

# **Incertitude et flexibilité dans le traitement de substitution aux opioïdes en Belgique (Wallonie) : bilan d'une recherche-action**

**Sébastien Alexandre, master en sociologie**  
Chercheur et responsable de projets en toxicomanie,  
santé mentale et exclusion sociale  
Chercheur Fedito Wallonne, 2008 – 2010

---

## **Coordonnées**

Sébastien Alexandre

Courriel : [sebastienalexandre@hotmail.com](mailto:sebastienalexandre@hotmail.com)

Facebook : [seb.alexandre](https://www.facebook.com/seb.alexandre)

Linkd'In : [sebastienalexandre](https://www.linkedin.com/in/sebastienalexandre)

## Résumé

Cette recherche-action a été menée de novembre 2008 à octobre 2010, en Wallonie, à la demande de la Fedito Wallonne et grâce à des subsides émanant de la Région. Elle se penche sur les traitements de substitution qui, bien que pratiqués depuis plus de vingt ans, posent encore questions quant à leurs modalités pratiques.

La méthodologie a un caractère novateur. En effet, la méthode d'analyse en groupe a mis sur le même pied d'égalité différents professionnels et (ex-)usagers de traitements de substitution. C'est donc ensemble que ces professionnels et (ex-)usagers ont mené leurs analyses et proposé des perspectives pratiques.

L'incertitude est apparue comme le maître mot des traitements de substitution, pour lesquels chaque modalité bute sur l'inexorable singularité des traitements. Les normes et les règles standardisantes ne semblent plus de mise; plus que cela, il s'agit de développer davantage l'accompagnement des professionnels dans une remise en question pratique avec chaque nouveau patient.

À cet égard, l'analyse en groupe s'est révélée constituer un outil performant pour prendre en compte, dans toutes ses nuances, ses convergences et ses divergences, la difficile pratique des traitements de substitution aux opioïdes.

**Mots-clés :** opioïdes, traitements, substitution,  
méthode d'analyse en groupe, incertitude, flexibilité

## **Uncertainty and flexibility in opioid substitution treatment in Belgium (Wallonia): An action research report**

### **Abstract**

*This action research was conducted from November 2008 to October 2010 in Wallonia, at the request of the Fedito Wallonne and with regional subsidies. It focuses on substitution treatments used for more than 20 years in Belgium, but which still raise questions in regard to their practical uses.*

*The methodology was innovative. The group analysis method considered various professionals and past substitution treatment users on the same level. Together, these mixed groups conducted their analyses and proposed practical perspectives.*

*Uncertainty seemed to be the key word for substitution treatment, in which each approach was confronted by the inexorable singularity of the treatments. Standardized rules no longer seem to prevail. The main task now is to improve the support provided to professionals for a practical substitution which is different for each patient.*

*For this purpose, the group analysis method appeared to be a performing tool in taking into account the difficulty, nuances, agreement and disagreement concerning substitution treatment for opioids.*

**Keywords:** *opioid, treatment, substitution, group analysis method, uncertainty, flexibility*

## **Incertidumbre y flexibilidad en el tratamiento de sustitución de los opioïdes en Bélgica (Valonia): balance general de una investigación-acción**

### **Resumen**

*Esta investigación-acción se llevó a cabo desde noviembre de 2008 hasta octubre de 2010, en Valonia, a pedido de la Fédito Wallonne (Federación valona de instituciones para toxicómanos) y merced a subsidios otorgados en la región. La misma se centra en los tratamientos de sustitución que, si bien se practican desde hace más de veinte años, plantean todavía problemas en cuanto a sus modalidades prácticas.*

*La metodología tiene un carácter innovador: En efecto, el método de análisis de grupo ha puesto en el mismo pie de igualdad diferentes profesionales y (ex) consumidores de tratamientos de sustitución. Conjuntamente, estos profesionales y (ex) consumidores han llevado a cabo sus análisis y propuesto perspectivas prácticas.*

*La incertidumbre fue la palabra clave de los tratamientos de sustitución, para los cuales cada modalidad choca con la inexorable singularidad de los tratamientos. Las normas y las reglas normalizantes ya no parecen pertinentes; se trata incluso de desarrollar aún más el acompañamiento de los profesionales en un cuestionamiento práctico con cada nuevo paciente.*

*Con relación a este punto, el análisis de grupo se ha revelado como una herramienta de gran rendimiento capaz de tomar en cuenta, en todos sus matices, sus convergencias y sus divergencias, la difícil práctica de los tratamientos de sustitución de los opioïdes.*

**Palabras clave:** opioïdes, tratamientos, sustitución,  
método de análisis de grupo, incertidumbre,  
flexibilidad

## Introduction

La Wallonie possède déjà une longue expérience en traitement de substitution aux opioïdes, puisque les premiers y sont apparus il y a plus de vingt ans. Ainsi, au début des années 1990, on vit notamment se constituer le Projet Alfa et le réseau de médecins généralistes ALTO pour Alternative à la Toxicomanie (Denis, Van Woensel, Lejeune & Lafontaine, 2001).

À cette époque, aux yeux de certains, la méthadone constituait un médicament nécessaire à certains usagers d'opioïdes, alors que d'autres en critiquaient violemment la prescription. Certains la percevaient comme diamétralement contraire à l'héroïne, alors que d'autres en soulignaient les caractéristiques et effets similaires (Coppel, 2002 ; Gomart, 2002 ; Pelc & al., 2005 ; Stengers & Ralet, 1991 ; Valentine, 2007).

Au niveau législatif, un compromis fut finalement trouvé en 1994, lors de la Conférence de consensus : la justice cessa d'appliquer la Loi sur les stupéfiants lorsqu'il s'agissait de traitements de substitution, et s'en remettait aux autorités médicales appliquant les recommandations de cette Conférence. La pratique de la substitution se développa alors à grande échelle, avec d'indéniables succès en termes de santé publique (Denis, Van Woensel, Lejeune & Lafontaine, 2001 ; Lamkaddem & Roelands, 2007 ; Pelc & al., 2005). Et en 1995, dans son Programme d'action toxicomanie-drogue (ou programme en 10 points), le gouvernement fédéral préconisa la création de Maisons d'accueil socio-sanitaire pour usagers de drogues (MASS), centres de soins «à bas seuil» où la pratique des traitements de substitution était soulignée comme une méthode privilégiée (Pelc & al., 2005).

