

# **Projet TADAM**

## **RAPPORT FINAL**

### **2007-2013**

**Recherche subventionnée par  
la Ministre fédérale de la Santé publique,  
l'Université de Liège  
et la Ville de Liège.**

## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Section I. PREPARATION .....</b>  | <b>4</b>  |
| Chapitre A. L'héroïne .....  | 7         |
| Chapitre B. L'efficacité du traitement à l'étranger .....                                | 9         |
| Chapitre C. Les centres de traitement à l'étranger .....                                 | 10        |
| Chapitre D. Le nombre d'usagers d'héroïne en province de Liège.....                      | 11        |
| <b>Section II. PROTOCOLE .....</b>   | <b>12</b> |
| <b>Section III. RESULTATS .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>Processus de recrutement des patients.....</b>  | <b>18</b> |
| Chapitre A. Déroulement de l'inclusion - Résumé.....                                     | 18        |
| Chapitre B. Motivation à participer au projet - Résumé .....                             | 20        |
| Chapitre C. Centres référents - Résumé.....  | 22        |
| Chapitre D. Caractéristiques des patients - Résumé.....                                  | 24        |
| <b>Résultats de l'étude contrôlée randomisée.....</b>                                    | <b>26</b> |
| Chapitre E. Efficacité - Résumé.....   | 26        |
| Chapitre F. Evaluation socioéconomique - Résumé.....                                     | 29        |
| Chapitre G. Aspects criminologiques - Résumé .....                                       | 31        |
| Chapitre H. Satisfaction des patients en traitement - Résumé .....                       | 33        |
| <b>Fonctionnement du centre DAM et impact sur l'extérieur .....</b>                      | <b>35</b> |
| Chapitre I. Observations dans le Centre DAM - Résumé.....                                | 35        |
| Chapitre J. Trois mois après l'arrêt du traitement par diacétylmorphine - Résumé.....    | 37        |
| Chapitre K. Expérience des soignants du Centre DAM - Résumé.....                         | 38        |
| Chapitre L. Intégration du centre DAM dans le réseau en assuétudes (INTRES) - Résumé ... | 40        |
| Chapitre M. Impact du centre DAM sur son environnement urbain (IMPEN) - Résumé .....     | 42        |
| <b>Section IV. RECOMMANDATIONS .....</b>   | <b>44</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>  | <b>47</b> |
| <b>Liste des fichiers et des fascicules .....</b>  | <b>48</b> |

## Rédaction

*Ce document constitue le rapport final du volet Evaluation et suivi scientifique du projet pilote de traitement assisté par diacétylmorphine (TADAM).*

*Ce travail a été mené à l'Université de Liège sous la direction des professeurs Marc Anseau, chef du service de psychiatrie, et André Lemaître, de l'Institut des Sciences Humaines et Sociales (section criminologie).*

*Les tâches ont été réalisées et coordonnées par Isabelle Demaret avec la collaboration des chercheuses, Géraldine Litran, Cécile Magoga et Clémence Deblire, pour la récolte des données, l'analyse et la rédaction des chapitres Résultats. Chaque début de chapitre reprend le nom des personnes qui ont rédigé, analysé ou récolté les données du chapitre.*

*L'équipe de recherche a également été aidée par :*

- *Jérôme De Roubaix, pour l'inclusion des patients et les examens médicaux ;*
- *le professeur Etienne Quertemont, pour l'informatisation des questionnaires et les analyses statistiques ;*
- *Nathalie Dubois et le professeur Corinne Charlier, pour les analyses toxicologiques ;*
- *le professeur Didier Van Caillie, pour l'analyse socioéconomique ;*
- *les étudiants Anicée Dupont, pour une analyse sur les patients non inclus, et Antoine Pieri, pour le classement des résultats d'analyses biologiques ;*
- *l'éducateur de rue de la Fondation privée TADAM, Roger Collinet, pour l'accompagnement des chercheuses lors des relevés et observations autour du centre DAM ;*
- *Morgane Lottin, de la Fondation privée TADAM, pour l'envoi des fiches de suivi psychosocial et de prescription de méthadone ;*
- *et bien sûr par les patients qui se sont prêtés, souvent très patiemment, aux longs entretiens avec l'équipe de recherche.*

*La recherche a également bénéficié des conseils des experts scientifiques : les professeurs Wim van den Brink, Christian Haasen, Uwe Verthein, Serge Brochu, Brice De Ruyver et Bernard Sabbe.*

## Section I. PREPARATION

### 1. Historique

En 1995, la presse quotidienne a relayé les discussions des autorités et du secteur des soins en assuétudes sur la possibilité d'un traitement assisté par diacétylmorphine<sup>1</sup> à Liège. Les discussions ont débuté sur le sujet parce que les personnes dépendant de l'héroïne étaient particulièrement nombreuses à Liège et que les intervenants de terrain ont constaté que les traitements par méthadone étaient insuffisants pour une fraction de ces personnes dépendantes.

Dans les années qui ont suivi, les discussions ont abouti à un consensus local sur l'installation de ce nouveau type de traitement. Ainsi, en 1998 et 1999, le Bourgmestre et les membres du Conseil Communal se sont accordés sur la possibilité de débiter ce traitement à Liège, de même que les centres de traitement par méthadone, les autorités médicales, le Parquet et l'Université de Liège. Les négociations sur l'avenir du projet se sont ensuite prolongées au niveau du gouvernement fédéral. Un accord définitif n'est toutefois intervenu qu'en février 2007, date à laquelle les ministres fédéraux de la Santé publique et de la Justice ont annoncé le lancement du projet TADAM et l'octroi d'un budget.

Les ministres fédéraux ont décidé que le projet aurait la forme d'une étude contrôlée randomisée, pour évaluer l'efficacité et la faisabilité du traitement assisté par diacétylmorphine en Belgique en comparaison avec les traitements par méthadone existants. Comme à l'étranger, le traitement expérimental consistait à administrer de la diacétylmorphine à des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne dans un cadre médical et contrôlé, avec une offre de suivi psychosocial. Le projet TADAM a été subventionné pour sa plus grande partie par la Ministre de la Santé publique. Sous la supervision du SPF Santé publique, deux opérateurs principaux ont géré l'ensemble du projet : l'équipe de recherche de l'Université de Liège pour le volet Evaluation et suivi scientifique et la Ville de Liège<sup>2</sup>, via la Fondation privée TADAM, pour le volet Traitement.

L'Université de Liège a été chargée de réaliser l'évaluation scientifique de ce projet du 15 mai 2007 au 30 septembre 2013 via une convention de recherche avec la Ministre de la Santé publique. Les professeurs Marc Anseau et André Lemaître ont dirigé l'équipe de recherche.

---

<sup>1</sup> Le terme "diacétylmorphine" (DAM) sera utilisé ici pour désigner l'héroïne pharmaceutique prescrite et administrée sous la supervision des infirmiers dans le centre de traitement TADAM. Ce terme permet de distinguer l'héroïne prescrite de l'héroïne de rue vendue illégalement.

<sup>2</sup> En 2007, la Ville de Liège était la seule ville en Belgique qui réclamait ce nouveau traitement.

Ils ont désigné Isabelle Demaret comme coordinatrice de l'équipe de recherche, composée par ailleurs de Géraldine Litran (criminologue), Cécile Magoga (psychologue), de Clémence Deblire (psychologue et criminologue) ainsi que de Jérôme De Roubaix (médecin généraliste). La recherche a également été soutenue par l'Université de Liège (qui a complété le salaire des chercheuses, offert son infrastructure et contribué au soutien administratif du projet) ainsi que par la Ville de Liège qui a détaché un de ses agents (Cécile Magoga) pour renforcer l'équipe de recherche pendant deux ans.

Via des arrêtés ministériels, la Ministre a chargé la Ville de Liège de gérer l'installation et le fonctionnement du centre de traitement par diacétylmorphine (centre DAM). La Ville a désigné Dominique Delhauteur pour réaliser ces tâches via la constitution de la Fondation privée TADAM, dont il a été le coordinateur-général. Cette fondation qui rassemblait quatre hôpitaux, la Ville et la Province de Liège<sup>3</sup> a installé et géré le centre DAM selon le protocole développé par l'équipe de recherche.

## 2. Contenu du rapport

Ce rapport final reprend la préparation du projet, les résultats de son évaluation et les recommandations qui en découlent. Pour faciliter la lecture de ce rapport, nous ne reprenons ci-dessous qu'un résumé de chaque aspect de l'étude et nous renvoyons le lecteur vers les annexes de ce rapport pour une version *in extenso* de notre évaluation.

Dans la suite de cette section *I. Préparation*, nous commençons par résumer les recherches qui ont précédé l'installation du projet. Ainsi, nous ne pouvons décrire le projet belge de traitement par diacétylmorphine sans faire référence aux expériences à l'étranger qui ont servi de modèle tout au long de l'expérience. Le compte rendu des expériences à l'étranger est illustré par les visites qui ont été réalisées dans des centres de traitement par diacétylmorphine en Suisse, aux Pays-Bas, en Allemagne et au Royaume-Uni. Nous finissons cette section par un résumé de notre étude sur le nombre de personnes qui pouvaient bénéficier du nouveau traitement dans la région de Liège.

La section *II. Méthode* est constituée par un résumé du protocole. Nous renvoyons le lecteur à celui-ci pour une description détaillée des conditions du traitement par diacétylmorphine et de l'étude contrôlée randomisée. Ces conditions ont été respectées tout au long du projet. Les annexes du protocole reprennent le formulaire de consentement éclairé que chaque patient a dû signer. Les aspects particuliers de la méthode qui n'ont pas été décrits dans le protocole sont repris dans les chapitres de la section suivante.

La section *III. Résultats* présente les résultats de l'évaluation en trois catégories. La première comporte quatre chapitres décrivant le processus de recrutement des patients (les caractéristiques des patients inclus sont notamment reprises dans le chapitre

---

<sup>3</sup> Voir le protocole pour plus de détails sur la Fondation privée TADAM.

*D. Caractéristiques des patients inclus*). La deuxième explique extensivement les résultats de l'étude contrôlée randomisée (les résultats principaux se retrouvent dans le chapitre *E. Efficacité*). Enfin, la troisième et dernière catégorie décrit le fonctionnement du centre DAM et son impact sur l'extérieur, selon différents points de vue. Des tests statistiques ont été réalisés dans différents chapitres de cette section. Nous n'expliquons pas le fonctionnement des différents tests pour ne pas alourdir inutilement le document et parce que ces explications ne pas nécessaires à la compréhension des résultats. En effet, la seule notion importante à connaître est la notion de significativité statistique. Un résultat est dit significatif lorsqu'un test statistique conclut que le résultat n'est probablement pas l'effet du hasard. Un résultat non significatif est un résultat qui (statistiquement) pourrait être attribué au hasard. L'absence de significativité d'un résultat ne rend donc pas ce résultat caduc. Pour résumer, la significativité est donc une mesure de probabilité. Le lecteur n'a besoin que de cette notion pour comprendre les résultats. Ajoutons que plus un échantillon de données est petit, plus la probabilité d'avoir un test non significatif est grande. Les seuls tests statistiques utilisés sont ceux qui ont été reconnus au niveau scientifique. Ils ont été utilisés par un spécialiste, le professeur Etienne Quertemont, qui nous a aidés également pour la description des statistiques utilisées.

La dernière section *IV. Recommandations* reprend les principales recommandations, découlant de notre recherche, destinées à aider les décideurs lors de la création (ou prolongation) d'un centre DAM.

## Chapitre A. L'héroïne

Dans un numéro spécial de la Revue Médicale de Liège (Demaret, Lemaitre, & Anseau, 2013), l'équipe de recherche a publié un article sur l'héroïne basée sur une étude de 2005 réalisée par l'Université de Liège (Anseau et al., 2005). Nous reprenons ci-dessous le résumé de cet article.

L'héroïne (ou diacétylmorphine), un dépresseur du système nerveux central, est un opiacé semi-synthétique obtenu à partir de l'opium. L'effet secondaire le plus important est la dépression respiratoire qui peut être mortelle en cas de dose trop élevée, particulièrement si l'héroïne est injectée par voie intraveineuse. Les décès par overdose surviennent fréquemment après une période d'abstinence (volontaire ou non). Le taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les consommateurs d'héroïne serait actuellement de 1 à 3%. La consommation par inhalation de l'héroïne chauffée se répand en Europe depuis les années 70. Ce mode de consommation est moins dangereux que l'injection puisque le consommateur peut arrêter l'administration s'il est trop intoxiqué, avant une overdose mortelle. Ce mode d'administration limite également la transmission des infections.

Dans notre étude, 93% (n=69) des 74 patients ont choisi d'inhaler la diacétylmorphine dans le centre DAM. Ainsi, sur les 21 patients qui avaient injecté dans le mois précédant leur inclusion dans le projet, 16 ont préféré inhaler dans le centre DAM. Le traitement par diacétylmorphine permet donc aux patients de passer à un mode d'administration présentant moins de risques que l'injection.

