Praticiens Centres spécialisés
20	Certaines associations médicamenteuses peuvent nécessiter une adaptation des doses	Il serait utile d'avoir des exemples concrets	Praticiens Commission de contrôle des médicaments

Tableau 1. - Suite 4

" conférence de consensus sur la Méthadone " (1994)

inventaire des thèmes des propositions, des questions à traiter et des sources d'information

N°	Texte de la conférence	Questions à traiter	Témoins, Sources
21	Les traitements rapidement dégressifs (3 semaines-3 mois) connaissent également leurs indications. Elles sont généralement associées à un changement de milieu avec réduction de l'exposition des patients à l'héroïne	Estimation du taux de cures dégressives parmi l'ensemble des traitements de substitution ?	Praticiens

22	En cas de grossesse, il n'est pas recommandé d'interrompre le traitement à la Méthadone mais la prise en charge de cette situation exige une compétence spécifique	Estimation du nombre de grossesse de toxicomanes et nombre de celles-ci recevant de la Méthadone	Programmes spécifiques Ex. Midrash
23	En quoi le cadre thérapeutique influence-t-il le résultat du traitement ? Les traitement de substitution doivent-ils faire l'objet d'un enregistrement spécifique ?	Actualisation de cette question	Praticiens Inspection Générale de la Pharmacie Centres spécialisés
24	L'accessibilité aux traitement à la Méthadone doit être accrue en fonction des besoins et inclure les intervenants de première ligne (médecins généralistes et psychiatres, pharmacies, centres de santé) tout en respectant les nécessités d'une pratique médicale responsable	Evaluation de l'expérience acquise dans le domaine (avantages et inconvénients) ?	Praticiens Inspection Générale de la Pharmacie Centres spécialisés
25	L'approche et le soutien psychosocial sont les facteurs essentiels d'amélioration des résultats thérapeutiques des traitements à la Méthadone. Le soutien doit être adapté aux besoins individuels des patients. Ceux-ci peuvent être traités soit dans un centre multidisciplinaire, soit par un médecin généraliste ou spécialiste	Y a-t-il des évaluations -modèles internationaux- de la qualité des soins ? Comment faire la part entre l'effet de la substitution per os et le rôle de la relation thérapeutique ? Peut-on mesurer l'apport spécifique de l'encadrement pluridisciplinaire par exemple ?	Littérature internationale

Tableau 1. - Suite 5

" conférence de consensus sur la Méthadone " (1994)

inventaire des thèmes des propositions, des questions à traiter et des sources d'information

Texte de la conférence	Questions à traiter	Témoins,
-------------------------------	----------------------------	-----------------

N°			Sources
26	Ces médecins doivent avoir acquis la formation nécessaire et veiller à l'entretien, par exemple, par la pratique de l'intervision clinique	Quelles sont les formations dispensées en la matière ? Contenu, durée, formateurs ? Nombre de participants ? Combien de thérapeutes pour combien de patients participent à une intervention clinique ? Répartition géographique	Organismes de formation
27	Ils doivent être soutenus par une relations fonctionnelle avec un centre spécialisé ou avec un réseau de soins aux toxicomanes, afin d'éviter notamment un isolement préjudiciable à la pratique du médecin	Fonctionnement des réseaux de thérapeutes ? Bilan des pratiques et expériences Nombre de thérapeutes participant	Exemples : Différents réseaux existant R.A.T. Emergence Exemples étrangers (France...)
28	Afin de permettre une évaluation permanente plus aisée et d'éviter les doubles prescriptions, les traitements à la Méthadone devraient être enregistrés par une instance ad hoc, dans le respect du secret médical et de la loi sur la protection de la vie privée. A cette fin, un système d'encodage approprié devrait être élaboré	Comment est organisé actuellement l'enregistrement des prescriptions/traitements par la Méthadone ? Comment les divers services concernés actuellement traitent-ils les informations recueillies ? Quelles améliorations devrait-on y apporter ?	INAMI Inspection générale de la pharmacie Praticiens
-	-	Questions complémentaires Quelle est l'évolution du dispositif de soins depuis le début des années 90 ? Quelle est la place qu'y occupe la délivrance de Méthadone (du Temgesic et d'éventuels autres produits de substitution) ?	INAMI CCAD/VAD
-	-	Quel est l'impact du développement des contrats de sécurité/de société sur la dispensation des soins envers les toxicomanes ?	Ministère de l'intérieur Centres spécialisés

6. AUDITION DE INTERVENANTS INSTITUTIONNELS ET DES PRATICIENS

Premier constat fondamental : les principes généraux de la Conférence de Consensus sur la Méthadone d'octobre 1994 ne sont remis en cause par aucun intervenant.

Il y a unanimité pour considérer que ce consensus a permis à la pratique thérapeutique de concerner un nombre important de toxicomanes qui n'auraient, sans cela, pas eu de contact de soins ou qui l'auraient eu après un délai d'attente important.

L'impact de santé publique de l'accès à la Méthadone est même spectaculaire (cfr. chapitre 7 : Complément d'analyse sur base des enregistrements réalisés par l'Inspection Générale de la Pharmacie).

Il faut cependant constater que tous les toxicomanes aux opiacés ne sont pas inscrits dans un processus de soins. D'une part, certains décrochent du traitement ; d'autre part, un nombre sans doute important ne souhaitent pas décrocher, soit parce qu'ils ne sont pas mûrs pour le traitement, soit parce que la Méthadone ne les aide pas ou pour d'autres raisons (p.ex. une mauvaise expérience thérapeutique, une défiance viscérale vis-à-vis du corps médical...). Ce constat a été fait dans d'autres pays qui, à l'instar de la Suisse, ou, dans une moindre mesure, les Pays-Bas ou l'Angleterre, ont tenté d'attirer ces usagers de drogues réfractaires aux soins, en proposant l'administration d'héroïne par prescription contrôlée. L'héroïne par prescription s'inscrit dans cette logique d'une assistance médicale de type palliatif qui tend à repousser les limites de son champ d'intervention.

Des propositions vont dans ce sens en Belgique et des projets sont à l'étude pour une expérimentation contrôlée de délivrance d'héroïne.

Toutefois, tout récemment, un tel projet soutenu par la Ville de Liège, s'est vu interdire par les "voix" conjointes du Ministre de la Justice et de l'Intérieur, étant donné la nécessité d'une étude de faisabilité.

La réalité actuelle est celle d'une surprenante croissance de la délivrance de Méthadone dans toutes les régions de la partie francophone du pays (à part la Province de Luxembourg). Par contre, en Flandre, les taux d'accès à la Méthadone sont très bas, même si une augmentation est observée à Anvers et dans le Limbourg.

6.1. Audition de l'Inspection Générale de la Pharmacie (IGP), des Commissions Médicales Provinciales (CMP) et du Conseil de l'Ordre des Médecins : Synthèse

La situation actuelle des Commissions Médicales Provinciales dans leur contrôle de la compétence des praticiens vis-à-vis de la prescription de stupéfiants aux toxicomanes doit être éclaircie. Les différents systèmes d'enregistrement mis en place, à la fois par l'Inspection Générale de la Pharmacie et les Commissions Médicales Provinciales sont complexes

6.1.1. Les normes actuelles de la prescription de Méthadone

Au travers des présentations des représentants des Commissions Médicales Provinciales et des débats nourris au cours des réunions, un tableau très précis du fonctionnement du contrôle de la délivrance de Méthadone en Belgique a été dressé avec une mise en évidence des normes dont le non-respect entraîne une demande de justification et, éventuellement, une exigence de modification des pratiques suivies.

Les normes actuelles du Consensus sur la Méthadone qui entraînent

un contrôle de la prescription sont les suivantes :

Ce qu'il faut **éviter** dans la prise en charge substitutive par Méthadone :

1.	La médecine " foraine " (prescriptions distribuées en groupe, exercice de la médecine dans des endroits non propices, risques évidents d'une pratique " mercantile ", ...)
2.	Prise en charge de patients âgés de moins de 18 ans
3.	Patientèle, très importante, traitée par un médecin individuellement (... plusieurs dizaines de patients, par exemple)
4.	Utilisation de Méthadone par voie injectable
5.	Interventions de multiples médecins et pharmaciens dans le traitement d'un patient
6.	Prescription d'un autre opiacé que la Méthadone, dans un traitement de

	substitution. La Buprénorphine est une exception
7.	Association de Méthadone avec d'autres opiacés de substitution (Burgodin p.ex.) ou certains hypnotiques (Flunitrazépam), Vesparax® (Secab) donnant lieu à des effets paradoxaux chez les toxicomanes
8.	Dosages de Méthadone très élevés, répétés sur une longue période mais aussi dosages trop peu élevés au début de la prise en charge
9.	Utilisation de fausses ordonnances, auto-prescription, ..
10.	Prescription unitaire pour une longue durée d'utilisation (autorisant la réception, par le patient, de quantités importantes retirées en une fois)
12.	Prise en charge de patients non résidents en Belgique
13.	La délivrance de quantités importantes qui permettraient la revente, en alimentant ainsi un marché "noir "
14.	La délivrance de Méthadone sans une information et une mise en garde sur les dangers encourus par les enfants en cas de prise accidentelle

6.1.2. Les systèmes d'enregistrement

• **Procédures d'enregistrements de l'Inspection Générale de la Pharmacie. Les ventes de stupéfiants**

L'Inspection Générale de la Pharmacie enregistre les ventes de stupéfiants des grossistes ou fournisseurs aux différentes officines du pays. Il s'agit d'un enregistrement fort bien rôdé. Depuis le début des années 90 il est fiable mais, malheureusement, incomplet. En effet, étant donné le manque de moyens d'encodage, il repose sur l'informatisation des fournisseurs. Actuellement, environ 60 % des ventes sont globalisées. Les 40 % restants existent sous forme de bons qui parviennent à l'Inspection Générale de la Pharmacie mais, faute de personnel, ne sont pas encodés. L'estimation de la charge de travail est de deux mi-temps pendant 6 mois. Outre les médicaments stupéfiants, il serait important d'enregistrer les ventes d'autres psychotropes qui posent actuellement plus de problèmes que la Méthadone, c'est-à-dire, les hypnotiques aux effets paradoxaux chez les toxicomanes : le Flunitrazépam et le Vesparax. En fonction de l'évolution des pratiques prescriptives, il est probable qu'un enregistrement d'autres médicaments soit encore nécessaire à l'avenir.

On trouvera en annexe, dans le P.V. de la réunion du 04/03/98 et dans le chapitre consacré aux ventes de Méthadone, une analyse par Provinces du Pays et par Communes bruxelloises. C'est bien entendu à ce niveau de localisation des ventes que le système d'enregistrement de l'Inspection Générale de la Pharmacie montre tout son intérêt. Il s'agit dès lors, actuellement, du SEUL recueil de données FEDERAL sur la demande de psychotropes stupéfiants. Ceci devrait permettre de compléter l'analyse épidémiologique et mieux évaluer ce qui se passe au niveau des Communes, des Villes, des Provinces, des Communautés et des Régions du Pays.

6.2. Discussion des auditions de l'Inspection Générale de la Pharmacie et des Commissions Médicales Provinciales

6.2.1. Les écarts à la norme du Consensus concernant la prescription de Méthadone dans le traitement de substitution.

Développement:

Les Commissions Médicales Provinciales respectent les termes de la Conférence de Consensus de 1994 et sont donc attentives aux écarts entre la pratique médicale, et les recommandations qui y sont développées.

La Conférence de Consensus a donc permis de réorienter de façon claire la mission des Commissions Médicales Provinciales.

6.2.1.1. Ecart à la norme de prescription de Méthadone

La Méthadone est un médicament utile dans un traitement de la toxicomanie et ce qu'il faut éviter, par rapport à cette substance ce sont :

1. Des dosages trop élevés ou trop faibles
2. La prescription par plusieurs praticiens à la même personne et donc la délivrance cumulée de Méthadone
3. L'exercice "farfelu" et dangereux pour le patient et le citoyen d'une médecine "foraine" dans laquelle la relation médecin-patient n'existe plus mais où il n'est question que de pourvoir à la demande d'un médicament.

Deux de ces trois normes-limites par rapport à la délivrance de Méthadone posent cependant un problème de définition et de vérification. Les remarques qui suivent procèdent de l'analyse réalisée sur l'ensemble des auditions et en particulier celles avec les praticiens.

1. Les dosages trop élevés ou trop faibles ne se définissent pas aisément dans l'absolu. Par exemple, certains patients totalement déstructurés, ont, à certains moments, besoin d'une dose importante pour éviter des comportements qui seraient plus dangereux que les effets d'une substance pour laquelle ils ont développé une tolérance. A l'opposé, en principe, des doses extrêmement faibles qui, n'ont plus aucun effet de blocage des récepteurs opioïdes, par rapport au recours à l'héroïne ou à d'autres psychotropes, sont utiles pour des patients stabilisés.

Dans des cas limites (on a cité 300 mg ou plus) on doit cependant considérer qu'il y a nécessité d'une justification du praticien.

La reconnaissance de la prise en charge d'une personne unique et donc l'émergence d'une individualisation, d'une singularité du traitement de substitution constitue une évolution majeure dans le champ de la toxicothérapie.

2. L'autre norme soumettant la relation patient-médecin à un *cadre d'exercice* est certainement acceptable par tous dans sa forme la plus spectaculaire (prescription de complaisance, p.ex. hors cabinet médical).

Elle pose cependant la question d'une limite à la prescription par son accompagnement d'une relation dont le seuil le plus bas acceptable n'est pas déterminable scientifiquement.

3. Par contre, le caractère inacceptable de la prescription de Méthadone par plusieurs praticiens pour la même personne est et reste considérée, unanimement, comme une norme absolue.

Notons ici que le praticien n'est pas en cause puisqu'il n'est pas informé de cette situation du recours de son patient à plusieurs praticiens.

Cette possibilité de "shopping médical" fournie par l'accessibilité accrue du traitement de substitution nécessite, pour protéger le patient et le praticien qui engage sa responsabilité, un système d'enregistrement en mesure de repérer rapidement les cas problématiques. Ceci a entraîné depuis de nombreuses années (in illo tempore c'était la simple prescription de Méthadone qui était repérée !) la constitution de systèmes d'enregistrement propres aux Commissions Médicales Provinciales (cfr. 4.2).

La circulation d'un patient entre plusieurs Provinces pour s'y faire prescrire des doses multiples n'est cependant pas repérable dans la situation actuelle de l'organisation des systèmes d'enregistrement et de leur cloisonnement. On estime

toutefois que ce cas de figure est plutôt exceptionnel.

- Autres situations limites et rares dans le cas de la prescription de Méthadone.
 1. Une norme absolue est reconnue par tous: la prescription doit être réalisée par un praticien pour un tiers. Ce dernier ne peut s'auto prescrire. Quelques praticiens eux-mêmes (devenus) toxicomanes ont déjà été convoqués par les C.M.P.
 2. Une autre norme absolue concerne la non possibilité d'une **utilisation par injection**. Ce dernier mode d'usage de la Méthadone constitue, en Belgique, un interdit total. Tout médecin qui afficherait ce type de pratique s'exposerait à des ennuis avec les instances ordinales.
 3. En ce qui concerne le problème de la prescription de la Méthadone sous une forme liquide, non consommée sur place, mais emportée par le patient, il ne s'agit pas d'un écart absolu à la norme, bien que déconseillée fortement en début de cure. Un assouplissement de la fréquence de délivrance est accepté après stabilisation du patient.
 4. Un autre danger réel de la prescription de doses à emporter (quelle que soit la forme conditionnée de la substance) est le danger pour l'entourage, la famille et les enfants du toxicomane. Des accidents (une trentaine en 4 ans) sont survenus après ingestion, par un jeune enfant, d'une dose de Méthadone ingérée à domicile.
 5. La prescription de la Méthadone en gélules, non injectables, à emporter est une pratique devenue habituelle chez des patients stabilisés. La durée de la prise à domicile, sans nouvelle prescription, est alors d'une ou deux semaines. Cette pratique de prescription hebdomadaire ou bi-hebdomadaire n'est pas reconnue comme légitime dans certaines Régions, notamment par la Commission Provinciale de Liège. Ailleurs elle est tolérée, car considérée comme peu problématique, à condition qu'elle concerne des patients stabilisés (cfr. critères de stabilisation ?). En début de traitement, et pour une période d'au moins 6 semaines, la prise du médicament doit être réalisée dans l'officine. On ne peut admettre une pratique de prise partielle dans l'officine et le reste à emporter.
 6. Le rôle du pharmacien est fondamental dans cette interaction. Il faut cependant souligner qu'il agit sur base de l'ordonnance du praticien. La manière dont la prescription est rédigée est donc capitale. D'après les Commissions Médicales Provinciales ainsi que de nombreux pharmaciens, des carences existent dans les rédactions ou formulations de prescriptions par les praticiens. **Une courte formation sur " Comment rédiger une prescription ? " serait souhaitable.**
 7. **Les pharmaciens désirent être reconnus comme partenaires du processus thérapeutique. Nombreux sont ceux qui se déclarent non satisfaits d'être cantonnés dans une position où ils ne participent qu'à la seule délivrance du médicament.**
 8. Certains pharmaciens sont insatisfaits de l'absence de rigueur dans la gestion du processus thérapeutique et l'interaction entre le patient et la prise du médicament ou entre eux-mêmes et le praticien. Une correction de cet état de choses devrait être recherchée (p.ex. par l'organisation locale de tables rondes ou, en tout cas, d'un processus organisé de concertation médecins pharmaciens).

6.2.1.2. Ecart aux normes de la Conférence de Consensus dans la prescription d'autres psychotropes

6.2.1.2.1. Les effets paradoxaux de certains hypnotiques

Les Commissions Médicales Provinciales distinguent nettement - comme il se doit - les prescriptions effectuées dans le cadre d'un traitement de substitution, des prescriptions hors de ce cadre qui participeraient dès lors d'un "entretien de la toxicomanie". La Conférence de Consensus sur la Méthadone n'a légitimé comme traitement de substitution que la prescription de deux psychotropes :

la Méthadone et la Buprénorphine.

Actuellement cette norme de consensus est largement respectée par la plupart des praticiens. On constate cependant des dérives relativement localisées, qui font d'ailleurs l'objet non seulement de fortes critiques de la part de nombreux praticiens, mais entraînent aussi des réactions de contrôle des Commissions Médicales Provinciales. S'il est envisageable, *avec la plus grande prudence*, de prescrire certains psychotropes à des patients toxicomanes, toute autre prescription de psychotropes ne peut, dès lors, être considérée comme faisant partie intégrante d'un processus de traitement substitutif. Autrement dit, seules la Méthadone et la Buprénorphine (sous sa forme actuelle en Belgique, le Temgésic²) sont des *médicaments de substitution* reconnus dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés.

Les Commissions Médicales Provinciales considèrent (avec la plupart des praticiens d'ailleurs) qu'il faut reconnaître comme écart à la norme la prescription de Flunitrazépam et de Vesparax® conjointement (et bien entendu non conjointement) avec celle de Méthadone et donc, l'empêcher. Non seulement ces médicaments ne sont en rien des substances de substitution à la Méthadone, mais de plus, ils occasionnent fréquemment, chez les toxicomanes aux opiacés, des effets médicalement non souhaités (effets paradoxaux). Une circulaire informant dans ce sens a déjà été envoyée aux praticiens. La Commission Médicale Provinciale du Brabant d'expression française a repéré en 1996 plus de 150 prescriptions à caractère anormal mettant en cause ces psychotropes. La pratique d'une prescription d'autres psychotropes en plus de la Méthadone est encore trop répandue. Dans certaines régions du pays on constate qu'un petit nombre de médecins prescrivent des psychotropes à des toxicomanes qui sont en cure chez un autre thérapeute. Cette pratique est considérée par les Commissions Médicales Provinciales et par les participants au "Suivi de la Conférence de Consensus" comme injustifiable et dangereuse. Hormis les cas de toxicomanies associées à une autre pathologie psychiatrique requérant l'administration de psychotropes spécifiques (cas de "double diagnostic") et qui doivent être documentés par les médecins traitants, la pratique de prescription de psychotropes additionnels à la Méthadone doit être proscrite. Elle constitue non seulement une menace pour le patient, pour la qualité des soins et finalement pour la perception publique de la validité du traitement de substitution.

² D'autres formes sont cependant envisageables. Ainsi le "Subutex" ® dont le dosage est plus élevé que le Temgésic®, est utilisé largement en France.

- Deux médicaments psychotropes ont été cités. De façon plus générale, les benzodiazépines à durée d'action courte sont incriminés dans des effets paradoxaux de stimulation et de désinhibition chez les toxicomanes. Ces substances sont donc très prisées par les toxicomanes. Les Commissions Médicales Provinciales ont rappelé que le Flunitrazépam est une substance qui fait l'objet de nombreuses falsifications d'ordonnance. En fonction d'une réduction de la disponibilité de ces substances, la vigilance s'impose quant à la conjonction de l'offre et de la demande d'autres médicaments qui poseraient problème en conjonction avec la prescription de Méthadone.
- L'expérience des praticiens se substitue actuellement à l'absence de travaux scientifiques sur les effets paradoxaux de certains médicaments psychotropes chez les toxicomanes. Des recherches cliniques expérimentales, réclamées à de multiples reprises par le passé, n'ont pas été correctement documentées. Ceci devrait être clairement notifié.

6.2.1.3. Pas d'autres médicaments de substitution en Belgique : de rares résistances

Les Commissions Médicales Provinciales et presque tous les participants du "Suivi de la Conférence de Consensus" considèrent comme non légitime (en suivant en cela les recommandations du Consensus de 1994) l'utilisation d'autres médicaments dans une cure de substitution. Cette position ferme se heurte à une volonté de quelques praticiens d'utiliser le Burgodin à fin substitutive. Aucune recherche scientifique ne paraît valider ce point de vue.

Il est donc recommandé d'arrêter l'utilisation du Burgodin au profit de la Méthadone ou éventuellement de la Buprénorphine.

Ceci implique bien entendu que la prescription de Méthadone avec en combinaison tout autre médicament stupéfiant est rejeté. Ce qui est valable pour le Burgodin, l'est donc aussi pour le Palfium, le Valtran ou le Néocodion (liste non limitative).

6.2.1.4. Perspective internationale sur les pratiques substitutives avec d'autres stupéfiants et les évaluations expérimentales en cours

- Le consensus belge sur l'absence de légitimité de l'utilisation d'autres médicaments de substitution ne doit pas faire oublier l'existence de pratiques diverses dans d'autres pays européens. Doit être soulignée en pratique, l'utilisation très répandue de la Codéine. En France sa prescription n'est soumise à aucun contrôle particulier. Elle a été utilisée depuis de nombreuses années. En Grande-Bretagne et en République Fédérale d'Allemagne (cfr. Newsletter Euro-Meth Work, 1996 - 1997) aussi, des milliers de toxicomanes ont bénéficié de prescriptions de Codéine. Les évaluations sont rares mais il faut malgré tout relever que les praticiens dans ces pays paraissent satisfaits de cette utilisation. Ce rappel de pratiques thérapeutiques considérées comme légitimes dans des pays voisins invite donc à une certaine prudence quant au caractère de norme absolue de la limitation du traitement de substitution par la Méthadone et par la Buprénorphine.

Evaluations expérimentales avec la morphine et l'héroïne

Les indications précédentes mettent en évidence des pratiques très prévalentes dans des pays voisins qui ne se fondent pas sur des expérimentations scientifiques préalables à leur développement. Il en va autrement en ce qui concerne la substitution par des stupéfiants tels que la morphine et l'héroïne³. En Suisse, depuis quelques années se sont développés de très nombreux programmes de distribution contrôlée d'héroïne et de morphine (Rihs-Middel M. et al., 1995 ; Uchtenhagen A. et al., 1997). Il s'agit bien de programmes soumis à une évaluation rigoureuse et dont le but principal est de vérifier l'intérêt de ces substances pour mettre en contact avec le réseau de soins une frange fortement marginalisée de toxicomanes ou d'y réintégrer les échecs thérapeutiques de la substitution par la Méthadone. Les évaluations sont en cours mais les premières indications sont positives. La discussion approfondie de ces évaluations dépasse le cadre de ce rapport. Il nous paraissait pourtant nécessaire de comprendre l'intérêt suscité par ces programmes qui ont amené des praticiens belges à soumettre des projets expérimentaux qui vont dans le même sens.

³ L'exception notable est l'utilisation - très limitée cependant - de l'héroïne en substitution en Grande-Bretagne.

Projets belges d'expérimentations contrôlées de traitement de substitution avec l'héroïne

Le consensus sur la substitution uniquement légitime par la Méthadone ou la Buprénorphine n'empêche pas la formulation de projets pilotes où l'héroïne serait utilisée ; à la fois à Liège avec le soutien méthodologique de l'Université de Liège (Ulg) et à Bruxelles/Anvers avec celui de l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Le soutien matériel de ces projets n'est pas encore assuré, ils soulignent cependant la créativité qui se manifeste dans le champ toxico-thérapeutique et l'absence d'immobilisme des praticiens.

6.2.2. Le(s) système(s) d'enregistrement des prescriptions de Méthadone. Développement

Chaque Commission Médicale Provinciale, ainsi que l'Inspection Générale de la Pharmacie ont leur propre système d'enregistrement. Une collaboration étroite lie les deux instances : les Commissions Médicales Provinciales fonctionnent en grande partie sur la base des enregistrements réalisés par les Inspecteurs d'Hygiène et les interactions avec les Pharmaciens d'Officine. Pour parvenir à repérer les écarts à la norme qui viennent d'être présentés ainsi que de suivre l'évolution de la délivrance des Méthadone, il existe depuis de nombreuses années plusieurs recueils de données sous la responsabilité de l'Inspection Générale de la Pharmacie et des Commissions Médicales Provinciales.

6.2.2.1. Les enregistrements de l'Inspection Générale de la Pharmacie

Le système mis en place se fonde sur les ventes des fournisseurs ou grossistes aux officines du pays. Les quantités de médicaments stupéfiants à chaque officine sont enregistrées, ce qui permet d'obtenir les quantités délivrées par commune (et donc par région ou Province selon l'unité territoriale désirée⁴). Cet enregistrement est réalisé depuis la fin des années soixante mais n'est pas entièrement satisfaisant. Il n'est, en effet, possible que de prendre en compte les fournisseurs informatisés, par manque de personnel à l'Inspection Générale de la Pharmacie pour l'encodage.