La Conférence de consensus de 1994 fut assez rapidement suivie par d'autres développements, tels que la modification de la loi de 1921, la légalisation des traitements de substitution par

la loi de 2002 ; la tentative de réglementation des pratiques par l'arrêté royal du 19 mars 2004, puis par celui du 6 octobre 2006, dont les arrêtés d'application ne sont toutefois pas encore promulgués à ce jour.

Les traitements de substitution semblent ainsi en constante évolution ; les pratiques paraissent constamment en avance sur les normes légales et la recherche autour des traitements de substitution aux opioïdes semble loin d'être éteinte. Ainsi, les évolutions dans les pratiques cliniques liées aux traitements de substitution ont été l'objet de multiples travaux (Farrell & al., 1994 ; WHO, 2004). On ne compte pas les recherches menées sur les produits de substitution (Carrieri & al., 2006 ; Jamieson, Beals, Lalonde & Associates, 2002), ou sur les pratiques cliniques elles-mêmes (McKeown, Matheson & Bond, 2003 ; Renju & Hamdy, 2005), ces recherches ayant donné lieu à l'édition de recommandations cliniques diverses et nombreuses (British Association for Psychopharmacology, 2004 ; WHO & UNODC, 2008 ; WHO, 2009).

Pourtant, malgré toutes ces recherches menées en Belgique et à l'étranger, et malgré les vingt ans de pratique de la substitution aux opioïdes en Wallonie, son principe même semble encore et toujours l'objet d'incertitudes. L'objectif est-il l'abstinence ? La maintenance ? La réduction des risques ? À quel cadre d'intervention doivent répondre les traitements de substitution ? À ce jour, aucune recherche ni aucune norme légale n'ont apporté de clarifications substantielles. Les questionnements s'inscrivent aussi dans le détail : comment pratiquer ces traitements de substitution, au quotidien ? Quelle fréquence dans la prescription et la délivrance ? Par quels professionnels ? En concertation, ou non ? Avec quelle mesure dans le contrôle ? Et puis déjà, avec quelle molécule, alors que la buprénorphine s'est ajoutée à la méthadone, et que la diacétylmorphine (appelée parfois « héroïne pharmaceutique ») apparaît en projet-pilote à Liège ?

Ainsi donc, malgré la multitude de recherches sur les traitements de substitution menées en Belgique et à l'étranger, et malgré les vingt ans de pratiques dont la Wallonie peut se targuer, de nombreuses questions restent en suspens. La Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes (Fedito Wallonne) a saisi l'opportunité de subsides de la région pour tenter d'apporter un éclairage et des propositions en la matière au moyen d'une recherche-action.

### **Une méthodologie particulière : l'analyse en groupe**

L'intérêt de la méthode d'analyse en groupe réside dans le fait que les traitements de substitution impliquent une certaine collaboration entre professionnels et usagers. Or, cette collaboration ne peut être optimale tant qu'il n'y a pas reconnaissance commune des points d'accords et de désaccords existants entre les différents acteurs du champ de la substitution, c'est-à-dire, très concrètement, entre *a minima* le médecin prescripteur, le pharmacien délivreur et l'utilisateur, mais aussi tout professionnel potentiellement concerné par une situation impliquant un usage de substitution, comme un psychiatre, un psychologue, un assistant social, des proches, etc.

Si l'analyse en groupe vise à réunir des acteurs inscrits dans un même champ, mais dans des positions diverses, c'est parce qu'elle s'intéresse tout d'abord aux convergences et aux divergences existantes entre ces derniers. En d'autres mots, il s'agit de mieux cerner ce sur quoi les différents acteurs s'accordent, et ce sur quoi ils ne s'accordent pas. En dernier lieu, cette méthode de recherche-action permet aux groupes constitués d'acteurs divers, de tenter de s'entendre sur des perspectives pratiques et consensuelles entre eux. À l'analyse correspond donc un moment pratique, de tentative de créations de nouveaux points d'accords.

En conséquence, pour mener à bien une analyse en groupe, cinq principes doivent être respectés :

- Le principe de la publicité de la discussion, dans le sens où tous les débats se déroulent avec les participants, et que même le rapport de recherche est passé au feu des critiques par ces derniers ;
- Le principe de liberté et d'égalité des participants au débat : chaque participant a une égale compétence à faire valoir son point de vue, tout aussi vrai et respectable que tout autre point de vue de tout autre participant ;
- Le principe de l'argumentation, puisque c'est sur l'argumentation rationnelle, et non par exemple sur tout argument d'autorité, que se construira la progression de la connaissance ;
- Le principe du consensus, dans le sens où il ne s'agit pas d'être d'accord sur tout, mais d'être d'accord sur les points d'accords et de désaccords ;
- Le principe de la réversibilité et de l'illimitation des débats, dans le sens où tout nouvel argument doit entraîner la remise en question de l'accord.

Concrètement, l'analyse en groupe se concrétise par la réunion de 8 à 12 participants, représentatifs des différents rôles intervenant dans la gestion des problématiques évoquées, en l'occurrence la substitution aux opioïdes. Ce sont bien ces personnes qui opèrent l'analyse, le chercheur étant avant tout garant du processus méthodologique.

La première étape consiste en la proposition de récits : chaque participant est amené à résumer une expérience qu'il a connue personnellement et qui préfigure, selon lui, des enjeux propres au champ ou à la question étudiée. L'essentiel, à ce stade, est de se baser sur des faits passés, et non pas sur des



interprétations. À chaque récit est adjoint, par le groupe, un titre à consonance mnémotechnique, avec un prénom d'emprunt et quelques mots résumant la « scène » : par exemple, « Michel, ou La double prescription de méthadone ».

Sont ensuite choisis les récits sur lesquels se porteront les analyses ; généralement, un vote est organisé, avec éventuellement, au préalable, des regroupements de récits jugés proches, et dès lors suffisamment répétitifs. Le narrateur du récit choisi, le répète, cette fois-ci avec davantage de détails, et en en soulignant les enjeux qu'il y a décelés : « ce qui est important, dans cette histoire, c'est que... ». Les détails de l'expérience vécue sont affinés, notamment par des questions d'informations, posées par les autres participants.

