

Projet TADAM

RAPPORT FINAL

Section III – RÉSULTATS

Chapitre L.

INTRES

Intégration du centre DAM dans le réseau liégeois d'aide et de soins en assuétudes

Table des matières

1. INTRODUCTION	3
2. METHODE	5
2.1. Données	5
➤ Nombre d'institutions partenaires du projet TADAM	5
➤ Nombre de patients inscrits dans le projet TADAM	5
➤ Avis des intervenants du réseau.....	6
– Réunions de concertation entre les institutions d'aide et de soins en assuétudes	6
– Réunions spécifiques dans les centres partenaires	6
– Interviews individuelles de 10 intervenants dans des centres partenaires	7
– Autres contacts de l'équipe de recherche avec des intervenants des centres partenaires	7
– Evaluation du centre DAM de sa collaboration avec les centres partenaires	8
– Informations sur les intervenants d'institutions non partenaires.....	8
2.2. Analyse des données	9
3. RESULTATS	10
3.1. Liste des données récoltées pour cette étude	10
➤ Les centres partenaires.....	10
➤ La plate-forme psychiatrique	13
➤ Les interviews individuelles des intervenants des centres partenaires	14
➤ L'enquête d'évaluation de la Fondation TADAM auprès des centres partenaires	14
3.2. Les propos des intervenants en assuétudes sur le projet et sur le centre DAM ...	14
➤ Sur l'inclusion.....	14
➤ Sur les raisons d'intégrer ou non le projet TADAM.....	16
➤ Sur le déroulement des traitements pendant le projet.....	19
– Sur le suivi psychosocial des patients inclus.....	19
– Sur les patients en traitement par diacétylmorphine	20
– Sur la collaboration entre les intervenants et l'équipe soignante du centre DAM.....	22
– Sur les patients en traitement par méthadone.....	24
➤ Sur la suite à apporter au projet	25
3.3. Résultat de l'évaluation réalisée par la Fondation TADAM	27
4. DISCUSSION	31
5. CONCLUSION	33
6. REMERCIEMENTS	33

Section III. Résultats

Chapitre L. INTRES : Intégration du centre DAM dans le réseau de soins en assuétudes liégeois

1. INTRODUCTION

Le centre DAM, offrant un nouveau traitement par diacétylmorphine, s'est installé au centre ville, à Liège, pour être proche de son public cible : des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne qui n'ont pas trouvé de solution avec les traitements existants¹. Ce nouveau centre devait également être en contact avec les autres institutions prenant en charge ce public. En effet, les personnes sévèrement assujetties à un ou plusieurs produits présentent souvent des difficultés au niveau santé, au niveau psychosocial ou au niveau judiciaire² (liés au non à la consommation d'héroïne). Or, le centre DAM n'avait pas pour mission de gérer toutes les difficultés d'une personne en plus de son addiction à l'héroïne ; d'autant moins que la ville de Liège comptait de nombreux services spécialisés capables de prendre en charge ces différents problèmes. Pour une prise en charge optimum du public cible, le centre DAM devait dès lors collaborer avec les institutions, dans l'intérêt du patient, comme dans l'optique d'une gestion rationnelle des ressources en santé publique. Cette collaboration (appelée "travail en réseau") devait comprendre la capacité à référer un patient à une autre institution, si son traitement le nécessitait, et l'échange d'informations autour du suivi de ce patient, dans son intérêt.

Concrètement, le centre DAM devait collaborer avec les autres institutions du réseau au niveau des démarches entreprises pour améliorer la situation de ce patient pendant son traitement par diacétylmorphine (comme la remise en ordre de documents, un suivi psychosocial approfondi ou une hospitalisation) mais également, pour chaque patient, lors du début et de la fin du traitement par diacétylmorphine (notamment pour échanger des informations sur les produits de substitution et autres médicaments prescrits ou à prescrire au patient).

¹ Le groupe cible et les critères d'inclusion dans le projet TADAM ont été décrits dans le protocole de l'étude et dans les chapitres A. *Déroulement de l'inclusion* et D. *Caractéristiques des patients inclus*.

² Les caractéristiques des patients inclus dans le projet TADAM sont détaillées dans le chapitre D. *Caractéristiques des patients* du Rapport final.