Quel que soit le mode de consommation, l'héroïne comme les autres opioïdes peut à long terme entraîner des effets secondaires au niveau cardiaque. La consommation d'héroïne accompagnée de la consommation d'autres drogues (comme le tabac et l'alcool) peuvent également avoir des conséquences négatives sur la dentition. En outre, les consommateurs d'opioïdes (héroïne ou méthadone par exemple) présentent souvent une diminution de la masse osseuse. Cette diminution pourrait cependant, comme les problèmes dentaires, être aussi liée à leur mode de vie comme à la consommation chronique d'autres drogues.

L'assuétude, résultat d'une consommation régulière et répétée, surviendrait chez moins d'un quart des personnes qui ont essayé l'héroïne. Les personnes dépendantes présentent souvent des problèmes multiples (notamment, une insertion dans un milieu délinquant) sans qu'un lien de causalité puisse être toujours établi entre ces problèmes et l'assuétude. Chez une partie des personnes dépendantes, l'assuétude devient une maladie chronique, nécessitant une prise en charge continue. Le traitement par méthadone reste le traitement le plus recommandé pour l'assuétude à l'héroïne. Cette prise en charge est efficace et améliore la condition des personnes dépendantes, même si les traitements sont marqués par des rechutes et, parfois, par la poursuite de la consommation d'héroïne. Une offre de suivi psychosocial est recommandée mais sans que cette offre ne doive être obligatoire. En effet, un suivi psychosocial obligatoire ne montre pas d'efficacité supérieure à un suivi non obligatoire. Pour des personnes

particulièrement dépendantes, qui continuent à consommer de l'héroïne de rue malgré les traitements, le traitement par diacétylmorphine peut être une réponse efficace permettant une diminution ou un arrêt de la consommation d'héroïne de rue.

Parmi les différentes drogues (légal et illégal), l'héroïne est considérée actuellement comme la drogue ayant les conséquences négatives les plus importantes pour le consommateur.

## Chapitre B. L'efficacité du traitement à l'étranger

Au cours de l'évaluation, l'équipe de recherche s'est renseignée sur les autres études contrôlées randomisées sur le traitement par diacétylmorphine, non seulement grâce aux articles publiés dans des revues scientifiques mais également grâce aux rapports de recherche et à l'aide des chercheurs à l'étranger. Nous résumons ci-dessous l'article publié dans la Revue Médicale de Liège (Demaret, Lemaitre, & Anseau, 2010) sur cette revue de la littérature.

Depuis 1994, six études contrôlées randomisées ont été développées sur le modèle suisse de traitement par diacétylmorphine, consistant en une auto-administration de diacétylmorphine (par injection ou inhalation) dans un centre spécifique sous contrôle médical. Chacune de ces études a conclu à l'efficacité supérieure de ce traitement par rapport au traitement par méthadone pour le groupe cible spécifique des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne, résistant aux traitements existants. Sur base de ces études, nous avons cherché à définir les principaux effets positifs pour les patients.

Les améliorations se sont manifestées dès les six premiers mois au niveau de la consommation d'héroïne de rue, de la santé (physique et mentale) et du comportement délinquant. A plus long terme, les patients ont montré au niveau social des améliorations modestes. Malgré ces améliorations plus importantes qu'avec un traitement par méthadone, ce traitement devrait rester un traitement de deuxième ligne compte tenu de son coût élevé. Il est recommandé dès lors pour le groupe cible spécifique des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne qui ont déjà essayé un traitement par méthadone.

Après la publication de cet article, une nouvelle revue de la littérature (Ferri, Davoli, & Perucci, 2011) a encore confirmé l'efficacité supérieure du traitement par diacétylmorphine pour le même groupe cible. L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies<sup>4</sup> de l'Union Européenne a également recommandé ce traitement, pour des personnes réfractaires à d'autres traitements (Strang, 2012).

---

<sup>4</sup> Appelé aussi OEDT ou EMCDDA ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)).

## Chapitre C. Les centres de traitement à l'étranger

Pour obtenir des précisions sur le fonctionnement concret du traitement par diacétylmorphine (DAM), l'équipe de recherche a visité plusieurs centres de traitement à l'étranger. Ces visites ont contribué à préciser le protocole. Elles nous ont permis également d'avoir un aperçu des difficultés rencontrées par les équipes soignantes au cours de ce traitement. Un article sur le sujet a été publié en 2012 (Demaret, Lemaitre, & Anseau, 2012), dont voici le résumé.

Nous avons visité sept centres de traitement par DAM dans quatre pays (Suisse, Pays-Bas, Allemagne et Angleterre). L'objectif était d'observer les aspects pratiques de l'administration de DAM. Dans chaque centre, un membre de l'équipe soignante a détaillé le parcours d'un patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie du centre. Nous avons pris des notes et, lorsque l'équipe le permettait, nous avons enregistré l'entretien et pris des photos.

Les centres visités comptaient entre 18 et 80 patients en traitement par DAM. Dans chaque centre, la DAM pouvait être auto-administrée par injection. Seuls les trois centres visités aux Pays-Bas offraient en plus de la DAM inhalable. Dans ces trois centres, de 75% à 95% des patients inhalaient la DAM. Dans quatre des sept centres visités, le centre recevait également des patients en traitement par méthadone. Ces derniers venaient à des heures différentes.

Pendant l'administration, les équipes craignaient le détournement de la DAM et surveillaient dès lors attentivement l'auto-administration. Les infirmiers étaient également concernés par le risque pris si une personne déjà intoxiquée recevait une dose de DAM. Les intoxications pouvaient être dues aux consommations d'autres drogues avant de venir dans le centre. Pour vérifier si un patient avait consommé avant l'administration de DAM, les infirmiers avaient comme seuls outils leur expérience et un alcootest. Une fatigue importante pouvait également provoquer une faiblesse telle qu'un patient pouvait être intoxiqué avec sa dose habituelle de DAM. Les équipes ne sanctionnaient pas les consommations parallèles mais, au contraire, encourageaient le patient à en parler pour pouvoir intervenir en évitant les intoxications et en vérifiant si le patient n'avait pas besoin d'une aide complémentaire.

Devant des pratiques d'injection risquées, comme les intramusculaires ou les injections dans la veine fémorale, les centres HAT se trouvaient face à un dilemme. En tolérant ces pratiques, ils acceptaient des pratiques dangereuses pour la santé du patient et contraire à leur mission de soin. Par contre, s'ils les refusaient, ils risquaient de renvoyer le patient vers la consommation d'héroïne de rue car le patient n'avait parfois plus de veine accessible pour injecter autrement. Certains centres ont finalement refusé l'injection intra-fémorale trop risquée tout en tolérant les intramusculaires, dans la mesure où un patient n'arrivait pas à injecter autrement. L'inhalation, moins risquée, ne posait pas ce type de problème.

Les équipes rencontrées ont mentionné avoir eu peu de conflits avec les patients. Ces équipes semblaient désireuses de défendre ce traitement et d'en démontrer la faisabilité.

## Chapitre D. Le nombre d'usagers d'héroïne en province de Liège

Pendant la phase de préparation, nous nous sommes également renseignés sur le nombre de personnes dépendant de l'héroïne dans la province de Liège, grâce aux données récoltées par le professeur Herné (Demaret, Herné, Lemaître, & Anseau, 2011).

Grâce aux prescriptions des pharmacies de la province de Liège pour la méthadone et la buprénorphine, reçues par l'Inspecteur de la pharmacie, nous avons calculé le nombre de personnes en traitement de substitution en décembre 2007 et nous avons estimé le nombre de personnes dépendant de l'héroïne et de participants potentiels au projet TADAM. Les données provenaient de 599 pharmacies (5 pharmacies sur les 604 pharmacies de la province n'avaient pas renvoyé de données).

Les prescriptions de méthadone et de buprénorphine de décembre 2007 avaient été émises par 438 médecins et 387 pharmacies sur la province de Liège. 89% des médecins et 89% des pharmacies avaient 10 patients au maximum. Les pharmacies dispensant des traitements par méthadone étaient particulièrement nombreuses dans l'agglomération liégeoise.

Les traitements par méthadone étaient distribués de manière inégale sur le territoire. Certaines zones urbaines comptaient de nombreux patients en traitement de substitution : Huy (9 pour 1000 habitants âgés de 15 à 64 ans) ; Liège (8 pour 1000) et Seraing (6 pour 1000). Mais, pour 30% des communes de la province, nous n'avions pas de prescription de méthadone.

Nous avons estimé (sur base d'études semblables) que de 50% à 64% des personnes dépendantes étaient en traitement de substitution. Selon ces estimations, en 2007 sur la province, entre 3 500 et 4 500 personnes dépendaient de l'héroïne et, sur la commune de Liège, entre 1 600 et 2 000 personnes. Ce nombre était très élevé proportionnellement au nombre d'habitants puisqu'il signifie que sur la commune de Liège de 13 à 17 personnes dépendaient de l'héroïne pour 1000 habitants âgés de 15 à 64 ans. Ces estimations constituent un minimum puisque 5 pharmacies n'ont pas renvoyé de prescription à l'Inspecteur de la pharmacie et que seuls les patients ayant reçu une prescription en décembre 2007 ont été comptés dans nos données.

En conclusion, le projet TADAM s'est adéquatement installé dans une zone urbaine où les personnes dépendant de l'héroïne étaient particulièrement nombreuses et où le traitement par méthadone était largement répandu.

## Section II. PROTOCOLE

### 1.1. Introduction

Nous reprenons sous ce point un résumé du protocole qui détaillait les conditions dans lesquelles l'étude contrôlée randomisée allait être réalisée. Lors du déroulement du projet, aucun changement n'a été apporté au protocole. Ce dernier ne reprenait cependant en détail que la méthode de l'étude contrôlée randomisée. La méthode particulière de chaque autre aspect de la recherche a été décrite dans le chapitre correspondant de la section *III. Résultats*. Comme le protocole devait être rédigé et approuvé avant le début de l'étude, nous conservons le texte du résumé au présent.

### 1.2. Définition du traitement par diacétylmorphine

Le traitement par diacétylmorphine consiste à délivrer de la diacétylmorphine à une personne sévèrement dépendante de l'héroïne de rue sous la supervision d'une équipe médicale, dans un cadre clinique strictement contrôlé, en ambulatoire. Ce traitement n'est réservé qu'aux personnes pour lesquelles les traitements existants se sont avérés inefficaces. L'objectif est d'améliorer la santé physique et psychique des patients, de favoriser leur intégration sociale, en diminuant leur consommation d'héroïne de rue et leur insertion dans un milieu délinquant.

### 1.3. Le projet pilote belge

#### ➤ *Opérateurs*

Selon les termes du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, le professeur Marc Anseau assume seul les responsabilités de promoteur pour les deux volets de l'étude, à savoir le traitement assisté par diacétylmorphine dans le centre de délivrance ainsi que l'évaluation scientifique des deux procédures de traitement. L'opérationnalisation du volet Traitement, selon le Protocole, est confiée à la Fondation TADAM qui construit et gère le centre DAM pour le groupe expérimental. En outre, sur base d'une convention de partenariat, des institutions existantes (les centres partenaires) assurent le traitement par méthadone pour les patients du groupe contrôle et le suivi psychosocial de tous les patients de l'étude. Ces centres partenaires sont choisis parmi des institutions qui offrent de façon habituelle des traitements par méthadone et un suivi psychosocial à des personnes dépendant de l'héroïne.

➤ *Description*

La présente étude évalue si, et si oui, dans quelle mesure, l'implémentation de ce type de traitement est intéressante en Belgique. Cette étude est destinée à inclure 200 sujets répartis par randomisation en deux groupes. Le patient du groupe expérimental reçoit de la diacétylmorphine dans le centre DAM et celui du groupe contrôle de la méthadone dans un centre partenaire. Les patients des deux groupes bénéficient en outre d'un suivi psychosocial dans leur centre partenaire.

➤ *Durée du projet*

La période de recrutement des 200 patients est de 12 mois et chaque patient est traité pendant 12 mois. Cela porte à 2 ans la durée totale de la période d'inclusion et de traitement ainsi que la période d'ouverture du centre DAM. Une phase de clôture de 6 mois est également prévue pour réorienter les derniers patients du groupe expérimental vers le meilleur traitement disponible. Le traitement par diacétylmorphine n'est en effet pas poursuivi après les 12 mois.