Enfin vient le temps des interprétations et des préanalyses. À tour de rôle, les différents participants sont invités à donner leur lecture explicative du récit. Il ne s'agit pas de donner des arguments d'autorité, ni de jugements de valeur, mais bien des réflexions argumentées rationnellement. Concrètement, si le groupe se penche sur un récit illustrant la problématique de la double prescription, le pharmacien donnera son point de vue, mais il sera contre-balancé par celui du médecin, celui de l'utilisateur, etc.

À la suite d'un premier tour de table, le narrateur est invité à réagir aux premières interprétations données par les autres participants. Éventuellement, nous prendrons le temps de revenir au récit et de poser des questions d'informations. Un second tour de table prend alors place, suivant les mêmes consignes, si ce n'est qu'on encourage les participants à prendre position par rapport aux interprétations données par les autres. Le narrateur réagit à nouveau. Lorsque ce matériau est réuni, le chercheur l'organise en convergences et en divergences. Encore une fois, il s'agit non pas de se mettre d'accord sur le contenu, mais sur une formulation conjointe de ces convergences et divergences. Les participants doivent y reconnaître l'essentiel de ce qu'ils ont dit.

À partir de cette organisation des divergences et des convergences, les questions-clés qui émergent sont restructurées sous forme de problématiques à creuser, éventuellement avec l'aide d'apports théoriques. Les chercheurs peuvent alors proposer des grilles de lecture théoriques, jugées pertinentes pour alimenter l'analyse.

Enfin, à partir de la problématique identifiée, puis analysée, le groupe s'attelle au dégagement de perspectives pratiques, permettant éventuellement, si non de résoudre, du moins de réduire la portée de ces problématiques.

### **Application de la méthode d'analyse en groupe, dans le cadre d'une recherche sur les traitements de substitution aux opioïdes**

Nous avons choisi d'appliquer l'analyse en groupe, en cinq endroits de la Wallonie. Concrètement, les analyses en groupe ont été organisées :

- Dans deux grandes villes, au sein desquelles le réseau spécialisé nous a semblé large et diversifié, en l'occurrence Liège et Charleroi ;
- Dans deux villes moyennes, avec un réseau de soins moins dense et moins diversifié, en l'occurrence Tournai et Arlon. Ces deux villes pouvaient en outre nous faire accéder à d'éventuelles particularités transfrontalières ;
- Dans une région défavorisée en termes de services spécialisés, en l'occurrence la province du Brabant wallon.

En chaque endroit, nous avons cherché à mener quatre réunions :

- La première réunion avait pour but d'expliquer largement la démarche, la méthode de l'analyse en groupe

et le cadre de la réunion que cette méthode impliquait. Les différents participants étaient par la suite appelés à proposer le récit d'une expérience qu'ils avaient personnellement vécue, en tant que professionnel ou usager ; qui concernait les traitements de substitution ; et qui était, à leurs yeux, illustratrice de questionnements qu'ils proposaient d'analyser. Cette première réunion se clôturait par le vote de deux récits sur lesquels chaque groupe allait se pencher ;

- La deuxième réunion visait à l'analyse du premier récit choisi ;
- La troisième réunion visait à l'analyse du second récit choisi ;
- Lors de la quatrième réunion, le chercheur rendait compte du résumé des analyses menées lors des deuxième et troisième réunions. Les participants avaient alors l'occasion de confirmer s'ils se « retrouvaient » dans la synthèse présentée. Leur *feed-back* permettait au chercheur d'éventuellement corriger ou nuancer sa synthèse. Enfin, le groupe était invité à se pencher sur des perspectives pratiques, la question posée devenant alors : étant donné les problématiques propres aux traitements de substitution que vous avez identifiées par vos récits, et étant donné les analyses que vous en avez faites lors des deux réunions suivantes, quelles seraient les perspectives pratiques permettant de réduire la portée de ces difficultés ?

Ces quatre réunions ont pu être tenues dans les villes de Charleroi, Liège, Arlon et Tournai. Par contre, en Brabant wallon, par manque de temps des services, avant tout généralistes, y prenant en charge les problématiques d'assuétudes, nous avons dû raccourcir l'analyse en groupe à une seule réunion.

Un seul récit a pu être analysé, ce récit ayant été choisi parmi des propositions faites en préalable à la réunion.

Ce sont donc en tout cinq groupes qui ont été constitués, réunissant des profils de participants très différents, à savoir :

- Trois comptoirs d'échange de seringues, représentés par trois éducateurs sociaux ;
- Deux services d'éducateurs de rue, représentés par deux éducateurs sociaux ;
- Cinq centres ambulatoires, représentés par deux psychologues, et trois éducateurs sociaux ;
- Cinq maisons médicales, représentées par quatre médecins et un kinésithérapeute ;
- Quatre médecins généralistes en cabinet privé, dont trois médecins ALTO, dont un pratique en Wallonie et dans le nord de la France ;
- Un psychothérapeute en cabinet privé ;
- Deux pharmaciens ;
- Deux maisons d'accueil sociosanitaires, représentées par un psychologue et un éducateur social ;
- Un centre de crise, représenté par un psychologue ;
- Trois services de santé mentale, représentés par deux psychologues et un psychiatre ;
- Un service psychiatrique en clinique, représenté par un responsable infirmier ;
- Deux services spécialisés en hôpital psychiatrique, représentés par un psychologue et un psychiatre ;

- Un service PTCA (patients présentant des troubles du comportement et/ou agressifs) pour personnes associant une assuétude, en hôpital psychiatrique, représenté par un psychiatre ;
- Deux communautés thérapeutiques, représentées par une responsable des admissions et un directeur thérapeutique ;
- Un service de soins psychiatriques à domicile, représenté par une infirmière psychiatrique ;
- Trois maisons d'accueil, représentées par deux éducateurs sociaux et une coordinatrice ;
- Huit usagers « actifs » de produits de substitution ;
- Deux anciens usagers de produits de substitution.

## **Les analyses de récits**

Les analyses de récits ont notamment permis de mettre à jour le caractère incertain des traitements de substitution aux opioïdes, et dès lors, la difficulté des professionnels et des usagers à s'inscrire dans ce cadre. Il semble en effet qu'à chaque traitement corresponde un objectif particulier, avec un cadre d'intervention singulier et une relation entre soignant et soigné bien spécifique. Si le travail en équipe ou en réseau peut assurément répondre à la tension ressentie par le professionnel de soins, d'autres pistes doivent sans doute être recherchées.