Cette partie de l'évaluation du projet TADAM, appelée INTRES, a été construite pour répondre d'abord à la question : le centre DAM s'est-il intégré dans le réseau liégeois d'aide et de soins en assuétudes et, si oui, dans quelle mesure ? Les réponses se sont basées sur la participation des centres partenaires, sur le nombre de patients qu'ils ont envoyés au projet ainsi que sur l'avis des intervenants du réseau (venant ou non des centres partenaires). Une deuxième question a été posée à ces intervenants : si le centre DAM était prolongé ou relancé, quelles devraient être ses caractéristiques pour s'intégrer au mieux dans le réseau d'aide et de soins en assuétudes ?

2. Méthode

L'historique de la relation avec les centres partenaires ainsi que la manière dont le réseau liégeois d'aide et de soins en assuétudes a été informé sur le projet ont été décrits dans le chapitre A. *Déroulement de l'inclusion* de ce Rapport final.

Le groupe cible du projet TADAM a été défini dans le protocole de l'étude. Les critères d'inclusion de ce protocole ont été respectés et 74 patients ont été inclus sur cette base. Le groupe cible de l'étude INTRES a été constitué par les intervenants des centres partenaires du projet TADAM.

2.1. Données

Pour évaluer l'intégration du centre DAM dans le réseau, l'équipe de recherche s'est basée sur les données suivantes.

➤ **Nombre d'institutions partenaires du projet TADAM**

Le nombre d'institutions devenues partenaires était une première indication de l'intégration du projet TADAM dans le réseau d'aide et de soins.

➤ **Nombre de patients inscrits dans le projet TADAM**

L'équipe de recherche s'est également basée sur le nombre de patients inscrits dans le projet par les centres partenaires, c'est-à-dire sur le nombre de fiches d'inscription envoyées par fax à l'équipe de recherche pendant la phase d'inclusion (entre le 17/01/2011 et le 16/01/2012). Ce nombre était une indication de la manière dont les responsables et les intervenants des centres partenaires ont perçu le projet TADAM et le nouveau traitement par diacétylmorphine. En effet, peu de patients auraient été envoyés au projet si celui-ci avait été considéré comme inutile ou nuisible par les intervenants. Bien entendu, le nombre de patients envoyés n'était pas seulement fonction de l'attitude des intervenants vis-à-vis du projet mais était également fonction de l'attitude des patients et du nombre de ceux qui rentraient dans les critères d'inclusion³.

³ Voir le chapitre A. *Déroulement de l'inclusion*.

➤ **Avis des intervenants du réseau**

Différentes méthodes ont été utilisées pour obtenir l'avis des intervenants du réseau sur le projet TADAM.

– ***Réunions de concertation entre les institutions d'aide et de soins en assuétudes***

Pendant le projet, en 2011 et 2012, le travail en réseau à Liège était entretenu entre autre par la Plate-forme psychiatrique Liégeoise (PFPL). Cette plate-forme de concertation en santé mentale était une institution subsidiée par le gouvernement fédéral dont la mission principale consistait, comme son nom l'indique, à favoriser la concertation entre les institutions prenant en charge des troubles mentaux sur le territoire de la province de Liège. En Belgique, chaque province comptait une plate-forme similaire. En août 2012, sur les 109 institutions membres de la plate-forme liégeoise, 54 s'occupaient de la prise en charge d'adultes présentant un trouble lié aux opiacés sur la province de Liège⁴. Selon la même source, 19 d'entre elles étaient situées dans la commune de Liège. Un coordinateur de soins subsidié par le gouvernement fédéral était chargé de faciliter la concertation dans le domaine des assuétudes⁵. Ce coordinateur réunissait, plusieurs fois par an, les membres de la plate-forme lors d'une réunion appelée GTTox (*Groupe de Travail Toxicomanie*), centrée sur le problème de la consommation de produits illégaux. Grâce à l'aide du coordinateur de soins de la plate-forme, l'équipe de recherche a pu interroger les personnes présentes à ces réunions sur le projet TADAM.

– ***Réunions spécifiques dans les centres partenaires***

L'équipe de recherche a effectué une série de focus groups⁶ avec des intervenants de centres partenaires. Au départ, il était prévu d'effectuer des focus groups dans chacun des neuf centres partenaires. Cependant, trois mois après le début de l'inclusion, comme seuls trois centres avaient envoyé plus d'un patient inclus dans le projet, l'équipe a décidé de n'organiser ces réunions que dans ces trois institutions. Les six autres centres ont été contactés par téléphone ou via les réunions du réseau.