#### **1.4. Le groupe cible et les critères de sélection**

➤ *Critères d'inclusion et d'exclusion*

Afin d'être inclus dans l'étude, le sujet doit répondre aux critères d'inclusion ci-dessous :

- 1) Présenter une dépendance à l'héroïne résistant aux traitements actuels c'est-à-dire :
  - i) Etre dépendant de l'héroïne (DSM-IV, code 304.00) depuis au moins 5 ans ;
  - ii) La dépendance à l'héroïne étant l'assuétude principale au moment de l'inclusion ;
  - iii) Présenter un usage quotidien (ou pratiquement quotidien) de l'héroïne pendant le mois précédent ou une consommation d'au moins 3 fois par semaine durant le mois précédent alors que le patient suivait un traitement par méthadone ;
  - iv) Avoir fait au moins une tentative de traitement par méthadone avec une dose d'au moins 60 mg pendant un mois ;
  - v) Présenter une santé déficiente au niveau physique indiquée par un score d'au moins 8 sur l'échelle MAP-HSS,  
 et/ou une santé déficiente au niveau mental indiquée par un score d'au moins 41 (pour les hommes) ou 60 (pour les femmes) sur le Global Severity Index de l'échelle SCL-90-R,  
 et/ou une insertion dans un milieu délinquant indiquée par au moins 6 actes délinquants commis ou subis sur les 30 derniers jours (d'après les questionnaires d'auto-délinquance et de victimisation).
- 2) Utiliser l'héroïne soit en injection, soit en inhalation.
- 3) Etre citoyen belge ou résident légal en Belgique.
- 4) Résider dans l'arrondissement judiciaire de Liège depuis au moins 12 mois.
- 5) Etre âgé de 20 ans au moins.

- 6) Accepter et être capable de se déplacer vers le site de délivrance au moins 2 fois par jour.
- 7) Donner par écrit son consentement éclairé aux conditions de l'expérience.
- 8) S'engager à ne pas conduire de véhicule à moteur en étant sous l'influence de substances psychoactives.
- 9) Si le sujet n'est pas en traitement dans un centre partenaire, accepter un suivi psychosocial dans un de ces centres et accepter de suivre un traitement par méthadone dans ce centre si la randomisation désigne le sujet pour le groupe contrôle.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

1. Présenter des problèmes médicaux, psychiatriques ou psychosociaux sévères qui pourraient constituer une contreindication pour la participation du sujet à l'étude.
2. Présenter des problèmes médicaux, psychiatriques ou psychosociaux sévères qui pourraient interférer avec la conduite de l'étude.
3. Présenter des antécédents de comportements perturbateurs ou agressifs qui pourraient entrer en conflit avec le bon déroulement de l'étude s'ils devaient se reproduire.
4. Etre incapable ou refuser d'aller dans le centre DAM pour les besoins de l'étude.
5. Avoir connu une période d'abstinence volontaire de 2 mois pendant les 12 derniers mois.
6. Pour les sujets féminins, être enceinte ou allaitante.
7. Avoir une forte probabilité d'être incarcéré pour une période de plusieurs mois au cours des 12 mois de traitement.
8. Les sujets requérant des doses de méthadone excédant 150 mg par jour.

Les personnes intéressées par l'étude doivent d'abord s'adresser à un centre partenaire. Celui-ci accepte ou non une personne en traitement par méthadone selon ses critères habituels. Si la personne est acceptée pour le traitement par méthadone, le centre l'envoie auprès de l'équipe de recherche qui évalue les critères d'inclusion et d'exclusion, qui fait passer les premiers tests et qui applique ensuite la procédure de randomisation. Les critères d'inclusion ne sont évalués que par l'équipe de recherche.

### **1.5. Les traitements**

La prescription, la délivrance et l'administration de diacétylmorphine se font exclusivement dans le centre DAM. Ce centre est accessible trois fois par jour, tous les jours, y compris les week-ends et jours fériés. La diacétylmorphine est prescrite par les médecins de ce centre. Elle ne peut en aucun cas être consommée à l'extérieur du centre. Les patients s'administrent la diacétylmorphine par injection ou par inhalation, dans le centre, sous la supervision constante d'une équipe d'infirmiers.

Chaque patient du groupe contrôle suit son traitement par méthadone en ambulatoire dans le centre partenaire qui l'a envoyé dans l'étude. Ce traitement se fait dans les conditions habituelles du centre partenaire.

Chaque patient (dans les deux groupes) reçoit un suivi psychosocial dans le centre partenaire qui l'a envoyé dans l'étude. Le suivi psychosocial est une offre de services adaptée au profil des patients de l'étude.

## 1.6. Evaluation

Chaque patient doit répondre à des questionnaires et se prêter à des analyses d'urine et de sang ainsi qu'à des examens médicaux réalisés par l'équipe de recherche. Ces évaluations ont lieu avant la randomisation pour vérifier les critères d'inclusion et ensuite tous les 3 mois (au 3<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> mois de traitement). Les temps d'évaluation sont appelés T03, T06, T09 et T12 selon le mois de traitement. L'équipe de recherche assure les évaluations pour tous les patients. Elle décide seule de l'inclusion ou non d'un patient. Le médecin de l'équipe de recherche effectue la randomisation de chaque patient. Les patients sont suivis et évalués qu'ils continuent ou non à suivre leur traitement initial (selon l'analyse en Intention-To-Treat).

### ➤ *Objectif principal*

L'objectif principal vise à déterminer si, dans le système de soins belge, le traitement assisté par diacétylmorphine tel qu'il est appliqué dans l'étude peut apporter une plus-value aux personnes du groupe cible par rapport aux traitements par méthadone existants. L'efficacité d'un traitement est décidée sur base du nombre de réponders dans chaque groupe. Est répondeur un patient qui rencontre les critères suivants :

- une amélioration de la santé au niveau physique ou mental sans détérioration de l'autre niveau,
- une diminution de la consommation d'héroïne de rue sans augmentation de la consommation de cocaïne,
- une diminution de l'insertion dans un milieu délinquant.

### ➤ *Objectifs secondaires*

L'évaluation porte également sur la faisabilité du traitement par diacétylmorphine :

- L'efficacité des deux traitements est évaluée au niveau sociétal grâce notamment à une analyse des coûts des traitements et une mesure de l'évolution de la qualité de vie chez les patients.
- Une recherche étudie l'impact du centre DAM et de ses patients sur l'environnement urbain et sur les riverains.
- La possibilité d'intégrer le traitement expérimental dans le réseau des institutions d'aide et de soins en assuétudes est évaluée avec des représentants des institutions d'aide et de soins en assuétudes de l'arrondissement judiciaire de Liège.

- Sur base d'interviews qualitatives semi-dirigées, une enquête exploratoire dans le centre DAM étudie la manière dont est perçu le traitement expérimental dans le centre DAM par les patients et par l'équipe soignante.

### **1.7. Consentement du patient et protection de la vie privée**

Les entretiens d'évaluation, réalisés par l'équipe de recherche, se font en face-à-face dans un local fermé pour garantir la confidentialité de l'interview. L'anonymat des patients est garanti à tous les niveaux de la procédure, c'est-à-dire qu'aucune donnée ou combinaison de données qui permette de retrouver l'identité d'un patient ne sera diffusée par l'équipe de recherche.

Le sujet doit signer un formulaire de consentement. Il est prévenu qu'il peut quitter l'étude à tout moment afin de poursuivre son traitement selon d'autres voies. Lorsqu'un sujet arrête son traitement, le centre DAM et le centre de traitement partenaire recherchent avec le patient le meilleur traitement alternatif possible.

## Section III. RESULTATS

L'équipe de recherche a détaillé les résultats du projet TADAM dans 13 chapitres repris sous trois thèmes :

- **Processus de recrutement des patients**
  - A. Déroulement de l'inclusion
  - B. Motivations à participer à TADAM
  - C. Centres référents
  - D. Caractéristiques des patients inclus
- **Résultats de l'étude contrôlée randomisée**
  - E. Efficacité comparée des traitements
  - F. Efficacité économique
  - G. Aspects criminologiques
  - H. Satisfaction des patients pendant les traitements
- **Fonctionnement du centre DAM et impact sur l'extérieur**
  - I. Observations dans le centre DAM
  - J. Trois mois après l'arrêt du traitement par diacétylmorphine
  - K. Expérience des soignants du centre DAM
  - L. INTRES: Intégration du centre dans le réseau de soins
  - M. IMPEN: Impact du centre sur son environnement urbain

## PROCESSUS DE RECRUTEMENT DES PATIENTS

### Chapitre A. Déroulement de l'inclusion - Résumé

#### 1. Introduction

Ce chapitre décrit la préparation et le déroulement de l'inclusion des sujets dans le projet TADAM. La préparation de l'inclusion comprenait la diffusion de l'information sur le projet, par l'équipe de recherche et la Fondation privée TADAM. Cette information avait pour premier objectif de recruter des centres partenaires. Ceux-ci étaient chargés d'envoyer des sujets potentiels à l'équipe de recherche, d'assurer le traitement par méthadone du groupe contrôle ainsi que le suivi psychosocial de tous les sujets. Le deuxième objectif était d'informer sur le projet tous les intervenants sociaux ou médicaux potentiellement en contact avec le public cible de l'étude.

Pendant l'inclusion, l'équipe de recherche a également réalisé des enquêtes auprès des intervenants et des usagers d'héroïne pour vérifier le bon déroulement de la phase d'inclusion et la diffusion de l'information. Ce chapitre se termine par une analyse des raisons qui pouvaient expliquer la différence entre le nombre de sujets prévus (200) et le nombre inclus (74). A ce niveau, nous comparons également notre étude avec celles réalisées à l'étranger.

#### 2. Recherche de partenariat et de patients

Pour rechercher des centres partenaires, l'équipe de recherche a présenté le projet dans les centres intéressés qui répondaient à deux conditions principales : assurer un traitement par méthadone de façon habituelle et avoir une équipe multidisciplinaire. Pour diffuser plus largement une information sur le projet, l'équipe de recherche a distribué des dépliants et affiches également dans d'autres centres qui pouvaient être en contact avec des usagers d'héroïne.

Comme, dès les premiers mois, le rythme de l'inclusion était plus lent que prévu, l'équipe de recherche a lancé différentes actions pour essayer de relancer le recrutement : discussions avec les centres partenaires, informations des médecins généralistes, recherche de partenariat avec des maisons médicales, enquête auprès des centres non partenaires mais potentiellement en contact avec le public cible et enquête auprès des usagers non inclus pour connaître leur opinion sur le projet.

#### 3. Résultats de l'inclusion

9 centres sont devenus partenaires de l'étude (dont les 7 centres spécialisés en assuétudes de l'arrondissement judiciaire liégeois qui rentraient dans les conditions du partenariat et 2 maisons médicales). Grâce à eux, 74 patients ont été inclus. Sur les 116 patients inscrits dans

l'étude par les centres partenaires, 64 (55%) étaient déjà en traitement dans le centre partenaire et 52 (45%) sont venus s'inscrire dans le centre uniquement pour participer au projet. Sur ces 116 inscrits, 33 ne se sont jamais présentés à l'équipe de recherche. Sur les 83 personnes vues par les chercheurs, 9 ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

#### 4. Raisons possibles de l'écart entre les 200 recherchés et les 74 inclus

Après avoir examiné différentes raisons pouvant expliquer l'écart entre le nombre d'inclus et le nombre de sujets prévus dans l'étude, nous sommes arrivés à une série de constatations :

- Le nombre de personnes dépendant de l'héroïne semblaient suffisant sur l'arrondissement judiciaire de Liège. L'afflux de patients à la fin de l'inclusion indiquait que le groupe cible n'était pas épuisé. En outre, lors de l'enquête sur des usagers d'héroïne, nous avons rencontré plusieurs dizaines de personnes dépendant de l'héroïne qui ne se sont jamais inscrites dans le projet.
- L'équipe de recherche et la Fondation privée TADAM ont largement diffusé l'information sur le projet. Cette information semble avoir été suffisante car les intervenants et les usagers d'héroïne contactés connaissaient le projet, parfois de façon précise.
- La coopération avec les centres partenaires s'est déroulée sans problème. Rien n'a indiqué qu'un manque de collaboration des intervenants de terrain ait empêché des patients de rentrer dans le projet, au contraire.
- Des difficultés pour effectuer les formalités pour l'inclusion n'expliquaient pas le taux de recrutement plus faible que prévu. En effet, sur les 9 personnes refusées par l'équipe de recherche, aucune ne l'a été pour un problème de document. Cependant, parmi les 52 usagers d'héroïne non inclus dans le projet, 7 étaient rebutés par les formalités à réaliser.
- Même des usagers d'héroïne très désinsérés ont pu rentrer dans le projet. Etaient également incluses des personnes à la santé physique très détériorée ou présentant des problèmes de santé mentale ou sévèrement délinquantes.
- Sur les 52 usagers d'héroïne non inclus, 40 ne voulaient pas participer au projet, surtout à cause de la durée limitée de l'expérimentation. Ils se montraient méfiants vis-à-vis de ce nouveau traitement et craignaient une aggravation de leur situation après la fin de l'étude.
- Dans les autres études à l'étranger, le nombre prévu de patients dépassait également nettement le nombre d'inclus.

#### 5. Conclusion

La raison principale expliquant la différence entre les 200 patients prévus et les 74 inclus était la motivation des usagers d'héroïne. Leurs motifs tenaient notamment à leur crainte de devenir plus dépendants, à diverses conditions du traitement par diacétylmorphine mais surtout à la durée du traitement limitée à 12 mois.

## Chapitre B. Motivation à participer au projet - Résumé

### 1. Introduction

Grâce à trois séries d'interviews, nous avons analysé les motifs donnés par les usagers d'héroïne de rue pour participer ou non au projet TADAM.