## **L'incertitude liée aux produits et aux objectifs des traitements de substitution, ainsi qu'aux cadres d'intervention**

En Wallonie, la molécule la plus commune pour mener un traitement de substitution est la méthadone, disponible en préparation magistrale, et suivie, d'assez loin, par la buprénorphine, disponible sous Subutex (haut dosage), Temgésic (bas dosage) et, plus récemment, Suboxone. La diacétylmorphine apparaît à présent, mais seulement à titre expérimental, dans le cadre du projet-pilote liégeois TADAM.

Certains participants aux analyses regrettent toutefois l'accent mis sur ces seules molécules : d'un point de vue pharmacologique, de nombreuses molécules pourraient être utilisées très facilement, d'après eux. Qui plus est, la méthadone est loin d'être exempte de critiques, notamment de par les difficultés de s'en sevrer. Il n'est donc pas étonnant que de nombreuses substances alternatives soient utilisées comme produits de substitution, comme l'alcool, qui présente l'avantage d'être facilement disponible, et dont la consommation est socialement largement acceptée.

Ainsi, si la méthadone peut induire une dépendance, les participants à cette recherche ont souligné que cette dernière n'est pas que neurologique, mais aussi, au moins, sociale. Un participant usager de méthadone a ainsi témoigné de sa « dépendance » aux contacts sociaux que lui permettait la méthadone, en l'occurrence avec le médecin, le pharmacien, ou encore l'assistant social et le psychologue. Les traitements de substitution amènent donc le doute quant à une dépendance, souvent décriée, mais, ici, constituant justement le levier nécessaire pour conserver un minimum de contacts sociaux. La dépendance devient alors opportunité.

Penchons-nous davantage, alors, sur les objectifs de ces traitements : pourquoi vouloir y recourir ? Dans un but de sevrage, à terme ? Ou dans un but de stabilisation, de maintenance, voire simplement de réduction des risques ? Derrière la question des objectifs recherchés par les traitements de substitution, apparaît en fait assez vite la diversité des attentes exprimées par les usagers de ces traitements. Ainsi, certains participants aux analyses en groupe accolent, aux traitements de substitution, l'objectif indiscutable du sevrage ; d'autres, par contre, soulignent que l'abstinence ne peut constituer l'objectif unique de la substitution et que la réduction des risques représente déjà un objectif satisfaisant lorsque la personne s'éloigne des opioïdes de rue, diminue ses mésusages ainsi que ses risques de surdose et d'infections.

Cette diversité des objectifs de la substitution implique des discussions sur les cadres d'intervention eux-mêmes : plus ou moins stricts, plus ou moins laxistes. Si les uns prônent un cadre rigoureux, assorti d'une politique de sanctions, d'autres cherchent à faire preuve d'empathie, y compris à l'égard du mésusage du traitement. Ainsi, si forcément chacun s'est montré opposé aux mésusages, les réponses imaginées ont, elles, oscillé entre la sanction, pouvant mettre à mal la relation soignant-soigné, et une posture davantage empathique, mettant en question le mésusage tout en tentant de préserver cette relation.

On le perçoit : le problème est alors que cette diversité d'objectifs pour les traitements, et des cadres d'intervention, constitue une difficulté à laquelle les praticiens se confrontent au jour le jour, à savoir cerner la juste réponse à donner aux besoins du patient. Cette difficulté n'est pas mince, comme l'a témoigné un médecin parlant de la tension entre, d'une part, respecter un cadre de traitement aux résultats parfois hypothétiques, et d'autre part, soulager de manière immédiate la souffrance de la personne.

D'après les participants, répondre à cette question passe avant tout par un retour aux objectifs du patient. L'essentiel est donc de voir l'objectif que le patient pourrait atteindre grâce au traitement de substitution : l'abstinence ? Une « simple » substitution aux opioïdes de rue, cette substitution étant éventuellement à prendre à vie ? Un premier levier, permettant une certaine maintenance de la personne, et un accès plus aisé à un suivi psycho-médico-social ? C'est au patient de choisir, avec l'aide du professionnel. C'est donc au patient de se responsabiliser...

Solution idéale, mais solution difficile à appliquer lorsque, par exemple, la personne n'est pas en demande d'aide. Le professionnel de soins doit-il alors se limiter à un rôle « palliatif », comme l'ont appelé les participants à l'analyse ? Doit-il aller plus loin, et adopter un rôle davantage interventionniste ? La question est restée ouverte, même si elle a été largement débattue...

## **L'incertitude liée à la relation entre l'utilisateur et le professionnel de soins**

Les traitements de substitution ne peuvent être réduits à la relation entre le médecin prescripteur et l'utilisateur, dès lors qu'ils ne se limitent pas toujours à une relation autour d'un médicament. Et que de toute façon, le médecin prescripteur et le pharmacien délivreur joueront souvent un rôle social.

Une bonne part des participants aux analyses en groupe trouvaient souhaitable que le recours à l'outil substitutif soit accompagné du recours au réseau psychosocial, entendu largement et comprenant le psychologue, l'infirmier, l'assistant social, voire des non-professionnels, comme les proches. Tous peuvent alors avoir un rôle à jouer, et ce rôle sera d'autant plus primordial que la personne sera ancrée dans une substitution avec l'abstinence comme objectif.



D'autres participants, par contre, soulignaient l'inutilité d'un quelconque suivi psychosocial pour certains patients, ces derniers se satisfaisant largement des simples prescription et délivrance du traitement, et éventuellement de leur propre réseau social, de leurs occupations professionnelles, de leurs loisirs, etc. Ce positionnement était renforcé par les difficultés témoignées par plusieurs (ex-)usagers de substitutifs à consulter un psychologue, soit parce que ce dernier était perçu comme trop éloigné de leur réalité d'usager, soit parce que consulter un psychologue revenait, selon eux, à admettre avoir un problème de santé mentale, ce à quoi ces personnes se refusaient. Une ultime explication résidait dans le fait, tout simplement, que certaines structures invoquent une impossibilité de prise en charge des personnes en traitement de substitution.