⁴ Cfr. Analyse réalisée par B. Vandenbosch, Y. Ledoux, I. Pelc. L'analyse de la situation à Bruxelles, a bénéficié du travail considérable réalisé par Mme Dupont, Inspecteur de la Pharmacie pour le Brabant. Elle fut la première à organiser un recueil de données systématique sur les quantités prescrites du psychotropes et stupéfiant

La couverture du système n'est que de 68 % à partir desquels il faut extrapoler pour une estimation de la totalité des ventes. Il est donc recommandé, afin que le système soit complet, que du personnel soit affecté à ces tâches d'encodage.

L'analyse réalisée sur base des enregistrements actuels a permis de préciser l'étonnante progression des ventes depuis 1992-93. Depuis la Conférence de Consensus les ventes de Méthadone ont continué à progresser et ont atteint en 1996, 111.8 kg⁵. Il s'agit d'une quantité totale brute qui n'est pas entièrement utilisée dans le traitement de substitution. Lorsque le calcul de la quantité nette est réalisé, on obtient 106.9 kg. A partir de ce volume, il suffit, selon une estimation de la quantité annuelle moyenne utilisée par patient, d'inférer un nombre de patients traités par substitution à la Méthadone en Belgique. Sur une base de 40 mg par jour⁶, nous obtenons un total de 14,6 gr de Méthadone par patient/année⁷. Le nombre de patients en traitement de substitution Méthadone en 1996 s'établit donc à 6511 patients. Cette estimation fait l'hypothèse que chaque patient est resté toute l'année en traitement. Nous savons d'expérience que ce n'est pas le cas et il y a donc de ce fait une sous-estimation du nombre de personnes auxquelles a été délivrée de la Méthadone en 1996.

⁵ La quantité globale est établie de façon fiable à partir des importants/exportations et stocks. Le calcul est donc différent de celui réalisé à partir des ventes des fournisseurs.

⁶ Une étude(Noïrfalisse I., 1994) permet de préciser, sur base de plus de 500 patients dans la région liégeoise, cette quantité moyenne de Méthadone prescrite par patient. Cfr. figure1. page suivant.

⁷ Une analyse réalisé par Mme Dupont, Inspecteur de la Pharmacie, sur base de son enregistrement pour la Province de Brabant, a abouti à estimer à 50 mg/jour en moyenne, la dose prescrite de Méthadone, par les praticiens de cette " province" (Totalisation des deux Brabants et de la Région de Bruxelles-Capitale).

Tableau n°1 : Evolution de la délivrance de méthadone en Belgique de 1975 à 1996 (en grammes)

ANNEE	GRAMMES DE METHADONE
1975	6568
1976	7241
1977	6750
1978	7566
1979	9028
1980	8596
1981	7576
1982	9998
1983	7109
1984	6510
1985	6335
1986	6559
1987	6295
1988	6696
1989	5546
1990	6692
1991	9321
1992	18849
1993	45885
1994	58638
1995	80331
1996	111852

Tableau n°12: Evolution de la délivrance de bezitramide-Burgodin en Belgique de 1975 à 1996 (en grammes)

ANNEE	GRAMMES DE METHADONE
1975	4377
1976	2206
1977	2747
1978	2653
1979	1616
1980	1484
1981	2695
1982	2179
1983	3133

1984	2072
1985	1867
1986	1900
1987	1559
1988	1273
1989	1270
1990	1382
1991	1599
1992	1940
1993	1950
1994	2794
1995	2475
1996	2711

Le système d'enregistrement de l'Inspection Générale de la Pharmacie est limité aux médicaments stupéfiants. Une substance comme le Bezitramide (Burgodin) d'usage problématique dans le traitement de substitution - car hors consensus - est donc prise en compte. Nous obtenons une quantité totale de 2,6 kg en 1996.

L'augmentation est sensible depuis quelques années. Il faut cependant constater que le Burgodin a eu une forte utilisation dans le passé, notamment au cours de la première période historique de la toxicomanie à l'héroïne, de 1975 à 1982, moment des premières expérimentations du traitement de substitution par des praticiens privés.

Par contre, on regrettera l'absence d'informatisation des ventes des médicaments psychotropes et notamment des hypnotiques tels le Flunitrazépam ou le Vesparax dont les participants au "Suivi de la Conférence de Consensus" ont, d'une façon unanime, condamné l'utilisation dans le traitement des toxicomanes.

7. COMPLEMENTS D'ANALYSE SUR BASE DES ENREGISTREMENTS REALISES PAR L'INSPECTION GENERALE DE LA PHARMACIE

Réalisé par collaboration entre M B. Vandenbosch, Inspecteur Chef de Service et M. Y. Ledoux, Sociologue au Conseil Supérieur d'Hygiène, Secrétaire Scientifique du programme de " Suivi de la Conférence de Consensus " (Dir. Prof. I. Pelc).

On trouvera dans le PV de la réunion du 04/03/98 une présentation de données statistiques sur la délivrance de Méthadone à partir des enregistrements de l'Inspection Générale de la

Pharmacie. La base de données est donc celle des ventes de fournisseurs aux officines.
Le code postal de l'officine permet de préciser le lieu de délivrance au patient.

Deux regroupements de données ont été utilisés dans l'analyse :

1. Une globalisation par Province (en détaillant Bruxelles-Capitale, Brabant flamand et Brabant wallon).
2. Une analyse par commune dans la région de Bruxelles-Capitale.

7.1. Analyse de la délivrance de Méthadone par Province et présentation de taux par 10.000 habitants. Année 1996

Le tableau 3. " Nombre de patients en traitement de substitution (Méthadone) par 10.000 habitants, selon la Province, en 1996 " fournit pour la première fois une estimation fédérale du taux de prévalence des patients pris en charge dans un traitement de substitution par la Méthadone.

Il apparaît que le taux est de 6.51 patients par 10.000 habitants pour l'ensemble du royaume. Pour l'ensemble de la Flandre le taux n'est que de 2.06.

Tableau n°3 : Estimation du taux de prévalence de la prise en charge substitutive selon la Province ou la Région

Province/Région	Population (1997)	Patient méthadone (1996)	Correction Liège	Taux/ 10000	Correction Liège n=950	Sans les patients de France / Hainaut n=680
Anvers	1635640	617		3,77		
Brabant Flamand	1004692	118		1,17		
Bruxelles- Capitale	950597	2591		27,26		
Brabant wallon	341565	180		5,27		
Flandre occidentale	1123786	98		0,87		
Flandre orientale	1354735	156		1,15		
Hainaut	1284347	1903		14,82		9,52
Liège	1014941	444	950	4,37	9,36	
Limbourg	779969	261		3,35		
Luxembourg	242526	32		1,32		
Namur	437426	217		4,96		
Belgique	10170226	6617	7123	6,51	7	5,84/6,34
Taux moyen FL				2,06		
Taux moyen wallon				6,15	7,15	5,09/6,09
Taux moyen bruxellois				27,26		

Par contre, l'analyse met en évidence la prévalence très élevée de la Région de Bruxelles-Capitale qui est plus de 4 fois plus forte que pour l'ensemble du Royaume avec 27.26 patients par 10.000 habitants.

La Région de Bruxelles-Capitale aurait même un taux deux fois plus élevé que la deuxième province dans l'ordre d'importance, celle du Hainaut qui se distingue aussi des autres provinces du Royaume avec 14.82 patients par 10.000 habitants.

Deux remarques s'imposent ici :

1. Le taux élevé du Hainaut est tributaire du nombre de patients français (estimé à 680 personnes) à qui de la méthadone fut délivrée en 1996. Si nous retirons ces patients de l'analyse, le taux par 10.000 habitants baisse à 9.36 patients/10.000h.

Dans ce cas, le Hainaut n'apparaît plus qu'à un niveau supérieur de 40 % par rapport à la moyenne fédérale et représente alors le tiers environ de celui observé dans la Région de Bruxelles-Capitale.

2. Pour la Province de Liège, le taux relativement faible pose un problème étant donné les incertitudes qui subsistent quant à la fiabilité des données recueillies des fournisseurs liégeois. Il est probable que des grossistes importants n'étant pas informatisés, nous avons pour cette province des données manquantes qui devraient influencer sur une sous-estimation de la prévalence dans cette province⁸.

Enfin, on constate que parmi les Provinces de Flandre, Anvers, avec 3.77, et le Limbourg, avec 3.35, se détachent nettement. Elles restent toutefois inférieures en prévalence par rapport à toutes les Provinces de Wallonie.

⁸ Un recueil complet des quantités vendues par les fournisseurs ne sera possible qu'en permettant à l'Inspection Générale de la Pharmacie de bénéficier d'une aide à l'encodage pour que tous les bons de vente de Méthadone fournis à ce service puissent être informatisés.

En résumé, avec les remarques de précaution faites plus haut, la Région de Bruxelles-Capitale constitue de loin la région la plus concernée par la prescription de méthadone, suivie par la Province du Hainaut avec certitude, même en ne tenant compte que des résidents en Belgique.

7.2. Analyse par commune dans la Région de Bruxelles-Capitale

7.2.1. Evolution du traitement de substitution dans la Région de Bruxelles-Capitale

Le tableau 4 " Evolution du nombre de patients en traitement de substitution (Méthadone) dans la Région de Bruxelles-Capitale de 1990-1996 " met en évidence la progression spectaculaire et régulière de la délivrance de méthadone dans la Région de Bruxelles-Capitale. Cette évolution a débuté vers 1991, avec chaque année jusqu'en 1993 un quasi doublement du nombre de patients. Après 1993 l'augmentation se poursuit mais elle n'est plus que d'environ 25 à 30 % chaque année.

Tableau n°4: Evolution du nombre de patients recevant de la méthadone dans la Région de Bruxelles-Capitale. 1990-1996.

ANNEE	NOMBRE DE PATIENTS
1990	139
1991	257
1992	553
1993	1104
1994	1566

1995	2027
1996	2591

7.2.2. Situation par commune de la Région de Bruxelles-Capitale

Sur les 2.591 patients estimés (dose moyenne à 50 mg/jour) nous constatons que 4 communes de la Région de Bruxelles-Capitale représentent plus de la moitié des patients : il s'agit des Communes d'Ixelles (15 % des patients de la Région - n = 397), Schaerbeek (15 % avec n = 388 patients), Bruxelles-Ville (12 % avec n = 323 patients) et Anderlecht 12 % avec n = 305 patients). On notera aussi que la commune de Saint-Gilles vient en 5ème position (8 % avec n = 211).

Il est intéressant de noter que Molenbeek n'apparaît pas dans ce groupe de tête des communes avec la plus forte prévalence de patients.

Cette analyse confirme les connaissances de "terrain" sur la distribution géographique des problèmes liés à la toxicomanie en général dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Le tableau 5. " Evolution de la proportion de patients en traitement de substitution (Méthadone) dans 3 communes de la région de Bruxelles-Capitale. De 1990 à 1996 " dégage l'évolution depuis 1990 pour les trois communes les plus importantes en nombre de patients (situation observée en 1996). Nous constatons qu'au début de la décennie, la commune d'Ixelles représentait, à elle seule, environ la moitié des patients en traitement de substitution. Cette position dominante de la commune d'Ixelles, probablement liée au rôle phare du centre spécialisé le " Projet LAMA ", installé dans cette commune depuis 1985, s'est érodée depuis 1992. Par contre, la commune de Schaerbeek a, elle, progressé en importance et elle représente en 1996 la même proportion de patients en traitement de substitution que la commune d'Ixelles, soit 15 % de l'ensemble des traitements de substitution de la région de Bruxelles-Capitale. L'évolution apparaît très différente pour la commune d'Anderlecht qui se caractérise par une grande stabilité depuis le début de la décennie.

Cette analyse met en valeur l'intérêt de disposer de recueils données tels que ceux de l'Inspection Générale de la Pharmacie. Rappelons toutefois qu'il s'agit toujours d'estimation puisque nous sommes amenés à considérer une valeur moyenne de quantité de Méthadone présente de façon quotidienne par patient. Cependant, pour invalider l'analyse par commune présentée ici, il faudrait que les patients de certaines communes bénéficient de façon systématique de quantités différentes de Méthadone prescrite, ce qui paraît peu probable. En effet, le repérage est réalisé en fonction de la localisation de l'officine de pharmacie, généralement proche du domicile du patient, et non en fonction de la localisation du prescripteur. Or, si il est, à la limite, concevable que des prescripteurs localisés dans certaines communes aient un mode de prescription semblable (p.ex. trois praticiens avec chacun une importante clientèle dans une commune ont un niveau de prescription équivalent mais différent de la moyenne régionale), il ne paraît guère envisageable que des patients à dosages équivalents se retrouvent par hasard dans une même commune.

Tableau n°5: Evolution de la proportion de patients recevant de la méthadone dans trois communes de la région de Bruxelles-Capitale, de 1990 à 1996 (Ixelles - Schaerbeek - Bruxelles-Ville)

ANNEE	IXELLES	SCHAERBEEK	ANDERLECHT
1990	67	7	17
1991	170	17	25
1992	179	33	38

1993	282	97	109
1994	283	212	156
1995	322	319	239
1996	397	388	305

Il s'agit des trois communes ayant le nombre de cas le plus important en 1996 dans la région.

Tableau n°6: Nombre de patients recevant de la méthadone dans les communes de la région de Bruxelles-Capitale, en 1996 (en proportion de l'ensemble de la région)

Communes	nombre	pourcentage
Ixelles	397	15
Schaerbeek	388	15
Bruxelles-ville	323	12
Anderlecht	305	12
Saint-Gilles	211	8
Saint-Josse	101	4
Molenbeek	142	5
Forest	115	4
Laeken	93	4
Etterbeek	62	2
Jette	79	3
Auderghem	56	2
Uccle	89	3
Région de Bruxelles-Capitale	2591	100

8. LES SYSTEMES D'ENREGISTREMENT DES COMMISSIONS MEDICALES PROVINCIALES ET DE L'INSPECTION GENERALE DE LA PHARMACIE

Les Commissions Médicales Provinciales travaillent en concertation avec les inspecteurs de la pharmacie qui, au niveau local, sont chargés de surveiller la délivrance des médicaments stupéfiants. Cette collaboration permet la constitution de recueils de données sur les prescriptions réalisées par les praticiens. Rappelons que chaque officine est tenue de noter les stupéfiants délivrés, leurs quantités, leur prescripteur et le patient à qui ils sont destinés ainsi que le jour de délivrance. Cet enregistrement manuel est obligatoire dans un registre tenu dans l'officine. Souvent le pharmacien enregistrera aussi les autres médicaments psychotropes délivrés à ces patients ainsi que quelques caractéristiques personnelles. Cet enregistrement manuel constitue une base solide sur laquelle, si elles le souhaitent, les Commissions Médicales Provinciales peuvent se fonder pour réaliser les vérifications nécessaires du contrôle des écarts aux normes du consensus qui ont déjà été présentées. L'enregistrement n'étant pas informatisé au niveau de chaque officine, on conçoit aisément que des problèmes se posent pour aboutir à un traitement optimum et une analyse des données de délivrance des médicaments stupéfiants. La situation à cet égard est différente d'une Commission Médicale Provinciale et donc d'une Province à l'autre. Lors des réunions organisées avec les auditions des Commissions Médicales Provinciales, chacune a eu la possibilité de présenter le système qu'elle avait développé pour mener à bien sa mission de surveillance. Sans entrer dans le détail

de chacune (cfr. le procès-verbal de la réunion du 4 mars 1998 pour des informations précises), il faut signaler que les Commissions Médicales Provinciales les plus concernées par le problème de la prescription de Méthadone sont celles qui ont le système le plus performant : les Commissions Médicales Provinciales du Brabant d'expression française, du Hainaut et de Liège ont, en effet, toutes adopté une procédure qui permettrait une informatisation.

La Commission Médicale Provinciale de Liège se distingue de toutes les autres Commissions Médicales Provinciales pour avoir adopté une procédure qui implique directement le praticien en lui demandant de fournir le nom de son patient, avec le consentement de celui-ci, la date de début de la prise en charge, la désignation de l'officine du pharmacien et les quantités et types de médicaments prescrits.

C'est donc le praticien qui établit un contrat de prise en charge avec le patient, qui en fournit un double au patient que celui-ci montre au pharmacien qui en fait une copie. Le praticien fait parvenir une copie à la Commission Médicale Provinciale. Cette procédure n'implique théoriquement pas de problème au niveau du secret médical puisque le patient donne son consentement (signature) mais elle se fonde sur la bonne volonté du praticien à participer à ce système de recueil d'informations. Il semble que dans la Province de Liège le système soit bien accueilli et fonctionne de façon satisfaisante pour ceux qui y participent. Certains problèmes techniques se posent cependant quant au caractère automatiquement cumulatif des enregistrements. On sait quand un patient a commencé son traitement, on ne sait pas quand il l'a arrêté. Le fait que beaucoup de patients interrompent souvent leur traitement pendant plusieurs semaines empêche le praticien de notifier l'arrêt du traitement à la Commission Médicale Provinciale dans la mesure où il n'est pas certain de l'abandon du patient. Ce système a donc une tendance naturelle à être inflatoire. Des vérifications régulières sont donc à réaliser, ce qui nécessite une charge de travail importante.

Il nous faut rapporter le fait que, bien que fonctionnant sans heurt avec les praticiens de la Province de Liège, le système fut loin d'avoir été bien accueilli par les praticiens des autres provinces participant aux réunions organisées dans le cadre du "Suivi de la Conférence de Consensus". Il est peu probable que les praticiens bruxellois ou du Hainaut acceptent un système de déclaration de leurs patients aux Commissions Médicales Provinciales. Il est évident qu'une telle procédure nécessite l'adhésion de tous les praticiens pour être fiable. Dans l'état actuel des choses une semblable orientation n'est donc pas généralisable à l'ensemble des Provinces du royaume.

Un système indirect privilégiant l'implication du pharmacien, par contre, ne pose aucun problème aux praticiens et a le mérite d'être tout à fait fiable. Les données sont donc actuellement enregistrées sur document papier (cfr. fiche standard établie par la Commission Médicale Provinciale du Brabant d'expression française) et envoyées par les officines à la Commission Médicale Provinciale dans le Hainaut et dans le Brabant. Elles sont ensuite enregistrées et étudiées. Une analyse informatique au sens strict ne semble toutefois pas réalisable sans des efforts conséquents. Quoiqu'il en soit du type d'analyse possible dans l'immédiat les objectifs de surveillance sont ainsi rencontrés - malgré des difficultés d'encodage car ils nécessitent une charge de travail importante - au niveau de chaque Province.

Un problème subsiste cependant : l'impossibilité de vérifier les prescriptions multiples pour des patients qui en bénéficieraient de praticiens de Provinces différentes. Ce problème n'est sans doute pas quantitativement très important bien qu'une circulation de patients existe entre le Hainaut et la Province de Brabant.

Dans les Provinces néerlandophones, il apparaît que le traitement de substitution, étant donné son faible développement à l'heure actuelle, n'a pas entraîné de vérifications très systématiques avec la coopération des pharmaciens. Des efforts sans doute plus importants seraient à consentir dans les deux Provinces d'Anvers et du Limbourg où le nombre de traitements de substitution progresse.

A Gand on notera avec intérêt le développement d'un système élaboré de récoltes de données avec la collaboration des officines et la coordination du Centre spécialisé *De Sleutel*.

Alors que la délivrance de Méthadone s'est accrue, des ajustements dans la mise en œuvre de recueils de données deviennent nécessaires : si les centres spécialisés en toxicomanie se sont dotés depuis le début des années 1990 d'instruments de recueil de données⁹ qui fournissent le moyen de suivre l'évolution de la demande de soins ou même les Services hospitaliers psychiatriques qui, avec le Résumé Psychiatrique Minimum, peuvent faire état de leur prise en charge des problèmes de toxicomanie, il en va tout autrement en pratique médicale privée. On est, en effet, tributaire de bonnes volontés et des initiatives, par exemple, de ALTO et de la

SSMG qui ont réalisé quelques enquêtes parmi les praticiens prescripteurs de Méthadone. Ces enquêtes fournissent des renseignements précieux sans qu'il ne soit possible d'avoir une vue d'ensemble de la diversité, au plan épidémiologique, des traitements de substitution.

⁹ Vlis (VAD) - Fiche commune/ Epitox (CCAD) - Addibru (CTB) - Sentinelles à Charleroi (Coordination Drogue).

Nous avons donc vu qu'il existe cependant des enregistrements et même de véritables recueils de données gérés par les Commissions Médicales Provinciales, grâce à la collaboration de l'Inspection Générale de la Pharmacie, en particulier, dans les trois Provinces qui totalisent la toute grande majorité des traitements de substitution : le Brabant, le Hainaut et la Province de Liège.

Ces recueils sont de la plus haute importance et sont utilisés actuellement pour constater les " écarts à la norme " et influencer sur des prescriptions abusives.

D'un point de vue épidémiologique ou dans la perspective d'une évaluation du traitement de substitution, ces données recueillies sont toutefois encore insuffisantes.

Une mise en commun des systèmes d'enregistrement des ces trois Commissions Médicales Provinciales (Brabant, Hainaut et Liège) permettrait d'avoir une base de données considérable sur la prescription de Méthadone en Belgique et des efforts pour le développement d'enregistrements dans les autres Commissions Médicales Provinciales devraient être consentis.

Cette mise en commun inter-provinciale doit s'appuyer sur une standardisation (tronc commun) des données gérées au moins depuis quelques années. Une équipe composée d'un épidémiologiste et d'un aide à l'encodage aura à être constituée. Le volume des informations est considérable et la gestion informatique nécessitera des efforts soutenus.

Dans le contexte actuel des données gérées par les Commissions Médicales Provinciales, l'objectif est celui d'un contrôle des écarts ou des abus de prescriptions (p.ex. autres que Méthadone) et d'éviter aussi les prescriptions auprès de plusieurs médecins par le même patient. La mise en commun des systèmes existants permettra, par exemple, d'éviter les chevauchements entre Provinces.

Autrement dit, le fait pour un patient de se voir prescrire par des thérapeutes dont la supervision est réalisée par des Commissions Médicales Provinciales différentes. Actuellement, un patient qui reçoit des prescriptions dans des Provinces différentes, ne sera jamais comptabilisé comme bénéficiant de multiples prescriptions. Ce shopping médical inter-province est sans doute limité mais il n'empêche qu'il est totalement méconnaissable dans le cadre organisationnel existant.

Très pratiquement, le travail à entreprendre sur les systèmes d'enregistrement des Commissions Médicales Provinciales consiste :

1. Rétrospectivement : il serait souhaitable de constituer un fichier unique sur les années précédentes, p.ex. à partir de 1992 (année où la prise en charge substitutive a commencé à se développer), en regroupant les données de toutes les Commissions Médicales Provinciales.

Ce fichier sera anonymé en ce qui concerne le patient. Attention : cela ne veut pas dire que le même patient qui apparaît plusieurs fois ne sera pas identifié comme tel. Il existe des possibilités techniques pour obtenir une adéquation entre un individu X et un numéro qui lui soit toujours attribué. Ce numéro est établi grâce à un algorithme et il est impossible de retrouver le nom de la personne à partir de ce numéro. Date de naissance, sexe et initiales fournissent ainsi un tel numéro unique pour une personne donnée. Cette procédure, moyennant des moyens appropriés, est utilisable par n'importe quel professionnel en contact avec la toxicomanie (médecin, centre spécialisé, pharmacien) en accord total avec le respect de la vie privée. Par moyens appropriés, nous entendons la disponibilité d'un logiciel ou d'une calculatrice ad hoc.

Cette procédure donne la possibilité de réaliser des suivis à long terme de tout demandeur de soins, en respectant son anonymat.

Grâce à cette technique, il serait envisageable de constituer un meta fichier ANONYME des mêmes individus au travers des enregistrements réalisés dans des organismes de soins à des moments différents au cours de la trajectoire thérapeutique de la personne. Tout ceci en accord avec les dispositions de la Commission de Protection de la Vie Privée¹⁰. Il serait judicieux de prendre avis auprès de Services de Santé à l'étranger qui ont développé un tel dispositif (par exemple, le Ministère de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg).

¹⁰ Un échantillon représentatif d'instances thérapeutiques est constitué. Chacune fournit une liste de patients sous forme de numéros. On compare les numéros et on constitue un fichier avec les numéros identiques. Ceci permettrait de cumuler les types d'informations des diverses instances de soins !

2. Prospectivement : il serait souhaitable de constituer un fichier comportant, notamment, la date de début de traitement (avec prescription de substitut) et le nom du praticien et de l'officine. Il serait uniquement accessible aux professionnels des soins.

Ce fichier pourrait être géré par le Ministère de la Santé Publique et être consultable à toute demande de soins. Une telle interactivité constituerait un service apprécié des praticiens (cfr. demande explicite formulée au cours des réunions de travail).

Une vérification immédiate du statut thérapeutique du demandeur serait ainsi possible avec par exemple une introduction de précisions anamnestiques. Un tel recueil "en temps réel" ne serait accessible qu'au seul praticien. Si des moyens financiers et matériels sont consacrés à un tel programme, une Commission d'épidémiologie clinique pour l'enregistrement des données serait constituée en vue de l'élaboration du recueil, sa mise en œuvre et son suivi.

9. AUDITION DE REPRESENTANTS DU MINISTERE DE LA JUSTICE, DES PARQUETS, DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, DES AVOCATS

Une réunion a permis de faire le point sur la place actuelle de la Méthadone dans les rapports entre justiciables, praticiens et les responsables des divers secteurs du champ judiciaire.

La consultation des représentants de la Justice était indispensable pour confronter les points de vue des praticiens et des responsables du contrôle social. L'histoire du champ de la toxicothérapie a, parmi ses acteurs, les intervenants des forces de police, des douanes, de l'administration pénitentiaire et, bien entendu, de la magistrature (Juges Procureurs du Roi, Avocats). Le rôle de cette dernière a, par exemple, été important en Belgique au début des années 80. Les forces de police et des douanes sont bien sûr impliquées quotidiennement dans la répression du trafic de drogues ou des délits qui y sont liés.

L'intérêt suscité par le "Suivi du Consensus Méthadone" chez ces professionnels montre à quel point la prescription de substituts reste un problème déontologique et éthique et continue à se répercuter sur le fonctionnement du contrôle social.

La grille de questions élaborée comme guide de réflexion et support de discussion lors des séances de travail présente trois éléments du texte de la "Conférence de Consensus" qui nécessitent aux intervenants de la Justice de présenter leur position actuelle.