Lors de ces focus groups, une grille de questions a été utilisée. Elle fut légèrement modifiée après la période d'inclusion. Les deux versions de cette grille (pendant et après la phase d'inclusion) ont été annexées à la fin de ce rapport. Les objectifs de ces réunions étaient ceux de ce chapitre, décrits dans l'introduction, mais l'équipe de recherche cherchaient également à

⁴ Ces informations étaient disponibles en juin 2013 sur le site <http://www.pfpl.be>.

⁵ Ces informations étaient disponibles en juin 2013 sur le site du SPF Santé publique via le lien http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Healthylife/drugs/18042715_FR

⁶ Le focus group consistait en une réunion de plusieurs intervenants autour d'un thème précis (le projet TADAM, dans notre cas). L'interviewer enregistrait la réunion, expliquait le thème et demandait aux participants de donner leur avis sur celui-ci. Les intervenants donnaient leur avis et parfois discutaient du thème entre eux. L'interviewer se contentait de relancer la discussion et de passer la parole aux personnes qui ne s'étaient pas encore exprimées.

favoriser autant que possible le recrutement des usagers d'héroïne dans le projet. Ces réunions nous ont permis également d'avoir un aperçu du suivi des patients inclus (régularité des entretiens pour le traitement par méthadone et pour le suivi psychosocial). Les derniers focus groups furent davantage orientés vers l'avis des intervenants quant au projet TADAM et à sa poursuite. Chaque réunion a été enregistrée, retranscrite et traitée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo9.

– *Interviews individuelles de 10 intervenants dans des centres partenaires*

Pour avoir un avis plus approfondi des intervenants sur le processus d'inclusion et sur les raisons qui les ont poussés à envoyer ou non un patient vers le projet TADAM, Anicée Dupont, une étudiante de l'Université de Liège, a interviewé 10 intervenants de façon individuelle dans le cadre de son mémoire en santé publique (présenté en septembre 2012). L'équipe de recherche a supervisé son travail en décidant notamment du nombre de personnes à interroger et de la grille d'entretien utilisée lors de ces interviews (voir ci-dessous). Ces interviews ont été enregistrées et retranscrites par l'étudiante qui a envoyé la retranscription à l'équipe de recherche. Celle-ci a ensuite procédé à leur analyse qualitative grâce au logiciel NVivo9.

Figure 1 : Questionnaire utilisé lors des interviews individuelles des intervenants de centres partenaires.

- *Avez-vous des patients inclus dans l'étude TADAM ?*
- *De qui venait la demande d'inscription au projet ? Du patient ? De l'intervenant ? Des deux ou d'autres personnes ? Quel a été votre rôle face à un patient désireux de s'inscrire au projet TADAM ?*
- *D'après vous, pourquoi certains patients ont-ils voulu y participer ?*
- *Est-ce que certains de vos patients n'ont pas souhaité participer à l'étude ? D'après-vous, pourquoi ?*
- *Vous est-il arrivé de conseiller ou déconseiller à des patients de participer au projet ? Si oui, pourquoi ? Pouvez-vous donner des exemples de situations concrètes ?*
- *Avez-vous constaté des changements positifs ou négatifs chez les patients qui y participent, qu'ils soient inclus dans le groupe méthadone ou héroïne ?*
- *Que pensez-vous de la présence d'un traitement par diacétylmorphine à Liège ? Avez-vous eu des échos des patients traités ou non traités ?*
- *Et comment s'est passé la transition de la fin de la diacétylmorphine au retour à la méthadone ?*
- *Pensez-vous qu'une autre offre de traitement serait nécessaire pour les personnes dépendantes de l'héroïne ? (en plus ou différente ? en quoi ?)*

– *Autres contacts de l'équipe de recherche avec des intervenants des centres partenaires*

En plus des focus groups, l'équipe de recherche est restée en contact avec les centres partenaires tout au long du projet TADAM non seulement pour recueillir l'avis des intervenants sur le projet mais également afin d'assurer l'inclusion d'un maximum de patients,

pour informer les intervenants sur les résultats de la procédure d'inclusion de leurs patients⁷ et pour retrouver les patients au moment des entretiens d'évaluation. Pendant ou après les contacts téléphoniques, l'équipe de recherche a pris des notes avec la date, l'heure et le code du centre partenaire.