La relation entre usager et professionnel de soins est donc loin de couler de source. Certains participants identifient même un « choc des savoirs » entre les deux, les uns disposant d'un diplôme et d'une expérience professionnelle, mais les autres ayant, au-delà de leur expérience de consommation, une connaissance de ce qui est bon pour eux-mêmes. Le soin devient alors un partage entre deux personnes, l'une ayant le pouvoir de prescrire et d'hospitaliser, mais l'autre ayant toujours le dernier mot : « ce qu'il ne trouve pas chez nous, il ira le trouver ailleurs ».

Certains participants aux analyses ont donc identifié un modèle au sein duquel prédominerait l'horizontalité des savoirs, l'usager sachant ce qui est bon pour lui dans la consommation de psychotropes, mais aussi dans la « consommation » de soins. L'injonction à l'égard de l'usager, qu'elle soit d'origine juridique, médicale ou familiale, n'est alors pas de mise.

À l'inverse, d'autres participants s'accordent sur le partage des savoirs, mais non pas sur l'horizontalité de la relation entre professionnel et usager, dès lors que ce même professionnel

doit pouvoir donner des limites à l'instrumentalisation que peut mener l'usager à son égard. Respect et confiance doivent alors être à la base de la relation, et ce, aussi bien dans le chef du professionnel que de celui de l'usager. Il s'agit de créer un cadre d'intervention ni oppressant, ni moralisant, mais souple et adapté, permettant le faible seuil d'accès aux soins. Des bricolages et ajustements en cascade seront perpétuellement nécessaires. Et la pluralité des cadres de soins constituera, à cet égard, un atout indéniable pour la pluralité des besoins. Les participants aux analyses se sont donc rejoints pour reconnaître la difficulté d'être soignant, et l'indéfini des traitements de substitution, dont l'incertitude paraît à nouveau être le maître mot.

## **L'incertitude liée aux cadres d'intervention mêlant plusieurs professionnels**

On l'a vu : d'après les participants aux analyses en groupe, le non-respect du cadre d'intervention des traitements de substitution pose la question de la réaction à y apporter. Certains cadres étant stricts et statiques, et d'autres mouvants et fluctuants, faut-il sanctionner, ou tenter de comprendre le dépassement du cadre d'intervention ?

Puisque la relation soignant-soigné est loin d'être aisée, certains participants proposent de l'inscrire dans d'autres relations, plus larges, comme celles d'une équipe. Ils fondent cette idée sur la triangulation permise par l'échange de points de vue entre les membres de cette équipe, triangulation par laquelle il est plus aisé de clarifier les objectifs de chaque traitement de substitution et de mieux définir les modalités du cadre d'intervention.

La même réflexion prévaudra pour le travail en réseau, permettant le dialogue et la triangulation, mais n'échappant pas à une bonne dose d'incertitudes ! La chaîne de soins paraît en effet souvent très fragile : d'abord par le mode de vie de certains

usagers dont les horaires, les logiques et les contraintes sont différents de ceux du professionnel devant répondre à des règles éthiques ou institutionnelles ; ensuite, parce que les occasions de mésententes sont très nombreuses dans le cadre d'un traitement de substitution. Pensons simplement à une demande de « dépanne ». Refusée par certains, acceptée par d'autres, elle est l'occasion par excellence de ruptures dans la chaîne de soins.

Plus fondamentalement encore, cette fragilité de la chaîne de soins semble aussi inexorablement liée au partage des rôles entre les différents intervenants. Des désaccords peuvent survenir à tout moment, puisque les missions des différents professionnels engagés peuvent très souvent se recouvrir, générant alors d'éventuels « parasitages ». Ainsi, dans le cadre des analyses, nous avons été amenés à nous pencher sur l'histoire d'un pharmacien, ne se limitant pas à la délivrance du traitement, mais officiant son suivi par un dialogue ouvert avec le patient. Se superposait-il à la relation que ce patient entretenait avec un psychologue ? Et si c'était le cas, était-ce un mal ?

Le contrat d'intervention pourrait constituer une solution structurelle à cette difficulté du partage des rôles puisqu'il permettrait de formaliser : 1) les échanges d'informations ; et 2) les relations entre médecin, pharmacien et usager de produits de substitution. Selon certains participants, c'est ainsi par cet outil qu'il est possible d'assurer un bon fonctionnement du cadre d'intervention mêlant plusieurs professionnels, tout en permettant la responsabilisation de l'usager de soins, cette responsabilisation aidant elle-même au bon fonctionnement du cadre d'intervention.

Mais à nouveau, les positions ne sont pas tranchées, et les avis ne sont pas univoques, puisque d'autres participants aux analyses ont souligné les inconvénients du contrat d'intervention, rendant difficile toute flexibilité. Ce sont en fait les relations moins formalisées qui permettent des réponses plus adaptées aux besoins

fluctuants des patients. À l'optimisation du système institutionnel, on oublie l'optimisation du service au patient, dénoncent ainsi certains. Le fait est que si le cadre d'intervention engage l'utilisateur de soins, il engage tout autant les professionnels de soins impliqués dans cette même situation. La question est alors identique : en cas de non-respect du cadre d'intervention par un professionnel, quelle attitude adopter ? Sachant que le travail en réseau entraîne fréquemment des malentendus et des situations complexes, ce non respect du cadre par le professionnel, ou du moins l'impression de non respect par certains de ses collègues, peut émerger rapidement. La réaction adéquate est-elle la sanction adoptée par les collègues du professionnel de soins, particulièrement imaginable dans le travail en équipe ? Ou vaut-il mieux contrebalancer cette possibilité, par des tentatives de compréhension ?

Il est un fait que le professionnel doit pouvoir ne pas accéder aux demandes de certains usagers de changer le cadre initial d'intervention. Mais il est aussi un fait que la réaffirmation du cadre d'intervention n'est pas toujours facile à conduire, le soignant étant inexorablement pris dans une tension entre le soulagement à court terme et la guérison à long terme. Notons d'ailleurs que les participants à la recherche ont même été plus loin en posant la question du dépassement même du cadre d'intervention. Ainsi, si certains participants limitaient le « bon usage » du traitement de substitution à celui prescrit par le médecin, d'autres reconnaissaient et soutenaient la possibilité d'une automédication, certains usagers ayant une très grande expérience des produits psychoactifs.

## **Perspectives pratiques**

Ainsi donc, les traitements de substitution se révèlent avant tout constituer un objet incertain : les controverses émergent, et ce, tout autant à propos des produits de substitution, des objectifs recherchés par ces traitements, de la relation entre professionnel et usager de soins, et des cadres d'interventions.