Un constat s'impose : le traitement de substitution par la Méthadone est devenu une pratique thérapeutique largement légitimée dans le monde judiciaire. Le "Suivi de la Conférence de Consensus" a favorisé cette appréciation positive, même si une tendance à souhaiter une limitation du nombre de patients par médecin a été évoquée. Sur ce point, il fut discuté de la difficulté d'adopter une norme absolue car, selon les praticiens, en fonction de leur disponibilité, leur motivation et, surtout, le degré de stabilisation des patients, un nombre plus ou moins important de patients peut être pris en charge sans que cela ne soit en mesure de porter préjudice à la qualité des soins.

Les écarts par trop flagrants doivent être soumis, comme pour les autres déviances qui ont été évoquées, à la surveillance des Commissions Médicales Provinciales en premier recours.

Quant aux effets "sécuritaires" éventuels de l'extension du traitement de substitution, c'est-à-dire, sur la délinquance, aucune évaluation n'a encore été réalisée à ce jour.

9.1. Y a-t-il un effet observable sur l'évolution de la délinquance en Belgique de l'augmentation spectaculaire des traitements de substitution ?

Cette question est légitime, même si les praticiens n'ont pas souhaité avancer cette relation comme argument en faveur de l'orientation substitutive. Par contre, les responsables publics (par exemple M. Van Cauwenbergh, alors Bourgmestre de Charleroi, avait, dès 1992, proposé cette justification sécuritaire pour prendre une initiative majeure dans la proposition de développer le traitement par la Méthadone) ont été séduits par les effets de réduction de la délinquance avancés lors des évaluations du traitement de substitution réalisées à l'étranger depuis une trentaine d'années.

Nous n'avons pas reçu de réponse argumentée à la question de l'effet de la prescription de Méthadone sur la délinquance.

Bien entendu, les changements observés sur le nombre d'arrestations, d'incarcérations liées à

des affaires de drogues restent délicats à interpréter car liés à des activités plus ou moins soutenues des autorités responsables. Ainsi, " la plus faible des priorités " vis-à-vis de l'usage de cannabis recommandée dans une des dernières circulaires du Ministre de la Justice, S. De Clercq, démissionnaire en 1998, devait avoir un impact sur une réduction du volume total des affaires de drogues. Nous espérons néanmoins obtenir ultérieurement une réponse à la question en remontant aux sources statistiques pertinentes. Quoiqu'il en soit, les participants ne nous ont pas fait part de difficultés particulières de délinquance liée à l'extension de la prescription de Méthadone.

9.2. Mortalité sous Méthadone. Analyses encore trop incomplètes

A été par contre évoquée, une analyse de décès par overdose, en particulier dans l'Arrondissement Judiciaire de Bruxelles où la Méthadone est impliquée. Bien entendu, dans la grande majorité des cas, plusieurs substances ont été constatées dans les analyses toxicologiques et, dans une faible minorité, on n'avait relevé que la Méthadone présente au moment du décès (la présence d'alcool ne semble pas avoir été analysée). Nous savons, par ailleurs, que nombre de décès de toxicomanes concernent des patients atteints par le VIH. Nous estimons que les données présentées ne permettent pas de comprendre l'implication éventuelle de la Méthadone dans les décès de toxicomanes belges. Ce problème mérite une recherche véritable et donc une étude approfondie qui tienne compte d'une analyse rétrospective d'un nombre important de décès avec des éléments factuels pertinents au contexte (lieu du décès, isolé ou présence d'un groupe, etc. ...), au suivi thérapeutique de la personne, etc. ...

9.2.1. Méthadone en prison

L'effet le plus notable de la conférence de Consensus sur le monde judiciaire fut sans conteste *l'extension de l'utilisation de la Méthadone dans les prisons* du Royaume lors de la détention de toxicomanes bénéficiant déjà d'un traitement de substitution.

Depuis le début de l'année 1995, la Méthadone est utilisée dans la plupart des prisons du Royaume. Lorsqu'un patient est incarcéré, c'est le médecin pénitentiaire qui, statutairement, devient le seul responsable du traitement. Lorsqu'un toxicomane bénéficiant d'un traitement de substitution est incarcéré, son médecin prescripteur est averti et le patient détenu a la possibilité, s'il le souhaite, de poursuivre une prise en charge substitutive en prison. La cure est toujours dégressive actuellement (quelques semaines au maximum). Des propositions ont été faites d'étendre la durée de la cure.

On a évoqué cette possibilité de choix du patient de ne pas poursuivre le traitement en prison. Il semble qu'environ 10 % des patients qui entrent en prison ne désirent pas continuer à bénéficier d'un traitement de substitution par la Méthadone.

Un certain nombre de difficultés sont apparues dans les cures en prison. Tout d'abord, un traitement peut être difficile à suivre - ce qui paraît à première vue paradoxal - par les changements de lieu de détention assez fréquents. Dans ce cas, il semble qu'un problème de communication puisse exister entre les établissements pénitentiaires. D'autre part - en amont en quelque sorte - le suivi du patient par son médecin extérieur est rendu quasi impossible à cause de la difficulté, représentée essentiellement par le temps nécessaire, pour pénétrer en prison pour rencontrer son " ex " patient. Il est fréquent qu'un médecin doive y consacrer une demi-journée. Le médecin traitant dont le patient est incarcéré a donc toujours la possibilité de visiter son patient en prison. On constate cependant que très peu de médecins utilisent cette possibilité.

On comprend qu'un médecin en pratique privée ne puisse aisément se permettre une telle démarche. Le résultat concret de cette situation est le constat qu'à peine une seule visite par mois en moyenne soit enregistrée dans un établissement pénitentiaire qui compte une centaine de patients bénéficiant d'une cure dégressive par la Méthadone. La situation actuelle dans les prisons belges révèle que près de **la moitié des détenus ont un problème lié à l'usage de drogues illicites**.

De façon plus précise, environ un tiers des détenus ont déjà utilisé de l'héroïne. Nous présentons à cet égard quelques données publiées récemment dans une étude scientifique sur la situation sanitaire des détenus de la prison d'Anvers (Totds S. et al., 1997). Par ailleurs, il faut aussi rappeler qu'une proportion

comparable de demandeurs de soins - entre 40 % et 50 % - a déjà été incarcérée avant leur demande de soins. Si nous disposions (ce qui n'est pas encore le cas) de suivis à long terme de toxicomanes belges on constaterait certainement qu'une majorité aura fait au cours de sa " carrière " toxicomane l'expérience d'un séjour en prison. Face à cette importance de l'incarcération dans la vie du toxicomane, on est surpris de constater que jusqu'à présente le champ toxico-thérapeutique et le champ pénitentiaire se sont relativement ignorés. Les seules exceptions sont les visites en prison de personnel de quelques centres spécialisés ainsi que d'organismes offrant une aide aux détenus toxicomanes. Ces interventions et programmes restent encore limités et sont organisés de façon dispersée en fonction d'initiatives individuelles. Malgré le cloisonnement des champs judiciaire et thérapeutique, nécessaire d'un point de vue éthique, la vie du toxicomane le conduit de l'un à l'autre et il est probable que la perception qu'en ont les toxicomanes est profondément influencée par ces traversées de champs plus que par leur cloisonnement idéologique !

L'état de santé des détenus et des toxicomanes en particulier est tel qu'une charge et une responsabilité importante est laissée aux quelques 30 médecins pénitentiaires, de l'ensemble de la Belgique.

Dans la perspective d'une politique de réduction des risques, étant donné le nombre considérable de toxicomanes qui passent par la prison, on ne pourrait que soutenir toute intervention coordonnée pour améliorer non seulement les processus d'informations sanitaires de ces détenus, mais aussi, au niveau individuel, tout ce qui permettrait d'améliorer leur état de santé. Il s'agit donc de soutenir et compléter le travail réalisé par les équipes sanitaires pénitentiaires.

On peut toutefois espérer que l'extension de la prise en charge substitutive, en réduisant globalement la délinquance liée à la toxicomanie, se répercute sur une diminution du nombre de toxicomanes incarcérés. En toute logique prévisionnelle cette évolution prendra nécessairement plusieurs années.

10. AUDITION DES PRACTICIENS DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Rappelons que les membres du Groupe d'Experts composé des anciens experts ayant participé à la " Conférence de Consensus " étaient, pour certains d'entre eux, des praticiens prescripteurs de Méthadone ; toutefois, par méthode " boule de neige ", d'autres praticiens furent auditionnés en respectant une représentation des différentes régions du pays mais, surtout, des orientations thérapeutiques qui se manifestent actuellement dans la prise en charge substitutive. Nous avons déjà noté la tendance manifeste d'une adaptation du traitement aux besoins individuels du patient. Cette évolution se manifeste dans des pays comme la Grande-Bretagne ou la Suisse mais est encore parfaitement étrangère au pays qui, le premier, a développé le traitement de substitution et en a fait la forme dominante de prise en charge thérapeutique de la toxicomanie : les Etats Unis. Depuis la " Conférence de Consensus ", l'établissement de normes d'organisation de la substitution par la Méthadone est devenu excessivement délicat et la marge de manœuvre du praticien s'est rapidement et considérablement élargie. Un observateur impartial devra reconnaître que la situation du praticien s'est fortement améliorée vis-à-vis de sa position face aux autorités ordinales ou autres, garantes de la compétence du médecin. La tendance majeure est donc celle d'un assouplissement des formes légitimées de prise en charge substitutive dans lesquelles la relation du patient à son traitement a évolué vers une décontraction qui, dans le fond, parallèle à celle vécue de plus en plus par le praticien lui-même face aux instances publiques.

Il faut reconnaître que le pari fait par certaines autorités qui, depuis 1992, ont souhaité qu'il soit dorénavant fait confiance aux médecins, d'une régulation par les praticiens eux-mêmes, a été gagné.

L'assouplissement et la décontraction mènent-ils au relâchement ?

A part un nombre relativement restreint de médecins, dont l'aveuglement à prescrire n'importe quoi, n'importe comment, les met au ban de la communauté médicale, il semble, au contraire, que les praticiens retrouvent une capacité d'autorégulation de leur champ de compétence. Les discussions qui ont animé les réunions du "Suivi de la Conférence de Consensus" ont fait émerger cette prise de recul responsable.

Il faut cependant prendre en compte la réalité complexe d'une tension profonde dans le champ du traitement de substitution, entre une utilisation de la Méthadone pour amener la mise en place par le praticien d'un processus psychothérapeutique, ce que l'on peut qualifier de substitution avec *approche relationnelle* et, à l'autre

pôle, une appréciation de la Méthadone pour amener un processus plus strictement médical, ce que l'on désignera comme substitution avec *approche somatique*. Cette tension paraît évoluer de plus en plus vers le renforcement de la position " somatique " au détriment ou à l'affaiblissement de la place du " relationnel " dans le traitement de substitution. Bien entendu ce déplacement de l'accent du traitement - pour adopter une formulation moins sociologique - est lié à des forces tout simplement de démographie médicale. De quelques dizaines de praticiens s'impliquant contre vents et marées dans le traitement de substitution précédemment, à environ deux mille actuellement, cette prodigieuse augmentation a bénéficié de l'apport professionnel des praticiens généralistes qui ont massivement découvert dans la population toxicomane un ensemble de personnes dont l'état de santé nécessitait une multiplicité d'approches thérapeutiques.

Dé l'être en souffrance psychologique pour les praticiens relationnels, le toxicomane est devenu d'abord une personne atteint par de nombreuses pathologies somatiques. Ce déplacement des priorités est peut-être conjoncturel et il ne résout pas la tension dans le champ toxico-thérapeutique. Ceci est dû en grande partie à l'insuffisance d'une " Clinique Toxicomaniacque " permettant d'identifier les patients pouvant bénéficier d'une approche plus " relationnelle ", de ceux pour qui la thérapeutique " somatique " est efficiente.

Des premiers développements en ce sens ont pu, récemment, être présentés, à l'occasion des enregistrements et des analyses des données " Résumé Psychiatrique Minimum ", relatifs aux Toxicomanes (I. Pelé et al., 1996-97). Ces deux conceptions de la qualité de vie du toxicomane, au-delà même de la qualité des soins, deviendront certainement de plus en plus complémentaires et de moins en moins opposées, au fur et à mesure d'acquisitions cliniques et scientifiques fondées. La direction prise d'une médicalisation plus stricte et le retour au somatique font le pari que la prise en charge substitutive permettra, sans détour par la psychologie, une amélioration telle de la qualité de vie du patient qu'il ne participe plus au mode de vie toxicomane et que le problème se dissolve de lui-même.

Il faut donc souligner la nouveauté de cette position que la Conférence de Consensus a propulsée rapidement sur le devant de la scène.

Les discussions lors des réunions du Groupe d'Experts et des praticiens du traitement de substitution ont, parfois en filigrane, mais souvent de façon très explicite, fait émerger cette tension entre l'ancien pôle relationnel et la nouvelle figure du praticien qui ne veut plus brandir la Méthadone " *comme une sucette pour attirer le toxicomane sur le divan du psychanalyste* ", ainsi que le formulait de façon impertinente un des invités à la discussion du Suivi.

- Le débat sur l'abaissement des seuils de prise en charge a été relativement peu animé au cours des réunions avec les praticiens, tant il paraissait acquis par l'assouplissement de la prise en charge qui a bénéficié au praticien de médecine générale. Pourtant l'ouverture du cabinet privé du praticien ne concerne sans doute pas tous les toxicomanes de la même manière. En effet, l'assouplissement de la prise en charge par le développement considérable de l'accueil en pratique privée, a attiré de nombreux toxicomanes moins désinsérés socialement que la clientèle des centres spécialisés. Des données épidémiologiques encore très parcellaires (Ch. Jacques. Parentalité et précarité. Enquête Alto 1997, 7 p, non publié) confirment une distinction significative entre la demande en centre spécialisé ou en médecine générale, en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques des demandeurs de soins.

L'apparition du seuil bas de la substitution, aussi, en pratique privée semble avoir attiré une population de toxicomanes à statut social moins désinséré.

Des analyses approfondies sont encore à produire sur cette distinction qui s'avère certainement plus ou moins pertinente selon les régions.

- Le seuil bas de la prise en charge à destination prioritaire de toxicomanes marginalisés, ceux qui, par ailleurs, posent les problèmes les plus évidents de " visibilité " sociale de la toxicomanie, n'a pas encore trouvé, en Belgique, son expression aboutie. Le développement d'un réseau de Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (M.A.S.S.) correspond de facto à cette rencontre de la population toxicomane la plus marginalisée, même si l'orientation est celle d'une prise en charge résidentielle de courte durée et non médicalisée. Ce développement a entraîné de fortes réactions de disqualification du cadre sécuritaire ainsi mis en place, par les professionnels dans le champ de la toxicothérapie. On notera pourtant l'utilité de la prise en charge à *seuil bas* ainsi réalisé.
- Nous avons relevé que les praticiens participant aux discussions du Suivi, après avoir marqué leur accord sur la nécessité d'un enregistrement des prises en charge substitutives, ont insisté sur le respect de l'anonymat du patient. Une procédure technique garantissant celui-ci devrait être trouvée. Aucun système de récolte de données ne peut faire l'impasse sur cette garantie qui

constitue une norme absolue.

- Une distinction devrait être faite entre l'enregistrement à fin de surveillance des pratiques prescriptives et celui destiné à produire une analyse épidémiologique de la demande de soins en traitement de substitution.

Nous avons rappelé en présentant les discussions avec l'Inspection Générale de la Pharmacie et les Commissions Médicales Provinciales les possibilités de repérage indirect par les officines qui satisfont à l'objectif de surveillance.

La coordination entre praticiens, Commissions Médicales Provinciales et officines de pharmacies, telle qu'elle se manifeste en Province de Liège, constitue à cet égard une exception. Bien que facilitant la prise de données, le dispositif liégeois implique une collaboration étroite entre des intervenants traditionnellement méfiants dans d'autres régions et implique de la part du praticien l'envoi du nom du patient à la Commission Provinciale Médicale ce qui ne semble pas envisageable par la plupart des médecins des autres régions, de façon volontaire .

En ce qui concerne l'objectif épidémiologique, plusieurs voies différentes peuvent être suivies, mais il est important de souligner qu'un enregistrement exhaustif des prises en charge substitutives n'est pas indispensable (au contraire du système à finalité de surveillance). Un échantillon représentatif de praticiens, c'est-à-dire, de la diversité des orientations, devrait être constitué. Pour atteindre une qualité d'enregistrements, il est nécessaire de compter sur la motivation et l'intérêt des participants à l'étude.

- Nous avons vu que de nombreuses questions restent posées quant à la prise en charge substitutive telle qu'elle s'est développée en Belgique. Nous avons, au cours de nos recherches documentaires dans la littérature scientifique internationale, constaté à quel point les évaluations de traitements de substitution en pratique médicale générale sont rares (cfr. Analyse de la littérature scientifique).


La Belgique est, avec la Grande-Bretagne et la Suisse, un véritable laboratoire d'expérimentation de nouvelles pratiques dans le traitement de substitution. Il est donc urgent, dans l'intérêt même des praticiens, de produire une analyse objective de ce traitement en satisfaisant aux critères habituels des évaluations thérapeutiques : analyse de la rétention en traitement à différentes périodes (à 6 mois, à 1 an...); analyse de la réduction de la consommation d'héroïne et d'autres psychotropes licites ou non; analyse de la stabilisation psychosociale; analyse de l'évolution de la délinquance, etc. ...

L'orientation de la recherche actuelle chez les praticiens (cfr. Etude de la séropositivité aux hépatites. Réseau Alto, travaux du Dr B. Denis) se concentre sur les pathologies associées. Une approche évaluative du traitement de substitution mériterait donc d'être stimulée.

- **Nous tenons aussi à souligner le rôle important en ce qui concerne le recueil de données épidémiologiques que peuvent jouer les pharmaciens d'officines.**

Plusieurs travaux réalisés dans le cadre de mémoires de fin d'études universitaires ont, en effet, mis en évidence l'intérêt d'impliquer les pharmaciens dans une collecte de données sur les patients à qui la Méthadone est délivrée. Les pharmaciens ont, en effet, un contact régulier avec les patients, quotidien même, au cours des premiers mois de prise en charge substitutive. Les possibilités pratiques de recueillir des informations sont donc réelles. Plus important encore est le désir de nombreux pharmaciens de participer à la prise en charge, de ne pas être cantonnés dans un rôle de délivrance du médicament. En s'impliquant dans un processus de recherche épidémiologique et/ou d'évaluation du traitement, le rôle du pharmacien d'officine serait ainsi positivement réévalué.

- Les aspects actuels de l'intervention et de la formation ont aussi été abordés au cours des discussions avec les praticiens. Des remarques critiques ont été formulées vis-à-vis des enseignements universitaires en médecine qui négligent trop, selon les praticiens,



les problèmes de toxicomanie. On a cité un nombre d'heures très réduit consacré à l'enseignement dans le domaine. Les praticiens qui débutent et qui sont attirés par la prise en charge des problèmes de toxicomanie doivent donc être stimulés à participer à des formations et à se coordonner avec leurs confrères expérimentés dans le domaine. Actuellement cette coordination prend la forme de réseaux où certains services (p.ex. une assistance sociale aux patients, un secrétariat) sont mis en commun. Issue du secteur des Maisons Médicales à la fin des années 80, cette coordination en réseau s'est autonomisée. L'intérêt de ce mouvement, en brisant l'isolement des praticiens, est d'abord de leur permettre de confronter leurs échecs et leurs réussites et donc par là même de participer à un processus d'autorégulation bénéfique à tous, patients et praticiens, mais aussi au niveau des instances de surveillance, par la garantie de pratique responsable que ce dispositif favorise.

On constate donc que formation, intervision et pratiques en réseaux sont intimement liées. Toute procédure incitant au renforcement de ce dispositif doit donc être appuyée.

- Un dernier aspect qui a été évoqué au cours des discussions et qui s'avère encore délicat dans la pratique des traitements de substitution et, au-delà, dans la prise en charge des toxicomanes de façon plus générale, est la pluridisciplinarité ainsi que la collaboration entre praticiens avec notamment le relais entre praticiens au traitement d'un patient. Comme il a été déclaré en réunion : de quelle pluridisciplinarité s'agit-il ? Et comment doit-elle être organisée et gérée ? On ne peut répondre de manière globale, car c'est au cas par cas, *sur le terrain*, que des solutions s'élaborent. Par ailleurs, il n'est pas toujours facile de référer un patient, les risques de le " perdre " sont réels. En pratique ambulatoire privée il s'agit, en effet, de problèmes très aigus pour lesquels il n'existe pas de solution a priori. Les relais de soins devraient se développer pour permettre leur réelle *continuité* qui fait objectivement défaut actuellement. Toutes les évaluations du traitement *en centre spécialisé* de la substitution par la Méthadone ont montré que la qualité des soins était liée à leur variété, donc, d'une certaine manière, à leur quantité. Dans cette situation du traitement en Centre spécialisé, au plus on propose de services au patient, au meilleur est le pronostic de l'amélioration. La réalité actuelle de la parcellarisation de la prise en charge dans le traitement de substitution se trouve relativement en porte-à-faux par rapport aux apports des évaluations présentées dans la littérature internationale. Faut-il en conclure que la Belgique est une terre d'hérésie ? Nous sommes nous fourvoyés dans un mode d'utilisation impie du traitement de substitution et de la Méthadone ?
- Certainement pas, puisque, à l'opposé, les discussions entre les diverses parties en cause - praticiens, centres de soins, institutions de contrôle - indiquent une amélioration croissante en terme de Santé Publique, une responsabilisation plus grande des divers acteurs, un " esprit " de multidisciplinarité, à défaut, dans chaque cas, d'une concrétisation d'interventions de professionnels diversifiés, en travail coordonné. La continuité des soins à la personne du toxicomane, évoluant d'un programme à un autre, d'une modalité thérapeutique à une autre, quand ce n'est pas le passage sous une autorité judiciaire, continue à poser de sérieux problèmes. Une part de ces problèmes est liée à l'attitude du toxicomane lui-même : il lui arrive, en effet, de demander de l'aide, de l'accepter ou de la refuser. Mais ces problèmes trouvent aussi - ou même surtout - leur origine dans un éparpillement des compétences et des tutelles politico-administratives (santé, aide sociale, aide aux personnes...). Celles-ci, gardent souvent jalousement leurs prérogatives spécifiques et sont évidemment des freins à une bonne politique de suivi.
- **Conclusion**

On ne peut que souligner la richesse, mais aussi la complexité, des thèmes abordés au cours des réunions du "Suivi de la Conférence de Consensus" sur la Méthadone.

Le champ de la toxico-thérapie a trouvé dans l'assouplissement de l'accès au traitement de substitution en pratique privée, une façon originale d'étendre sa pertinence et de mettre en contact avec des soins un nombre important de toxicomanes qui n'en bénéficiaient pas ou devaient affronter un " parcours du combattant " pour accéder à une prise en charge thérapeutique (listes d'attente, conditions difficiles à satisfaire, ...).

Ce mouvement général vers une plus grande accessibilité des soins, s'est accompagné d'une réorientation de la philosophie de la prise en charge. Relative perte d'importance du traitement relationnel au profit d'une orientation somatique, accent mis sur les soins des pathologies associées, amélioration du bien être général du patient, moindre insistance sur les changements comportementaux accompagnent l'assouplissement de l'accessibilité du traitement de substitution, sans oublier le reflux du modèle psychologique qui a dominé le champ toxicothérapeutique jusqu'à ces dernières années.

Flux et reflux, donc, d'orientations dont il ne faut pas négliger la nécessaire évaluation. Oserions-nous rappeler que l'évolution actuelle doit encore acquérir ses lettres de noblesse, alors que les orientations anciennes avaient déjà prouvé leur efficacité pour une partie des patients qui y avaient accès.

Le traitement de substitution par la Méthadone a certainement un caractère inflationniste et a conquis une position dominante dans le champ toxicothérapeutique en quelques années seulement. Cela n'a été possible que par la conjonction de l'offre médicale en pratique privée et la forte demande des usagers. Le "Suivi de la Conférence de Consensus" sur la Méthadone a permis, au delà de la reconnaissance de cette évolution, de mettre en évidence la nécessité de créer des lieux d'échange d'idées entre professionnels d'horizons différents pour progresser dans la négociation des normes qui doivent guider la pratique.

Ce qu'il y a de fascinant dans la toxicomanie, par son aspect de problème de société, ce sont ses mutations. Mutations de la prise en charge, certes, mais n'oublions pas les mutations de la prise de drogues elle-même. En effet que constate-t-on au niveau mondial si ce n'est une perte de prépondérance de l'usage d'héroïne et d'opiacés au profit de l'utilisation de stimulants (métamphétamines, cocaïne...). La Belgique va-t-elle échapper à cette évolution ? Si oui, la Méthadone et l'orientation substitutive ont encore de beaux jours devant elles. Dans le cas contraire, et l'extension de l'usage de MDMA ou d'Ecstasy en est un symptôme précurseur. L'adaptation de la prise en charge sera nécessaire. **D'où l'importance de maintenir une diversité des options thérapeutiques pour faire face aux évolutions rapides de la toxicomanie .**

Enfin, comme rappelé déjà plus haut, les développements importants de la "Clinique des Toxicomanes" associés à la prise régulière de données dans le domaine, sont indispensables pour préciser quels toxicomanes pourraient bénéficier au mieux de tel ou tel autre type de prise en charge.

11. SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION GLOBALE DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION EN BELGIQUE

11.1. Distinction entre niveaux ou seuils de prise en charge

Les seuils bas, moyens ou élevés pour entamer une substitution par la Méthadone Le seuil est défini par le type et le nombre de restrictions formelles ou informelles à l'admission du patient dans le processus thérapeutique.

Plus simplement dit, dans quelles conditions entame-t-on et poursuit-on la délivrance de la Méthadone ?

11.1.1. Traitement à seuil bas par délivrance de méthadone, avec faibles conditions d'accès

Lorsque le seuil est bas, des conditions minimales sont requises pour entamer un traitement de substitution à la méthadone. Mais ensuite, aucune condition n'est posée pour poursuivre celle-ci, à part le refus d'une violence spécifique mettant en danger le personnel ou les autres patients. Autrement dit, on délivre non seulement sans contrôler l'effet de la prise du médicament, sans la " guider " ou même, tout simplement, sans suivre le patient. L'exemple emblématique est un guichet de bus où on reçoit chaque jour la dose.