– ***Evaluation du centre DAM de sa collaboration avec les centres partenaires***

En 2012, quelques mois avant la fin du projet, la Fondation privée TADAM, qui gérait le centre DAM, créa un formulaire d'enquête afin d'évaluer la satisfaction des centres partenaires au sujet de leur collaboration avec le centre DAM. Selon la Fondation, ce formulaire avait pour objectif « *d'optimiser la collaboration entre les centres partenaires et le centre de traitement TADAM* ». Il était qualifié comme étant une « *appréciation indépendante de l'équipe de recherche* » qui ne concernait que la Fondation Privée TADAM⁸. Cette enquête était anonyme. Dans un même souci d'anonymat, elle fut envoyée aux 9 centres partenaires accompagnée d'une enveloppe préaffranchie dans un souci de préserver l'anonymat. L'équipe de recherche a obtenu l'accord de la Fondation et des centres partenaires pour recevoir une copie de ces formulaires complétés afin de les analyser.

– ***Informations sur les intervenants d'institutions non partenaires***

Lors de l'inclusion, une enquête a été réalisée auprès d'institutions non partenaires qui pouvaient être en contact avec le public cible de l'équipe de recherche, des personnes dépendant de l'héroïne et résistant aux traitements existants. Ces centres ont été appelés "*centres référents*" dans le protocole. Cette enquête avait pour objectif de recueillir des informations pour évaluer le déroulement de l'inclusion des patients. Les réponses au questionnaire (voir ci-dessous) étaient notées directement par la chercheuse (sans enregistrement) et retranscrites ensuite sur une base de données MS Access⁹. Cette enquête a permis de recueillir des informations sur l'attitude des intervenants vis-à-vis du projet et du centre DAM. L'enquête est reprise dans le chapitre C. *Centres référents*.

⁷ Cette information était fournie systématiquement aux centres après le résultat de la procédure d'inclusion. Elle était envoyée par e-mail ou par fax selon les desideratas du centre.

⁸ L'équipe de recherche n'a en effet pas été impliquée que ce soit dans cette évaluation interne à la Fondation ou dans le déroulement de la collaboration entre le centre DAM et les centres partenaires.

⁹ Comme la chercheuse passait en général à l'improviste dans ces centres référents et qu'elle avait environ 25 centres à voir, le questionnaire a été conçu pour être administré rapidement.

Figure 2 : Questionnaire utilisé lors des visites aux centres référents.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nombre de bénéficiaires de l'institution ou nombre de passages,</i> - <i>Nombre de bénéficiaires consommateurs d'héroïne,</i> - <i>Réactions des bénéficiaires à TADAM,</i> - <i>Réactions des intervenants à TADAM,</i> - <i>Comment ont-ils diffusé les infos sur TADAM,</i> - <i>Nombre de dépliants et d'affiches données à des usagers intéressés,</i> - <i>Commentaires des intervenants sur le nombre de dépliants ou d'affiches nécessaires,</i> - <i>Autres remarques éventuelles.</i> |
|---|

2.2. Analyse des données

La subjectivité de notre analyse INTRES et l'influence éventuelle des chercheurs sur les réponses des intervenants a été limitée autant que possible par ces différents moyens :

- Nous avons interrogé les centres selon quatre biais (via les focus groups dans les centres partenaires, via les focus groups lors des réunions de réseau, via les interviews individuelles et enfin, via les questionnaires d'appréciation conçus par la Fondation TADAM).
- Nous avons utilisé une méthode précise lors de chaque série d'interviews.
- Nous avons répété nos interrogations à différents moments du projet (à deux reprises pendant la phase d'inclusion et à une reprise pendant l'année de traitement qui a suivi).
- Trois personnes ont réalisé les interviews (deux chercheuses de l'équipe de recherche et une étudiante) mais les deux chercheuses de l'équipe de recherche ont travaillé ensemble pour analyser et rédiger les résultats et une des deux a coordonné l'ensemble de cette étude INTRES.
- Les données ont été analysées avec le logiciel NVivo 9. Ce logiciel avait l'avantage de permettre un codage transparent et permanent des informations recueillies. Le raisonnement à la base de l'analyse pouvait ainsi être retracé sur base de ce codage.
- Le document final a été lu et discuté avec le reste de l'équipe de recherche.