Cette liste de questions n'est assurément pas exhaustive. Ce n'était d'ailleurs pas la prétention de cette recherche-action. L'essentiel est ailleurs : ce que ces questions nous enseignent, c'est qu'indubitablement, les traitements de substitution sont, partiellement en tout cas, l'objet de profondes incertitudes. Cet enseignement est essentiel, puisque aucune autorité légale ne pourra clairement définir ce qui doit être et ce qui ne doit pas être, sur le plan des traitements de substitution. En termes juridiques, les différentes lois et les différents arrêtés n'ont jusqu'à présent apporté que de bien maigres clarifications, souvent éloignées des pratiques de terrain, et même dépassées par ces dernières : c'est bel et bien hors de toute réglementation légale qu'ont émergé les traitements de substitution en Belgique.

À certains égards, nous pouvons même penser que certaines incertitudes ne doivent pas être levées. Car derrière elles, existent des patients aux profils différents, aux trajectoires divergentes et aux compliances distinctes aux traitements. Imposer des règles et des normes, nous disent la plus grande partie des participants à ces analyses, c'est se désolidariser de l'humain, de ses ambivalences et de ses singularités. Imposer un cadre d'intervention univoque pour tous, c'est nier les différences propres à chacun. Les cadres d'intervention sont alors fluctuants, hétérogènes, divergents. Ils sont à la libre appréciation des professionnels, assez souvent en concertation avec l'utilisateur, suivant la réponse amenée à la question du partage des savoirs. Le plus souvent, ils le feront en vertu de l'éthique et de la déontologie propres à leurs professions. Apparaît alors une difficulté, en ce que le professionnel sera appelé à prendre des décisions, en âme et conscience ; c'est-à-dire, seul.

Néanmoins, l'essentiel, à ce stade, est de ne pas se focaliser sur ce qui reste incertain, mais de nous concentrer sur les processus proposés pour réduire certains points d'incertitude. L'un de ces processus semble passer par la responsabilisation de chacun des acteurs du champ des traitements de substitution

aux opioïdes. Responsabilisation, d'abord, de l'usager. Dans son cas, cette responsabilisation ne pourra toutefois être complète que s'il bénéficie d'un accès élargi à l'information, par exemple, le fait d'être prévenu du pouvoir addictif de la méthadone. Responsabilisation du professionnel de soins, ensuite, auquel il est demandé de ne pas se cantonner à son cadre strict de travail. Les traitements de substitution nécessitant très souvent une collaboration entre professionnels, il est demandé à ces derniers de sortir de leurs cadres d'intervention, d'aller chercher ou de transmettre l'information, et de travailler en réseau. Sachant que les traitements de substitution impliquent de multiples acteurs, ceux-ci, disent les participants aux analyses en groupe, se doivent de travailler ensemble, de collaborer, de se concerter.

Une autre difficulté apparaît alors, puisque éthique et déontologie ne sont pas uniformes et homogènes. Les modes de fonctionnement institutionnels ne le sont pas plus. La collaboration peut être complexe. Surpasser l'isolement des professionnels impliqués dans les traitements de substitution impose des concertations beaucoup plus profondes, du travail en réseau beaucoup plus énergique, du dialogue, de la triangulation... La question cruciale devient alors celle de savoir : « quels sont les outils permettant de dépasser, dans la relation de soins, les divergences entre les différentes figures impliquées ? » À cet égard, cette recherche a donné plusieurs perspectives pratiques, dont certaines peuvent être mises en exergue, comme la demande de bénéficier de davantage de formations, d'accompagnements et de concertations. À nouveau, ces demandes s'expliquent par l'horizon incertain des traitements de substitution, et le fait que professionnels et usagers sont forcés à évoluer dans cet univers. Formations, accompagnements et concertations leur permettront de trouver des points de repères et des réponses, au cas par cas, dans le singulier de chaque relation clinique.

## Conclusions

L'objectif de cette recherche a donc été d'étudier les représentations et les pratiques liées aux traitements de substitution aux opioïdes en Région wallonne. Pour rappel, cette recherche émane de questionnements issus du terrain et relayés à la Fedito Wallonne. L'existence même de ces questionnements constitue en vérité le premier enseignement de cette recherche. On peut en effet s'en étonner quand on sait que les premiers balbutiements de la substitution en Wallonie ont été menés il y a maintenant une bonne vingtaine d'années. Si la Conférence de consensus s'est tenue il y a plus de quinze ans, soit en 1994, et qu'elle a bel et bien permis à la justice d'accepter les protocoles socio-sanitaires de substitution aux opioïdes, elle n'a semble-t-il pas levé tous les questionnements liés à ces traitements.

Les années ont donc passé... Les questionnements sont restés... Sans doute ont-ils évolué. Sans doute les modalités des débats sont-elles différentes. Les traitements de substitution sont quand même, à présent, largement acceptés par le secteur sociosanitaire, le monde judiciaire et, dans une certaine mesure, par la société. Sur le principe, il est maintenant largement accepté de traiter une personne dépendante aux opioïdes par des prescriptions de méthadone ou de buprénorphine, voire par une assistance à la diacétylmorphine.

Par contre, les modalités de ces traitements font encore débats. Quelle molécule utiliser comme produit de substitution? Faut-il viser le sevrage à court ou moyen terme, ou se satisfaire de la réduction des risques? Comment réagir, face à la dépendance aux produits de substitution ou aux mésusages? Quelle relation construire entre le soignant et le soigné? Dans quel cadre d'intervention? Comment collaborer entre professionnels concernés par un même patient sous substitutifs? Comment mener un traitement de substitution lorsque la personne connaît un épisode carcéral? Ce ne sont là que certaines

questions posées dans le cadre de cette recherche ; elles sont loin de constituer une liste exhaustive des controverses liées aux traitements de substitution...

C'est justement cette existence de doutes et de divergences qui a guidé le choix méthodologique de l'analyse en groupe (Van Campenhoudt, Chaumont & Franssen, 2005). C'est en effet en sachant que les controverses à propos des modalités d'usage des traitements de substitution existaient bel et bien, y compris à l'intérieur même du secteur sociosanitaire, que nous avons voulu permettre la tenue de larges débats. C'est à ce moment-là que cette recherche a pris un profil d'intervention et d'action, plus engagé que bien d'autres recherches sur le sujet.