Notons immédiatement qu'il est difficile de concevoir une absence totale de seuil. En effet, il existe toujours un processus d'admission et une délivrance " contrôlée " puisque, par exemple, on fournit une quantité limitée en une fois (toutefois pas nécessairement de façon quotidienne).

En procédant ainsi, sans imposer au toxicomane qui va recevoir des doses de Méthadone la nécessité de se conformer à des règles de conduites particulières, il est évident que l'objectif est de permettre un contact avec une population de toxicomanes même non motivés à modifier son recours aux drogues et d'avoir un impact sur les comportements à risque des toxicomanes. Cette organisation de la délivrance, pour atteindre son objectif, doit avoir l'accord des autorités de police pour être acceptée par les toxicomanes qui y verraient, sinon un piège, plus qu'un service. Le " traitement " est donc le plus proche possible de l'usager. On lui permet, par exemple, de ne plus devoir faire d'effort pour se rendre à l'endroit où il va recevoir la Méthadone. Elle vient à lui en quelque sorte.

Les évaluations de ce mode de délivrance à seuil bas sont encore peu nombreuses et peu concluantes.

Aux Pays-Bas, Grapendaal et al. (1991) ont avancé que l'usage d'héroïne par les toxicomanes bénéficiant du programme de l'emblématique bus à Méthadone était en déclin modéré (alors que les mêmes auteurs rapportent une réduction beaucoup plus importante dans les traitements de substitution à seuil élevé).

Une recherche plus approfondie et contrôlée devrait évidemment évaluer ce type de programme à seuil bas.

Une étude portant sur les comportements à risque et, certainement, la plus aboutie (Hartgers C. et al. 1992) a mis en évidence l'absence d'effet protecteur vis-à-vis de l'infection VIH, de la participation à long terme à un programme de substitution à seuil bas.

Les traitements de substitution à seuil bas devraient trouver leur intérêt dans un autre domaine : celui de la possibilité de rencontrer, en vue de soins somatiques, une population particulièrement marginalisée.

En Belgique, Médecins sans Frontières a développé un programme à Bruxelles qui tend vers une telle approche à seuil bas, en offrant des consultations gratuites dans des zones urbaines névralgiques et destinées, prioritairement, aux exclus du système de soins et du système social de façon générale.

Dans une forme et une organisation différentes, il faut aussi considérer les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire dans ce groupe de prises en charge à seuil bas. Leur soutien par le Ministère de l'Intérieur pose de nombreux problèmes de définition de rôles des personnels qui y sont engagés et le champ toxico-thérapeutique a réagi de façon très négative à la création de ces centres. Il faut toutefois insister sur leur réelle pertinence par rapport aux objectifs des programmes à seuil bas. Ils permettent un accueil temporaire (environ une semaine) de toxicomanes fortement désinsérés. Souvent même, il s'agit de patients exclus par les Centres spécialisés. Notons également que le traitement de substitution n'est pas réalisé dans toutes les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire. Mais lorsqu'un de ces centres n'a pas de personnel médical, il s'adjoint la collaboration d'un praticien extérieur pour poursuivre éventuellement un traitement de substitution.

11.1.2. Traitement à seuil bas dans les programmes de " réduction des risques "

On notera aussi comme exemple d'approche à seuil bas, les services non directement thérapeutiques au sens d'une offre de soins suivis, qui sont généralement qualifiés de programmes de réduction de risques.

L'exemple du programme de l'ASBL Modus Vivendi¹¹, de la vente de pochettes de seringues et matériel de désinfection en officine et dans le comptoir d'échanges de seringues du CCLA (Citoyen Comme Les Autres : organisation d'entraide d'usagers de drogues), constitue un exemple de seuil bas dans la rencontre avec le toxicomane. Il s'agit en l'occurrence d'un service adjuvant, complétant une prise en charge thérapeutique ou indépendant même de tout lieu privilégié où un contact sanitaire peut être établi avec la population des toxicomanes. Notons que l'intérêt de tels programmes réside aussi dans la prise en compte de la citoyenneté de l'usager de drogues, c'est-à-dire, concrètement, qu'il accède à un nouveau statut d'acteur social à part entière.

Cette évolution, rendue possible par des changements dans l'opinion publique, tend à faire admettre des mouvements d'usagers de drogues, au même titre que ceux connus pour l'alcool depuis la fin des années 30. Une analyse de cette évolution dépasse le cadre de ce rapport. Cependant, nous tenons à souligner son importance au plan médical ou thérapeutique, tout

simplement parce que les praticiens ont pris en compte la difficulté, voire l'impossibilité, d'agir de façon efficace contre la volonté des principaux intéressés, les usagers eux-mêmes. Réduire les risques liés à l'usage ne peut se faire qu'avec la collaboration des usagers puisque, de toutes façons, on se situe alors dans la sphère des comportements sociaux collectifs et non dans celle, relativement protégée, du cadre thérapeutique.

¹¹ Cfr. Exemple de programme de réduction des risques à Bruxelles organisé par l'A.S.B.L. "Modus Vivendi".

11.1.3. Le seuil bas dans la délivrance de Méthadone en Belgique - Evaluation de 1994 à 1998

L'évolution du traitement de substitution en Belgique est bien, au sens de la définition qui a été donnée au début, une réduction du seuil de prise en charge que la " Conférence de Consensus " a accentuée depuis 1994. L'autre formulation pour désigner cette même évolution que nous adoptons, est celle de **l'assouplissement**. Il est certain que la prise en charge de patients toxicomanes en cabinet privé constitue une façon simple de permettre à un grand nombre de toxicomanes d'avoir un contact avec des soins. L'orientation de médecine générale privilégie le soin porté aux affections somatiques du toxicomane. La prescription de Méthadone est dès lors, d'abord un instrument de cette aide médicale avant de constituer un levier de modification de la toxicomanie elle-même. Il s'agit ainsi du premier degré zéro du traitement du toxicomane : on le soigne d'abord pour ce qu'il présente comme problèmes somatiques ; comme le déclarait un praticien : " ce qui m'intéresse c'est la santé de mon patient ". Grâce à cette position médicale, le nombre de toxicomanes accédant aux soins et d'une façon dans l'ensemble régulière a progressé de façon exponentielle.

Bien entendu beaucoup de praticiens en médecine générale ne s'arrêtent pas là et vont tenter, en plus, de contribuer à l'évolution du patient par rapport à ses comportements toxicomaniaques. Mais ce qui importe d'abord de constater c'est qu'il est aujourd'hui possible d'exercer une pratique de soins avec des toxicomanes sans mettre au centre du traitement le problème de l'usage de drogues et le comportement du patient !

12. BILAN DE L'EVOLUTION DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION EN BELGIQUE ET SITUATION ACTUELLE

Les traitements à la Méthadone constituent une approche thérapeutique rentable et efficace qui visent :

- L'amélioration de l'état de santé global du patient
- La stabilisation psychosociale du patient

Même si les objectifs consensuels au plan international du rétablissement de la santé physique et psychique, de la resocialisation avec, non seulement, l'aptitude professionnelle, mais aussi, la réduction des comportements délinquants, ou encore, la prévention de l'extension de la transmission du VIH ou de l'hépatite restent posés de façon ferme, on assiste depuis quelques années à des évolutions qui vont dans le sens d'une grande diversification et d'un assouplissement des moyens mis en œuvre.

Evolution : diversification et assouplissement des moyens

1. L'utilisation extensive de la Méthadone en pratique médicale libérale (" praticien isolé ") et non plus en centres spécialisés pluridisciplinaires.

2. L'abaissement du " seuil de prise en charge avec la Méthadone ", c'est-à-dire, l'assouplissement des critères formels à l'admission tels l'âge, la durée de la dépendance du patient à l'héroïne, l'existence de traitements antérieurs...

Les prérequis ne sont donc plus figés et l'admission se négocie dans le colloque singulier de la rencontre entre le patient et le praticien de façon individualisée.

3. Compte tenu de la difficulté de disposer de " bons critères " d'évolution dans des programmes spécifiques, se dessine une tendance au remplacement de ceux-ci par des " prises en charge à l'essai ". Ces essais impliquent l'absence de prédétermination de la durée de la cure.

4. La diversification des prises en charge substitutives s'est aussi manifestée par l'utilisation de la Méthadone en prison. Il est exact qu'il ne s'agit actuellement que de la poursuite du traitement de substitution initié avant

l'incarcération et dans une orientation dépressive. Il est cependant probable qu'ici aussi un assouplissement se manifeste vers une initialisation de la substitution en prison et, en tout cas, rapidement vers une prolongation de la cure à terme non défini.

(cfr. P.V. de la réunion du 29/04/1998).

5. L'assouplissement généralisé des critères de prise en charge substitutive s'est accompagné d'une relative déstructuration du "cadre thérapeutique". Tout au moins assiste-t-on à l'émergence de pratiques prescriptives qui n'envisagent plus le rôle du praticien sous le seul angle d'un accompagnement psychosocial du patient. Dans ce cas, le dosage de Méthadone et la rencontre régulière du praticien - dont le rôle médical, au sens strict, non seulement subsiste bien entendu, mais est recentré - sont censés produire seuls la stabilisation psychosociale du patient toxicomane. On constate donc une dé-psychologisation de la prise en charge des toxicomanes qui se manifeste de façon très explicite chez de nombreux praticiens de la "nouvelle vague".

Cette tendance est difficilement quantifiable quant à sa représentation parmi l'ensemble des traitements de substitution mais il paraît évident que c'est elle qui a entraîné la croissance exponentielle des prises en charge avec la Méthadone, en Belgique, depuis quelques années.

- L'assouplissement s'est aussi manifesté dans l'éventail des substances médicamenteuses utilisées. Il s'agit ici d'une tendance - la seule - vis-à-vis de laquelle une unanimité de refus se développe. Refus de la prescription de Flunitrazépam ou de Vesparax, par exemple, chez un toxicomane dépendant qui entraîne une demande d'explication au prescripteur de la Commission Médicale Provinciale et qui déchaîne la colère de nombreux confrères (le plus souvent ceux qui ont le plus d'expérience dans le traitement des toxicomanes). Les effets paradoxaux d'excitation désordonnée et de désinhibition chez les personnes dépendantes de l'usage de ces hypnotiques de courte durée d'action sont bien connus, mais pas encore expliqués par la recherche scientifique. Il y aurait là des travaux importants à développer. Quoi qu'il en soit, nous considérons comme acquis par consensus la limitation nécessaire des prescriptions à la seule Méthadone chez des patients toxicomanes (à l'exception de certaines benzodiazépines à durée d'action longue)¹². Bien que sa prescription semble occasionner moins de problèmes, le Burgodin, comme d'ailleurs tout autre stupéfiant, ne trouve pas non plus sa place, par consensus, dans la pharmacopée destinée aux patients toxicomanes. Nous devons d'ailleurs souligner le fait que l'assouplissement vis-à-vis de la variété des médicaments prescrits est sans doute à l'origine d'une diversion vers le marché parallèle ou illicite. Des "Roche" (Flunitrazepam) ou du Vesparax® se retrouvent en quantité sur ce marché. Ces produits donnent aussi lieu à des falsifications d'ordonnance alors que cela se produit très rarement dans le cas de la Méthadone.
"Les traitements à la Méthadone s'appliquent... de manière plus individualisée, moins programmée, c'est-à-dire, plus adaptée aux besoins particuliers de chaque patient et à sa compréhension plus ou moins nuancée des possibilités et des limites d'un traitement à la Méthadone" (Office fédéral de la Santé Publique, Berne, 1997, p. 33). Cette évolution est certainement globalement valable, non seulement pour la Suisse, mais aussi pour la Belgique. La disparition des "programmes" qui, d'ailleurs, n'ont jamais eu un soutien important des praticiens, a cédé la place à un colloque singulier avec le patient dans lequel le médecin est amené à ajuster le dosage et éventuellement des interventions complémentaires, par lui ou par d'autres, selon sa perception éclairée de l'évolution de son patient. Deux types de garde-fou à une "mauvaise" pratique subsistent en Belgique. Le premier, institutionnel, avec les Commissions Médicales Provinciales, informées par les inspecteurs de la pharmacie ou directement, comme en Province de Liège, grâce à la compliance du médecin à soumettre les données relatives à sa patientèle ; le deuxième par un contrôle informel ou un "soutien" apporté par ses pairs, c'est-à-dire, un processus d'intervision et d'échanges sur les pratiques thérapeutiques. Dans les deux cas, il paraît raisonnable de souhaiter que les autorités publiques consacrent des moyens à renforcer les capacités de ces processus de guidance. Il est proposé que ce renforcement se fonde sur les axes suivants :

(1) Les Commissions Médicales Provinciales devraient pouvoir disposer de moyens complémentaires : secrétariat, spécialistes de recherche/analyse pour utiliser au mieux les enregistrements issus de l'Inspection Générale de la Pharmacie, notamment.

L'Inspection Générale de la Pharmacie devrait, elle aussi, avec un apport de moyens relativement légers mais nécessaires, être en mesure d'améliorer la "couverture" des enregistrements qu'elle réalise (p.ex. un mi-temps complémentaire pour l'encodage et l'informatisation).

(2) Adjoindre à chaque Commissions Médicale Provinciale un Comité de Vigilance constitué de praticiens expérimentés dans le traitement de substitution.

(3) Procéder à l'informatisation de tous les systèmes d'enregistrement de chaque Commission Médicale Provinciale. Etablir un ensemble cohérent minimal standardisé au niveau fédéral (tronc commun).

Développer selon les préoccupations de chaque Commission Médicale Provinciale le système d'enregistrement provincial en ajoutant au recueil existant de nouvelles caractéristiques. Cette extension sera réalisée en concertation avec le Comité de Vigilance et des spécialistes (Epidémiologie, Statistiques, Maîtres de fichiers déjà existant en Belgique).

Ce développement sera réalisé en veillant à séparer les niveaux de finalité des enregistrements (cfr. annexe au P.V. de la réunion du 4 mars 1998) et de garantir l'anonymat sur le fichier utilisé à des fins de recherche-évaluation.

(4) Un échantillon de médecins prescripteurs de Méthadone vigies sera constitué de façon représentative par Province. Ces médecins seront soutenus dans la réalisation, au moyen de protocoles ad hoc, d'enquêtes spécifiques sur les effets du traitement de substitution. La réalisation concrète d'un tel projet veillera à s'adjoindre les compétences des organismes de coordination ou de concertation qui ont déjà une expérience dans le recueil de données (CCAD, CTB, VAD) ou le soutien du Réseau Européen d'Epidémiologie de la Toxicomanie (REITOX).

Un tel " pool " de médecins vigies sera mis à contribution par les résultats d'enquêtes dans la formation continue (Séminaires, colloques, ...).

(5) Un bulletin d'information destiné à tous les praticiens prescripteurs sera diffusé avec l'aide des réseaux existants.

(6) Un projet international entre plusieurs pays européens sur l'évaluation des traitements de substitution en pratique privée sera proposé à la Commission Européenne.

(7) La formation continue, notamment par des praticiens expérimentés sera soutenue par les pouvoirs publics.

Elle comprendra des cycles de conférence, des séminaires et ateliers de réflexion.

La participation de tous les praticiens prescripteurs et, surtout, de ceux ayant une faible ancienneté à cette formation organisée par Province, devra être suscitée d'une façon qui reste à convenir.

Une incitation positive doit être envisagée.

(8) Intégration de l'ensemble des connaissances acquises (et surtout à acquérir) dans les traitements de substitution, au savoir plus global concernant la gestion de problèmes de toxicomanes par les diverses procédures actuellement disponibles.

¹² Voir chapitre 6.1.1

13. APERCU BIBLIOGRAPHIQUE

13.1. Qualité des soins : Le point sur la recherche

13.1.1. " Quantité ", " Qualité " et nature des soins.

Introduction méthodologique

La littérature scientifique et les évaluations du traitement de substitution proposent, de façon très claire et récurrente, une sorte d'adéquation entre qualité et quantité de soins : au plus on en fait pour le patient toxicomane, au mieux il va se porter ! Autrement dit, tout ce qui va être délivré en plus de la prescription de Méthadone et donc " tout ce qui dépasse " l'action pharmacologique substitutive au sens strict, va se situer dans un continuum d'amélioration de la situation du patient. Que ce soit par incitation ou effet de renforcement comportemental (" Token economy ", " voucher " incentive, par exemple), procédures diverses pour stimuler la compliance du patient et consolider son abandon de l'usage d'opiacés illicites ou, à un autre

pôle d'intervention, l'approfondissement psychothérapeutique avec investissement d'un psychothérapeute dans une relation clinique de longue durée. Tous ces dispositifs (les Anglo-Saxons parlent de " services ") améliorent de façon significative de nombreux indicateurs de la situation vécue par le patient, tant en ce qui concerne la réduction de l'usage de substances, que sur le plan psychosocial.

Toutes les études portant sur la dimension qualitative des soins se réfèrent aux pratiques de traitement substitutif développées dans des centres ou, selon la terminologie anglo-saxonne, des " cliniques " à Méthadone. C'est dans un tel contexte de l'organisation des soins pour usagers de drogues que des évaluations ont été réalisées en faisant varier l'intensité de soins. De façon généralement contrôlée, on suit l'évolution de groupes de patients qui ont reçu ou non certaines interventions en plus de la simple délivrance de Méthadone. On compare alors les devenir respectifs de ces groupes de patients en analysant l'impact des interventions dont ils ont bénéficié.

C'est ici qu'intervient bien entendu l'aspect quantitatif, d'une part, puisque certains groupes de patients recevront " quelque chose " en plus. Les résultats de toutes les études longitudinales mettent alors en évidence l'apport plus ou moins important de ces interventions complémentaires. Ensuite, il devient possible de souligner, lorsque plusieurs groupes sont suivis (plus de deux) l'impact de telle ou telle intervention et donc de distinguer les interventions complémentaires entre elles. C'est alors qu'apparaît en général l'impact le plus important de l'intervention la plus intense, la psychothérapie, qui se distinguera d'interventions d'accompagnement plus " légères ", souvent de type " counselling " traduisent plus ou moins la notion francophone plus générale de relation d'aide psychosociale.

13.1.2. Bénéfices globaux de l'approche psychosociale : les traitements spécialisés à moyen ou long terme versus le sevrage (désintoxication) ou l'absence de traitement

Plusieurs études, dans les années 1980, ont montré que le traitement ambulatoire, impliquant une forme de soutien ou d'accompagnement psychosocial, apportait une amélioration pour le patient, comparable à celle obtenue grâce au traitement en communauté thérapeutique ou à la maintenance à la Méthadone, mais toujours supérieure au traitement se limitant au sevrage ou de l'absence de traitement.

L'étude la plus importante à cet égard est celle réalisée à partir du Drug Abuse Reporting Program, le DARP (Simpson DD et al. 1983 ; pp 7-29). Le DARP a notamment mis en évidence l'existence d'une période de latence nécessaire avant qu'une efficacité du traitement se manifeste, après traitement de sevrage : un traitement - à orientation psychosociale - ne deviendrait efficace qu'après 90 jours de prise en charge (Simpson DD., 1981 ; pp 1449-1453). Autrement dit, un traitement spécialisé (soutien psychologique ambulatoire, séjour résidentiel en communauté thérapeutique ou traitement de substitution à la Méthadone) n'apporte pas plus de bénéfice au patient, lorsque sa durée est inférieure à 3 mois, qu'un sevrage en milieu hospitalier (généralement de moins de deux semaines). Hubbard et al. ont, par ailleurs, montré, à partir de l'évaluation nationale de la Treatment Outcome Prospective Study -TOPS- qu'il fallait une année de prise en charge pour un traitement de substitution comme pour un séjour en communauté thérapeutique, pour obtenir une forte réduction de l'usage d'héroïne.

Dans le cas d'un traitement ambulatoire sans substitution, la durée de la prise en charge nécessaire était réduite de moitié : 6 mois. (Hubbard RL, Marsden ME, Rochal JV, Harwood HJ, Cavonaugh ER, Ginzling. Drug abuse treatment. A national study of effectiveness. Chapel Hill. NC University of North Carolina Press, 1989).

Ces résultats doivent être examinés avec prudence même si, globalement, ils permettent de situer l'efficacité des orientations thérapeutiques d'une façon schématique, car ils ne tiennent pas compte ; notamment, des différences entre les populations prises en charge. Les patients traités en ambulatoire sans substitution, par exemple, n'ont certainement pas les mêmes caractéristiques socio-personnelles ou psychologiques que ceux traités dans une orientation substitutive. Nous revenons plus loin sur ce problème méthodologique résolu dans quelques études contrôlées par procédés d'assignation à diverses modalités thérapeutiques de façon aléatoire.

Pour conclure la présentation d'évaluations thérapeutiques globales, on doit citer les comparaisons réalisées entre les patients qui ont poursuivi le traitement à son terme (ou parfois le poursuivent jusqu'au moment de l'évaluation) et ceux qui l'abandonnent (les " drop out ") ou

qui le quittent rapidement. Stark, dans une revue de la littérature (Stark MF. Dropping out of substance abuse treatment : a clinically oriented review. Clin. Psychol. Rev. 12. 1992, pp 93-116) a mis en évidence une cohérence des résultats : par rapport aux abandons, les patients qui terminent le traitement ont une probabilité plus élevée de devenir abstinents, de le rester, c'est-à-dire, d'avoir un taux de rechute moins élevé, d'avoir plus souvent une occupation professionnelle et, aussi, d'être moins souvent arrêtés par la police. Rappelons aussi que dès le début des années 1980, Mc Lellan et al. avaient montré, à partir d'une analyse de 6 études évaluatives, qu'un traitement à long terme s'avérait toujours significativement plus efficace qu'un traitement à court terme (Mc Lellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE, Druley KA. Is treatment for substance abuse effective ? JAMA, 247, 1982, pp 1423-1428). Il s'agit toujours d'évaluations qui prennent en compte les résultats sans faire intervenir des critères économiques tels les coûts respectifs des traitements. A notre connaissance d'ailleurs, cette dimension coûts/bénéfices n'a jamais véritablement été intégrée dans des évaluations thérapeutiques.

Pour résumer, nous constatons que les analyses globales des grandes orientations des soins spécialisés pour les toxicomanes confirment l'efficacité des traitements par rapport à l'absence de soins ou le simple sevrage.

Soulignons aussi l'absence de différenciation entre le traitement de substitution et la prise en charge en communauté thérapeutique, même en ce qui concerne la durée nécessaire des cures pour aboutir à des améliorations significatives.

Il s'agit maintenant d'approfondir l'analyse évaluative de l'apport spécifique de l'orientation psychosociale intégrée au traitement de substitution.

13.1.3. Bénéfices spécifiques de l'approche psychosociale complémentaire au traitement de substitution

Dans le contexte de la prise en charge substitutive aux Etats Unis, nous avons déjà souligné l'organisation pluridisciplinaire du traitement dans des centres ou unités spécialisés. Ceci donne éventuellement la possibilité méthodologique de faire varier la spécificité pluridisciplinaire pour évaluer des effets différentiels. Pour atteindre un niveau adéquat de qualité dans la construction d'une telle évaluation, d'autres conditions du dispositif de recherche sont nécessaires : la randomisation des patients sur chacune des modalités de prise en charge à évaluer. Ceci est rendu possible par l'organisation multi-services du centre avec une procédure de dispatching. On comprend l'importance de l'unité de lieu et d'intervention pour réaliser un tel dispositif. Deuxième condition de qualité méthodologique : la standardisation des modalités thérapeutiques, notamment, à l'aide d'un manuel qui précise les aspects cliniques de la prise en charge et qui permet de lisser les différences entre les thérapeutes ou praticiens qui se succèdent généralement dans la prise en charge pour chaque modalité évaluée.

L'utilisation d'un tel manuel permet donc de tendre vers une cohérence interne de la modalité thérapeutique pratiquée par plusieurs intervenants et donc de l'étudier comme un tout.

Parmi les quelques travaux publiés qui satisfont à ces critères de qualité, le plus important est sans doute la recherche effectuée par Woody et al. qui a donné lieu à de nombreuses publications.

Elle porte sur une comparaison d'un accompagnement standard pour patients recevant un traitement de substitution à la Méthadone avec une prise en charge complémentaire de type thérapie psychodynamique ("supportive-expressive") et avec une thérapie cognitive. Tous les patients ont donc bénéficié de l'accompagnement standard et deux groupes ont reçu en plus ; l'un la thérapie psychodynamique ; l'autre la thérapie cognitive. En moyenne, les patients ont reçu une douzaine de sessions de soutien standard ainsi qu'une quinzaine de sessions de chacune des autres modalités en tout pendant un maximum de 6 mois. Une évaluation des résultats a été réalisée :

- Sept mois après le début de la prise en charge.
(Woody GE, Luborsky L, Mc Lellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman I, Hole A. Psychotherapy for opiate addicts : does it help ? Arch. Gen. Psychiatry. 40. 1983, pp 639-645.
Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP. Corrections and revised analyses for

psychotherapy in methadone maintenance programs. Archives of Gen. Psychiatry. 47. 1990. Pp 788-).

- Un an après (Woody GE, Mc Lellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Twelve months follow-up of psychotherapy for opiate dependence. Am. J. Psychiatry. 144. 1987. Pp 591-596.)

Ces évaluations longitudinales ont toutes mis en évidence que les deux modalités psychothérapeutiques complémentaires ont apporté des améliorations plus importantes que l'accompagnement standard, ceci tant au niveau de l'emploi, les problèmes avec la justice, les symptômes psychiatriques qu'à celui d'une réduction de l'usage d'héroïne mesurée par analyse d'urine.

Cette étude a encore donné l'occasion d'évaluer l'impact des problèmes de santé mentale chez les patients en traitement de substitution.

D'une part, la gravité de la symptomatologie psychiatrique a été mise en relation avec l'efficacité des modalités thérapeutiques avec pour résultat attendu que les patients ayant suivi les sessions psychothérapeutiques et présentant une gravité psychiatrique importante obtenaient de meilleurs résultats, notamment au niveau de l'amélioration des symptômes psychiatriques et de la réduction de l'usage d'héroïne que pris en charge avec l'accompagnement standard du traitement de substitution.

(Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Blaine J, Fox S, Herman I, Beck AT. Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy : The Penn - VA Study. American Journal of Psychiatry, 141, 1984, pp 1172-1179.