3. Résultats

L'objectif de ce chapitre n'étant pas de faire une comparaison entre les différents centres et le nombre de patients envoyés par chacun de nos partenaires, nous avons préféré ne pas nommer ces derniers mais plutôt les distinguer par une lettre majuscule sans rapport avec leur nom.

L'objet de l'étude INTRES concernait le nouveau traitement par diacétylmorphine et le centre DAM mais les intervenants se sont souvent prononcés sur le projet lui-même, par exemple sur les conditions de l'étude (comme les critères d'inclusion ou la durée du traitement).

3.1. Liste des données récoltées pour cette étude

➤ Les centres partenaires

Lors de la période de préparation du projet, de 2008 à 2010, différentes démarches ont été entreprises pour contacter les centres de traitement par méthadone qui pourraient devenir partenaires¹⁰. Fin 2010, avant le début de l'inclusion, 7 centres spécialisés en assuétudes, étaient devenus partenaires du projet. Deux de ces centres sont devenus partenaires en émettant des réserves vis-à-vis du projet. Dans le premier cas, les responsables du centre craignaient d'avoir moins de patients s'ils en envoyaient au projet TADAM et, par conséquent, de perdre des subsides. Dans le deuxième cas, un responsable nous a dit qu'il n'enverrait que de nouveaux patients venus pour le projet et non pas des patients en traitement régulier dans son centre. Les réticences de ce responsable étaient liées au traitement par diacétylmorphine lui-même, c'est-à-dire au fait même de prescrire de la diacétylmorphine à des personnes dépendantes de l'héroïne de rue.

En plus de ces centres spécialisés en assuétudes, l'équipe de recherche a contacté les maisons médicales¹¹ pour leur proposer de faire partie du projet. Ces centres de soins primaires prenaient en effet en charge également des patients en traitement par méthadone. La plupart des maisons médicales n'ont pas donné de suite malgré parfois un intérêt certain pour le projet. Ainsi, 6 maisons médicales ont reçu l'équipe de recherche qui leur a présenté le projet en détail. Aucune de ces maisons médicales n'a cependant donné de suite à la proposition de partenariat. Les médecins des autres maisons médicales, contactées par courrier, par téléphone

¹⁰ Voir le chapitre A. *Déroulement de l'inclusion* pour le détail des démarches entreprises auprès des centres.

¹¹ Voir le chapitre A. *Déroulement de l'inclusion* pour le détail des démarches auprès des maisons médicales.

et parfois par e-mail, ont parfois refusé de devenir partenaires ou, le plus souvent, n'ont pas donné de suite malgré les rappels de l'équipe de recherche. Deux maisons médicales sont néanmoins devenues partenaires en mai 2011 pendant la période d'inclusion. Elles n'ont envoyé aucun patient directement dans le projet. Cependant, des médecins de maisons médicales, intéressés par le projet, ont envoyé des patients au projet via les centres partenaires.

Au total, 9 centres ont accepté d'être partenaires du projet. Ils sont répertoriés dans le Tableau 1 par une lettre majuscule et classés par ordre décroissant du nombre de fiches d'inscription transmises. 6 des 9 centres ont inscrit des patients dans le projet. L'équipe de recherche a réceptionné 116 fiches d'inscription transmises par ces centres. Elles ne furent envoyées à l'équipe de recherche qu'à la demande expresse du patient. 74 d'entre elles aboutirent à une inclusion dans l'étude.

Tableau 1 : 70 patients inclus provenaient de 3 des 9 centres partenaires.

<i>Nom du centre</i>	<i>Nombre de fiches d'inscription envoyées par le centre</i>	<i>Nombre de patients inclus</i>
Centre A	49	35
Centre B	45	27
Centre C	15	8
Centre D	3	3
Centre E	3	1
Centre F	1	0
Centre G	0	0
Centre H	0	0
Centre I	0	0
Total	116	74

Nous avons organisé trois focus groups avec chacun des trois premiers centres cités (A, B et C) non seulement pour vérifier l'intégration du centre DAM parmi les institutions spécialisées en assuétudes mais aussi pour suivre (et encourager) l'inclusion des patients. Le Tableau 2 reprend les dates de ces réunions ainsi que le nombre de personnes qui y étaient présentes. Toutefois, lors de la première rencontre avec les intervenants de terrain, nous n'avons pas pris note du nombre exact de participants présents mais nous avons pu l'estimer grâce à l'enregistrement intégral de la réunion.