### 2. Méthode

La première série d'interviews était constituée par les pré-tests réalisés auprès de 65 usagers d'héroïne en 2010 (PRÉ-TESTS). Ces interviews se sont déroulées dans les locaux de centres partenaires et surtout dans un centre d'accueil à bas-seuil. Ces PRÉ-TESTS reprenaient les questions de l'évaluation effectuée avant la randomisation. Nous avons analysé la réponse donnée directement à une des premières questions, portant sur les raisons qui incitaient (ou pourraient inciter) l'interviewé à rentrer dans le projet. Comme de nombreuses autres questions suivaient, ces raisons de rentrer ou non dans le projet n'ont pas été approfondies.

Cette question a été reprise sans modification dans les questionnaires utilisés pour l'évaluation des 74 patients (INCLUS) avant leur inclusion dans le projet en 2011. Ces évaluations ont été réalisées dans les locaux de l'équipe de recherche.

Enfin, 52 usagers d'héroïne ont été interrogés de manière approfondie sur leur connaissance du projet et leur désir d'y rentrer ou non (NON-INCLUS). Les deux critères principaux pour recruter les NON-INCLUS étaient de consommer de l'héroïne de rue et de ne pas être inclus dans le projet. Ces interviews ont été enregistrées et intégralement retranscrites avant leur analyse dans Nvivo 9. Les usagers ont été contactés et interrogés dans la rue, dans un centre d'accueil à bas-seuil et dans des centres partenaires en 2011 pendant la période d'inclusion.

### 3. Résultats

Les trois groupes de personnes interrogées avaient des caractéristiques semblables : plus de 40 ans en moyenne, plus de 80% d'hommes, entre 23% et 32% avec un diplôme du secondaire et plus de 28% sans domicile fixe. Dans chaque groupe, 70% des personnes inhalaient l'héroïne de préférence.

51 des 52 NON-INCLUS connaissaient le projet, principalement via des intervenants en assuétude et via d'autres usagers d'héroïne. Cependant, 3 d'entre eux auraient souhaité plus de renseignements avant de participer.

Pour chacun des trois groupes, le motif principal de rentrer dans le projet était l'usage régulier d'héroïne de rue malgré les traitements déjà essayés. Ils étaient aussi motivés par leur désir d'arrêter ou de diminuer leur consommation d'héroïne de rue ainsi que par leur âge et la durée de leur dépendance. Ils souhaitaient également rentrer dans le projet pour prendre de l'héroïne

dans de bonnes conditions et pour diminuer les conséquences négatives liées à la recherche d'héroïne de rue.

40 des 52 NON-INCLUS ne voulaient pas participer parce qu'ils étaient effrayés à l'idée d'aggraver leur dépendance par le traitement par diacétylmorphine et/ou de se retrouver dans une situation difficile suite à l'arrêt du traitement après 12 mois. Parmi ces 40 NON-INCLUS, 7 ont été rebutés par les démarches nécessaires pour rentrer dans le projet. Si globalement les conditions du traitement étaient également un motif important de ne pas rentrer dans le projet cité, la ou les conditions qui déplaçaient à la personne variaient beaucoup selon les patients.

#### **4. Discussion**

Pour les usagers d'héroïne, leur incapacité à arrêter leur consommation d'héroïne était un symptôme de l'échec de leurs traitements antérieurs et une raison de rentrer dans le projet. Ces usagers d'héroïne étaient conscients de leur addiction et effrayés à l'idée de l'aggraver. Ils se projetaient dans l'avenir et ne se précipitaient pas pour recevoir de l'héroïne gratuite. Les personnes interrogées n'ont pas été massivement rebutées par les formalités nécessaires pour l'inclusion.

Nous avons examiné si le désir de participer au projet pouvait avoir un lien avec l'absence de logement stable. Même si les INCLUS comptaient de nombreuses personnes sans domicile fixe (28%), les NON-INCLUS en comptaient une plus grande proportion (58%). D'après nos résultats, les personnes sans logement refuseraient plus souvent de participer au projet. Ces personnes sans logement étaient également plus jeunes et avaient moins d'années de consommation d'héroïne derrière elles.

#### **5. Conclusion**

Pour ce groupe spécifique de personnes chroniquement dépendantes, parfois depuis plusieurs dizaines d'années, offrir ce traitement de maintenance de manière temporaire crée une inquiétude qui peut les dissuader de rentrer dans ce projet. Cette limite temporelle était contraire à la connaissance qu'ils avaient de leur addiction : chronique et résistant depuis de nombreuses années aux traitements entrepris.

Un an d'inclusion pourrait être également une durée trop courte pour ces personnes qui ont déjà essayé plusieurs traitements, certains pendant des années, et qui ont dès lors besoin de temps pour observer un nouveau traitement et ses résultats avant de s'y engager.

## Chapitre C. Centres référents - Résumé

### 1. Introduction

Des démarches ont été entreprises pour diffuser l'information sur le projet auprès des centres dits référents. Ces centres référents ont été sélectionnés car il s'agissait d'organisations travaillant dans le domaine médicosocial qui pouvaient être en contact avec des usagers d'héroïne de rue. Ces centres n'étaient pas partenaires du projet car ils ne distribuaient pas de traitement par méthadone. Nous les avons contactés d'abord pour les informer sur le projet et pour leur permettre d'informer les usagers d'héroïne et, ensuite, pour analyser leur attitude face au projet.

### 2. Méthode

Nous avons contacté ces centres à deux reprises pendant l'inclusion : à partir de janvier 2011 et, ensuite, en octobre et novembre 2011. Les structures choisies et visitées s'occupaient de consommateurs de drogues (centre d'accueil à bas seuil et éducateurs de rue), de prostitution, de problèmes de santé mentale (services psychiatriques d'hôpitaux) ou de population précarisée en général (centres d'accueil de jour, abris de nuit, urgences sociales, lavoir et restaurants sociaux.). Les centres ont reçu une affiche, conçue pour attirer l'attention des usagers d'héroïne, et des dépliants donnant des informations plus précises sur la manière de participer au projet. Lors du deuxième passage dans les centres, nous avons interrogé les travailleurs sur base d'un questionnaire structuré afin de connaître leur perception du projet TADAM et celle de leurs usagers. Le questionnaire durait une vingtaine de minutes.

### 3. Analyse des résultats

Une chercheuse a rendu visite à 27 centres lors de la première action qui a débuté en janvier 2011. Plusieurs dizaines de dépliants et une ou deux affiches ont été distribués à chaque centre. En octobre et novembre 2011, la chercheuse est retournée dans 24 de ces centres. Une nouvelle série de dépliants leur a été remise.

D'après l'enquête réalisée lors de ce deuxième passage, les intervenants ne diffusaient pas l'information de manière systématique mais ils répondaient aux questions des usagers de manière ponctuelle. Ces questions étaient souvent suscitées par les dépliants et affiches. En règle générale, les intervenants estimaient que les usagers d'héroïne étaient au courant du projet et que l'information avait bien circulé via le bouche à oreilles.

Seuls 3 des 24 centres visités lors du deuxième passage avaient concrètement orienté des usagers d'héroïne vers le projet. Parmi ces 3 centres, 1 ne s'occupait que de consommateurs de drogues illégales (ce centre, géré par un de nos centres partenaires, avait expliqué le projet

en détails à environ 200 ou 250 personnes). Les 2 autres comptaient une grande proportion de ces consommateurs parmi leurs usagers.

La critique la plus souvent formulée à l'encontre du projet par les intervenants et par leurs usagers, consommateurs d'héroïne, concernait la durée limitée du traitement à 12 mois : une année leur semblait une période trop courte pour suivre efficacement une personne dépendant de l'héroïne de rue et ils s'interrogeaient quant à l'avenir de ces personnes après cette année. En outre, certains travailleurs considéraient le projet comme trop contraignant pour les usagers les plus désinsérés, tant du point de vue des formalités nécessaires pour l'inclusion que des conditions strictes du traitement (surtout les horaires fixes et le temps imparti pour fumer la diacétylmorphine). D'après les intervenants, certains usagers d'héroïne ne voulaient pas être obligés de venir tous les jours prendre leur traitement car ils consommaient de manière régulière mais pas quotidienne et ne voulaient pas consommer tous les jours. La randomisation a été évoquée également comme un frein quant à la participation au projet.

Lors de cette enquête, la chercheuse a appris que plusieurs rumeurs circulaient. Ainsi, les formalités à remplir pour l'inclusion ont parfois été considérées comme beaucoup plus importantes qu'elles ne l'étaient. En plus, des intervenants et des usagers d'héroïne pensaient à tort que pour être incluses les personnes ne pouvaient pas consommer de cocaïne et devaient avoir un logement. La chercheuse a rectifié ces erreurs en expliquant que les formalités pour l'inclusion étaient relativement simples, que la consommation de cocaïne n'était pas un critère d'exclusion et que les critères d'inclusion exigeaient une preuve de résidence mais pas un logement.

Dans les centres qui n'ont pas envoyé d'usagers d'héroïne vers le projet, les intervenants (parfois bénévoles) ne réalisaient pas de suivis individualisés et n'étaient pas en mesure d'expliquer en détails l'étude TADAM. Les termes de 'centres référents' étaient sans doute mal choisis puisque ces centres, qui pour la plupart n'étaient pas des centres de traitement, ne pouvaient pas référer de manière active un usager d'héroïne vers un centre partenaire : il s'agissait plutôt de lieux d'information sur le projet.

#### **4. Conclusion**

L'information des usagers d'héroïne via les centres référents semble avoir bien circulé. Les passages de l'équipe de recherche ont permis d'aller à l'encontre d'idées fausses. Dans les centres, la chercheuse a noté qu'il y avait eu très peu d'opposition au projet TADAM lui-même ou au traitement par diacétylmorphine.

## Chapitre D. Caractéristiques des patients - Résumé

### 1. Introduction

Dans ce chapitre, nous reprenons les données récoltées auprès des 74 patients du projet, avant leur randomisation dans le groupe expérimental ou de contrôle. Nous avons comparé les caractéristiques de nos patients avec celles d'autres populations : la population générale, les personnes qui ont fait une demande de traitement pour un problème d'assuétude en Belgique et les patients inclus dans les études à l'étranger sur le traitement par diacétylmorphine.

### 2. Méthode

Les données descriptives ont été récoltées pendant la phase d'inclusion du 17 janvier 2011 au 16 janvier 2012. Les questionnaires standardisés utilisés pour récolter ces données ont été décrits dans le protocole : EuropASI, TDI, EQ-5D, SCL-90-R, MAP-HSS, questionnaires de délinquance et de victimisation. Les questionnaires ont été informatisés sur MS Access et les réponses des patients étaient encodées pendant l'entretien. Pour décrire les caractéristiques des patients, nous avons également utilisé les données de l'examen médical ainsi que les résultats des prélèvements d'urine et de sang.

### 3. Résultats

Les patients 74 patients inclus étaient âgés de 43 ans en moyenne (entre 29 et 60 ans). Notre population était composée surtout d'hommes (88% ; n=65). Comme dans la population générale, 84% (n=62) étaient de nationalité belge. 23% (n=17) ont obtenu un diplôme secondaire supérieur (contre 69% en population générale). 78% (n=58) des patients avaient comme principale source de revenus une allocation sociale ou de la mutuelle et 28% (n=21) des patients ne possédaient pas de logement propre lors de l'inclusion.

60% (n=44) des patients souffrait d'un problème chronique de santé physique. 61% (n=44) avaient des anticorps pour le virus de l'hépatite C et 7% (n=5) des personnes étaient infectées par le HIV. 86% (n=64) des patients présentaient des problèmes dentaires. 81% (n=60) ont dit avoir des problèmes d'anxiété ou de dépression ("légers" ou "graves"). 51% des patients (n=38) souffraient de troubles du sommeil et 41% (n=30) présentaient des troubles dépressifs. 45% des patients ont déjà tenté de se suicider au cours de leur vie (n=33).

93% (n=69) des patients ont été poursuivis pénalement au cours de leur vie et 64% (n=47) ont déjà effectué un séjour en prison d'au moins un mois.

Les patients avaient consommé de l'héroïne régulièrement pendant 20 ans en moyenne. Sur les 30 derniers jours, ils en ont consommé pendant 27 jours. 93% (n=69) ont choisi d'inhaler la diacétylmorphine dans le centre DAM. Tous les patients avaient déjà eu un traitement par méthadone (pendant 14 ans en moyenne). Au moment de l'inclusion, 93% des patients (n=69)

étaient en traitement par méthadone et 3% (n=2) en traitement par buprénorphine. Les patients avaient expérimenté en moyenne 9 traitements pour un problème de drogues.

#### 4. Discussion

Nos patients étaient plus âgés que les patients des études étrangères, alors que les critères d'inclusion étaient similaires. Cet écart pourrait s'expliquer par le vieillissement général des consommateurs de substances psychoactives en Europe et en Amérique du Nord. Dans notre étude, la proportion (78%) de patients vivant principalement d'une allocation sociale était nettement plus importante qu'à l'étranger, ce qui pourrait s'expliquer par une couverture sociale plus accessible en Belgique. Le taux de personnes sans logement stable (28%) n'était pas plus élevé qu'à l'étranger mais plus important que dans les autres populations en traitement en Belgique.