Ainsi la démonstration est faite de l'utilité d'adjoindre à des programmes de substitution, dans le contexte américain en tout cas, des modalités psychothérapeutiques, non seulement pour l'ensemble des patients toxicomanes mais aussi chez ceux qui présentent une symptomatologie psychiatrique. Relevons toutefois une publication faite par le même groupe de chercheurs, qui attire l'attention sur les faibles résultats obtenus par traitement psychothérapeutique, dans le cas de patients avec troubles de personnalité, de type sociopathique. Ceci est une donnée bien connue et bien étayée (Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. Arch. Gen. Psychiatry 42, 1985, pp 1081-86).

13.1.4. La qualité des soins de substitution en Belgique

La mise en évidence du rôle de la psychothérapie, comme facteur complémentaire dans l'amélioration de la toxicomanie est-elle applicable au traitement de substitution tel qu'il s'est développé en Belgique ?

13.1.4.1. Confirmation de l'impact positif de l'orientation relationnelle

L'évaluation du traitement réalisé par les praticiens du Réseau d'Aide aux Toxicomanes à Bruxelles (R.A.T.), entre 1989 et 1995 (Ledoux Y., 1997), confirme l'effet positif, déjà à court terme (les premiers six mois de prise en charge) de l'orientation thérapeutique réalisé par cet ensemble de médecins fonctionnant en réseau. Or ce réseau, le premier historiquement, en Belgique, constitue le modèle même d'un traitement de substitution dans lequel l'orientation relationnelle, c'est-à-dire, notamment, le travail d'approfondissement par le praticien des fondements psycho-dynamiques de la toxicomanie chez son patient, est privilégiée.

Autrement dit, la démonstration est au moins faite à la fois en ce qui concerne la capacité de rétention en traitement ("*Evolution de la Retention en traitement de substitution*"), la réduction de l'usage d'héroïne, celle d'autres substances utilisées (cocaïne ou alcool le plus souvent) et surtout l'amélioration au plan psychosocial, qu'une prise en charge en réseau à haut seuil (critères nombreux pour inclusion dans prise en charge et conditions de suivi) mais dans le cadre d'une relation praticien-patient en cabinet privé, répond aux critères de qualité du traitement de la toxicomanie. Une caractéristique particulière de cette prise en charge réside aussi dans la participation au processus thérapeutique de plusieurs travailleurs sociaux dont le rôle est souvent important dans le premier contact avec

le toxicomane et le relais vers le praticien du réseau ou encore la poursuite régulière d'un contact selon la demande du patient. Le modèle à l'œuvre implique donc une orientation psychothérapeutique avec un processus d'admission qui fait intervenir dans un certain nombre de cas, un professionnel autre que le médecin et lui donne ultérieurement un statut spécifique. On peut mentionner que l'une des rares évaluations du traitement de substitution en pratique privée, celle de Wilson P., Watson R. et Ralston en 1994 et parue dans le British Medical Journal "Methadone maintenance on General practice : patients, workload and outcomes" porte sur un mode de prise en charge semblable à celui du R.A.T. -en tout cas en ce qui concerne la triangulation avec un intervenant non médical ("drug counsellor"). Cette étude fournit de façon surprenante un taux de rétention à 6 mois comparable à celui observé au R.A.T., soit 83 %.(au RAT il atteint 89%, voir figure "Evolution de la rétention en traitement en nombres et en proportions par période"). La mesure de la diminution de la consommation d'héroïne en cours de traitement n'est pas identique à celle que nous avons utilisée dans l'évaluation du R.A.T. Elle s'avère toutefois favorable elle aussi.

Ces résultats positifs des analyses de la prise en charge en pratique privée concernent donc une médecine générale qui s'est complexifiée dans son organisation ou qui a adopté une préoccupation relationnelle influencée par la psychothérapie psychodynamique. Nous ne disposons pas, en Belgique, d'évaluations d'autres formes de traitement de substitution en pratique privée. Ceci signifie que la prise en charge substitutive par un médecin généraliste travaillant de façon plus isolée que les exemples précédents n'a pas encore donné lieu à des évaluations. Rappelons les effets positifs de la prise en charge au RAT sur la réduction de la consommation d'Héroïne tels que les précise le tableau suivant :

Une forte réduction de la consommation d'Héroïne est donc atteignable dans les conditions de prise en charge *relationnelle* au Réseau d'Aide aux Toxicomanes.

Tableau n°7: Evolution de la rétention en traitement. En nombre et en proportions par période

Evaluation réalisée fin 1995 sur l'ensemble des patients admis depuis 1989 (sans les patients admis en 1995)

période	nombre	proportion
0 mois	298	100
6 mois	266	89,3
12 mois (1 an)	225	75,5
18 mois	175	58,5
24 mois (2 ans)	142	47,6
30 mois	114	38,0
36 mois (3 ans)	91	31,3
42 mois	63	20,9
48 mois (4 ans)	43	14,2
54 mois	32	10,5
60 mois(5 ans)	16	5,1
66 mois	8	2,4

13.1.5. Le développement de l'orientation substitutive "somatique". Présupposés, bénéfices et problèmes cliniques

- Comment comprendre la prudence des praticiens sur le rôle

de la psychothérapie ?

En Belgique, il y a seulement quelques années (1983-1992), l'utilisation thérapeutique de la Méthadone ne pouvait se concevoir sans un accompagnement psychosocial ou une psychothérapie, soit en centre spécialisé ou, comme nous venons de l'évoquer, en Réseau de praticiens (à partir de 1989).

Actuellement cette position est critiquée dans sa forme la plus psychanalytique (Le traitement à la Méthadone est compris comme une sucette pour attirer le toxicomane sur le divan du psychanalyste) ou alors, on adopte à tout le moins une attitude plus mitigée.

L'évolution depuis 1994, par l'extension de la prescription en médecine générale, a significativement renforcé les praticiens adeptes de cette position, en réduisant la position dominante du discours " psy ". Notons aussi que la tendance " biologique " en santé mentale a certainement gagné du terrain ces dernières années. Bien entendu, l'enjeu professionnel est important. Ne plus faire une telle place au discours psychologisant sur la toxicomanie permet de renforcer la position du médecin généraliste dans le champ toxico-thérapeutique.

Redevenir médecin dans sa prise en charge du toxicomane c'est, par exemple, travailler les pathologies somatiques liées à la toxicomanie. La clinique de toxicomane est ainsi réinterprétée dans une acception non psychologique.

- **Les implications de l'orientation substitutive somatique**

La pratique de la réduction des risques, la création de lieux où le toxicomane peut se " requinquer ", bref, tout ce qui contribue à améliorer l'état de santé et de bien-être du toxicomane, sans se concentrer sur la réduction de l'usage de drogues lui-même, est devenu une orientation clé. Les médecins qui rencontrent régulièrement le toxicomane dans leur cabinet et leur prescrivent de la Méthadone font donc aussi de la **réduction des risques au plan individuel**, sans accoler une telle étiquette sur leur pratique, en améliorant l'état de santé général de leur patient ou en surveillant l'évolution de certaines affections acquises dans le mode de vie toxicomane.

Une autre dimension apportée par la prise en charge en pratique privée, est la possibilité donnée à des **toxicomanes peu désinsérés socialement** d'être suivis médicalement. En effet, des usagers d'héroïne qui maintiennent des liens solides avec la société " conventionnelle " ne souhaitent pas participer à une prise en charge qui les définit comme toxicomanes, les marginalise dans un " ghetto " de soins et impose une réglementation stricte du suivi. Dans ce cas, le cabinet du praticien se situe véritablement en première ligne en accueillant une population qui convient exactement à sa position dans le champ thérapeutique.

réglementaires et consensuelles

13.2.1. Pays-Bas (1995)

Situation à Amsterdam (1995)

(Buning E., Van Brussel G., 1995)

Deux cents des quatre cents médecins généralistes de la ville prescrivent de la Méthadone. Les médecins du Service de Santé Municipal d'Amsterdam les soutiennent et leur conseillent de limiter la prescription de Méthadone à des usagers de drogues relativement stables et de référer les patients difficiles à un programme Méthadone municipal.

Il est conseillé aux médecins généralistes de limiter la prescription de Méthadone à 10 patients par pratique et de limiter la prescription à 500 mg (\pm 1 semaine d'utilisation). Tous les patients qui reçoivent de la Méthadone (délivrée en officine) sont enregistrés dans le système d'enregistrement central Méthadone. Annuellement, 1.250 à 1.500 patients reçoivent ainsi de la Méthadone à Amsterdam, sur prescription d'un médecin généraliste.

En 1990, sur $n = 4.567$ patients avec Méthadone, 22.5 % la recevait par un médecin généraliste ; 2.8 % par le programme Méthadone Jellinek (seuil élevé).

Les programmes du Service de Santé Municipal délivrent de la Méthadone à 2.700 patients, soit 36.4 % du total. Il s'agit de programmes à seuil bas avec stratégies de réduction des risques (échanges de seringues possibles dans tous les centres...). 12.8 % des patients avec Méthadone sont concernés par des programmes municipaux destinés aux prostituées et aux résidents étrangers.

Enfin, le Service de Santé Municipal supervise aussi la délivrance de Méthadone dans les commissariats de police par un médecin attaché au service. Ceci représente 25.4 % des patients avec Méthadone.

13.2.2. France - Situation récente (Facy F. et al., 1996, pp 73-86 ; Wievorka S., 1996, pp 87-94)

La France se distingue depuis plus de 20 ans, par une grande accessibilité de la codéine.

Des dizaines de milliers de toxicomanes ont utilisé de la codéine en France, depuis les années 70.

Le Subutex®, sous un conditionnement différent de Buprénorphine que le Temgésic® utilisé en Belgique, est apparu dans les années 80 en France. Le Subutex® a un conditionnement de 0,4 mg/2 mg/8 mg (7 comprimés) alors que le Temgésic® se présente sous forme de comprimés de 0,2 mg de Buprénorphine.

Le Subutex® est prescrit à 25.000 patients en médecine générale (ou par un médecin psychiatre en pratique privée). La prescription se fait par carnet à souches pour une durée maximale de 28 jours.

On notera qu'il est facile pour un toxicomane d'avoir plusieurs prescripteurs. L'utilisation par injection est aussi fréquente.

En ce qui concerne la Méthadone, l'évolution a été importante depuis 1993 (Rôle des Ministres de la Santé, Messieurs Kouchner et Douste Blazy...). Environ 5.000 patients reçoivent de la Méthadone dans ce pays.

L'initiation du traitement de substitution avec la Méthadone se fait toujours en centre spécialisé. 3.200 patients pour 80 centres. Il est possible d'orienter vers un médecin de famille. La prescription se fait par carnet à souches pour une durée de 7 jours. 1.800 patients reçoivent de la Méthadone par un médecin de famille.

13.2.3. Allemagne. R.F.A. - Situation récente (Weber U., 1997)

Malgré une volonté du gouvernement fédéral de limiter cette pratique, la codéine (capsules de

100 mg) est fortement prescrite par les praticiens. En 1997, 30.000 patients recevaient une prescription de codéine pour plusieurs jours ou même semaines. Elle n'est pas remboursée et, à doses habituelles quotidiennes, elle coûterait à l'utilisateur environ 300 DM/mois (soit plus de 6.000 FB/mois).

De nombreux praticiens s'estiment satisfaits des résultats de cette substitution.

En ce qui concerne la Méthadone les pratiques sont très réglementées.

L'enregistrement des patients est obligatoire.

La Méthadone ne peut être prescrite que par un médecin conventionné et une autorisation est nécessaire.

Elle ne peut être prescrite que si une des conditions suivantes est présente :

- Etat de manque comportant un risque mortel
- Maladie à un stade terminal
- Douleurs nécessitant l'usage d'opiacés
- Maladie grave ou Sida
- Grossesse et accouchement... jusque 6 semaines après l'accouchement uniquement

Si une de ces conditions qui était présente à la prise en charge disparaît en cours de traitement, il doit être interrompu.

On ne peut dépasser 3 jours pour des doses à emporter.

13.2.4. Grande Bretagne - Situation récente (Farrell M., 1995 ; pp 137-152)¹³

C'est le premier pays qui, historiquement, n'a pas limité la prescription de stupéfiants par un médecin généraliste en pratique privée.

L'enregistrement des patients recevant une prescription de stupéfiants est obligatoire.

Tous les types de stupéfiants peuvent être prescrits.

On a beaucoup évoqué la prescription d'héroïne en Grande-Bretagne. Celle-ci est très rare malgré tout.

Par contre, la Méthadone qui est le substitut le plus prescrit, est parfois prescrit sous forme injectable : près de 10 % des prescriptions de Méthadone (Strang J. et al., 1996 ; pp 270-272)¹⁴.

Des stimulants amphétaminiques sont aussi fréquemment prescrits.

Il existe quelques évaluations de la prescription de Méthadone en pratique privée qui mettent en évidence l'intérêt de la démarche, à la fois en cure dégressive et à terme non défini. Nous n'avons pas trouvé d'évaluation de la prescription par injection.

Les praticiens britanniques ont développé la notion de " shared care " qui favorise l'intégration de la première ligne dans le traitement des toxicomanes.

¹³ Farrell M. A review of the legislation, regulation and delivery of Methadone in 12 Member States of the European Union - European Commission - 1995, 165 p., pp 137 - 152.

¹⁴ Strang J., Sheridan J. & Barber N. Prescribing injectable and oral Methadone to opiate addicts. results from the 1995 national postal survey of community pharmacies in England and Wales. British Medical Journal, 313, 1996, pp 270 - 272

13.2.5. Remarques sur la situation de la prescription de stupéfiants dans les pays voisins (France, République Fédérale d'Allemagne, Royaume Uni, Pays-Bas)

Constatons d'abord le seul point commun à une exception près (France) : les traitements de substitution sont soumis à enregistrement. Des informations complémentaires devraient être obtenues sur les spécificités des enregistrements dans chaque pays. Nous ne savons pas dans

quelle mesure il y a respect de l'anonymat du patient. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature scientifique (ou semi-scientifique : par exemple les Newsletters ou bulletins divers) de problèmes suscités par ces systèmes d'enregistrement.

Autre situation peu connue : aux Pays-Bas et en France, le traitement de substitution avec Méthadone n'est jamais initié en médecine générale, mais bien dans un centre spécialisé qui réfère, après stabilisation, vers un médecin généraliste. En Allemagne, la prescription de Méthadone est très fortement soumise à contrôle et autorisation au cas par cas avec des conditions draconiennes.

Enfin, la France et l'Allemagne, malgré les limitations concernant la prescription de Méthadone, ont une tradition d'autres traitements de substitution ; la première, par le Subutex® (dosage plus puissant de Buprénorphine que le Temgesic) et la Codéine pour l'Allemagne.

Le cas du Subutex® a suscité l'intérêt des praticiens belges participant au "Suivi de la Conférence de Consensus" sur la Méthadone. La prescription de Subutex® pourrait être tentée dans des conditions où celle de Méthadone apparaît risquée (tolérance aux opiacés non établie chez le patient) ou aussi dans celles où elle est mal tolérée.

Une expérimentation clinique devrait à tout le moins être tentée.

13.3. Analyse de la littérature scientifique concernant la prise en charge substitutive en pratique générale - Médecins Généralistes et Méthadone

Une recherche par Medline nous a permis d'extraire, de 1964 jusque novembre 1997, un total de 5.884 articles publiés sur la Méthadone.

Dans cet ensemble considérable n'ont été trouvés que 19 articles concernant la prise en charge par des médecins généralistes, par des médecins " de famille " ou leur rôle dans la prescription d'opiacés.

On constate à la lecture du tableau bibliographique que le début des années 90 marque le véritable début de la préoccupation scientifique pour l'utilisation de la méthadone en médecine générale et que plus de la moitié des articles ont été publiés par des Britanniques ou sur une analyse de la situation en Grande-Bretagne. L'absence de publications américaines est à souligner. Cette situation reflète bien entendu le type d'orientation " sur le terrain ", l'offre de soins développée dans chaque contexte national.

Les rares articles avant 1990 étaient quasi tous négatifs vis-à-vis de la prescription de Méthadone en pratique générale. L'article de Bewley T. et Ghodse A.H. était particulièrement symptomatique, en 1983, du mouvement général contre cette orientation.

Après plusieurs années de silence, période où les médecins généralistes expérimentaient dans leur pratique privée, contre une réaction officielle négative, les articles défendant la position du médecin généraliste dans la prise en charge des toxicomanes ont commencé à être publiés en 1990. A deux exceptions près, tous les articles depuis sont une réévaluation positive du rôle du praticien en pratique générale. Les évaluations scientifiques du devenir des patients dans ce type de traitement sont encore rares, comme on le verra plus loin. L'évaluation la plus significative est celle de Wilson P. et al. (1994). Elle met en évidence une forte rétention en traitement (83 % à 6 mois) et une amélioration notable de l'usage d'opiacés illicites.

Il faut reconnaître qu'en Belgique, comme ailleurs, des attitudes plus positives vis-à-vis de la prescription de Méthadone par des médecins généralistes sont apparues, à partir du moment où ceux-ci ont pu bénéficier de formation à la Clinique de la Toxicomanie et organiser, soutenus en cela par les Autorités, une formation continuée par des interventions (Cfr. Programme ALTO, p.ex.).

La répartition par pays et par année de publication est présentée dans le tableau synthétique. Nous indiquons aussi selon la teneur de l'article, s'il s'agit d'une défense du mode de prise en charge par des médecins généralistes ou, à l'autre extrême, d'une critique négative.

Tableau n°8 : synthèse bibliographique

Tableau synthétique du nombre de publications concernant la pratique, par des médecins généralistes, de prescription de Méthadone et appréciation globale de cette pratique

Année	Nbre	Auteur – Pays	Appréciation*
-------	------	---------------	---------------

1976	1	1. Bishop, B.P. et al. • Grande-Bretagne	-
1978	1	1. Manzie, P.P. • Australie □ +/-	+/-
1983	1	1. Bewley T., Ghodse A.H. • Grande-Bretagne	-
1989	1	1. Ege, P.P. • Danemark	-
1990	2	1. Greenwood, J. 2. Cohen J., Schamroth, A. • Grande Bretagne	+ +
1992	5	1. Roland P.J. et al. 2. Leaver E.J. et al. 3. Greenwood J. 4. Cohen J. et al • Grande-Bretagne (4) 5. Drumer O.H. et al. • Australie (1)	+ + + + -
1993	1	1. Bury G. et al. • Irlande	+/-
1994	1	1. Wilson P. et al. • Grande-Bretagne	+
1996	2	1. Strang J. et al. • Grande-Bretagne (1) 2. Plomp H.L. et al. • Pays-Bas (1)	- +
1997	4	1. Olgiati M. et Meili M. • Suisse (1) 2. De Vries H.J. et al.	+ +

	<ul style="list-style-type: none"> • Pays-Bas (1) 	
3. Clausen T.G.		+/-
	<ul style="list-style-type: none"> • Danemark (1) 	
4. Anonymous		+
	<ul style="list-style-type: none"> • Grande-Bretagne 	
* Appréciation positive (+) - Critique négative (-) - Avis contrasté (+/-)		

13.3.1. Présentation synthétique des articles publiés sur le traitement de substitution en pratique de médecine générale

- **Bishop, B.P., Cave G.C., Gay M.J. et Morgan H.G., 1976**

Etude sur 148 usagers de drogues dans la ville de Bristol. 64 % n'étaient pas repris dans le système d'enregistrement du Home Office. L'étude souligne le rôle des casses de pharmacies et les prescriptions de médecins généralistes comme sources d'approvisionnement en drogues des toxicomanes.

Cet article, le premier paru évoquant l'utilisation de la Méthadone par des médecins généralistes, ne le fait que pour mettre en cause ces praticiens, dans un accroissement des problèmes liés à la toxicomanie.

- **Manzie, P.P., 1978**

Présentation "à la première personne". Décrit comme généraliste son expérience d'une consultation de médecine générale dans un service spécialisé dans le traitement de toxicomanes en Australie. Malgré une approche humaniste fort sympathique, ce texte est d'un intérêt relativement anecdotique.

- **Bewley T. et Ghodse A.H., 1983**

Critique de la facilité avec laquelle les médecins généralistes britanniques prescrivent des médicaments stupéfiants : Méthadone, dipipanone-cyclizine (Diconal) et méthylphenidate (Rilatine). Par crainte d'une extension épidémique de la toxicomanie, les auteurs demandent un renforcement du contrôle et que " le système de licence soit étendu à toutes les drogues sous contrôle (controlled drugs) ".

- **Ege, P.P., 1989**

Présentation de l'implication de médecins généralistes au Danemark dans un programme de surveillance de la sérologie VIH auprès de patients en traitement de substitution. Le taux de réalisation de l'enquête (22 % des patients avec Méthadone) a été très faible. La surveillance, par des médecins généralistes, de ce problème est jugée inefficace.

- **Greenwood J., 1990**

Présentation de l'expérience de "**soins partagés**" ("shared care") à Edimbourg, entre un service psychiatrique et des médecins généralistes. Les médecins généralistes peuvent prescrire, dans des conditions contractuelles, de la Méthadone en collaboration avec les services psychiatriques. La progression du SIDA rend le besoin communautaire de

soins coordonnés encore plus important.

- **Cohen J. et Schamroth A., 1990**

(Première) Présentation et évaluation par deux médecins généralistes, de leurs patientèles de patients toxicomanes. Défense de la prise en charge de première ligne des toxicomanes. 85 toxicomanes admis en traitement sur une année. Sur 12 mois, 19 toxicomanes (22 %) avaient décroché de l'héroïne et de toute drogue illicite. 9 patients (16 %) sans emploi à l'admission, avaient retrouvé un travail.

Les auteurs défendent cette orientation aussi sur la base de son coût réduit.

- **Roland P.J., Witcomb J.C., Robertson J.R., Roberts J.J., Shishodia P.C., Whittaker A., 1992**

Analyse de la sérologie VIH chez des patients (n = 432) en pratique générale, de 1981 à 1990. 37 % étaient séropositifs. Sur 191 patients toxicomanes encore en traitement en 1990, 130 recevaient de la dihydrocodéine comme traitement de substitution et seulement 9 de la Méthadone. 47 % continuaient à s'injecter des drogues de façon occasionnelle. Une analyse d'urines a confirmé le passage de l'injection d'héroïne à une polytoxicomanie aux benzodiazépines. 61 patients ont été référés à une infirmière communautaire psychiatrique. Les toxicomanes séropositifs consultaient plus que les séronégatifs (24.9 consultations/15.8 consultations sur l'année).

- **Leaver E.J. et al., 1992**

Analyse d'une patientèle en médecine générale dans le centre de Londres. Comparaison des visites de 28 héroïnomanes en traitement Méthadone et 58 contrôles (patients non usagers de drogues). Les toxicomanes (avec Méthadone) avaient un nombre plus important de consultations (pas de différence pour les visites sans prescription) et recevaient plus de médicaments.

- **Greenwood J., 1992**

Présentation d'un programme communautaire de "Shared care" à Edimbourg et des moyens utilisés pour inciter les médecins généralistes à prendre en charge des toxicomanes.

- **Drumer O.H. et al., 1992**

Etude de 10 décès de patients toxicomanes venant de recevoir depuis en moyenne 3 jours de la Méthadone par un médecin généraliste. La dose initiale était de 53 mg et finale de 57 mg. Les patients avaient tous une hépatite et 5 une broncho-pneumonie. 6 patients sur les 10 avaient une présence d'autre substance dont : alcool (2), benzodiazépines + morphine (2), benzodiazépines (1).


Cette étude souligne les dangers de la prescription de Méthadone au début de la prise en charge lorsque la tolérance n'est pas établie.

- **Cohen J. et al., 1992**

Analyse de la patientèle de médecins généralistes au centre de Londres. 150 toxicomanes sur 2 ans. 111 hommes et 39 femmes. 106 sans emploi. 121 toxicomanes à l'héroïne dont 112 injecteurs. 81 ont achevé une cure dégressive à la Méthadone et 25 ont été stabilisés avec un dosage réduit en attendant qu'une place se libère dans une unité résidentielle.

Les cures dégressives sont gérables en pratique générale.

- **Bury G. et al., 1993**



Analyse par un service de prévention SIDA de Dublin de la fréquentation de 161 toxicomanes chez des médecins généralistes. 68 % avaient consulté un médecin généraliste l'année précédente. 48 % étaient enregistrés comme patients chez un médecin généraliste. 60 des 161 patients ont reçu de la Méthadone du service de prévention. Ces patients avaient une probabilité plus élevée de consulter un médecin généraliste pour une pathologie somatique et moins élevée de recevoir une prescription de Méthadone.

- **Wilson P. et al., 1994**

Analyse de la patientèle de deux pratiques générales à Glasgow (chacune un médecin généraliste et un "drug counsellor"). 46 injecteurs d'héroïne recevant de la Méthadone évalués pendant 18 mois. 29 hommes et 17 femmes. La plupart abusant aussi de benzodiazépines. L'âge moyen était de 29.6 ans. La durée moyenne de l'injection d'opiacés était de 9.9 ans. La durée moyenne de la prise en charge était de 50.7 semaines (\pm 21.1). **La rétention en traitement à 6 mois était de 83 %.**

Au cours de la semaine qui suivait une prescription de Méthadone 78% des consultations se caractérisaient par une absence d'usage d'opiacés illicites (86 % pour une absence d'injection d'opiacés).

Légitimation du traitement de maintenance à la Méthadone en pratique de médecine générale. Notons que le médecin généraliste est aidé par un « conseiller drogue » (assistant social, psychologue ou autres intervenants d'une équipe pluridisciplinaire).

- **Strang J. et al., 1996**

Etude nationale dans 25 % des 10.616 pharmacies britanniques.

Données collectées sur toutes les prescriptions de médicaments stupéfiants. 96 % de 3.846 prescriptions d'opiacés concernaient la Méthadone :

79.6 % sous forme liquide, 11 % en tablettes et 9.3 % pour des ampoules injectables. Un tiers de toutes les prescriptions était à emporter pour la semaine ou la quinzaine.

Comparée à celles des médecins en centres de soins, les prescriptions des médecins généralistes isolés étaient plus fréquentes pour des tablettes et ampoules, à des doses plus élevées et à emporter pour la semaine ou la quinzaine.

Les tablettes étant souvent écrasées, la proportion de Méthadone par injection représente donc environ 20 % de l'ensemble dont la moitié certainement prescrites comme telles.

Les auteurs souhaitent une guidance plus ferme et des recommandations quant aux indications d'une prescription ou d'un usage de la Méthadone en injection.

- **Plomp H.L. et al., 1996**

Présentation du modèle de délivrance de la Méthadone à Amsterdam avec un secteur de soins " à seuil bas " destiné à rencontrer tous les usagers de drogues incapables de gérer leur toxicomanie et de les stimuler à le faire.