En cela, cette recherche se place, très humblement forcément, dans les préceptes de la sociologie d'Akrich, Callon et Latour (2006). Ces derniers rejettent les « vérités » scientifiques « extérieures », pour s'intéresser à leur caractère relatif : une vérité scientifique n'existe que parce qu'il y a accord sur cette « vérité ». Pour le dire autrement et concrètement, l'intérêt des traitements de substitution ne sera pas basé sur des vérités scientifiques « extérieures », mais sur des accords autour de faits précis, permettant de construire certaines vérités, stabilisées pendant un temps, mais toujours susceptibles d'être remises en question (Gomart, 2004 & 2002).

Un premier postulat a alors été posé, en ce qu'il est possible et intéressant d'associer toutes les personnes concernées par les traitements de substitution, usagers compris, dans un processus de réflexion, au sein duquel la parole de chacun équivaut à celle de tout autre. L'idée est que, ce faisant, il est possible de dégager des « vérités » répondant aux controverses existantes autour des traitements de substitution. Sachant que les points de vue concernant les traitements de substitution sont incertains, il est en effet nécessaire de mettre en place de nouveaux dispositifs permettant de résoudre cette incertitude autour de



notions « construites comme certaines ». L'agir dans un monde incertain, de Callon, est à cet égard exemplatif de ce nouveau paradigme sociologique, nettement plus engagé qu'auparavant.

Le postulat selon lequel il est possible d'associer toutes les personnes concernées par ces traitements, pour en éclaircir certaines problématiques, a été rencontré. Les participants ont pleinement adhéré à la proposition de mettre leurs points de vue en débats et en discussion avec d'autres personnes concernées par les traitements de substitution, que ces autres personnes soient ou non des professionnels. Et dans leur grande majorité, les participants aux analyses ont souligné la richesse de cette association, pas franchement commune jusqu'à présent, dans la recherche liée aux assuétudes. Comprenons bien que le profil engagé de cette recherche-action, et l'association de professionnels et d'(ex-)usagers mis sur le même pied d'égalité, constituait un défi à de nombreux égards, non seulement pour le chercheur, mais aussi pour les associations invitées. Certaines d'entre elles ont préféré décliner cette invitation, souvent pour des raisons pratiques, mais aussi parce que la méthodologie semblait encore expérimentale dans le secteur des assuétudes. Néanmoins, nous pouvons l'affirmer à présent : la tenue d'analyses et de réflexions, associant professionnels et usagers de soins, est possible aussi au sein du secteur des assuétudes, tout comme elle s'est avérée pertinente dans les domaines de la santé mentale, de la précarité, du sans-abrisme et d'autres domaines de l'exclusion sociale. Un deuxième enseignement réside dès lors dans le fait qu'il est possible de mener analyses et réflexions, en associant pleinement professionnels, tels que médecins généralistes, psychiatres, psychologues, pharmaciens, assistants sociaux, éducateurs,... et (ex-)usagers de substitutifs.

Les traitements de substitution semblent donc, en même temps, largement acceptés sur leur principe, et largement discutés sur leurs modalités d'usages. On voit notamment que l'existence de cadres législatifs permettant la substitution aux opioïdes

n'implique pas forcément la mise en pratique de cette substitution ou alors une mise en pratique hétérogène et fluctuante.

Si les traitements de substitution restent largement prescrits, c'est bien parce que, malgré les controverses à propos de leurs modalités d'usages, les professionnels et usagers arrivent à «s'y retrouver». Pour le dire autrement, l'incertitude semble intrinsèque à la manière d'utiliser les traitements de substitution : il n'y a pas de règle stricte qui puisse valoir. Et pourtant, professionnels et usagers arrivent «quand même» à trouver des points d'accord. Ils limitent le degré d'incertitude, et des convergences émergent. Ainsi donc, si les traitements de substitution sont indubitablement sujets à controverses, ils sont aussi sujets à consensus, ce consensus se construisant en grande partie dans le contexte toujours particulier, toujours singulier, de la relation soignant-soigné. C'est le troisième enseignement de cette recherche-action : si les traitements de substitution font maintenant partie intégrante de l'horizon des soins autour des questions de toxico-dépendance, et ce, malgré les controverses liées aux modalités de substitution, c'est qu'entre soignants et soignés, ces controverses peuvent être dépassées.

Le vecteur le plus efficace pour réduire ces controverses pourrait donc être cette relation soignant-soigné. Cela paraîtra trivial aux yeux de certains, mais dans les faits, il est fondamental de le souligner. Il n'est pas rare que les arrêtés royaux aient été taxés d'un écart trop important avec la réalité de terrain. Nous entendons fréquemment des commentaires demandant davantage de régulations. Il n'est pas rare que le cadre strict soit perçu comme la solution première pour la résolution de ces controverses. Ce que nous apprend cette recherche-action, c'est que standardiser exagérément les traitements, c'est les faire s'éloigner de la pratique du terrain et des besoins extrêmement divers des patients.

Ce n'est pas que toute standardisation soit bonne à jeter. C'est simplement qu'il est apparemment nécessaire d'être très prudent, lorsque émergent des volontés de cadrer davantage les traitements de substitution. À chacun de ces moments, il s'agit bien de retrouver l'équilibre difficile entre standardisation et singularisation des suivis.

Le postulat fondamental de cette recherche est néanmoins que c'est à partir de la pratique de terrain que peuvent être ébauchées les réponses les plus efficaces aux controverses liées à la substitution. C'est aussi la conclusion principale de l'usage, réussi, de la méthode d'analyse en groupe, pour se pencher sur les traitements de substitution aux opioïdes.

## Bibliographie

- Akrich, M., Callon, M., Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*. Paris, France : École des Mines.
- Anseau, 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 : étude de faisabilité et de suivi*. Gent, Belgique : Academia Press.
- Becker, H. (1985). *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris, France : Métailié.
- British Association for Psychopharmacology. (2004). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 18(3), 293-335.
- Caballero, F. & Bisiou, Y. (2000). *Droit de la drogue*. Paris, France : Dalloz.
- Callon, M., Lascoumes, P., Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*. Paris, France : Seuil.
- Canarelli, T., Coquelin, A. (2009). Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. *Tendances, OFDT*, 65(mai 2009), 6.
- Carrieri, M.P., Amass, L., Lucas, G.M., Vlahov, D., Wodak, A., Woody, G.E. (2006). Buprenorphine use: The international experience. *Clinical Infectious Diseases*, 43(Supplement 4), 197-215.
- Collège d'experts en assuétudes (2005). *Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF)*, Juin 2005.
- Coppel, A. (2002). *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris, France : La Découverte.