Tableau 2 : Entre 3 et 10 intervenants étaient présents lors des focus groups.

<i>Nom du centre</i>	<i>Dates des réunions</i>	<i>Nombre d'intervenants présents</i>
Centre A	Mai 2011	+/-10
	Octobre 2011	7
	Juin 2012	3
Centre B	Avril 2011	3
	Octobre 2011	4
	Juin 2012	3
Centre C	Avril 2011	5
	Novembre 2011	7
	Septembre 2012	4

Un total de 9 réunions, d'au minimum une heure, furent réalisées avec les centres A, B et C. Elles le furent toutes à notre demande et l'équipe de recherche s'est toujours déplacée dans les centres. Chaque réunion a duré au minimum une heure. Les personnes présentes étaient des assistants sociaux, des psychologues, des médecins et, parfois, le coordinateur de l'équipe (criminologue, psychologue ou assistant social de formation). En plus de ces réunions, l'équipe de recherche a été régulièrement en contact avec des intervenants de ces trois centres, par téléphone ou par e-mail, au cours des deux années du projet. Les discussions par téléphone ont été notées lorsqu'elles contenaient des remarques sur le projet, la procédure d'inclusion ou les raisons pour lesquelles un patient ne voulait pas entrer dans le projet.

Quant aux 6 autres centres partenaires, étant donné qu'ils n'avaient jamais plus de 3 patients inscrits ou inclus, nous n'avons pas jugé utile d'organiser des réunions avec leur équipe mais nous avons pris contact avec ces centres par téléphone (Tableau 3). Comme expliqué dans le point précédent, ces entretiens téléphoniques furent également retranscrits. Pour le centre D, deux entretiens téléphoniques eurent lieu le même mois. Un total de 19 contacts téléphoniques ont donc eu lieu pour l'ensemble de ces 6 centres.

Tableau 3 : Les centres qui n'ont pas envoyé de patients au projet ont été contactés à plusieurs reprises pendant le projet.

<i>Nom du centre</i>	<i>Dates des appels</i>
Centre D	Février 2011
	Septembre 2011
	Novembre 2011
	Octobre 2012 (2 X)
Centre E	Février 2011
	Septembre 2011
	Novembre 2011
	Septembre 2012
	Novembre 2012
Centre F	Novembre 2011
	Novembre 2012
Centre G	Septembre 2011
	Septembre 2012
	Octobre 2012
Centre H	Novembre 2011
	Septembre 2012
Centre I	Septembre 2011
	Septembre 2012

➤ **La plate-forme psychiatrique**

L'équipe de recherche a également réalisé 4 focus groups lors des réunions (appelées GTTox pour "*Groupe de Travail en Toxicomanie*") organisées par la plate-forme psychiatrique liégeoise (PFPL) : en mars, en mai et en octobre 2011 ainsi qu'en octobre 2012. Lors de la première réunion le 17 mars 2011, soit 2 mois exactement après le début du traitement par diacétylmorphine, les personnes présentes étaient parfois des responsables de centres partenaires et n'étaient pas elles-mêmes impliquées dans l'inscription de leurs patients dans notre projet. Cependant, ils ont résumé l'avis des intervenants de leur service et ils nous ont donné un point de vue plus institutionnel sur le projet TADAM. Des personnes travaillant dans d'autres structures que nos centres partenaires étaient également présentes et intervenaient lors des discussions au sujet du projet. Il s'agissait notamment d'un représentant

des éducateurs de rue du Relais social qui nous a rapporté son point de vue et celui de ses collègues en tant que travailleurs de terrain auprès d'un public particulièrement précarisé.