Les effets positifs du système sont, notamment la réduction de la mortalité et l'amélioration sur le plan sécuritaire.

Cette orientation est bien acceptée par les autorités et les médecins généralistes. Les auteurs souhaitent cependant une

amélioration des méthodes diagnostiques.

- **Olgiate M. et Meili M., 1997**

Les auteurs défendent la pratique du sevrage ambulatoire pharmacologiquement assisté en médecine de famille. Elle est particulièrement adaptée pour les patients qui ne consomment que de l'héroïne et ont un contexte social relativement stable. Le traitement de substitution à long terme avec un soutien psychosocial dans le cadre d'une relation avec un généraliste est parfaitement valable.

- **De Vries H.J., Van Brussel G.H. et Kanhai K., 1997**

Analyse des possibilités à Amsterdam de référer des toxicomanes des Antilles néerlandaises d'un programme à seuil bas de la municipalité vers des médecins généralistes pour un traitement de maintenance à la Méthadone. Beaucoup moins de toxicomanes issus de ces minorités sont référés vers la pratique générale. 21 % de 141 de ces patients furent évalués comme stabilisés. Ils auraient pu être immédiatement référés vers un médecin généraliste. 18 % étaient aussi stabilisés mais recevaient encore la Méthadone chaque jour ; une fois qu'ils bénéficiaient d'une délivrance hebdomadaire ils pourraient être référés vers une pratique générale. Les autres étaient jugés trop marginalisés pour être pris en charge par un médecin généraliste.

En conclusion, parmi les toxicomanes des Antilles néerlandaises ou du Surinam, 20 % pourraient être référés directement à un médecin généraliste, 20 % après un certain délai et 60 % ne le pourraient pas, du fait d'une trop grande marginalisation.

13.4. Commentaires à l'aperçu de la littérature scientifique sur la Méthadone et la pratique privée du médecin généraliste

La production scientifique concernant la pratique thérapeutique substitutive la plus développée en Belgique depuis quelques années est encore faible. Il existe déjà cependant une confirmation de la faisabilité et de l'intérêt pour des médecins généralistes à prendre en charge des toxicomanes. Ce qui est présenté a trait pourtant à des pratiques qui ne sont, soit, pas majoritaire en Belgique ou encore qui ne se manifestent pas dans un contexte semblable quant aux relations dans le champ toxico-thérapeutique.

Un constat important concerne l'évaluation positive de la prise en charge en médecine générale lorsqu'il existe une participation au processus de professionnels extérieurs associés, telle que l'animation de séances ou "intervision" par des consultants (les "drug counsellors" britanniques). Dans ces rares évaluations de la substitution en pratique privée, l'apport de "drug counsellors", d'une **triangulation de la prise en charge** (patient + praticien + autre professionnel) paraît jouer un rôle important. On aura compris que les pratiques substitutives en réseau avec l'apport extérieur au colloque singulier d'un intervenant psychosocial satisfont pleinement à cette condition.

Peut-on imaginer d'autres solutions plus "légères" qui permettent à des praticiens, avec une pratique plus isolée que ceux qui participent à des réseaux organisés, de bénéficier d'un apport extérieur ? On ne peut en tout cas que conseiller aux praticiens de trouver localement des soutiens professionnels complémentaires. Ici aussi une incitation positive instituée serait la bienvenue.

Mises à part des critiques de la prescription par des médecins généralistes, à replacer dans leur contexte, et l'inquiétude liée aux décès de toxicomanes qui révèlent (entre autres...) une prise de Méthadone, il y a lieu de signaler dans certains pays, la prise en compte du rôle du médecin généraliste **après** une stabilisation du toxicomane acquise par un traitement de substitution réalisé en centre spécialisé. C'est donc la situation qui prévaut chez nos voisins des Pays-Bas. La Belgique est, à cet égard, nettement plus avancée dans la confiance qui a été accordée aux médecins généralistes, d'initier des traitements de substitution.

14. DEPENDANCE A L'HEROINE OU ABUS ?

Un problème non résolu dans l'initiation du traitement de substitution

La **dépendance** à l'héroïne se caractérise par le syndrome de sevrage en cas d'arrêt de la prise de la substance), tandis que l'**abus** consiste en l'utilisation excessive qui ne suscite pas le manque lorsque l'usage s'arrête). La quantification du rapport existant entre la dépendance et l'abus est-elle possible dans une population de toxicomanes demandeurs de soins ?

14.1. Le Résumé Clinique Minimum (RCM) hospitalier et la distinction dépendance ou abus ¹⁵

Cette distinction est opérée depuis plusieurs années dans le Résumé Clinique Minimum (RCM) qui est actuellement encore utilisé dans tous les services cliniques des Hôpitaux Généraux. Depuis avril 1996, le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) est d'application dans tous les Hôpitaux Psychiatriques ainsi que les Services Psychiatriques des Hôpitaux Généraux.

¹⁵ Rapport RCM, Ministère de la Santé Publique, 1995.

Voir aussi: Hospitalisations liées aux drogues dans les hôpitaux belges. RCM - RPM flash. Nov. 1998. 8p

Le tableau suivant précise pour l'année 1995, le nombre d'hospitalisations avec un diagnostic de dépendance (principale ou associée) ou d'abus (principal ou associé) dans le cas d'opiacés (il n'est pas spécifié lequel), en distinguant s'il s'agit d'un séjour psychiatrique ou d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie ou médico-chirurgical.

Tableau n°8 : Hospitalisations d'usagers d'opiacés, avec diagnostic d'abus ou de dépendance, dans les services hospitaliers belges en 1995, classées selon la catégorie d'hospitalisation et le type d'abus ou de dépendance

Hospitalisations ¹⁶ d'usagers d'opiacés ¹⁷ , avec diagnostic d'abus ou de dépendance, dans les services hospitaliers belges en 1995, classées selon la catégorie d'hospitalisation et le type ¹⁸ d'abus ou de dépendance				
Type de dépendance	Hôpital Général		Séjour psychiatrique	
	n	%	n	%
Dépendance principale	485	24.4	2.927	67.1
Dépendance associée	1.300	65.5	835	19.2
Total dépendance	1.785	89.9	3.762	86.3
Abus principal	55	2.8	292	6.3
Abus associé	145	7.3	305	7.
Total abus	200	10.1	597	13.7
Total général	1.984	100	4.359	100

¹⁶ Il ne s'agit donc pas de patients différents. Le même patient peut avoir été enregistré plus d'une fois au cours de l'année.

¹⁷ Nous ne présentons que les hospitalisations pour lesquelles il y a certitude d'usage d'opiacés. 2.210 admissions en **Psychiatrie** ont concerné une drogue " non spécifiée", 2.176 admissions avec une polytoxicomanie, 1.476 avec un usage de cannabis et 471 admissions avec un usage de cocaïne. Soit avec les opiacés, un total de 10.881 admissions dans un service ou un hôpital psychiatrique. Dans les services de médecine, le nombre d'hospitalisations dont le type de drogue utilisée n'est pas spécifié est encore plus important : n = 3.927, les autres drogues prises dans leur ensemble sont présentes pour 4.610 hospitalisations.

Avec les opiacés, les hospitalisations en médecine totalisent donc 6.594 hospitalisations. Il y aurait donc eu, toutes drogues confondues, 17.475 hospitalisations dans les hôpitaux belges.

¹⁸ La distinction principale/associée reflète le motif de l'hospitalisation.

Le tableau permet de préciser la proportion de patients hospitalisés avec un usage d'opiacés dans les hôpitaux belges qui ont été diagnostiqués avec soit une dépendance ou un abus d'opiacé. Un total de 13.7 % d'abus d'opiacés est diagnostiqué en Service psychiatrique et 10.1 % dans les autres services de l'Hôpital Général, parmi l'ensemble des hospitalisations avec usage d'opiacés chez le patient. Pour l'ensemble des hospitalisations d'un consommateur d'opiacés en Belgique, le taux d'abus de la substance est de 12.6 %. On observe donc entre 1 patient sur 7 et 1 patient sur 10 parmi les consommateurs d'opiacés à présenter une situation d'abus et non de dépendance. C'est dans les services psychiatriques que le taux d'abus chez les usagers d'opiacés est le plus élevé, alors qu'on aurait fait l'hypothèse que la dépendance y serait plus prévalente qu'en médecine. Peut-être y a-t-il là un signe d'un diagnostic d'abus plus difficile à poser en médecine, une tendance à surestimer la dépendance. Ces résultats du RCM nous permettent donc de mettre en garde les praticiens de ne pas considérer tous les usagers d'héroïne comme dépendants en proposant une estimation d'un patient sur dix ou même sur sept qui serait plutôt un abuseur¹⁹ d'héroïne. **Le risque de créer une dépendance à la Méthadone chez un usager excessif d'héroïne ne doit donc pas être sous-estimé.**

¹⁹ Le terme abuseur n'est pas idéal. Dans les pays anglo-saxons, la tendance est d'abandonner le terme "abuse" au profit de "misuse". Parler d'usage excessif ou d'usage problématique serait sans doute préférable.

14.2. Comment prévenir des risques d'overdoses plus importants pour les usagers excessifs ?

Comme rien n'est simple lorsqu'on progresse dans la compréhension de la toxicomanie, il nous est nécessaire de mettre en évidence une situation paradoxale à première vue : en comparant les effets de l'usage excessif et de la dépendance, on constate que l'abus paraît entraîner un risque de surdosage nécessitant une hospitalisation, une réanimation, plus grand que celui attendu.

Le RCM nous fournit, pour l'année 1995, les caractéristiques suivantes des admissions en réanimation des usagers d'opiacés et des autres catégories reprises dans les enregistrements.

Tableau n°9 : Surdosages en réanimation (nombres absolus) en Belgique en 1995

Surdosages en réanimation (nombres absolus) en Belgique en 1995					
	Dépendance principale		Abus principal		TOTAL
Opiacés	51	79.7%	13	20.3%	64 39.6%
Autre substance	5	38.5%	8	61.5%	13 4.7 %
Substance non spécifiée	23	19.3%	86	80.7%	119 60.7%
TOTAL	79	40.3%	117	59.7%	196 100 %

La proportion d'usagers excessifs d'opiacés parmi les surdosages en réanimation est deux fois plus importante que celle des usagers excessifs hospitalisés. Il est probable, par ailleurs, que la proportion réelle est encore plus importante étant donné celle observée dans la catégorie substance non spécifiée qui doit certainement comprendre de nombreux usagers d'opiacés.

Ce constat du risque d'overdose chez les usagers excessifs d'opiacés est à mettre en parallèle avec des résultats d'études sur la mortalité des toxicomanes. Plusieurs auteurs ont, en effet, mis en évidence un risque d'overdose chez des usagers encore au début de leur carrière toxicomane (Reuband K.H., 1980).

Un usager d'opiacés encore peu expérimenté, usager excessif non (encore) dépendant, est aussi fragilisé face à un surdosage. Ne devrait-on pas considérer, dans ce cas, la prescription de Méthadone comme une stratégie de réduction de ce risque qui devrait surclasser toute autre considération telle que la création d'une

dépendance ? Posé en ces termes, le dilemme serait incontournable si la panoplie pharmacologique n'offrait pas la possibilité au praticien de recourir à l'autre médicament substitutif proposé dans la Conférence de Consensus, la Buprénorphine. Ce médicament, peu prescrit en Belgique et qui mérite une attention particulière des praticiens trouve dans la situation d'un abus d'opiacés sans dépendance une excellente indication, les risques de susciter une dépendance sont, en effet, fortement réduits par rapport à la prescription de Méthadone.

- **Le problème clinique de la nécessaire dépendance du toxicomane**

Cette situation de première ligne de la prise en charge des toxicomanes pose cependant deux problèmes importants quant à l'initiation du traitement de substitution. L'état de dépendance à l'héroïne est une condition indispensable et un usager d'héroïne non dépendant ne doit pas recevoir de Méthadone puisque, dans ce cas, il y aurait création d'une dépendance à un opiacé - la Méthadone - et non un traitement de substitution, puisque il n'y avait pas préalablement un état de dépendance à l'héroïne. Une toxicomanie iatrogène doit bien entendu être évitée. Notons que les patients souffrant de maladies très douloureuses auxquels il est prescrit un opiacé de synthèse pour soulager la douleur, ne deviennent pas dépendant de la substance en règle générale. Si la dépendance s'installe, elle est liée à la fréquence élevée de l'usage mais aussi à la rencontre avec une personnalité prédisposée à devenir toxicomane. Dans le cas de l'usager d'héroïne ou, d'ailleurs, d'un autre opiacé puissant, qui a gardé une certaine autonomie par rapport à la substance, le fait de prescrire quotidiennement une délivrance de Méthadone entraînerait immédiatement l'instauration d'une dépendance. Ce qui doit être évité, d'autant plus, que se sevrer de la Méthadone est considéré, par certains praticiens, comme plus long et pénible que se désintoxiquer de l'héroïne

20

²⁰ Cette difficulté du sevrage vis-à-vis de la méthadone est évoquée par de nombreux praticiens. Nous n'avons pas trouvé de référence scientifique à une étude comparant l'inconfort vécu par un patient en sevrage de la méthadone ou de l'héroïne.

Un problème se pose cependant dans la pratique clinique à **déterminer avec certitude si le patient** qui effectue sa demande **est dépendant** ou non de l'héroïne (ou d'une autre substance psychotrope opiacée). Aucun instrument diagnostique fiable n'est utilisé à ce jour par les praticiens belges. Les analyses d'urine, utilisées uniquement pour toute prise en charge clinique d'un traitement à la Méthadone, fournissent la vérification d'un usage récent d'héroïne. Elles ne confirment aucunement une dépendance. Leur intérêt est plutôt d'ordre méthodologique : pour vérifier les déclarations de patients lors de l'évaluation du suivi de la prise en charge. Elles sont aussi utilisées pour stimuler l'abstinence dans des contextes de prises en charge spécifiques. Par ailleurs, les analyses d'urines semblent très rarement utilisées par les praticiens belges. Dans ces conditions, quelles sont les possibilités du praticien pour vérifier l'état de la dépendance de l'héroïne de son patient avant de lui prescrire de la Méthadone ? Certes, une anamnèse est réalisée et dès le premier entretien, de nombreuses informations peuvent être fournies par le patient. La prescription de Méthadone, dès la première consultation, est certainement devenue, dans le contexte actuel de l'assouplissement des prises en charge, la situation majoritaire. L'évaluation de la dépendance doit donc être rapide. Il est en effet difficile d'envisager -encore une fois dans le contexte actuel- de demander au médecin de voir le demandeur pendant plusieurs rendez-vous avant de prescrire la Méthadone. **Le nouveau paradigme de la prise en charge, l'adéquation à la situation individuelle du demandeur de soins toxicomane**, est toujours de mise ici. Le praticien doit évaluer le risque en ne prescrivant pas immédiatement, par rapport à celui de prescrire dans l'urgence à un usager de drogues non dépendant. La résolution de ce dilemme, proposée par le groupe de travail, consiste de façon pratique à ne prescrire pour le premier jour qu'une dose faible de 30 mg et de vérifier l'effet chez le patient. De fait, si le patient déclare avoir dormi plusieurs heures ou ressenti une grande somnolence, on peut être assuré qu'il n'y a pas de sévère dépendance. Quitte alors au médecin de modifier son approche pharmacologique. Il y a ainsi, dans cette situation spécifique, une indication de prescription de Buprénorphine, ce psychotrope combinant des effets agonistes et antagonistes aux opiacés.

Par ailleurs, le consensus de 1994 rappelle qu'une prescription de Méthadone nécessite chez le patient au moins un an de dépendance. On aura compris de ce qui précède, qu'une vérification rigoureuse de cette durée de dépendance n'est pas envisageable. Il faut donc s'en référer aux déclarations du patient. La mesure de la durée de la dépendance s'avérant délicate, il est certainement plus simple de se fonder sur la durée de l'usage. Il suffit que le toxicomane indique l'âge ou l'année de sa première consommation d'héroïne. Mais quel est le délai de l'usage avant la dépendance ? L'expérience des enquêtes épidémiologiques (qui se fondent elles aussi sur l'interview du toxicomane) montre que l'écart entre l'usage et la dépendance est extrêmement variable d'un individu à l'autre. Le délai moyen d'accrochage se situe autour de 12 mois. Si la recommandation du Consensus est maintenue à 1 année de dépendance avant d'initier un traitement de substitution, on peut conseiller de ne prescrire qu'à des toxicomanes avec au moins deux ans d'usage d'héroïne.

Une autre approche quantitative du problème de la prescription de Méthadone initiée à un patient dont la dépendance n'est pas avérée, est d'analyser l'écart qui sépare le premier usage d'héroïne et le premier usage de Méthadone. Le système d'enregistrement de Charleroi, sous la responsabilité de la coordination drogue, nous a permis (avec l'aide de Melle Isabelle Goelens) de réaliser une telle analyse.

14.3. La latence du premier usage de Méthadone

Combien d'années séparent le premier usage d'héroïne du premier usage de Méthadone ? L'exemple des enregistrements " sentinelles " de Charleroi

L'analyse des substances utilisées par les demandeurs de soins à Charleroi dans les centres spécialisés et un échantillon de médecins généralistes permet de préciser l'âge de début de l'usage de Méthadone et d'héroïne. Parmi l'ensemble des demandes enregistrées, 345 demandeurs de soins en 1996 avaient déjà utilisé la Méthadone. Nous avons tenté de mettre en évidence pour ces patients combien d'années séparaient l'utilisation de ces deux substances. Il s'agit bien ici de l'usage et non de l'accrochage ou la dépendance.

Le tableau n°10 " Nombre d'années séparant le premier usage de la Méthadone de celui de l'héroïne " présente cette latence par catégories d'années. Près de un patient sur cinq (19 %) a pris pour la première fois de la Méthadone 2 ans après l'héroïne. Il s'agit de la catégorie modale. 63 % des patients ont débuté une substitution au moins 3 ans après l'héroïne.

Par contre, 11 % des usagers de Méthadone ont commencé à utiliser seulement 1 an après, 6 % l'ont fait dans la même année et 1 % a pris de la Méthadone avant de prendre de l'héroïne.

Nous constatons donc que *18 % des usagers de Méthadone ont commencé à prendre ce médicament 1 an ou moins après l'héroïne.*

Un usager sur un peu plus de 5 a, semble-t-il, entamé une substitution trop précocement, c'est-à-dire, avant que ne s'instaure un état de dépendance, selon les critères établis dans le Consensus. Ici nous constatons une année d'usage avant la substitution par la Méthadone pour une proportion non négligeable de patients. Deux remarques de prudence dans l'interprétation des résultats doivent être avancées avant de conclure à une dérive.

Tout d'abord, la population étudiée n'est pas uniquement en traitement de substitution, puisque il s'agit des demandeurs de soins en 1996 dans 9 centres spécialisés dont des prises en charge résidentielles. Ceci a pour implication que certains demandeurs sont sans doute en échec d'un traitement de substitution.

Tableau n°10 : Nombre d'années séparant le premier usage d'héroïne de la Méthadone

Demandeurs de Soins à Charleroi en 1996
% par année ou période de latence
Etude « Sentinelles » à Charleroi

--	--

Période	Pourcentage (n = 345)
Avant héroïne	1
Ensemble	6
1 an après	11
2 ans	19
3 ans	13
4 ans	13
5 ans	9
6 ans	8
7 ans	5
8 ans	4
9 ans	4
10 ans et +	7

En effet, l'usage de Méthadone dans le passé n'est pour la plupart des personnes en contact de soins, pas rattaché thérapeutiquement à la prise en charge actuelle. Nous n'évaluons aucunement la prescription ou le traitement de substitution actuel des centres, mais une situation antérieure vécue par les patients. Cette situation, pour beaucoup, n'est pas particulièrement favorable puisqu'ils sont toujours en demande de soins. Bref, l'échantillon bien que représentatif de l'ensemble des demandes au cours de l'année 1996 à Charleroi dans les centres spécialisés, induit une sur-représentation des "déchus" de la Méthadone. Plusieurs centaines de patients en traitement de substitution dans cette région ne sont, en effet, pas inclus dans l'échantillon. Il est donc envisageable que des demandeurs de soins de la population étudiée qui n'ont pas bénéficié d'une prise en charge substitutive optimale, aient été sur-représentés.

Ceci dit, une deuxième remarque concerne le début de l'usage de Méthadone : a-t-il toujours eu lieu avec prescription médicale ? Si une question dans le système d'enregistrement concerne le fait d'avoir déjà utilisé la Méthadone sans prescription médicale, il n'est pas possible de vérifier si l'initiation à la Méthadone s'est produite avec ou sans prescription médicale. **Il est possible qu'un certain nombre de ces toxicomanes très ou trop précoces dans leur usage de Méthadone, l'aient fait sans être suivis par un praticien.**

15. QUELLE RETENTION EN TRAITEMENT ?

Le développement de la prise en charge substitutive en médecine générale a donc relégué le statut, pourtant positivement évalué, de la psychothérapie ou du "relationnel" à l'arrière-plan des préoccupations plus générales de l'état de santé du patient. Est-ce provisoire ? Peut-être assistera-t-on à un "retour du refoulé" si des problèmes majeurs apparaissent dans la prise en charge des toxicomanes, par exemple, qu'une grande instabilité des patients se manifeste avec la difficulté pour le praticien de maintenir une relation d'une durée suffisante. Pour l'instant, aucun élément objectif ne vient étayer cette possibilité, l'absence d'évaluation à cet égard nous laissant dans l'expectative. Nous faisons prudemment l'hypothèse d'un taux de rétention inférieur à celui des autres formes plus pluridisciplinaires ou orientées vers la psychothérapie, sans toutefois nous situer à un niveau tel qu'il faille conclure à une prise en charge dans l'incapacité de garder le patient. Cette hypothèse, nous la formulons à partir d'une évaluation pilote réalisée sur base d'un échantillon non représentatif d'une seule officine et de 50 patients. C'est justement pour la formulation d'hypothèses que ce genre d'études pilotes ont leur intérêt.

A titre exploratoire, en collaboration avec un pharmacien²¹ de Farciennes très motivé, nous avons suscité une analyse d'un petit échantillon de 50 patients fréquentant ou ayant fréquenté depuis 4 ans cette officine, recevant de la Méthadone. Il apparaît que 19 patients sur 50 ne restent pas plus de 6 mois en traitement de substitution (38%). La rétention à 6 mois serait donc de 62 %. La période névralgique, entre 0 mois et 3 mois, a le nombre d'abandons de cure le plus élevé : 17/50.

Si ce taux de rétention se confirme sur un échantillon significatif, nous nous situerions en-dessous des

niveaux considérés comme excellents.

Rétention globalement moyenne à 6 mois, avec taux d'abandon élevé au cours des premiers mois et, à l'autre extrême au contraire, un pourcentage élevé de patients qui restent plus d'un an, soit 25/50 ou 50 %. Une particularité dans ces situations où la prise en charge s'avère maintenir le patient pour une durée respectable, c'est l'importance des périodes d'interruption : 12/28 patients restés plus d'un an ont eu une interruption de traitement pour une durée moyenne d'interruption de 1 an (de 159 jours à 654 jours).

Par ailleurs, 5 patients sur 50 ont changé de médecin au cours de période. Un total de 14 médecins avaient pris en charge les 50 patients évalués.

Notons que ce résultat, moyen par rapport aux évaluations faisant état, dans la littérature scientifique, de plus de 80 % de rétention à 6 mois, n'est pas représentatif. Cette évaluation concerne une pharmacie qui n'est pas située en zone fortement urbanisée et on peut faire l'hypothèse que le maintien en traitement du patient est plus fort que dans le cas des zones plus urbanisées. Les conditions présentées ici constitueraient dès lors une situation plus optimale que la moyenne.

²¹ Pharmacien J.P. Brohée. Président de l'Union Royale Pharmaceutique de Charleroi.

16. ANALYSE D'ENQUETES REALISEES EN BELGIQUE SUR LA METHADONE DEPUIS LA CONFERENCE DE CONSENSUS

16.1. Exemple de programme de réduction des risques à Bruxelles organisé par " Modus Vivendi "

f. hariga, operation sterifix, 1996-1997 : Février 1998. 18 pages
Rapport non publié.

Enquête sur la délivrance d'une pochette avec 2 seringues et matériel de désinfection auprès de 511 pharmaciens dont 157 officines à Bruxelles (Communes d'Anderlecht, Molenbeek, Forest, Saint-Gilles, Saint-Josse et Schaerbeek) et les facteurs de limitation de la distribution ainsi que des propositions pour y remédier.

Depuis 1996 un total de 42.051 seringues ont été distribuées dans ces pochettes dont 31.530 en pharmacies et 10.421 par le comptoir d'échanges du CCLA.²²

²² Le nombre de Stérifix vendus par mois dans l'ensemble des pharmaciens est de 1.300 par mois, soit 2.600 seringues et 452 pochettes, soit 904 seringues par mois dans le comptoir d'échange.

Le nombre de seringues vendues par mois dans ces pharmacies est en moyenne de 26 par mois. Le taux de participation des pharmaciens dans les communes concernées est de 34 % et varie de 17 % (St-Gilles) à 59 % (Forest). La pochette est généralement vendue 20 FB, sauf au tarif de garde où une surcharge de 150 FB est appliquée.

L'accès de nuit est un problème majeur mentionné par les utilisateurs. 76 % des pharmaciens estiment qu'un comptoir d'échange de nuit en dehors des pharmacies est une bonne idée, 92 % ne veulent pas d'un distributeur de seringues devant leur pharmacie.

86 % des pharmaciens qui ont commencé à participer continuent le programme. " Ils estiment qu'il s'agit d'un moyen de remplir leur rôle d'acteur de santé publique²³ ". On notera que 56 % des pharmaciens proposent spontanément la pochette à leurs clients. 57 % sont prêts à distribuer du matériel d'information et de prévention et 21 % d'installer un récupérateur de seringues dans leur officine.

²³ F. Hariga. Op. Cit. p.9

La pochette Sterifix est bien connue des usagers. Selon deux enquêtes " boule de neige " auprès de toxicomanes par injection en dehors de lieux de soins (n = 191 en 1996 et n = 76 en 1997) plus de _ le connaissent, avec même 58 % des usagers de drogues injecteurs qui n'ont jamais été en contact avec " boule de neige ".