Si, au cours de leur vie, nos patients ont été aussi délinquants que ceux des études étrangères, ils étaient par contre devenus moins délinquants qu'à l'étranger au moment de l'évaluation. Ce taux de délinquance plus bas pourrait être lié à l'âge plus élevé de nos patients. En effet, la délinquance telle que celle étudiée dans notre projet tend à diminuer avec l'âge.

Nos patients ont montré une grande stabilité dans leur consommation d'héroïne de rue. Au moment de l'entretien, ils avaient par contre souvent réduit leur consommation d'autres substances par rapport à ce qu'ils consommaient plusieurs années auparavant. Le nombre relativement peu élevé d'overdoses parmi nos patients pourrait s'expliquer par l'habitude fréquente d'inhaler l'héroïne (au lieu de l'injecter), mais également par leur recours fréquent aux traitements (ils avaient connus 9 traitements en moyenne pour un problème de drogues).

#### 5. Conclusion

Notre population correspond au groupe cible visé par le projet, c'est-à-dire des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne pour lesquelles cette dépendance est devenue une maladie chronique : consommateurs réguliers depuis 20 ans, malgré de nombreux essais de traitements, présentant des problèmes de santé physique ou mentale ainsi qu'une insertion dans un milieu délinquant. Ces personnes constituent une population spécifique, différente de la population faisant une demande de traitement pour un problème de drogues en Belgique.

Même si notre population s'éloigne statistiquement beaucoup de la population générale, elle n'est pas constituée de personnes différentes en soi. En effet, nos 74 patients n'ont qu'une caractéristique en commun : la dépendance à l'héroïne. Pour le reste, notre population, derrière les statistiques qui ont tendance à l'uniformiser, montre une très grande diversité.

## RÉSULTATS DE L'ÉTUDE CONTRÔLÉE RANDOMISÉE

### Chapitre E. Efficacité - Résumé

#### 1. Introduction

Dans ce chapitre, nous avons comparé l'efficacité du traitement par diacétylmorphine et celle des traitements par méthadone pour les 74 patients inclus dans l'étude contrôlée randomisée, selon les conditions du protocole.

#### 2. Méthode

Le protocole a déterminé les modalités de l'évaluation : condition des traitements, critères d'inclusion des sujets, critère d'efficacité, circonstances et instruments d'évaluation. Nos évaluations reposaient sur des données récoltées auprès des patients (questionnaires, prélèvements de sang et d'urine), sur des données du parquet (sur les éventuelles poursuites concernant nos patients) et sur des données envoyées par les centres partenaires (pour la prescription par méthadone et le suivi psychosocial).

#### 3. Analyse des résultats

Au T12, sur les 74 patients, 70 (95%) ont été revus, 3 ont refusé d'être recontactés et 1 est décédé au cours du projet.

##### ➤ *Déroulement des traitements*

Dans le centre DAM, la dose moyenne de DAM inhalée était de 574 mg. Après 360 jours de traitement, la dose moyenne était toujours élevée (355 mg), indiquant que de nombreux patients n'étaient pas prêts pour l'abstinence. Les patients sont passés en moyenne 2,3 fois par jour au centre DAM (avec une médiane de 2,0). Les événements indésirables graves qui sont survenus n'étaient pas directement liés à l'administration de DAM. L'inhalation pourrait limiter les risques de surdosage car elle permet une administration progressive, contrairement à l'injection. Les patients du groupe méthadone ont reçu en moyenne 67 mg de méthadone par jour (77 mg pour ceux restés en traitement dans les centres partenaires).

##### ➤ *Rétention en traitement*

Après les 12 mois de suivi, la rétention dans le centre alloué par la randomisation était plus importante dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle (75% vs 34%). Cependant, dans ce calcul, une fraction importante des patients du groupe contrôle ont été considérés comme ayant arrêté leur traitement alors qu'ils suivaient un traitement par méthadone hors d'un centre partenaire. Lorsque nous les comptons, la différence de rétention entre les deux groupes s'estompait (83% versus 79%).

➤ *Efficacité comparée des deux groupes*

A tous les temps d'évaluation, le traitement par diacétylmorphine a montré une efficacité supérieure au traitement par méthadone : les patients du groupe expérimental (n=36) ont montré des améliorations plus importantes que les patients du groupe contrôle (n=38) selon le protocole. La différence entre les deux groupes était statistiquement significative aux temps d'évaluation intermédiaire (au T03, T06 et T09) mais plus au T12. La situation du groupe expérimental s'est en effet détériorée entre le T09 et le T12 (particulièrement pour la consommation d'héroïne de rue).

Cette diminution de l'efficacité au T12 pourrait s'expliquer par la crainte de l'arrêt du traitement par diacétylmorphine au 12<sup>e</sup> mois. L'absence de significativité de la différence au T12 serait donc un artefact, lié aux conditions de l'étude et non au traitement expérimental. En outre, l'étude n'imposait pas d'arrêt du traitement par méthadone. Lors du dernier Comité scientifique du projet en juin 2013, les experts ont recommandé de prendre pour référence les résultats de l'évaluation au T09, plus valides selon eux que ceux du T12.

➤ *Autres mesures de l'efficacité*

Au T12, le groupe expérimental a néanmoins montré des améliorations significativement plus importantes que le groupe contrôle sans montrer de détérioration. Ainsi, le groupe expérimental a consommé significativement moins d'héroïne de rue et de benzodiazépine. Sa santé (physique et mentale) s'est améliorée significativement (particulièrement au niveau des sentiments de dépression et des traits psychotiques).

Les patients des deux groupes ont significativement diminué leur recours aux faits délinquants. Par rapport au groupe contrôle, les patients du groupe expérimental ont montré une diminution de ces faits plus importante mais non significative. La consommation de cocaïne dans les deux groupes était relativement faible par rapport aux études étrangères et aucun effet particulier des traitements n'a été noté à ce niveau. 43% des patients du projet se sont trouvés sans domicile fixe à un moment ou l'autre au cours des 12 mois d'évaluation (sans différence entre les deux groupes). Le projet TADAM n'a donc pas exclu les sans abri.

## 4. Conclusion

Au T12, la différence d'efficacité entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative alors qu'elle l'était restée à chaque temps d'évaluation intermédiaire (T03, T06 et T09). Les différentes analyses augmentent la probabilité que l'absence de significativité de cette différence au T12 soit un faux négatif. Cette hypothèse du faux négatif est renforcée par le résultat des études à l'étranger (sur le même modèle de traitement) qui, toutes, confirment nos résultats.

La différence la plus significative entre les deux groupes concernait la diminution de la consommation d'héroïne de rue qui a drastiquement diminué dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle (p<0,01).

L'étude contrôlée randomisée a montré que le traitement par diacétylmorphine était réalisable en Belgique. Comme à l'étranger, ce traitement offre une solution plus efficace que la méthadone pour les personnes qui continuent à consommer de l'héroïne de rue et qui ont déjà été en traitement par méthadone. Cependant, cette solution ne peut être réellement efficace à terme que si le patient n'est pas obligé d'arrêter son traitement. L'arrêt du traitement, contre la volonté du patient, a un impact négatif important sur son évolution. L'assuétude à l'héroïne de notre groupe cible doit en effet être vue comme une maladie chronique nécessitant un suivi à long terme.

## Chapitre F. Evaluation socioéconomique - Résumé

### 1. Objectif

Cette partie de l'évaluation avait pour objectif de déterminer le niveau d'efficacité socioéconomique du traitement par diacétylmorphine réalisé dans le centre DAM par rapport aux traitements par méthadone dans les centres partenaires pour les 74 patients du projet.

### 2. Design, cadre, participants et indicateurs de résultats

Cette évaluation est basée sur une analyse de type coûts-bénéfices adaptée au contexte spécifique du traitement par diacétylmorphine et menée au départ des patients randomisés entre les deux traitements et suivis durant 12 mois consécutifs sur la période 2011-2012 dans un contexte organisationnel homogène contrôlé, sur base du protocole approuvé en juin 2010. Les 74 participants représentent une population de personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne de rue qui résistent aux traitements existants et qui acceptent de se déplacer quotidiennement vers le centre DAM structuré mis en place pour le traitement expérimental.

Les indicateurs de résultats retenus sont :

- Les coûts réels observés durant la période 2011-2012 induits par le traitement des 74 patients, que ces coûts soient fixes ou variables par nature.
- Les bénéfices sociétaux mesurés par la différence entre le groupe expérimental et le groupe de contrôle issue de la différence comptable entre les recettes sociétales induites durant la période d'observation de l'expérimentation et les coûts sociétaux induits durant cette même période, identifiés sur base de déclarations auto-rapportées par les participants et récoltées de manière systématique durant la période de traitement.

### 3. Analyse des résultats

Pour simplifier le résumé des résultats, nous prendrons comme année de référence l'année 2011 où le plus grand nombre de jours de traitement ont eu lieu (6 333<sup>5</sup> jours en 2011 versus 4 649 jours en 2012), parce qu'un grand nombre de patients ont été inclus au début de l'année 2011. Le coût du traitement dans le centre DAM s'élevait à 844 371 € (pour 6 333 jours de traitement effectif). Les coûts uniquement liés la Fondation privée TADAM (177 669 €) n'ont pas été comptés dans la mesure où ils n'étaient pas imputables au traitement par DAM. En 2011, les charges fixes représentaient 64% du coût total du traitement. Les ressources humaines directes absorbaient 72% des coûts (salaires et honoraires confondus). Le coût

---

<sup>5</sup> Il s'agit de la somme des jours où un patient a été effectivement traité dans le centre et y a reçu de la diacétylmorphine.

journalier de traitement par patient dans le centre DAM s'élevait à 133 € en moyenne. Si 74 patients avaient été traités dans le centre DAM, ce coût aurait été de 63 € et de 46 € si 100 patients avaient été traités. Ces derniers coûts se rapprochent du coût de l'expérimentation suisse. Dans notre étude, le coût journalier d'un patient en traitement par méthadone dans un centre partenaire a été évalué entre 9 € et 14 €.

Sur ces bases, nous avons calculé qu'un surcoût annuel par patient d'environ 20 000 € était généré par le traitement dans le centre DAM par rapport au traitement par méthadone dans un centre partenaire. Ce coût supplémentaire n'était pas compensé par le bénéfice sociétal supplémentaire. En effet, le bénéfice sociétal additionnel généré dans le centre DAM était d'environ 2 500 € en tenant compte des recettes sociétales mais aussi des inévitables coûts sociétaux additionnels induits par une réinsertion rapide des patients dans la vie sociale et dans un processus de suivi médical traditionnel. Il s'élevait à environ 4 500 € en ne tenant compte que des recettes sociétales générées par un patient du centre DAM durant la période d'inclusion (dont près de 71 % est imputable à la diminution des coûts judiciaires).

Le nombre trop réduit de patients effectivement inclus dans l'expérimentation et la menant jusqu'à son terme est à l'évidence un inducteur de surconsommation de ressources qui a pesé lourdement sur l'expérimentation.

Pour réduire significativement l'impact des coûts fixes, en plus de l'augmentation du nombre de patients, les solutions à privilégier résident dans les voies suivantes, classiques dans le champ de la stratégie organisationnelle, ou dans une combinaison de ces voies :

- L'externalisation (donc la sous-traitance) d'une partie des ressources humaines spécialisées à une entité spécialisée en la matière (société privée ou ASBL, par exemple).
- La localisation au sein d'une structure existante avec laquelle partager significativement les coûts fixes de support, notamment au niveau de l'infrastructure (par exemple, des centres de traitement par méthadone déjà existants ou d'autres structures de ce type).
- La diversification des activités en intégrant, dans les périodes de temps creuses, d'autres activités, telles que par exemple la supervision d'un traitement par méthadone, de manière à amortir à nouveau les coûts fixes sur davantage d'activités au sens comptable du terme.

#### 4. Conclusion

Le traitement par diacétylmorphine s'est avéré moins efficace économiquement que le traitement par méthadone dans le cadre précis de cette étude contrôlée randomisée ayant inclus 74 patients. Toutefois, la durée d'observation limitée des retombées sociétales induites par le traitement par diacétylmorphine conduit à sous-estimer significativement l'ampleur finale de ces retombées sociétales.

## Chapitre G. Aspects criminologiques - Résumé

### 1. Introduction

Dans ce chapitre, nous commençons par présenter la relation complexe entre consommation de drogues et délinquance ainsi que le résultat des études étrangères sur le traitement par diacéylmorphine concernant les faits délinquants des patients. Ensuite, nous reprenons les données criminologiques de l'étude, y compris celles qui ont déjà été traitées dans les chapitres *D. Caractéristiques des patients* et *E. Efficacité*.

### 2. Méthode

Nous avons utilisé des données issues de l'EuropASI, des questionnaires de délinquance et de victimisation auto-rapportées ainsi que celles du Parquet. Ce point reprend également le détail de la méthode utilisée pour collecter les poursuites enregistrées par le Parquet de Liège à l'encontre des 74 patients de l'étude. Ces dernières données ont été traitées dans le chapitre *E. Efficacité* et, dans une moindre mesure, le chapitre *M. IMPEN*.