➤ **Les interviews individuelles des intervenants des centres partenaires**

Dix interviews d'intervenants (provenant des trois centres partenaires, A, B et C, nous ayant envoyés le plus de patients) furent réalisées par Anicée Dupont, une étudiante en Santé Publique. Ces interviews ont été anonymisées et, dans un même souci d'anonymat, nous n'avons pas d'indication sur l'appartenance des intervenants quant à leur centre. L'avis de 7 femmes et de 3 hommes fut recueilli. Ce groupe était composé de 3 médecins généralistes, de 6 assistants sociaux et d'1 psychologue. Ils provenaient des centres A, B et C. Dans chaque centre, 1 médecin et 2 assistants sociaux ont été interrogés. En plus, dans un des 3 centres, 1 psychologue a été interrogé.

➤ **L'enquête d'évaluation de la Fondation TADAM auprès des centres partenaires**

Durant l'année 2012, 6 des 9 centres partenaires renvoyèrent à la Fondation TADAM l'enquête destinée à l'évaluation de leur collaboration avec le centre DAM. La Fondation réceptionna 3 exemplaires en juillet, 1 en août et 2 en octobre.

3.2. Les propos des intervenants en assuétudes sur le projet et sur le centre DAM

Nous nous basons ci-dessous sur les propos tenus par les intervenants des différents centres toutes professions confondues (médecin, psychologue, éducateur de rue, coordinateur). Cette analyse, sur NVivo 9, a été effectuée à partir de toutes les interviews réalisées auprès des intervenants (via les réunions de la Plate-forme psychiatrique liégeoise, via les réunions dans les centres, via les contacts téléphoniques avec l'équipe de recherche et via les interviews individuelles réalisées par l'étudiante en santé publique). Les intervenants donnaient parfois leur propre avis mais souvent ils rapportaient l'avis et les dires des patients. Des extraits de nos interviews sont repris *ad verbatim* entre guillemets. Pour chaque thème abordé, nous avons listé les propos en fonction de l'importance (au niveau de la récurrence et du temps de parole) qu'il leur était donnée durant les réunions et les entretiens téléphoniques.

➤ **Sur l'inclusion**

Nous reprenons ci-dessous les commentaires des intervenants sur leur relation avec les patients concernant une éventuelle participation au projet TADAM. Les demandes pour rentrer dans le projet TADAM provenaient le plus souvent du patient lui-même. Toutefois, il

est arrivé que des intervenants (médecin ou assistant social), qui trouvaient que ce projet pouvait améliorer la situation d'une personne dépendante de l'héroïne, le lui conseillent vivement :

« C'est vrai que, parfois, on a mis pas mal d'énergie à essayer de... Je pense à un... que le Dr X et moi avons essayé de faire rentrer dans le projet. »

De nombreuses personnes sont venues dans un centre partenaire uniquement pour participer au projet¹², sans jamais avoir été en traitement dans le centre partenaire :

« J'ai eu beaucoup de demandes extérieures parce qu'on avait des permanences pour des nouvelles demandes, des gens qui ne sont pas du centre [...] ».

Cette démarche a pourtant permis parfois de créer un lien avec le centre partenaire (suivi psychosocial, suivi méthadone) :

« C'est quelqu'un qui, étonnamment, n'est venu que pour rentrer dans le projet TADAM (il était contre un traitement méthadone) et l'échec du projet TADAM¹³ l'a... Il s'est quand même résolu à prendre un traitement méthadone et puis il a accroché avec nous et maintenant, il est régulier. »

La plupart des intervenants nous ont expliqué qu'ils avaient essayé de rester le plus neutres possible face aux patients désireux d'intégrer le projet TADAM :

« Non, je crois qu'on a essayé, de par les informations qu'on avait, de rester neutres dans les explications qu'on donnait. De prendre une position neutre, la plus objective possible, en essayant de leur transmettre le plus d'infos que ce soit le côté procédure, le côté financier. Enfin, oui, je crois qu'on a essayé d'être le plus... le plus informatif possible, en restant neutres et en essayant de ne pas donner notre avis personnel. »

¹² Sur les 116 patients envoyés, 64 (55%) étaient déjà en traitement dans le centre partenaire et 52 (45%) étaient de nouveaux patients ou d'anciens patients revenus pour le projet (voir le chapitre A. Déroulement de l'inclusion pour plus de détails).

¹³ L'intervenant fait allusion au fait que cette personne n'a pas été incluse dans le groupe expérimental, soit parce qu'elle n'était pas dans les critères d'inclusion, soit parce qu'elle a tiré l'enveloppe "Méthadone" lors du tirage au sort.