Cette connaissance de la pochette se reflète aussi dans le comportement d'achat des usagers puisque 30 % dans le groupe des usagers de drogues injecteurs qui n'ont pas été en contact avec l'opération " boule de neige " l'ont déjà acheté. Il est utile de préciser que la pochette revient plus cher que l'achat de seringues lorsque on les achète par dix.

Les raisons évoquées par les usagers de drogues injecteurs pour l'achat sont majoritairement la réduction des risques de transmission du SIDA et les hépatites.

16.1.1. Relation entre les toxicomanes et les pharmaciens

Lors des enquêtes auprès des toxicomanes réalisées par l'A.S.B.L. " Modus Vivendi ", ceux-ci estiment que leurs rapports avec les pharmaciens se sont sensiblement améliorés, que le Stéfix rend l'achat de seringues en pharmacie plus aisé, qu'ils ont moins honte de demander des seringues et que cela facilite le dialogue avec les pharmaciens ²⁴.

²⁴ Page 13. Cette dernière attitude négative est cependant clairement minoritaire. Plus d'un tiers des pharmaciens sont même extrêmement favorables à la présence de toxicomanes dans leur officine.

L'enquête réalisée fin 1997 dans les 511 pharmacies fournit une image contrastée de l'attitude des pharmaciens.

A la question générale " Avez-vous beaucoup d'usagers de drogues qui fréquentent votre officine ?" seuls 29 % répondent non et 4 % ne savent pas. Deux tiers des pharmaciens bruxellois rencontrent donc " beaucoup " d'usagers de drogues.

Même si cette question est une formulation aussi qualitative, la réponse des pharmaciens bruxellois met en évidence l'importance de l'officine comme lieu de passage des toxicomanes et donc le rôle potentiel des pharmaciens pour établir un contact avec cette population.

Le fait que les pharmaciens constatent que beaucoup de toxicomanes fréquentent leur officine peut aussi être interprété de façon moins positive, car le pharmacien n'est pas nécessairement satisfait de cette situation. Il était donc important de poser la question crûment : " Je ne souhaite pas avoir d'usagers de drogues dans l'officine ". A cette affirmation, 27 % répondent par oui (16 % plutôt vrai et 11 % tout à fait vrai) et 12 % supplémentaires ne se prononcent pas. Par contre, à l'opposé, 34 % refusent tout à fait cette affirmation et 26 % la refusent par un " plutôt faux ". L'attitude des pharmaciens qui se dégage est donc complexe avec un spectre assez large depuis une forte ouverture jusqu'à une nette exclusion.

Ce résultat met en évidence le rôle clé que le pharmacien est en mesure de jouer dans la prise en charge des toxicomanes. Lorsqu'une mesure préventive ou une information doit toucher le milieu des toxicomanes, le meilleur portier serait donc le pharmacien dont globalement l'attitude semble ouverte vis-à-vis de cette population.

Tableau n°11 : opinion des pharmaciens

Je ne souhaite pas avoir des usagers de drogues dans l'officine				
Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Tout à fait faux	Sans réponse
11	16	26	34	13
27		60		13

L'enquête concerne les officines bruxelloises uniquement. Il n'existe pas d'étude nationale mais des éléments peuvent être retirés de travaux réalisés en Province de Liège. Il n'est pas impossible que la situation apparaisse contrastée selon les régions. Par ailleurs, de façon conjoncturelle (p.ex. en fonction d'événements locaux) l'attitude des pharmaciens peut évoluer. Nous ne possédons pas d'évaluation réalisée il y a quelques années, il est cependant probable que l'extension de la prise en charge substitutive avec le développement de la délivrance de Méthadone a modifié, en l'assouplissant, l'attitude du pharmacien d'officine. De plus, lorsque l'on considère les résultats de l'enquête à Bruxelles, l'espoir d'une évolution de l'attitude vers encore plus d'ouverture des pharmaciens doit être envisagée. En effet, à l'affirmation " La réduction des risques c'est le rôle du pharmacien ", 84 % des pharmaciens marquent leur accord (41 % en déclarant que c'est tout à fait vrai et 43 % plutôt vrai) ; seulement 8 % répondent par la négative et 8 % ne savent pas.

Une certaine marge de manoeuvre subsiste donc encore pour que des pharmaciens qui ont

intégré leur rôle d'acteur de santé publique dans les problèmes de toxicomanie, marquent encore plus d'ouverture dans la rencontre des toxicomanes sur leur lieu de travail.

L'enquête Sterifix fournit une évaluation très positive de ce programme important de réduction des risques. Le nombre de seringues vendues est important, les usagers de drogues ont une bonne connaissance du programme et, au delà de cet impact direct, un tel programme permet de favoriser la rencontre entre les toxicomanes et les pharmaciens. Ce faisant il améliore encore la prise de conscience et la motivation des pharmaciens à jouer un rôle actif dans la prise en charge sociale de la toxicomanie et, de façon très concrète, dans la réduction des risques liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse.

16.2. Etude Alto Hépatite C - Toxicomanie.

- News : Etude Alto Hépatite C - Toxicomanie. Décembre 1997. 9 pages.
- News : Etude Alto Hépatite C - Toxicomanie. (sans date). 6 pages.

Etude réalisée en collaboration entre deux généralistes et deux gastro-entérologues bénéficiant du soutien de deux médecins de liaison qui assurent le relais avec les généralistes et du soutien logistique de la firme Schering-Plough et de ses délégués.

L'étude porte sur le suivi de patients toxicomanes positifs pour l'hépatite C et sélectionnés parmi les patients (\pm 2.800 toxicomanes) séropositifs (\pm 1.140 positifs pour l'hépatite C) chez environ 629 généralistes.

Un questionnaire psychosocial est antécédent à l'inclusion du patient dans l'étude qui dépend aussi du commun accord du médecin généraliste et du patient ainsi que de critères biologiques d'éligibilité.

En décembre 1997, 241 formulaires psychosociaux étaient rentrés et 23 patients étaient traités dans le cadre de cette étude en cours de réalisation.

Le faible taux de réponse des formulaires psychosociaux est lié, semble-t-il, à des critiques émises par des médecins généralistes quant à son contenu considéré comme intrusif dans la vie privée du patient.

16.3. Enquêtes en médecine générale (" Seuil bas ")

La prise en charge de patients toxicomanes par un médecin généraliste en pratique privée s'est développée depuis quelques années en Europe. L'assouplissement des modalités de cette prise en charge est exceptionnelle en Belgique²⁵. Si l'orientation qui a été prise dans notre pays s'avère efficace, à la fois dans l'amélioration de l'état de santé général du patient et vis-à-vis de la réduction de l'usage d'héroïne et/ou d'autres psychotropes, il est certain que l'intérêt ne manquerait pas d'être suscité au plan international, par ce qu'il faudrait alors impudiquement qualifier de " modèle belge " dans le traitement de substitution. Encore faut-il pour atteindre une telle reconnaissance que des évaluations impeccables d'un point de vue méthodologique mettent en évidence des améliorations sensibles chez les patients des médecins généralistes. Le bref aperçu des quelques enquêtes disponibles donne une image encore imparfaitement claire de la situation.

²⁵ Sauf la Grande-Bretagne, aucun pays ne permet une telle prise de responsabilité du praticien dans la prescription de méthadone.

Dans le cas de l'évaluation du Réseau d'Aide aux Toxicomanes (R.A.T.) nous pensons tenir une enquête saine quant à sa méthodologie et démontrant une forte rétention en traitement, une réduction importante et rapide de l'usage d'héroïne et une amélioration parallèle de la situation sociale du patient. Toutefois, nous tenons à préciser que la prise en charge au R.A.T. se qualifie comme traitement à seuil élevé tout en étant réalisé en médecine générale. L'insistance mise sur l'approfondissement de la relation, sur une approche qu'il faut désigner comme analytique (chez certains thérapeutes du réseau en tout cas) ne nous permet pas d'extrapoler ces résultats très positifs à l'ensemble des traitements de substitutions réalisés en pratique de médecine générale en Belgique. D'autre part, et certains esprits pragmatiques y verront plutôt la véritable différence avec la pratique qui s'est développée depuis quelques années : il s'agit d'une prise en charge en réseau ce qui implique non seulement une intervision clinique active mais aussi la participation au processus de prise en charge, de plusieurs travailleurs sociaux qui permettent, à certains moments clés du suivi, une triangulation de la relation et un soutien pratique dans une aide sociale et administrative du patient. Ces membres du personnel jouent, entre autres, le rôle de ces " drug counsellors " qui, dans le champ substitutif anglo-saxon, ont été mis en valeur dans les évaluations cliniques.

Ce qui nous manque encore, c'est une évaluation (p.ex. parmi les médecins du réseau " Alternative à la Toxicomanie " " ALTO ") du traitement de substitution auprès d'un échantillon représentatif des médecins de la nouvelle vague " à seuil bas " qui exercent de façon relativement isolée et qui sont apparus dans le champ du traitement de substitution belge depuis quelques années seulement. Malheureusement -mais cela s'inscrit évidemment dans la tendance re-médicalisante du moment- ces praticiens se sont orientés vers l'analyse des pathologies associées chez leurs patients toxicomanes et non vers l'évaluation clinique du devenir (usage de drogues, insertion psychosociale, déviance, qualité de vie ou réduction de carences psychologiques, par exemple). Nous espérons que le tir sera corrigé dans l'intérêt même de la légitimation de ce type de prise en charge.

16.3.1. Enquête :Parentalité et toxicomanie où il est question de parentalité, d'exclusion et de précarité des toxicomanes pris en charge en médecine générale

Jacques C. Toxicomanes et Parentalité : enquête réalisée auprès des médecins généralistes francophones accompagnant des usages de drogues. 1997, 7 p.

L'enquête s'est déroulée d'octobre 1995 à juin 1996

Echantillon de 515 patients en médecine générale.

84 médecins généralistes avec 6.1 questionnaires par praticien.

16 médecins ont reçu en centre 77 patients.

L'objectif est d'analyser la parentalité et l'exclusion ou marginalité vécue par ces patients.

Description des patients :

- 78 % d'hommes et 22 % de femmes
- L'âge moyen est de 27 ans
- Le niveau d'études est faible. Seulement 31 % ont réussi le secondaire supérieur ou plus. 25 % n'ont pas réussi un niveau après les primaires (7 % n'ont pas réussi les primaires).

Les patients ont débuté leur toxicomanie à 19 ans et ont donc une durée de dépendance de 5 ans en moyenne.

Durée de la prise en charge au moment de l'enquête

Elle est de 11 mois.

La durée du traitement s'est allongée en moyenne par rapport à l'enquête réalisée en 1994 auprès des médecins généralistes de ALTO (± 1 an , auparavant, la durée moyenne de prise en charge était de 5 mois). L'évolution de la prise en charge par des médecins généralistes semble donc être une fidélisation de la patientèle. Ceci constitue un indicateur de la rétention en traitement (qui n'a pas été mesurée comme telle).

Caractéristiques de la parentalité

La famille d'origine :

- Seulement 58 % des patients ont été élevés par les deux parents ensemble jusqu'à l'âge de 18 ans.
- 24 % ont été élevés par un des deux parents
- 18 % par aucun des deux parents (au moins pour une certaine durée avant l'âge de 18 ans).

Comme le constate Christian Jacques (p. 6) : " Les sauts générationnels (enfant élevé par les grands-parents) paraissent très fréquents dans les familles de toxicomanes. De toute évidence, l'histoire familiale et le regard social se conjuguent pour instabiliser les usagers de drogues dans leur rôle de parents ".

Parentalité des patients :

- 40 % des patients vivent en couple
- 31 % des patients ont au moins un enfant (27 % des hommes et 46 % des femmes).
182 patients parents ont un total de 275 enfants.

En extrapolant, l'auteur estime que:" le réseau ALTO accompagne 20 à 25 % des usagers de drogues parents en Belgique francophone (105 enfants de 0-5 ans dans l'enquête, soit ± 450 enfants pour le réseau ALTO, soit 9 % des 5.000 enfants d'usagers de drogues nés en Belgique sur ces 5 dernières années... ".

- 78 % des enfants vivent avec un des deux ou les deux parents.
41 % des enfants vivent avec les deux parents (dont le patient)
8 % avec le patient seul et 28 % avec l'autre parent
- Parmi les 24 % des enfants qui ne vivent pas avec un parent, 16 % vivent dans la famille des parents et 6 % en institution. Dans cette situation où l'enfant n'est plus avec ses parents, la décision a été prise dans 42 % par un parent (ou les deux) et dans 4 % par la famille.
La justice est intervenue dans 36 % des cas, le reste (18 %) est inconnu. Dans la moitié de ces cas où la décision est judiciaire, le patient est d'accord.
On peut donc estimer que sur l'ensemble des enfants, 4 % ne vivent pas avec leurs parents.

Précarité et exclusion des patients :

1. **La précarité des toxicomanes** a été définie dans l'enquête par rapport à deux critères :

1. L'absence de ressources ou des ressources " noires " ou illicites, mais aussi la dépendance à un CPAS. 24 % des patients se trouvent dans une telle situation. Près de 1 patient sur 4.
2. Etre sans logis, c'est-à-dire, ne pas être indépendant ou ne pas bénéficier d'une aide familiale pour son logement. 7 % des patients dépendent d'un tiers ou n'ont pas de domicile.

En globalisant les deux critères on obtient **30 % de patients qui vivent une situation de précarité** au niveau de l'insertion sociale.

2. **L'exclusion " héritée "**. Cette notion recouvre pour l'auteur de l'enquête une fragilisation dans l'enfance par une carence dans le processus de socialisation, soit par un " décrochage familial " (ne pas avoir été élevé par ses parents, avoir vécu en institution) ou un rejet violent en ayant subi des violences dans l'enfance. Elle recouvre aussi une rupture précoce du cursus scolaire par un décrochage scolaire avant la fin des primaires. En totalisant ces différents critères on constate que **37 % des patients ont " hérité d'une exclusion** c'est-à-dire, qu'ils ont vécu l'une et/ou l'autre de ces situations de décrochage :

* Ne pas avoir été (au moins en partie) élevé par le père et/ou la mère : 18 %

- * Avoir vécu en institution avant l'âge de 18 ans : 6 %
- * Avoir vécu une violence (physique et/ou sexuelle) : 23 %
- * Avoir décroché des études avant la fin des études primaires : 7 %

Absence de reproduction de l'exclusion ?

L'enquête a tenté d'établir, " en faisant l'hypothèse d'une reproduction de l'héritage de l'exclusion, que les parents non élevés par leurs propres parents auraient une plus forte probabilité de ne pas, à leur tour, élever leurs enfants. Aucune relation significative n'a, à cet égard, été observée. L'auteur déclare " Nous devons donc mettre en doute une croyance souvent rencontrée du genre " les personnes qui ont été maltraitées ou abandonnées vont probablement être elles-mêmes des parents abandonnants ou maltraitants " On imagine sans peine le dégât possible d'une telle " conviction " (même, et surtout, cachée) chez le soignant (page 5.) ". En fait, cette analyse nous paraît oublier le contexte plus fondamental suivant : il s'agit d'une population devenue toxicomane. L'héritage d'une exclusion est facteur de la toxicomanie. Autrement dit, c'est plutôt en comparant une population toxicomane avec une population du même âge (d'autres critères d'appariement peuvent être utilisés) qui n'a jamais utilisé d'opiacé, qu'une différence significative devrait être manifeste par rapport à l'héritage d'une exclusion.

Par ailleurs, dans les résultats de l'enquête, une certaine reproduction de la situation d'exclusion familiale des toxicomanes est déjà manifeste. En effet, nous avons vu que 18 % des parents toxicomanes avaient, en partie au moins au cours de leur enfance, été élevés par un membre de leur famille qui n'était ni leur père ou leur mère ou avaient été placés en institution. Or, on constate que 24 % des enfants de l'ensemble de l'échantillon de patients étudiés se retrouvent dans la même situation ! Contrairement à la conclusion de l'auteur de l'enquête, les données présentées vont bien dans le sens d'une confirmation d'une hypothèse de reproduction de l'exclusion ! Si on constate une proportion plus élevée (24 % par rapport à 18 %) des enfants par rapport à leurs parents patients toxicomanes à ne pas être élevés par le ou les parents, l'analyse devrait tenir compte du nombre d'enfants. On peut supposer que lorsque le patient a plus d'un enfant, le risque est accru d'une rupture par placement volontaire ou non. De même, il faudrait aussi tenir compte de la situation du partenaire, de l'autre parent. Si celui-ci est, lui aussi, toxicomane, le risque de placement serait certainement fortement accru. Si les remarques de prudence de l'auteur de l'enquête, par rapport à une stigmatisation du soignant, sont importantes, il s'agit de prendre en compte la réalité d'un contexte dans lequel de nombreuses forces interviennent pour rendre difficile l'exercice d'une parentalité responsable. Qu'un enfant de toxicomane sur quatre ne vive avec aucun de ses deux parents doit être mis en évidence, non pour blâmer la victime bien entendu, mais pour tenter, en amont comme en aval de cette rupture, de mettre en action des interventions de remédiation.

Evaluation de la prise en charge ? Perspectives.

L'enquête " Exclusion et parentalité " se fonde sur un échantillon constitué à un moment donné auprès de patients pris en charge selon une durée variable. Il serait envisageable de présenter une analyse en fonction de durées différentes de prise en charge, selon une approche rétrospective. Une telle procédure n'est pas aussi " impeccable " qu'une analyse prospective qui compare la situation au moment de la prise en charge avec celle plus loin dans le traitement. Pourtant, étant donné l'absence d'évaluation de ce type de traitement de substitution, une telle analyse serait la bienvenue.

Les résultats de cette enquête mettent en évidence la marginalisation importante de la patientèle en traitement de substitution chez les médecins généralistes avec, notamment, 30 % de situations précaires.

Comparons la précarité des patients toxicomanes en centre spécialisés avec celle observée dans cette enquête en médecine générale.

Première remarque : la précarité des patients dans le champ même de prise en charge en médecine générale est variable selon les réseaux (et sans doute selon les régions). L'auteur de l'enquête, le Dr Christian Jacques, a, lui-même, constaté une différence entre les caractéristiques des patients du Réseau d'Aide aux Toxicomanes (à Bruxelles) et celles des autres patients de l'échantillon.

Les patients du R.A.T. apparaissent moins précaires. L'auteur ne fournit cependant pas de comparaison chiffrée.

Par contre, l'auteur compare dans l'échantillon étudié, les patients vus en privé (qui représentent 82 % de l'échantillon, ce n'est pas précisé dans le texte) de ceux vus en centre (15 %). Les 3 % restants ont un lieu de consultation inconnu. Par centre, il faut probablement entendre une Maison Médicale.

L'auteur déclare " De toute évidence, la gravité de l'usage des toxiques et la désinsertion des patients consultant en cabinet privé sont significativement moindres²⁶ que celles des patients suivis en centre " (page 4.).

²⁶ Souligné par nous.

Tableau n°12 : caractéristiques des patients en traitement de substitution selon le lieu de consultation

caractéristiques des patients en traitement de substitution selon le lieu de consultation			
	lieu de consultation ²⁷		
	Privé	Centre	Signification Statistique
• A subi de la violence avant 18 ans	19 %	44 %	< .001
• A dépassé le secondaire inférieur	33 %	17 %	= .02
• A séjourné en institution avant 18 ans	4 %	16 %	< .001
• Exclusion héritée	33 %	58 %	< .001
• Précarité	27 %	47 %	= .001
• Durée de la toxicomanie	48 mois	84 mois	< .001

²⁷ Tableau retravaillé pour cette présentation.

Il est très intéressant de constater que les centres attirent une population, non seulement nettement plus marginalisée au moment de leur demande, ayant vécu plus fréquemment des ruptures par rapport à la famille d'origine, mais elle se différencie aussi par une histoire beaucoup plus longue de la toxicomanie : 7 ans de toxicomanie par rapport à 4 ans en cabinet privé. Malheureusement, la définition de la toxicomanie n'est pas fournie : s'agit-il de l'usage ou de la dépendance ? Par ailleurs, ces données incluent-elles les patients du R.A.T. ou l'auteur, comme cela a été fait pour certaines caractéristiques, les a-t-il enlevés ?

Quoi qu'il en soit de certaines imprécisions méthodologiques et en attendant que cette enquête donne lieu à de nouvelles analyses plus approfondies, l'intérêt de ces derniers résultats est évident. Il est possible de confirmer - sous réserve - une moindre marginalisation des patients vus en médecine générale en cabinet privé, à moins que la population consultant un centre dans cet échantillon, ne soit particulièrement marginalisée. Une comparaison avec la situation observée dans les centres spécialisés - non orientés vers le traitement de substitution - est-elle possible à partir de cette enquête ? Cela est tout à fait envisageable en utilisant le fichier constitué pour les centres spécialisés avec le C.C.A.D. de la Communauté française. On peut déjà cependant faire l'hypothèse que la différence observée de façon interne dans cet échantillon en médecine générale, entre cabinets privés et centres, va se reproduire et même s'accroître dans une comparaison avec les centres spécialisés non orientés vers la

Méthadone.

Rapports avec la Justice et séjour en prison

L'enquête " Toxicomanie et Parentalité " permet aussi de préciser les rapports entre le champ judiciaire et les soins substitutifs en médecine générale. On constate qu'un tiers des patients de l'échantillon global n'a jamais eu de contact avec la justice. Parmi les 2/3 qui ont ou ont eu une affaire judiciaire, pour 30 % elle est ancienne et pour 37 % elle est toujours actuellement en cours.

On constate aussi une forte proportion (46 %) des patients en traitement de substitution en médecine générale qui ont déjà séjourné au moins une fois en prison. Dans ce dernier cas, l'auteur de l'enquête fournit aussi une comparaison entre cabinet privé et centre.

La proportion de patients qui ont été incarcérés est de 43 % et celle des centres est de 61 % ! La différence est significative à $p = 0,02$. L'auteur ne fournit, pas plus ici que dans l'ensemble des résultats, de précisions sur les non réponses et il est probable que celles-ci soient importantes.

De toute façon, cette enquête confirme, sur un échantillon suffisant, la précocité de l'incarcération pour près de la moitié des demandeurs de soins : sur une période 4 années de toxicomanie, près de la moitié des usagers de drogues auront fait un séjour en prison !

17. CONCLUSIONS DES AUDITIONS DES INTERVENANTS INSTITUTIONNELS ET DES PRACTIENS PAR LE GROUPE D'EXPERTS " SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS" ORGANISE PAR LA SOUS-SECTION 1. " ASSUETUDES " DU CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE

L'évaluation faite en 1998 des recommandations de la Conférence de Consensus sur la Méthadone (1994) indique que :

1. Dans l'ensemble, les recommandations ont été suivies.
2. Certaines recommandations se sont avérées cependant inapplicables.
3. L'accès est plus aisé au traitement de substitution et l'une implication des médecins individuels dans la prise en charge de patients toxicomane est facilitée.

17.1. Proposition de modifications du texte de la Conférence de Consensus lors du suivi réalisé au Conseil Supérieur d'Hygiène

Sur base de l'ensemble des auditions des parties en présence, des analyses complémentaires effectuées sur des données recueillies, d'enquêtes ponctuelles présentées par des participants, d'éléments bibliographiques belges et internationaux, il a été proposé les adaptations suivantes au " Rapport du Jury " daté du 12 octobre 1994, constituant les conclusions ou recommandations de la Conférence de Consensus du 8 octobre 1994 sur le Traitement de Substitution à la Méthadone.

On trouvera dans les tableaux suivants, dans la colonne de gauche, l'énoncé des questions, des sections et sous-sections, du texte de Consensus octobre 1994 et, en-dessous, les réponses.

On trouvera dans la colonne de droite les énoncés des questions, des sections et sous-sections, telles qu'analysées par le groupe d'experts 1998 (ces questions sont les mêmes que celles de 1994, à une exception près : la question 1. Qui devient " La méthadone constitue-t-elle un traitement efficace de la dépendance à l'héroïne et aux autres opiacés ? Sur quels paramètres agit-elle ? ") ainsi que les modifications des réponses. Si aucune modification n'a été apportée, il a été noté " idem ".