### 3. Analyse des résultats

Pour l'ensemble de nos patients, une tendance générale à la baisse s'est manifestée dans les faits étudiés, que ce soit pour la prévalence, l'incidence ou le profit tiré de ces infractions. La baisse est plus importante dans le groupe expérimental. Plus précisément, nous avons fait plusieurs constats variant selon le type d'infraction :

- Dans les deux groupes, la diminution est très nette pour trois types d'infractions : le vol à l'étalage, le vol dans un véhicule et le trafic de drogues.
- Le recel était peu répandu parmi les patients du groupe expérimental et il a nettement diminué dans le groupe contrôle.
- Peu de faits de cambriolage ont été commis par nos 70 sujets. Ces rares faits ont diminué dans le groupe expérimental.
- Certains faits n'ont pas ou pratiquement pas été commis par nos sujets. Ainsi, aucun patient n'a commis de vols à l'arraché, de faux ou usage de faux ou de tromperie lors de vente de drogues sur les 18 mois considérés (6 mois avant l'inclusion et au cours des 12 mois de l'étude). En ce qui concerne le vol à la tire, seuls deux patients du groupe contrôle en avaient commis (mais dans les 6 mois avant l'inclusion). Enfin, pour les vols avec violence, seul un patient s'en est rendu coupable avant le T12.
- Deux types de faits ont légèrement augmenté sur les 6 derniers mois mais ils ne concernent que très peu de patients : l'outrage public a augmenté dans le groupe expérimental (2 femmes prostituées ont commis plus de faits avant le T12 qu'avant l'inclusion) et le nombre

d'auteurs de coups et blessures a augmenté dans le groupe contrôle et n'a pas diminué dans le groupe expérimental

Le nombre de faits de victimisation lié aux vols et aux arnaques lors d'achat de drogues ont diminué de manière parallèle dans le groupe expérimental. Aucun patient n'a subi d'agression sexuelle sur les 18 mois considérés.

#### **4. Conclusion**

Dans le groupe expérimental, la prévalence et l'incidence des faits délinquants et de victimisation ont diminué plus que dans le groupe contrôle, en ce qui concerne les faits de type acquisitifs (vols à l'étalage, vols dans une voiture et vente de drogues). La prévalence en matière de coups et blessures et de prostitution n'a, par contre, pas changé. Ce résultat est semblable à celui des études à l'étranger. Le traitement par diacétylmorphine pourrait dès lors diminuer la délinquance, acquisitive et systémique, des personnes sévèrement dépendant de l'héroïne. Ce traitement serait une technique de prévention situationnelle efficace de certains faits délinquants.

## Chapitre H. Satisfaction des patients en traitement - Résumé

### 1. Introduction

Nous avons examiné la satisfaction des patients avant leur inclusion dans le projet TADAM et au cours de leur 12 mois de traitement (par diacétylmorphine ou par méthadone). Nous évaluons cette satisfaction au niveau quantitatif et qualitatif.

### 2. Méthode

Nous avons utilisé deux questionnaires standardisés. Le Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8), soumis du T0 au T12, a été utilisé pour comparer l'évolution de la satisfaction globale des deux groupes avant le T0 et pendant le projet. Le Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ) a, quant à lui, permis d'analyser plus précisément les éléments renforçant ou empêchant la satisfaction des patients pendant le projet. A chaque question du TPQ, les patients étaient en effet encouragés par les chercheuses à expliquer leur opinion. Une analyse approfondie de ces commentaires a été réalisée avec le logiciel d'analyse qualitative NVivo 9.

### 3. Analyse des résultats

Avant leur inclusion dans le projet TADAM, les patients avaient un score moyen de 73% au CSQ-8. Par l'effet du hasard de la randomisation, la satisfaction était différente dans les deux groupes (71% versus 76%). Pendant l'expérience, les patients en traitement par diacétylmorphine dans le centre DAM se sont montrés significativement plus satisfaits qu'ils ne l'étaient avant l'inclusion : leur score passait de 71% à 82%. Les patients en traitement par méthadone sont restés à peu près aussi satisfaits (ou peu satisfaits) au T0 et au T03 (leur score passant de 76% à 75%). Au T12, la satisfaction a diminué pour les patients du centre DAM et a augmenté pour les patients en traitement par méthadone (81% versus 79%). Ces scores et leur évolution ressemblaient fort à ceux de l'étude canadienne dans laquelle le traitement par diacétylmorphine a également été arrêté après 12 mois (83% versus 78%).

Au TPQ par contre, les patients du centre DAM se montraient moins satisfaits de leur traitement après 3 mois que ceux en traitement par méthadone (70% versus 73%). Les différences entre les groupes ont pu être expliquées grâce aux commentaires des patients. Ainsi, les patients du centre DAM se montraient nettement plus satisfaits au niveau de l'adéquation entre l'aide reçue et l'aide recherchée (82% versus 71%). Ils expliquaient être contents de recevoir la diacétylmorphine, ce qui leur permettait de diminuer l'héroïne de rue et les problèmes liés à la recherche de celle-ci. Une partie du mécontentement des patients en traitement par méthadone s'expliquait d'ailleurs par la déception de n'avoir pas été pris dans le centre DAM. Cette question était positivement corrélée, selon une autre étude, à une amélioration de la santé et à l'abstinence.

Les patients du centre DAM se montraient par contre beaucoup moins contents que les autres concernant les règles de leur traitement (54% versus 73%). Leur principal reproche, répété souvent pendant le TPQ, concernait le temps alloué pour l'inhalation (30 minutes maximum) qui restait trop court pour leur permettre d'assimiler la dose de diacétylmorphine prescrite. Ils reprochaient également la rigidité de cette règle qui s'appliquait à tous les patients quelle que soit la dose de diacétylmorphine reçue. Aucune autre question dans un groupe n'a obtenu un score de satisfaction aussi faible. Les patients du centre DAM n'étaient pas aussi contents que ceux en traitement par méthadone par rapport à l'information reçue (70% versus 85%). Pour ces patients, les principales lacunes au niveau de l'information concernaient la prescription de diacétylmorphine ainsi que la composition des sachets de diacétylmorphine inhalable

#### **4. Conclusion**

Si le CSQ-8 est recommandé pour comparer la satisfaction générale des patients de deux services différents, le TPQ est un instrument plus utile pour connaître les motifs concrets de satisfaction ou d'insatisfaction des patients en traitement. Il pourrait être utilisé après trois mois et ensuite tous les 12 mois dans les traitements par diacétylmorphine ou par méthadone pour augmenter la qualité de la prise en charge. Ces deux questionnaires nous ont appris que, pour nos patients, le traitement par diacétylmorphine répondait mieux à l'aide espérée que le traitement par méthadone mais que les patients du centre DAM se montraient plus mécontents que les patients en traitement par méthadone sur des aspects spécifiques de leur traitement. La satisfaction des patients du centre DAM pourrait être améliorée en tenant compte de leur opinion sur leur traitement.

# FONCTIONNEMENT DU CENTRE DAM ET IMPACT SUR L'EXTÉRIEUR

## Chapitre I. Observations dans le Centre DAM - Résumé

### 1. Introduction

Des observations ont été réalisées par l'équipe de recherche dans le centre DAM. L'objectif était de décrire le fonctionnement concret de ce centre tel qu'il a été vu par deux chercheuses. Par cette description, nous espérons amener le lecteur à s'immerger dans la vie du centre et aider les organisateurs d'un nouveau centre DAM en attirant leur attention sur les difficultés que les soignants et les patients peuvent rencontrer lors de ce traitement.

### 2. Méthode

Pour mener à bien ce travail, nous avons utilisé trois types de données : une description aussi précise que possible des locaux (étayée de photos), des notes prises lors de discussions avec le personnel soignant et des observations avec prise de notes pendant les plages d'administration de la diacétylmorphine. Les notes prises durant les séances d'observation furent retranscrites et analysées avec le logiciel NVivo 9 (utilisé pour l'analyse de type qualitatif).

### 3. Analyse des observations

Pendant les observations, la chercheuse a été frappée par l'atmosphère généralement conviviale lors de l'administration de diacétylmorphine. Malgré un fonctionnement sans accroc en général, elle a néanmoins noté quelques difficultés dans le centre :

- Certains patients arrivaient bien avant l'heure d'ouverture et stationnaient en groupe sur le trottoir devant le centre.
- Le grand espace vitré et non isolé dans lequel se trouvait le centre soumettait les locaux à des températures extrêmes. Si les patients, qui ne restaient pas longtemps, ne s'en sont pas plaint, cette situation était pénible pour le personnel soignant.
- La personne qui faisait l'accueil était parfois débordée par l'arrivée des patients : elle devait gérer de multiples tâches (clés pour les casiers, clé pour les toilettes, inscription des arrivées, surveillance de l'état des patients avant et après l'inhalation, éthylotest), tout en répondant aux questions des patients et en gérant leur arrivée dans les salles d'administration.
- La salle d'inhalation ne correspondait pas à la configuration recommandée par le protocole sur base des normes appliquées aux Pays-Bas. Les salles d'administration et les cabines d'inhalation étaient critiquées :

- Les patients les trouvaient trop étroites car, en entrant ou sortant de ces cabines, ils risquaient de toucher ou de bousculer d'autres patients pendant leur inhalation.
- Les soignants avaient des difficultés pour surveiller les patients lors de l'inhalation de diacétylmorphine parce que les patients étaient assis proches les uns des autres, parce que les reflets sur les vitres des cabines empêchaient le personnel de voir clairement les gestes des patients et parce que les soignants présents avaient d'autres tâches à gérer (répondre aux demandes des patients, inscrire les arrivées et départs, donner le sachet de diacétylmorphine et le matériel pour l'inhalation, vérifier que les patients retournent bien les sachets vides et le matériel après l'inhalation).
- La configuration particulière de la salle d'inhalation a par contre permis un contact direct entre l'équipe et les patients qui semblait favoriser les échanges entre les deux.
- Le temps imparti aux patients pour prendre leur diacétylmorphine a été une source de tension entre les soignants et les patients. Ces derniers étaient souvent stressés car le délai qui leur était octroyé n'était pas toujours suffisant pour leur permettre d'inhaler leur dose de diacétylmorphine. De leur côté, les soignants devaient assurer trois tâches de surveillance : être attentif à un éventuel état d'intoxication des patients pendant l'inhalation, veiller à ce qu'il n'y ait pas de détournement de diacétylmorphine et, enfin, faire respecter le timing imposé à chacun. Ce contrôle constant était parfois mal supporté par les patients.

#### **4. Conclusion**

Malgré ces quelques difficultés, les soignants adoptaient une attitude bienveillante et mettaient tout en œuvre pour que les plages de traitement se passent au mieux. Il nous paraît important de souligner la large contribution des patients quant à cette ambiance positive, fragile équilibre où seules les capacités d'ajustement de chacune des personnes en présence permettaient de conserver un climat agréable et d'éviter que les tensions ne dégénèrent.

## Chapitre J. Trois mois après l'arrêt du traitement par diacétylmorphine - Résumé

### 1. Introduction

Le protocole avait prévu une étude sur les patients après la fin des traitements mais uniquement dans le cas où la charge de travail de l'équipe de recherche le permettrait, puisque cette partie de l'étude se déroulait après l'étude contrôlée randomisée. Cette partie de l'étude consistait à interroger les patients de l'étude 3 mois après la fin de leur 12 mois de traitement, c'est-à-dire au 15<sup>e</sup> mois (T15), avec les mêmes instruments que ceux utilisés pour évaluer les critères d'efficacité aux autres temps d'évaluation. L'analyse de ces données quantitatives du T15 a été ajoutée au chapitre *E. Efficacité*.

En outre, une analyse qualitative a été ajoutée au T15. Ainsi, les patients qui ont été en traitement dans le centre DAM ont été interrogés de manière approfondie à propos de leur expérience dans le centre DAM et de ses conséquences sur leur vie (au niveau santé, relationnel, socioprofessionnel et au niveau de leur consommation de drogues). Cette analyse qualitative de l'opinion des patients a été réalisée mais elle doit encore être rédigée et n'a donc pas été incluse dans le rapport final.

### 2. Analyse des résultats

La différence d'efficacité entre les deux groupes restait importante au T15 et les patients du groupe expérimental étaient plus nombreux à être répondeurs, c'est-à-dire à avoir montré des améliorations de leur situation par rapport au T0 (avant la randomisation). La différence entre le nombre de répondeurs dans les deux groupes était significative. Ce premier résultat indiquait que des améliorations amenées par le traitement dans le centre DAM se sont maintenues après la fin du traitement.

Néanmoins, l'augmentation de la consommation d'héroïne dans le groupe expérimental au T15 était importante. Cette augmentation était la conséquence la plus marquante de l'arrêt du traitement par DAM. Au T15, la consommation moyenne d'héroïne de rue du groupe expérimental a en effet pratiquement rejoint celle du groupe contrôle. L'amorce de cette augmentation de consommation avait déjà été notée au T12. Cette augmentation résultait, selon nous, de l'anticipation par les patients de la fin du traitement par DAM.