- Denis, B., Van Woensel, G., Lejeune, D., Lafontaine, J.B. (2001). *Étude « Evalumet » : Évaluation des traitements de substitution (méthadone) menés par les médecins généralistes en communauté française de Belgique*. ALTO-SSMG. Repéré à [http://www.ssmg.be/new/files/imp\\_toxico\\_evalumet2.pdf](http://www.ssmg.be/new/files/imp_toxico_evalumet2.pdf).
- Denis, B., Dedobbeleer, M., Benabderrazik, A., Bizimungu, D.-G., Sciera, V. (2008). Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus. *La Revue de la Médecine Générale*, 258(décembre 2008), 408-414.
- Ehrenberg, A. (1991). Un monde de funambules. Dans A. Ehrenberg (dir.), *Individus sous influence : drogues, alcools, médicaments psychotropes* (p. 5-28). Paris, France : Esprit.
- Eurotox ASBL (2007). *L'usage de drogues en Communauté française : Rapport Communauté Française 2007* (données 2006). Bruxelles, Belgique : Eurotox.
- Farrell, M., Ward, J., Mattick, R., Hall, W., Stimson, G.V., Jarlais, D.D. (1994). Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *British Medical Journal*, 309(6960), 997-1102.
- Gomart, E. (2004). Surprised by methadone: in praise of drug substitution treatment in a french clinic. *Body & Society*, 10(2-3), 85-110.
- Gomart, E. (2002). Methadone: six effects in search of a substance. *Social Studies of Science*, 32(1), 93-135.
- Gomart, E., Hennion, A. (1999). A sociology of attachment: music amateurs, drug users. Dans J. Law & J. Hassard (dir.), *Actor Network Theory and After* (p. 220-247). Oxford, U.K. : Blackwell.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). (2006). *Drogues & dépendance : le livre d'information*. Saint-Denis, France : INPES.
- Institute of Public Health (2006). *Belgian national report on drugs 2006*. Bruxelles, Belgique : Scientific Institute of Public Health.

- Institute of Public Health (2007). *Belgian National Report on Drugs 2007*. Bruxelles, Belgique : Scientific Institute of Public Health.
- Jamieson, Beals, Lalonde & Associates (2002). *Literature review: Methadone Maintenance Treatment, Office of Canada's Drug Strategy*. Ottawa, Canada : Health Canada.
- Jamoulle, P. (2000). *Drogues de rue : récits et styles de vie*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Jamoulle, P. (2001). Styles de vie liés aux drogues et trajectoires de sortie de toxicomanie : enquête sur le site belge (Hainaut). *Psychotropes*, 7(3-4), 73-99.
- Lamy, D. (2007). L'arrêté royal «substitution» va-t-il signer la fin des accompagnements de patients usagers de drogues dans nos cabinets de médecine générale? *Louvain Médical*, 126(10), S188-189.
- Lamkaddem, Roelands, M. (2007). *Belgian National Report on Drugs 2007*. Belgique, Bruxelles : Scientific Institute of Public Health.
- Latour, B. (2006). *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris, France : La Découverte.
- Ledoux, Y., Brohée, J.-P., Lagrain, J. (2005). *Évaluation de la délivrance de méthadone en Belgique*. Gent, Belgique : Academia Press.
- McKeown, A., Matheson, C., & Bond, C. (2003). A qualitative study of GPs' attitudes to drug misusers and drug misuse services in primary care. *Family Practice*, 20, 120-125.
- Milhet, M. (2003). *L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie?* (Thèse pour l'obtention du grade de Docteur), Université de Bordeaux.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et l'Environnement de Belgique (2002). *Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques* (22/08/2002). Bruxelles, Belgique : Moniteur Belge.

- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2006). *Rapport annuel 2006 : état du phénomène de la drogue en Europe*. Lisbonne, Portugal : OEDT.
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (2003). *Substitution aux opiacés : synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France*. Paris, France : OFDT.
- Olievenstein, C., Parada, C. (2002). *Comme un ange cannibale : drogue, adolescents, société*. Paris, France : Odile Jacob.
- Pelc, I., Nicaise, P., Corten, P., Bergeret, I., Baert, I., Alvarez Irusta, L., Casselman, J., Meuwissen, K. (2005). *Les traitements de substitution en Belgique : développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients : rapport final*. Gent, Belgique : Academia Press.
- Renju, J. & Hamdy, F.M. (2005). National Survey of methadone prescribing for maintenance treatment: «Opiophobia» among substance misuse services? *The Psychiatrist*, 29, 459-461.
- Sabbe, B., Broekaert, E., Pham, T., Autrique, M., Vanderplaaschen, W. (2007). *Les pratiques 'evidenced based' dans l'aide aux toxicomanes : Un état des lieux*. Résumé. Bruxelles, Belgique : Politique scientifique fédérale.
- Stengers, I. & Ralet, O. (1991). *Drogues : le défi hollandais*. Paris, France : Les Empêcheurs de tourner en rond.
- Valentine, K. (2007). Methadone maintenance treatment and making up people. *Sociology*, 41(3), 497-514.
- Van Campenhoudt, L., Chaumont, J.-M., & Franssen, A. (2005). *La méthode d'analyse en groupe*. Paris, France : Dunod.
- Wolff, K., Hay, A., & Raistrick, D. (1995). Treatment should be tailored for each patient. *British Medical Journal*, 1995(310), 463.
- World Health Organization (WHO). (2004). *The Practices and Context of Pharmacotherapy of Opioid Dependence in Central and Eastern Europe*. Genève, Suisse : WHO.

World Health Organization (WHO). (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Genève, Suisse : WHO.

World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime (2008). *Discussion Paper: Principles of Drug Dependence Treatment*. Genève, Suisse : WHO & UNODC.

Zinberg, N. (1984). *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven, É.-U. : Yale University Press.