TEXTE DE CONSENSUS	NOUVEAU TEXTE APRES MODIFICATION
--------------------	----------------------------------

	OCTOBRE 1994		(UNIQUEMENT SI MODIFICATION)
1.	<p>La Méthadone constitue-t-elle un traitement efficace de la dépendance à l'héroïne ? Sur quels paramètres agit-elle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne. 	1.	<p>La Méthadone constitue-t-elle un traitement efficace de la dépendance à l'héroïne et aux autres opiacés ? Sur quels paramètres agit-elle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne et aux autres opiacés.
1.1	<p>Effets sur la consommation d'héroïne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement à la Méthadone réduit la consommation d'héroïne et le recours aux injections. 	1.1	<p>Effets sur la consommation d'héroïne des autres opiacés</p> <ul style="list-style-type: none"> • idem
1.2	<p>Effets sur la santé</p> <p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • réduit la mortalité associée à l'héroïnomanie. 	1.2	<p>Effets sur la santé</p> <p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • idem
	<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • réduit le risque de contamination par le virus du SIDA (HIV) et les hépatites B et C. 		<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • réduit le risque de contamination le virus du SIDA (HIV) et l'hépatite
	<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • ralentit le développement de la maladie chez les patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV. 		<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les experts consultés ayant exprimé des réserves, nous proposons de supprimer ce point dans l'attente d'une confirmation scientifique
	<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliore la compliance thérapeutique des patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV. • Facilite le dépistage et les stratégies d'éducation à la santé. 		<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliore l'état général du patient héroïnomanes • idem
1.3	<p>Effets sociaux et professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement à la Méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et à une réduction des activités délinquantes. 	1.3	<p>Effets sociaux et professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement à la Méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et à une réduction des activités délinquantes induites par la toxicomanie.
2.	<p>Quelles sont les indications, les contre-indications et les limites</p>	2.	<p>Quelles sont les indications, les contre-indications et les limites</p>

	d'un traitement à la Méthadone ?		d'un traitement à la Méthadone ?
2.1	<p>Indications</p> <ul style="list-style-type: none"> Le traitement à la Méthadone a pour indication la dépendance à l'héroïne reposant sur un diagnostic établi par l'anamnèse et l'examen clinique et étayé par des examens complémentaires si nécessaire (dosages urinaires par exemple). 	2.1	<p>Indications</p> <ul style="list-style-type: none"> Le traitement à la Méthadone a pour indication la dépendance à l'héroïne et aux autres opiacés-agonistes puissants, état de dépendance reposant sur un diagnostic établi par l'anamnèse et l'examen clinique et étayé par des examens complémentaires si nécessaire (dosages urinaires par exemple).
	<ul style="list-style-type: none"> Sauf exceptions documentées et réservées à des prises en charge spécifiques ou exigeant des compétences particulières, le patient doit avoir 18 ans au moins et des antécédents certains de dépendance depuis plus d'un an. 		<ul style="list-style-type: none"> idem
	<ul style="list-style-type: none"> La notion de dépendance inclut la notion d'échec de tentatives spontanées ou encadrées de sevrage. 		<ul style="list-style-type: none"> idem
2.2	<p>Contre-indications</p> <ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas de contre-indication mais les morbidités psychiatriques éventuellement associées (alcoolisme, polytoxicomanies, dépression, psychose...) La grossesse ne constitue pas une contre-indication 	2.2	<p>Contre-indications</p> <ul style="list-style-type: none"> idem idem
2.3	<p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas de raisons scientifiques de limiter le nombre global de patients admis en traitement à la Méthadone, à condition qu'ils répondent aux critères d'indication 	2.3	<p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> idem
3.	<p>Quelle est la place des autres traitements de substitution ?</p>	3.	<p>Quelle est la place des autres traitements de substitution ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> A l'exception de la buprénorphine (Temgesic) aucun autre médicament de substitution n'a fait l'objet de recherches scientifiques convaincantes ; ils ne peuvent actuellement être recommandés en pratique courante 		<ul style="list-style-type: none"> A l'exception de la buprénorphine aucun autre médicament de substitution n'a fait l'objet de recherches scientifiques convaincantes ; ils ne peuvent actuellement être recommandés en pratique courante

4.	<p>Quelles sont les modalités du traitement médicamenteux ?</p> <p>En quoi influencent-elles les résultats thérapeutiques ?</p>	4.	<p>Quelles sont les modalités du traitement médicamenteux ?</p> <p>En quoi influencent-elles les résultats thérapeutiques ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les traitements à la Méthadone sont généralement des traitements de moyenne durée (2-5 ans) ou sans durée déterminée 		<ul style="list-style-type: none"> • Les traitements à la Méthadone peuvent être des traitements de moyenne durée (2-5 ans) ou sans durée déterminée
	<ul style="list-style-type: none"> • Les dosages généralement recommandés en début de traitement sont de l'ordre de 30 à 40 mg/jour. Généralement, la dose moyenne de stabilisation sera plus élevée, de l'ordre de 60 à 80 mg/jour. Elle doit cependant être adaptée à l'évolution individuelle 		<ul style="list-style-type: none"> • Les dosages généralement recommandés en début de traitement sont de l'ordre de 30 mg/jour. Généralement, la dose moyenne de stabilisation sera plus élevée, de l'ordre de 60 à 80 mg/jour. Elle doit cependant être adaptée à l'évolution individuelle
	<ul style="list-style-type: none"> • L'administration doit se faire sous la forme orale la plus adéquate, ne pouvant donner lieu à une déviation de l'usage. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • En début de traitement et jusqu'à stabilisation, la prudence recommande que le patient absorbe quotidiennement sa dose en pharmacie ou dans un centre spécialisé. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • L'absorption occasionnelle d'héroïne ne peut constituer une raison d'arrêt de traitement ou de diminution de dose. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines associations médicamenteuses peuvent nécessiter une adaptation des doses. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Les traitements rapidement dégressifs (3 semaines-3 mois) connaissent également leurs indications. Elles sont généralement associées à un changement de milieu avec réduction de l'exposition des patients à l'héroïne. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de grossesse, il n'est pas recommandé d'interrompre le traitement à la Méthadone mais la prise en charge de cette situation exige une compétence spécifique. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
5.	<p>En quoi le cadre thérapeutique influence-t-il le résultat du traitement ?</p> <p>Les traitements de substitution doivent-ils faire l'objet d'un enregistrement spécifique ?</p>	5.	<p>En quoi le cadre thérapeutique influence-t-il le résultat du traitement ?</p> <p>Les traitements de substitution doivent-ils faire l'objet d'un enregistrement spécifique ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilité aux traitements à la Méthadone doit être accrue en fonction des besoins et inclure les intervenants de première ligne (médecins généralistes et psychiatres, pharmacies, centres de santé) tout en respectant les nécessités d'une pratique médicale responsable. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • L'approche et le soutien psychosocial sont les facteurs essentiels d'amélioration des résultats thérapeutiques des traitements à la Méthadone. Le soutien doit être adapté aux besoins individuels des patients. Ceux-ci peuvent être traités soit dans un centre multidisciplinaire, soit par un médecin généraliste ou spécialiste. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Ces médecins doivent avoir acquis la formation nécessaire et veiller à l'entretien, par exemple, par la pratique de l'intervision clinique. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Ils doivent être soutenus par une relation fonctionnelle avec un centre spécialisé ou avec un réseau de soins aux toxicomanes, afin d'éviter notamment un isolement préjudiciable à la pratique du médecin. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Afin de permettre une évaluation permanente plus aisée et d'éviter les doubles prescriptions, les traitements à la Méthadone devraient être enregistrés par une instance ad hoc, dans le respect du secret médical et de la loi sur la protection de la vie privée. A cette fin, un système d'encodage approprié devrait être élaboré 		<ul style="list-style-type: none"> • idem

Le nombre réduit de modifications apportées au texte de la Conférence de Consensus souligne sa très large acceptation par l'ensemble des intervenants dans le champ de la toxico-thérapie.

Les participants au *suivi* ont cependant émis une série d'autres commentaires additionnels qui précisent certaines dimensions du Consensus.

17.2. Commentaires additionnels au texte de la conférence de consensus de 1994

Le texte suivant fournit un ensemble de recommandations générales qui ont été émises par le Groupe de Travail et jugées essentielles.

Certaines recommandations reprennent, en les distinguant, des éléments déjà énoncés dans le texte de la Conférence de Consensus, car jugés fondamentaux étant donné le suivi réalisé.

D'autres recommandations sont nouvelles et destinées aux praticiens comme aux Autorités Publiques.

Ce texte constitue donc des commentaires additionnels synthétiques et concerne la pratique individuelle, les relations entre praticiens et les systèmes d'enregistrement.

17.2.1. Pratique individuelle

1. Ne pas prescrire plus de 30 mg en début de traitement comme dose initiale. En effet, tout praticien doit évaluer le risque de ne pas prescrire immédiatement, par rapport à celui de prescrire dans l'urgence, à un usager de drogues, non dépendant. La résolution de ce dilemme, proposée par le groupe d'experts, consiste, de façon pratique, à ne prescrire pour le premier jour qu'une dose faible de 30 mg et de vérifier son effet chez le patient.

De fait, si le patient déclare avoir dormi plusieurs heures ou ressenti une grande somnolence, on peut être assuré qu'il n'y a pas de sévère dépendance. Quitte alors au médecin de modifier son approche pharmacologique. Il y a aussi, dans cette situation spécifique, une alternative : une indication de prescription de Buprénorphine, ce psychotrope combinant des effets agonistes et antagonistes aux opiacés.

2. Revoir le patient en consultation si possible encore le jour même de la première consultation où la Méthadone fut prescrite ou, au plus tard, 48 heures après, pour évaluer la réaction du patient et l'adaptation des doses.

3. Eviter de prescrire des doses, à emporter par le patient, en début de traitement. Rédiger la prescription de façon claire en ce sens. La notion de début de traitement est délicate à préciser ainsi que celle de stabilisation.

Cependant, un délai minimal de 6 semaines paraît raisonnable pour définir la notion de période de "début de traitement". Des exceptions, notamment dans le cas du maintien de l'insertion sociale, à la prise en charge, sont envisageables. Ainsi, un toxicomane fortement dépendant mais exerçant une activité professionnelle qui l'astreint à un rythme régulier de présence sur le lieu de travail, pourrait être pénalisé par une visite quotidienne en pharmacie. Il bénéficierait dès lors d'une mesure lui permettant d'emporter des doses (p.ex. pour la semaine) à domicile.

4. La prescription de psychotropes autres que la Méthadone ou la Buprénorphine dans un traitement de substitution est à éviter (hormis le cas de double dépendance nécessitant un traitement par psychotropes spécifiques).

Certains sont dangereux dans l'immédiat et sont susceptibles de produire des dépendances. Il fut confirmé que le Flunitrazepam (Rohypnolā) ou le Vesparaxā qui ont des effets inhabituels, paradoxaux, surtout de stimulation excessive chez les toxicomanes, sont à proscrire. Par ailleurs, la prescription de ces substances ne constitue en rien un traitement de substitution.

5. Toujours informer le patient sur les risques encourus par son entourage (lui rappeler de ne pas laisser traîner le médicament, de le mettre hors de portée des enfants, ne pas le mettre au réfrigérateur...). Il est recommandé de délivrer la substance dans un conditionnement susceptible de résister à l'ouverture par un enfant.

6. Le nombre de patients pris en charge en même temps par praticien ne peut être fixé d'autorité, aucune évaluation ne démontrant d'ailleurs une relation entre la qualité des soins et l'étendue de la patientèle. Un nombre anormalement élevé (quelques dizaines) entraîne généralement un épuisement du praticien dommageable aussi pour ses patients.

7. Tout traitement de patients toxicomanes ne donne des résultats qu'à moyen ou long terme, les abandons prématurés étant le signe d'une défaillance du processus thérapeutique. Le praticien doit favoriser cette rétention en traitement. Le fait de ne réaliser que très rarement une prise en charge d'un patient toxicomane, n'empêche pas d'éviter tout abandon de traitement prématuré.

8. Il est souhaité que le praticien participe à un système d'enregistrement. Il veillera ainsi à recueillir de son patient des éléments d'information qui permettent une évaluation de l'évolution de la cure. Une anamnèse classique est à compléter utilement par des modèles d'enregistrement clinique plus standardisés.

9. L'éparpillement de la patientèle implique qu'un grand nombre de praticiens auront très peu de patients toxicomanes dans leur clientèle. Si cette évolution favorise la liberté de choix du praticien et du toxicomane, elle pose des problèmes d'organisation du "système de soins", notamment dans la formation continue.

Une réflexion des instances concernées devrait dégager des pistes raisonnables pour améliorer les échanges d'information de et vers ces nouveaux praticiens qui prennent en charge un très petit nombre de toxicomanes.

Par exemple, la mise en œuvre d'un processus de formation "allégée" selon une méthodologie à élaborer (Bulletin d'information, cassettes audio/vidéo...)

17.2.2. Relations entre praticiens

10. L'intervision est un processus à stimuler mais elle n'est réaliste pratiquement seulement pour des praticiens qui ont un nombre suffisant de patients en cure de substitution. Pour ceux qui n'ont que peu de cas la charge de travail d'une intervention n'est pas réaliste.

11. Même sans fonctionner de façon organique dans un "Réseau" pluridisciplinaire, tout praticien prescripteur de Méthadone tire avantage pour lui et son patient de la concertation avec des confrères expérimentés. La présentation de cas et de problèmes spécifiques et leur discussion avec d'autres praticiens font partie intégrante du bon déroulement du processus thérapeutique dans lequel s'engage le médecin qui prend en charge des toxicomanes.

12. Le développement de "réseaux" de praticiens existant et la promotion de nouveaux dans toutes les régions du pays doit permettre d'améliorer la qualité des soins. En réduisant les abandons de cure et en favorisant l'adaptation individuelle du traitement, la pratique en réseau mérite l'attention et le soutien matériel des pouvoirs publics.

13. Une concertation locale des pharmaciens d'officine et des praticiens doit être promue par les instances et les groupements professionnels concernés.

14. Le rôle du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de Santé Publique à part entière dans la prise en charge des toxicomanes, doit être soutenu par toutes les instances concernées. Il constitue, en effet, un maillon essentiel du processus thérapeutique actuel dans son contact répété privilégié avec le patient toxicomane. Son implication dans des programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogues doit se poursuivre et être promue. Il apparaît aussi comme élément clé des systèmes d'enregistrement de données épidémiologiques de la toxicomanie en Belgique (voir point 20).

15. Il faut encourager les relations entre praticiens et médecins pénitentiaires. Il s'agit notamment de faciliter la poursuite des contacts entre le médecin traitant et le patient incarcéré. Il y a lieu de prévoir avant la sortie de prison une couverture sociale appropriée.

16. Le développement de centres pluridisciplinaires doit être soutenu et ne doit pas être oblitéré par l'extension de la prise en charge en cabinet privé. Le maintien de la diversité des choix de prises en charge constitue une garantie de la qualité des soins.

17. Un processus d'autorégulation du corps médical avec, en particulier, un développement de forums, de séminaires ou de colloques, ainsi que la promotion de recherches et d'évaluations dans le domaine, à la fois de façon locale et plus élargie, constituera une garantie d'une amélioration des traitements de la toxicomanie, en général, et des prises en charge substitutives, en particulier.

18. Les praticiens considèrent que les instances concernées doivent avoir les moyens ad hoc pour intervenir lors du constat d'écart notable aux normes du consensus.

19. La formation continuée des praticiens doit être soutenue dans des programmes "ad hoc" (p.ex. interuniversitaires ou des sociétés scientifiques de médecine générale), sans oublier l'amélioration de l'information en Santé Publique. Un inventaire des possibilités actuelles existe et est diffusé par les Mouvements de Coordination (p.ex. Alto). Les changements qui interviennent dans la délivrance en officine, les procédures de remboursement des types de conditionnement et toute pratique des officines relative à la délivrance de Méthadone ou de Buprénorphine doivent faire l'objet, par les instances concernées, d'une information organisée régulièrement à destination des praticiens.

17.2.3. Systèmes d'enregistrement

20. Les systèmes d'enregistrement de la toxicomanie en Belgique doivent être développés et coordonnés.

1. L'anonymat du patient doit être respecté par l'adoption d'une solution technique (p.ex. traduction mathématique du nom et de la date de naissance en un code unique pour chaque patient avec l'impossibilité de connaître le nom à partir du

code).

2. Les systèmes actuels mis en place par l'Inspection Générale de la pharmacie et les Commissions Médicales Provinciales doivent bénéficier d'un renforcement de leurs moyens techniques, notamment au niveau de la saisie des données et leur encodage, défectueux actuellement.

3. La coordination des systèmes entre les provinces doit se faire avec l'élaboration d'un système fédéral standardisé.

4. Une procédure informatique impliquant les officines dans l'encodage des données en continu est indispensable.

24. La recherche évaluative des pratiques thérapeutiques dans le domaine des toxicomanies, y compris le traitement de substitution, est notoirement insuffisante en Belgique. Les autorités compétentes devraient soutenir des programmes de recherche évaluative.

18. BIBLIOGRAPHIE

- Anonymous. (1997). Helping patients who misuse drugs. *Drug Ther Bull*, 35, 18-22.
- Bewley, T., & Ghodse, A.H. (1983). Unacceptable face of private practice: prescription of control addicts. *Br Med J Clin Res Ed*, 286, 1876-1877.
- Bishop, B.P., Cave, G.C., Gay, M.J., & Morgan, H.G. (1976). A city looks at its problem of drug abuse. *Br J Psychiatry*, 129, 465-471.
- Buning E., Van Brussel G. The effects of Heroin Reduction in Amsterdam. *Eur. Addic. Res.* 1. 1991
- Bury, G., O'Kelly, F., & Pomeroy, L. (1993). The use of primary care services by drug users after a prevention unit. *Ir Med J*, 86, 53-55.
- Chetwynd, J., Brunton, C., Blank, M., Plumridge, E., & Baldwin, D. (1995). Hepatitis C seroprevalence in injecting drug users attending a methadone programme. *N Z Med J*, 108, 364-366.
- Clausen, T.G. (1997). International opioid consumption. *Acta Anaesthesiol Scand*, 41, 162-165.
- Cohen, J., & Schamroth, A. (1990). The challenge of illicit drug addiction for general practice. *Dr Depend*, 25, 315-318.
- Cohen, J., Schamroth, A., Nazareth, I., Johnson, M., Graham, S., & Thomson, D. (1992). Problems in central London general practice [see comments]. *BMJ*, 304, 1158-1160.
- de Vries, H.J., van Brussel, G.H., & Kanhai, K. (1997). [More of the Surinam and Antilles drug addicts at the GG&GD (Community Medical and Health Service) methadone program in Amsterdam should be referred to their family physician for their methadone maintenance] Van de Surinaamse en Antilliaanse drugsverslaving: bij het GG&GD-methadonprogramma in Amsterdam zouden er meer voor hun methadonverstreking hun huisarts terecht kunnen. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 141, 288-291.
- Donoghoe, M.C., Dolan, K.A., & Stimson, G.V. (1992). Life-style factors and social circumstance sharing in injecting drug users [published erratum appears in *Br J Addict* 1992 Sep;87(9):1358].

993-1003.

- Drummer, O.H., Opeskin, K., Syrjanen, M., & Cordner, S.M. (1992). Methadone toxicity causing subjects starting on a methadone maintenance program. *Am J Forensic Med Pathol*, 13, 346-35
- Ege, P.P. (1989). [Examination of drug addicts on methadone treatment for HIV antibodies in the Frederiksborg] Undersogelse af stofmisbrugere i metadonbehandling i Frederiksborg Amt for HIV *Laeger*, 151, 3484-3486.
- Euro-MethWork, Forum Européen des Praticiens en charge de traitement à la Méthadone. News 1997.
- Facy F. et al. Etude épidémiologique des toxicomanes bénéficiant de prescription de Méthadone *Psychotropes*, vol. 2, n° 4, décembre 1996, pp 73-86.
- Farrell M. A review of the legislation, regulation and delivery of Methadone in 12 Member States Union - European Commission - 1995, 165 p ; pp 137-152.
- Goelens I. (coordin.), Brassart D., Burkel D., Busby J., Denis B., Fama R., Guillaume R., Rochet M., Vandroogenbroeck Y. (gr. De travail), Declerck B. (edit. respons.). Analyse descriptive de la générale d'opiacés et de l'usage de Méthadone. Années 1995-1996-1997. Recueil de données concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide d Charleroi. Juin 1998. 56 p. + 4 p. (ann.).
- Grapendaal M., Leuwe E., Nelen J.M.. De economie van het drugbestaan. Criminaliteit als expre en loopbaan. Arnhem, Gouda Quint 1991.
- Greenwood, J. (1990). Creating a new drug service in Edinburgh. *BMJ*, 300, 587-589.
- Greenwood, J. (1992). Persuading general practitioners to prescribe--good husbandry or a recip *Addict*, 87, 567-575.
- Hartgers C., Van Den Hoeck A., Krijnen P., Coutinho R.A. HIV prevalence and risk behavior among users who participate in " low threshold " methadone programs in Amsterdam. *American Journal of Public Health*, 82, 1992, pp 547-551.
- Hubbard RL, Marsden ME, Rochal JV, Harwood HJ, Cavonaugh ER, Ginzling. Drug abuse treatment study of effectiveness. Chapel Hill. NC University of North Carolina Press, 1989
- Jacques Ch. Parentalité et précarité. Enquête Alto 1997, 7 p, non publié
- Johnson, B.D. (1975). Understanding British addiction statistics. *Bull Narc*, 27, 49-66.
- Leaver, E.J., Elford, J., Morris, J.K., & Cohen, J. (1992). Use of general practice by intravenous heroin addicts in a methadone programme [see comments]. *Br J Gen Pract*, 42, 465-468.
- Ledoux Y. Evaluation du traitement de la toxicomanie au R.A.T. - Bruxelles. 1989-1995. Rapport F.N.R.S., 1997
- Manzie, P.P. (1978). Heroin addiction: what can the GP do? *Aust Fam Physician*, 7, 1233-1240.
- Mc Lellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE, Druley KA. Is treatment for substance abuse effective? *Arch Gen Psychiatry*, 39, 1982, pp 1423-1428
- Obafunwa, J.O., & Busuttill, A. (1994). Deaths from substance overdose in the Lothian and Borders regions of Scotland (1983-1991). *Hum Exp Toxicol*, 13, 401-406.
- Olgiami, M., & Meili, M. (1997). [Treatment of drug dependent patients in general practice] Die Behandlung von Drogenabhängigen in der Praxis. *Ther Umsch*, 54, 397-399.
- Payne James, J.J., Dean, P.J., & Keys, D.W. (1994). Drug misusers in police custody: a prospective study [see comments]. *J R Soc Med*, 87, 13-14.
- Pelc I. et al. Première évaluation des données RPM, 1996-97, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement
- Plomp, H.N., Van Der Hek, H., & Ader, H.J. (1996). The Amsterdam methadone dispensing circuit

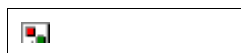
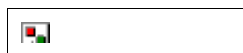
effectiveness of a public health model for local drug policy. *Addiction*, 91, 711-721.

- Rapport sur la méthadone. Office fédéral de la Santé Publique. Berne, décembre 1997
- Reijneveld SA ; Ambulante methadonverstrekking in Amsterdam, een gedifferentieerd systeem ' Gezondheidszorg 70. 1992. Pp 592-598
- Reuband K.H. Drogenstatistik in : B. Ness et H. Ziegler (ed). Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahr Neuland. pp 41-103, 1980.
- Rihs-Middel M ; J. Clerc, R. Stamm. La prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Recue d'expériences. Editions médecine et hygiène, Genève, 289 p., 1995
- Ronald, P.J., Witcomb, J.C., Robertson, J.R., Roberts, J.J., Shishodia, P.C., & Whittaker, A. (1991) drug abuse, HIV and AIDS: the burden of care in one general practice [see comments]. *Br J Ger* 235.
- Schmidt, N., Brune, K., & Geisslinger, G. (1992). Stereoselective determination of the enantiome plasma using high-performance liquid chromatography. *J Chromatogr*, 583, 195-200.
- Simpson DD, Sells SB. Effectiveness of treatment for drug abuse : an overview of the DARP R Adv. Alcohol. Subst. Abuse, 2, 1983, pp 7-29
- Simpson DD. The relation spent in drug abuse treatment to post-treatment outcome. *American J* 136, 1981, pp 1449-1453
- Stark MF. Dropping out of substance abuse treatment : a clinically oriented review. *Clin. Psycho* 93-116
- Strang J., Sheridan J. & Barber N. Prescribing injectable and oral Methadone to opiate addicts . 1995 national postal survey of community pharmacies in England and Wales. *British Medical J* pp 270-272.
- Todts S., Fonck K., Colebunders R., Vercauteren G., Driesen K., Uyderbrouck M., Vranckx R., V Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian Prison, *Archives belges de Santé* number 3-4, 1997, pp 87-98.
- Uchtenhagen A., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A. Essais de prescription médicale de stupéfiants. mandataires de la recherche. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zurich und Präventionmedizin der Universität Zurich. Juillet 1997. 12 p.
- V. Kirszbaum " Rien ne remplace une loi ". *Le Journal du Médecin*, 25 octobre 1994, page 6.
- Weber U. Maintenance à la codéine en Allemagne : pratique à dépendance, Euro-Network. *Foru praticiens en charge de traitements à la Méthadone*, 1997, pp 5-6, n° 12.
- Wieviorka S. Réflexions à propos de la formation et de la supervision des équipes impliquées er traitement des toxicomanes par la Méthadone, *Psychotropes*, vol. 2, n° 4, décembre 1996, pp. 87-94.
- Wilson, P., Watson, R., & Ralston, G.E. (1994). Methadone maintenance in general practice: pa and outcomes [see comments]. *BMJ*, 309, 641-644.
- Woody GE, Luborsky L, Mc Lellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman I, Hole A. Psychc addicts : does it help ? *Arch. Gen. Psychiatry*. 40. 1983, pp 639-645.
- Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP. Corrections and revised analyses for psychot methadone maintenance programs. *Archives of Gen. Psychiatry*. 47. 1990. Pp 788
- Woody GE, Mc Lellan AT, LuborskyL, O'Brien CP. Twelve months follow-up of psychotherapy fo dependence. *Am. J. Psychiatry*. 144. 1987. Pp 591-596.
- Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Blaine J, Fox S, Herman I, Beck AT. Psychiat predictor of benefits from psychotherapy : The Penn - VA Study. *American Journal of Psychiatry* 1172-1179.
- Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arc*

19. LISTE DES PARTICIPANTS AU " SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS METHADONE "

ANSOMS S.
BABELIOWSKY, Mme
BAETENS C.
BAILLEUX B.
BILS L.
BECKERS R.
BERTRAND J.-A.
BERTRAND H.
BLEIS J.
BOGAERT M.
BROHEE J.P.
BROECKHOVEN K.
BROECKX, D.
CLAEYS, F.
CORNELY M.-H.
DAL E.
DECOURRIERE M.
DELAMINE C.
DELMEIRE F.
DELOS M.
DEMEYERE M.
DENIS B.
DERUYVER B.
DESMECHT R.
de THIBAUT de BOISINGHE L.
DEVER L.
DEVLEESCHOUWER D.
DEWILDE L.
DEWINTER, Ch.
DIRICK P.
DORMAL Ch.
DUPONT, N.,
FAGNART J.-R.
FIGIEL C.
FINNE C.
GILLARD C.
GILLES D.
GOOVAERTS J.
GOYVAERTS G.
HACHE R.
HERS D.
HOFFMAN A.
JACQUES J.-P.
JAMOULLE M.
JACOBS L.
KENIS P.
LAFONTAINE J.-B.
LE BON O.
LEDOUX Y.
LEDURE G.
LEONARD M.
LEQUEUX P.
LUYCKX M.
MACHIELS K.
MARCHAL N.,
MARCHANDISE T.
MARINELLO M.
MERCKX F.
MEUNIER J.
NIMMEGEERS H.

NICAISE P.
NOIRFALISE A.
PAPAGIORGIU C.
PELC I.
PHILLIPPART F.
PICARD E.
PONSAER P.,
RAEDEMAEKER A.-F.
REISINGER M.
RENARD I.
RENARD J.,
ROUSSAUX J-P.
SCHEIRE P.
SEGERS J.-M.
SURIN L.
TODTS S.
TORBEY H.
VAN ACKER J.
VAN BREUSEGHEM P.
VANDENBOSCH B.
VAN DEN BROUCKE M.
VAN DER BRUGGEN B.
VAN GHELUWE T.
VAN HOLDER B.
VAN HOUTTE L.
VANDENBOSCH B.
VANDER STICHELE R.
VANMOL F.
VERHOEVEN J.-P.
VRIJDEERS A-M.
WILLEMS J.



 Site monitored by WebGuide - Hitwatchers Light