### 3. Conclusion

Cette augmentation importante de la consommation d'héroïne de rue au T15 était sans doute l'indication d'une future détérioration de la situation du groupe expérimental. Cette hypothèse était renforcée par les sentiments de vide, de solitude et de dépression exprimés par de nombreux patients après la fin de leur traitement dans le centre DAM.

## Chapitre K. Expérience des soignants du Centre DAM - Résumé

### 1. Introduction

Pendant les deux ans d'ouverture du centre DAM, nous avons réalisé des interviews individuelles approfondies auprès du personnel du centre pour recueillir leur opinion sur le fonctionnement du centre. Nous avons exploité ces interviews pour illustrer l'expérience des soignants dans le centre DAM.

### 2. Méthode

Nous nous sommes limitées au personnel impliqué directement dans le traitement par diacétylmorphine et en contact avec les patients dans le centre DAM : les infirmiers et aides-soignants d'une part et les médecins d'autre part. Les interviews approfondies, de type semi-directif avec une grille d'entretien, permettaient à la personne interrogée de s'étendre autant qu'elle le souhaitait sur un sujet. Les entretiens étaient enregistrés et, lors des retranscriptions *ad verbatim*, chaque interview a été anonymisée. Les entretiens ont été analysés avec NVivo 9.

### 3. Analyse des résultats

13 infirmiers et aides-soignants ont été interrogés. La satisfaction des soignants se manifestait surtout au niveau des relations qu'ils entretenaient dans leur équipe ou avec les patients. Ils relataient au sein de l'équipe une bonne ambiance ainsi qu'une solidarité entre les membres. En dehors de ces aspects, les difficultés dans leur travail occupaient une place importante dans leur discours, ce qui pourrait expliquer le turn-over important observé au sein des infirmiers et aides-soignants. Une grande partie des difficultés résultaient de la contradiction entre deux des rôles qui leur étaient dévolus : celui de surveillant et celui de référent.

En tant que surveillant, le personnel s'assurait, d'une part, que les patients ne présentent aucun effet indésirable durant et après l'administration de diacétylmorphine. D'autre part, le personnel devait vérifier que les patients ne détournent pas leur dose de diacétylmorphine. La tâche de surveillant avait donc un double objectif : médical et répressif. Ce travail de surveillance était vécu comme routinier, fatiguant ou ingrat.

Un autre rôle important de l'équipe infirmière était celui de référent. Dans ce cadre, chaque intervenant était chargé d'avoir régulièrement un entretien avec les quelques patients qu'il était chargé de suivre. Les intervenants accordaient de la valeur à ce rôle et ils exprimaient un désir d'entrer en relation avec les patients et de développer un lien de confiance. Cependant, si un patient avait des demandes en matière de suivi médico-psycho-social sortant du cadre strict

du traitement par diacétylmorphine, le référent devait renvoyer le patient vers son centre partenaire, ce qui entraînait un sentiment de frustration.

Un premier conflit entre ces deux rôles apparaissait au niveau du temps. La surveillance occupait une place importante dans le travail quotidien et les empêchait de répondre immédiatement si un patient sollicitait un entretien. Un deuxième conflit se manifestait au niveau de l'image renvoyée aux patients. D'un côté, l'intervenant devait surveiller et éventuellement sanctionner et, d'un autre côté, en tant que référent, il cherchait à développer une relation de confiance pour que le patient puisse exprimer ses besoins. D'après les interviewés, cet aspect contradictoire créait des difficultés chez les patients qui avaient parfois du mal à se positionner face à l'équipe. Les intervenants regrettaient également que certains patients les réduisent à leur rôle de surveillant et développent vis-à-vis d'eux une attitude défensive en refusant les entretiens ou en évitant de formuler des demandes. Face à ces attitudes, le personnel manifestait de la déception et de la frustration, en blâmant d'autant plus le rôle de surveillant et en exprimant davantage la volonté d'entrer en relation avec le patient.

Le personnel soignant exprimait une envie de réaliser des tâches psychosociales et d'occuper des fonctions habituellement dévolues aux éducateurs, assistants sociaux ou encore psychologues. Ce désir de travail psychosocial pourrait s'expliquer par un besoin d'être et de se sentir utile qui ne pouvait s'exprimer autrement dans le cadre de leur travail au centre DAM.

Le personnel estimait en outre que la préparation de la diacétylmorphine et sa délivrance était un travail stressant, à cause notamment de la rigueur des procédures de contrôle et de la crainte d'être accusé de vol.

Parmi les 4 médecins du centre DAM, le médecin psychiatre assurait surtout un travail de coordination tandis que les 3 autres étaient en contact régulier avec les patients pour la prescription de diacétylmorphine. Ces médecins étaient contents de voir les effets positifs du traitement sur les patients. 2 médecins généralistes ont cependant exprimé un regret d'être limité à un rôle de prescripteur de diacétylmorphine. Ils auraient voulu prendre en charge les patients de manière plus globale.

#### **4. Conclusion**

Les interviews réalisées auprès des médecins, des infirmiers et des aides-soignants du centre de traitement révélaient des difficultés dans leur travail quotidien, notamment en ce qui concerne l'accomplissement de leur rôle de soignant. Une prise en charge optimale des patients passe également par une bonne gestion des équipes soignantes. Dès lors, pour l'ouverture éventuelle d'un futur centre DAM, il sera important d'être attentif aux difficultés vécues par le personnel soignant.

## Chapitre L. Intégration du centre DAM dans le réseau en assuétudes (INTRES) - Résumé

### 1. Introduction

Le centre DAM a été installé au centre ville à Liège, pour être proche de son public cible, les personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne de rue. Dans l'intérêt du suivi médico-psycho-social de ces patients, ce nouveau centre devait également être en contact avec les autres institutions prenant en charge ce public. Nous avons dès lors analysé l'intégration du centre DAM dans le réseau liégeois d'aide et de soins en assuétudes sur base des interviews avec les intervenants de ce secteur, principalement ceux des centres partenaires.

### 2. Méthode

Les données ont été récoltées par l'équipe de recherche lors de réunions de concertation entre les institutions d'aide et de soins en assuétudes (réunions de la Plate-forme psychiatrique liégeoise), lors de réunions spécifiques dans les centres partenaires, lors d'interviews individuelles d'intervenants des centres partenaires et, enfin, par le biais d'une enquête de la Fondation privée TADAM sur sa collaboration avec les centres partenaires. Les enregistrements et notes pris durant les rencontres furent transcrits et analysés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo 9.

### 3. Résultats

Si la plupart des intervenants des centres partenaires ont manifesté une attitude positive vis-à-vis du projet TADAM avant même qu'il ne démarre, le responsable d'un de ces centres (qui, contrairement aux autres, n'avait pas de liste d'attente) craignait qu'il n'y ait un engouement massif chez ses patients pour le nouveau traitement par diacétylmorphine. Pourtant, malgré cette crainte et malgré le manque de places pour de nouveaux patients dans les autres structures, chaque centre partenaire s'est impliqué dans le recrutement et le suivi des patients. Lorsque les travailleurs manquaient de temps, ils n'hésitaient pas à conseiller aux personnes de passer par un autre centre pour l'inclusion. En outre, les intervenants se sont toujours montrés disponibles tant pour collaborer avec l'équipe de recherche (répondre à ses questions, l'aider à retrouver des patients, venir aux réunions) que pour l'inclusion de patients qui requiert beaucoup de temps et d'énergie.

Toutefois, contrairement aux craintes d'un des centres et malgré la bonne volonté des centres partenaires en général, leurs patients ne se sont pas précipités vers le projet : de nombreux usagers d'héroïne, dans les conditions d'inclusion, n'étaient pas intéressés par le projet.

Si, de manière générale, la collaboration entre les centres partenaires et le centre DAM fut évaluée positivement, certains intervenants de centres partenaires ont regretté un manque de

partage d'informations de la part du centre DAM à propos de leurs patients. Ces lacunes dans l'échange suscitèrent même, chez quelques travailleurs très impliqués, un sentiment d'injustice en regard de l'énergie dépensée et du temps dégagé pour le projet TADAM. Certains intervenants ont expliqué ces difficultés par le manque de travailleurs sociaux dans le centre DAM.

Pour l'avenir, non seulement la pérennisation du projet fut souhaitée par tous les intervenants, mais, en plus, la plupart d'entre eux ont insisté sur l'importance pour le centre DAM d'avoir sa propre équipe pluridisciplinaire afin de parfaire son offre de soins.

#### **4. Conclusion**

En plus de la collaboration active des intervenants de terrain avec les acteurs du projet TADAM, une indication de l'intégration rapide du centre DAM dans le réseau d'aide et de soins était l'absence de remise en question de son existence dès son ouverture.

## Chapitre M. Impact du centre DAM sur son environnement urbain (IMPEN) - Résumé

### 1. Introduction

Même si le principe du traitement assisté par diacétylmorphine semblait globalement accepté par la population à Liège, l'installation même du centre de traitement a suscité des inquiétudes. Celles-ci provenaient notamment de la peur que les personnes dépendant de l'héroïne ne génèrent des nuisances dans le quartier du centre. L'étude IMPEN avait pour objectif de vérifier si l'ouverture du centre DAM s'accompagnait ou non de nuisances supplémentaires pour les riverains.

### 2. Méthode

Pour répondre à cette question, des données ont été récoltées avant et après l'implantation du centre. Deux grandes catégories de données ont été exploitées : des données relevées par l'équipe de recherche dans un périmètre défini autour du centre DAM (avec l'aide de l'éducateur de rue du centre DAM) et des données provenant des services de la Ville et de la police locale. Ces dernières données étaient constituées par les nuisances publiques et les plaintes enregistrées par la police concernant des infractions réalisées dans la rue.

### 3. Analyse des résultats

En 2009, avant l'ouverture du centre DAM, une enquête a été réalisée auprès des riverains du futur centre DAM. Ces personnes trouvaient leur quartier peu agréable, notamment à cause de la présence de personnes consommant des drogues en rue, de prostituées de rue et de clients de celles-ci. Dès cette enquête, nous avons été confrontées à l'effet NIMBY (*Not In My Backyard*) car les riverains n'étaient pas contre le principe du traitement par diacétylmorphine mais ils ne voulaient pas d'un tel centre à proximité de chez eux. Cependant, pendant les deux ans d'ouverture du centre, une seule plainte a été émise auprès du centre DAM par un riverain. Cette plainte concernait l'attroupement des patients sur le trottoir avant l'ouverture du centre. L'éducateur de rue du centre DAM est intervenu pour limiter ces attroupements. Nous n'avons aucune autre indication d'un problème de voisinage avec le centre. Soulignons cependant l'attitude très proactive de l'éducateur de rue et sa fonction préventive lors des nombreux contacts qu'il a noués avec les riverains depuis juin 2009.

Lors de nos observations et relevés sur le périmètre autour du centre DAM, la consommation de drogues en public était relativement fréquente et de nombreuses traces de consommation étaient visibles, surtout en 2009 et au début de 2010. Après une diminution fin 2010 et en 2011, le matériel retrouvé a augmenté à nouveau en 2012 (sans atteindre les niveaux de 2009 et 2010) pour diminuer au début de 2013. Les relevés de la Ville sur le même périmètre

montraient au contraire une diminution constante du nombre de seringues trouvées de 2010 à 2012. Cette diminution était parallèle avec celle des infractions (constatées par la police) liées aux stupéfiants de 2008 à 2012. Par contre, une augmentation des problèmes de stupéfiants a été constatée sur l'ensemble du territoire de la commune en 2011. Les infractions pour incitation à la débauche sur le périmètre de l'étude ont, elles, nettement diminué entre 2008 et 2012, avec une hausse des constats en 2011 suivie d'une nette diminution en 2012. La proportion des infractions pour mendicité n'a cessé de diminuer sur notre périmètre par rapport à l'ensemble de la commune. Pour les infractions concernant la consommation d'alcool et l'ivresse publique, une augmentation a été notée en 2011 tant sur notre périmètre et que sur l'ensemble de la commune.

L'augmentation de certains faits soit en 2011, soit en 2012 n'a pas été constante et n'était pas parallèle avec le nombre de patients en traitement dans le centre DAM. Nous n'avons donc pas trouvé d'effets négatifs manifestes du centre DAM que ce soit sur nos relevés, sur les nuisances relevées par la Ville ou sur les infractions enregistrées par la police. Par contre, nous avons relevé des diminutions importantes des faits et infractions après 2008. Deux éléments pourraient l'expliquer : la fermeture des salons de prostitution en 2009 et l'ouverture en 2010 du commissariat qui jouxait le centre DAM.

Nous avons vérifié si, comme dans l'étude canadienne, il y avait un lien entre les conditions météorologiques et nos relevés mais nous n'avons trouvé aucun lien. Nos conditions hivernales plus clémentes qu'au Canada pourraient expliquer cette absence d'effets visibles.

Nous avons recueilli autant de données objectivables que possible en espérant que la comparaison de ces différentes données limite la subjectivité de chacune.

#### 4. Conclusion

Comme dans l'étude canadienne, aucun effet *honeypot* n'a été constaté autour du centre DAM : rien n'a indiqué une recrudescence du nombre de consommateurs de drogues illégales dans le périmètre IMPEN.

Nous avons tout de même constaté qu'un centre de traitement par diacéylmorphine peut susciter des faits considérés comme des nuisances par les riverains, comme le rassemblement de patients sur le trottoir avant l'heure d'ouverture. En pratique, dans notre cas, ces faits ont été rapidement limités grâce à la réaction rapide du centre DAM. Le peu de plaintes pour des problèmes liés au centre DAM pourrait dès lors être aussi le résultat de l'action proactive du centre DAM (via l'éducateur de rue) tant auprès des patients que des riverains.

## Section IV. RECOMMANDATIONS

### Pour un nouveau centre de traitement par diacétylmorphine

#### 1.1. Conclusions du projet TADAM

- 1.1. Le traitement par diacétylmorphine (DAM) est plus efficace que les traitements par méthadone pour les personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne, résistant aux traitements existants.
- 1.2. Le traitement par DAM doit être un traitement sans limitation de durée fixée à priori. En effet, l'arrêt obligatoire du traitement peut mener à une détérioration rapide de la condition du patient.
- 1.3. Le traitement par DAM doit rester un traitement de seconde ligne : il ne sera proposé à un patient qu'après l'échec d'un traitement par méthadone.
- 1.4. L'objectif du traitement par DAM est de permettre au patient de ne plus consommer d'héroïne de rue et par conséquent de diminuer les effets négatifs de son assuétude, à court terme sur sa santé et son insertion dans un milieu délinquant et à plus long terme sur ses relations sociales et son insertion professionnelle.

#### 2. Conditions préalables à l'installation d'un centre DAM

- 2.1. Un nombre suffisant de personnes dépendant de l'héroïne doit être présent dans la région du centre DAM.
- 2.2. Dans la région du futur centre DAM, les traitements par méthadone doivent être accessibles, notamment à un public précarisé.
- 2.3. Le cadre légal doit permettre un traitement avec de la DAM inhalable (et éventuellement injectable selon les pratiques dans la région concernée).
- 2.4. Un centre DAM doit être implanté dans une zone accessible à pied ou par les transports en commun.
- 2.5. Pour diminuer les coûts fixes, un centre DAM peut être fusionné avec un centre de traitement par méthadone.

2.6. Pour faciliter l'installation d'un centre DAM, il est utile de développer la concertation avec la population.

### **3. Conditions pour qu'une personne dépendant de l'héroïne bénéficie du traitement par DAM**

- 3.1. Le patient doit présenter une dépendance sévère à l'héroïne résistant aux traitements actuels.
- 3.2. Le patient doit résider dans une zone qui lui permet d'accéder quotidiennement au centre à pied ou par les transports en commun.
- 3.3. Le patient peut présenter divers problèmes sur le plan des assuétudes, de la santé (physique ou mentale), de la situation sociale ou du comportement délinquant.

### **4. Les règles principales du traitement par DAM**

#### **- Horaires et planning**

- 4.1. Un centre DAM ouvrira au minimum deux fois par jour tous les jours.
- 4.2. Les plages horaires seront suffisamment étendues pour que le patient puisse venir tôt le matin (avant de se rendre à un emploi ou une formation professionnelle) et pour qu'il n'ait pas besoin d'héroïne de rue le soir.
- 4.3. Le nombre de passages au centre DAM, par jour et par semaine, sera décidé avec le patient à l'avance. Ce planning pourra être revu dès que le patient le souhaite.

#### **- Interruption du traitement**

- 4.4. Le patient pourra interrompre son traitement par DAM quand il le souhaite et sans limite de temps, s'il prévient l'équipe soignante ou en cas de force majeure (maladie ou emprisonnement par exemple).
- 4.5. Pour faciliter l'arrêt du traitement par DAM, le patient qui veut arrêter devrait être assuré de pouvoir revenir dans le centre dès que nécessaire.

#### **- Prescription**

- 4.6. La DAM inhalable sera toujours disponible. La DAM injectable ne doit être disponible que si le nombre de personnes choisissant l'injection dans le centre le justifie.
- 4.7. Le patient doit pouvoir inhaler la DAM au minimum 30 minutes avec une dose allant jusqu'à 200 mg et au moins 40 minutes avec une dose allant de plus de 200 mg à 400 mg.

- 4.8. La prescription de DAM sera ajustée en concertation avec le patient en veillant avant tout à son bien-être.
- 4.9. La DAM inhalable sera disponible en sachets hermétiquement fermés.
- 4.10. La méthadone pourrait être délivrée dans un centre DAM.

- **En général**

- 4.11. Un centre DAM évitera d'être une réponse complète et définitive aux besoins du patient.
- 4.12. Pour augmenter l'efficacité du traitement et diminuer le recours à l'héroïne de rue, un centre DAM se souciera de la satisfaction des patients en traitement.

## **5. Conditions pour l'infrastructure**

- 5.1. Avec une structure adaptée, un centre DAM peut être en mesure d'accueillir jusqu'à 75 patients (si une majorité de patients inhalent la DAM).
- 5.2. Les locaux permettront une surveillance de l'inhalation pour éviter les détournements de DAM.
- 5.3. Les locaux permettront un traitement respectueux du patient.

## **6. Personnel du centre**

- 6.1. L'équipe du centre sera multidisciplinaire pour assurer un suivi médical et psychosocial.

## **7. Parcours des usagers d'héroïne de rue qui pourraient bénéficier du traitement par DAM.**

- 7.1. En cas de liste d'attente, certaines personnes devraient être prioritaires pour le traitement par DAM.
- 7.2. Si le patient est arrêté par la police ou hospitalisé, le personnel d'un centre DAM essayera de suivre le patient éventuellement en le substituant avec de la méthadone
- 7.3. Après l'arrêt du traitement par DAM, le patient devrait continuer à être suivi autant que possible car l'arrêt du traitement dans un centre DAM (où le patient se rendait quotidiennement) peut mener à un sentiment de dépression.
- 7.4. Un centre DAM travaillera en réseau et échangera des informations avec d'autres institutions dans l'intérêt du patient.

## Bibliographie

- Ansseau, M., Gustin, F., Hodiaumont, F., Lemaître, A., Lo Bue, S., Lorant, V., Portet, M. I., Reggers, J., Tyberghein, M., & Van Deun, P. (2005). *DHCo Délivrance d'héroïne sous contrôle médical : Etude de faisabilité et de suivi*. Gand, Belgique: Academia press.
- Demaret, I., Herné, P., Lemaître, A., & Ansseau, M. (2011). Feasibility assessment of heroin-assisted treatment in Liège, Belgium. *Acta Psychiatrica Belgica*, 111(1), 3-8.
- Demaret, I., Lemaitre, A., & Ansseau, M. (2010). [Efficacy of the treatment assisted by diacetylmorphine (pharmaceutical heroin)]. *Rev Med Liege*, 65(12), 681-687.
- Demaret, I., Lemaitre, A., & Ansseau, M. (2012). Staff concerns in heroin-assisted treatment centres. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(6), 563-567. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01810.x
- Demaret, I., Lemaitre, A., & Ansseau, M. (2013). [Heroin]. *Rev Med Liege*, 68(5-6), 287-293.
- Ferri, M., Davoli, M., & Perucci, C. A. (2011). Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. [Meta-Analysis Review]. *Cochrane Database Syst Rev*(12), CD003410. doi: 10.1002/14651858.CD003410.pub4
- Strang, J., Groshkova, T., Metrebian, N. (2012). New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Ed.) *Insights Series* (pp. 170 pp.). Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/heroin-assisted-treatment> doi:10.2810/50141

## Liste des fichiers et des fascicules

| Titre du document   |   | Nom du fichier  | Fascicule   |
|---|---|---|---|
| <b>Rapport final</b> (avec les résumés)                       |   | TADAM.RapportFinal..pdf (48 pp.)  | <b>Rapport final</b><br>(48 pp.)  |
| <b>Section I. PREPARATION</b>                                 |   |   |   |
| Chapitre A.   | L'héroïne   | TADAM.RapportFinal.I.A.Héroïne.pdf (7 pp.)  |   |
| Chapitre B.   | L'efficacité du traitement à l'étranger                         | TADAM.RapportFinal.I.B.EtudesAl'Etranger.pdf (7 pp.)  |   |
| Chapitre C.   | Les centres de traitement à l'étranger                          | TADAM.RapportFinal.I.C.VisitesAuxCentresAL'Etranger.pdf (5 pp.)   | <b>Section I &amp; II.</b><br><b>Préparation et</b><br><b>protocole</b><br>(182 pp.)  |
| Chapitre D.   | Le nombre d'usagers d'héroïne en province de Liège              | TADAM.RapportFinal.I.D.EpidémiologieAssuétudeHéroïne.pdf (6 pp.)  |   |
| <b>Section II. PROTOCOLE</b>                                  |   | TADAM.RapportFinal.II.Protocole.pdf (103 pp.)<br>TADAM.RapportFinal.II.Protocole__avenant.pdf (1 pp.)<br>TADAM.RapportFinal.II.Protocole__Annexe.A.Pharmacologie.pdf (19 pp.)<br>TADAM.RapportFinal.II.Protocole__Annexe.B.ConsommationsPara....pdf (14 pp.)<br>TADAM.RapportFinal.II.Protocole__Annexe.C.Consentement.pdf (9 pp.)<br>TADAM.RapportFinal.II.Protocole__Annexe.D.Précisions.pdf (11 pp.) |   |
| <b>Section III. RESULTATS</b>                                 |   |   |   |
| <b>Processus de recrutement des patients</b>                  |   |   | <b>Section III.</b><br><b>Résultats –</b><br><b>Processus de</b><br><b>recrutement des</b><br><b>patients</b><br>(188 pp.)                  |
| Chapitre A.   | Déroulement de l'inclusion                                      | TADAM.RapportFinal.III.A.Déroulement de l'inclusion.pdf (40 pp.)  |   |
| Chapitre B.   | Motivation à participer au projet                               | TADAM.RapportFinal.III.B.MotivationAParticiperAuProjet.pdf (34 pp.)   |   |
| Chapitre C.   | Centres référents   | TADAM.RapportFinal.III.C.CentresRéférents.pdf (22 pp.)  |   |
| Chapitre D.   | Caractéristiques des patients                                   | TADAM.RapportFinal.III.D.CaractéristiquesPatients.pdf (75 pp.)<br>TADAM.RapportFinal.III.D.CaractéristiquesPatients__Annexe_....pdf (17 pp.)  |   |
| <b>Résultats de l'étude contrôlée randomisée</b>              |   |   | <b>Section III.</b><br><b>Résultats –</b><br><b>Résultats de l'étude</b><br><b>contrôlée randomisée</b><br>(252 pp.)                        |
| Chapitre E.   | Efficacité  | TADAM.RapportFinal.III.E.Efficacité.pdf (123 pp.)   |   |
| Chapitre F.   | Evaluation socioéconomique                                      | TADAM.RapportFinal.III.F.EvaluationSocioEconomique.pdf (41 pp.)   |   |
| Chapitre G.   | Aspects criminologiques   | TADAM.RapportFinal.III.G.AspectsCriminologiques.pdf (41 pp.)  |   |
| Chapitre H.   | Satisfaction des patients en traitement                         | TADAM.RapportFinal.III.H.SatisfactionsDesPatients.pdf (47 pp.)  |   |
| <b>Fonctionnement du centre DAM et impact sur l'extérieur</b> |   |   | <b>Section III.</b><br><b>Résultats –</b><br><b>Fonctionnement du</b><br><b>centre DAM et</b><br><b>impact sur l'extérieur</b><br>(275 pp.) |
| Chapitre I.   | Observations dans le Centre DAM                                 | TADAM.RapportFinal.III.I.ObservationsCentreDAM.pdf (31 pp.)   |   |
| Chapitre J.   | Trois mois après l'arrêt du traitement par diacétylmorphine     | TADAM.RapportFinal.III.I.3moisAprèsLeTraitementParDAM.pdf<br>----- Disponible après janvier 2014 (± 40 pp.) -----   |   |
| Chapitre K.   | Expérience des soignants du Centre DAM                          | TADAM.RapportFinal.III.K.ExpérienceDesSoignantsCentreDAM.pdf (36 pp.)   |   |
| Chapitre L.   | Intégration du centre DAM dans le réseau en assuétudes (INTRES) | TADAM.RapportFinal.III.L.INTRES.pdf (37 pp.)  |   |
| Chapitre M.   | Impact du centre DAM sur son environnement urbain (IMPEN)       | TADAM.RapportFinal.III.M.IMPEN__SansAnnexes.pdf (80 pp.)<br>TADAM.RapportFinal.III.M.IMPEN__Annexes.pdf (91 pp.)  |   |
| <b>Section IV. RECOMMANDATIONS</b>                            |   | TADAM.RapportFinal.IV.Recommandations.pdf (25 pp.)  | <b>Section IV.</b><br><b>Recommandations</b><br>(25 pp.)  |