Ils leur ont donné toutes les informations dont ils disposaient en tentant de ne pas influencer leur choix. Ils ont souvent passé beaucoup de temps pour fournir ces explications et répondre à toutes les questions. Dans un des centres, les intervenants tenaient à faire un entretien spécifique au cours duquel la personne intéressée se devait de faire la balance des avantages et désavantages du projet, de ne pas se décider tout de suite et de revenir plus tard pour un second entretien décisionnel :

« Mon rôle, c'est de trouver la meilleure formule pour le patient, c'est-à-dire, après une période d'information, il y a une période de réflexion pour que le processus de maturation se fasse chez lui et non pas d'emblée, sur un coup de tête, il se décide à aller et regretter. Donc voilà, il y a un processus de maturation. »

C'est seulement à ce moment-là, lorsque le patient faisait une demande expresse, que la fiche d'inscription au projet était envoyée à l'équipe de recherche. Un rendez-vous avec une chercheuse était parfois directement planifié avec le patient.

➤ **Sur les raisons d'intégrer ou non le projet TADAM**

Tout comme au point précédent, les motifs invoqués pour ou contre le fait d'intégrer le projet TADAM étaient soit des propos de patients rapportés par les intervenants, soit l'avis personnel de ces derniers.

Tout d'abord, lorsque nous demandions pourquoi certains patients inscrits dans le projet ne rencontraient pas l'équipe de recherche, les intervenants répondaient très souvent que ces patients réfléchissaient et hésitaient :

« Je pense qu'ils ont besoin d'y réfléchir, ils ont besoin d'être sûrs qu'ils ne vont pas se retrouver en situation d'échec et, donc, c'est un peu difficile d'aller vite dans la démarche. »

Selon les intervenants, les raisons pour lesquelles les patients pouvaient être désireux de rentrer dans le projet étaient variées. L'argument qui est revenu le plus souvent était la qualité de la diacétylmorphine : l'envie de l'essayer, le fait d'y voir des avantages pour sa santé, l'envie de ressentir autre chose qu'avec l'héroïne de rue, dont la qualité était considérée comme très mauvaise par les consommateurs :

« L'idée que l'héroïne est quand même une substance qui leur a apporté beaucoup dans leur vie. En plus, elle est pure, etc. Voilà, je pense qu'il y avait quand même une attente un petit peu... Voilà, une grande attente par rapport à l'héroïne en soi. »

« Or, là, vu que c'est de la diacétylmorphine, c'est quand même un produit beaucoup plus pur et de meilleure qualité. Donc ça, c'est un peu l'argument top, quoi. »

Le second argument le plus entendu était l'aspect financier avec tout ce qu'il impliquait : le fait de ne plus devoir dépenser d'argent pour acheter de l'héroïne, le fait de pouvoir mettre cet argent de côté ou de s'en servir pour payer des dettes, le fait de ne plus devoir chercher cet argent, souvent de façon illégale.

« J'ai un patient par exemple, qui avait envie de participer pour payer ses dettes. Pour essayer de se remettre à flot au niveau financier. »

« Il y a eu différents cas de figures, ce qu'on rencontrait souvent, une des motivations, c'était d'arrêter de consommer de la drogue de rue pour des raisons financières. »

Un autre motif important de participer au projet était l'envie d'essayer un nouveau traitement :

« Ce sont des gens qui ont 20, 30, 40 ans de toxicomanie et qui en ont un peu marre alors ils se disent : 'Ben, pourquoi pas, c'est un nouveau truc, je vais essayer ça comme traitement.' »

Cette envie correspondait d'ailleurs à une forme de lassitude par rapport au traitement méthadone qui a aussi été exprimée quelques fois auprès des intervenants :

« Moi, ce que j'ai comme échos des gens qui viennent au premier entretien, c'est qu'ils sont un peu lassés des traitements de méthadone qui rendent aussi les gens dépendants. »

D'autres raisons ont été invoquées de façon moins récurrente comme arrêter la drogue de rue et la vie précaire qui y était associée. Certains motifs n'ont été cités qu'à une seule reprise : l'obligation judiciaire de suivre un traitement, le désir de faire partie d'un groupe, le désir de suivre une compagne ou un compagnon qui voulait y rentrer.

Lorsque nous avons demandé aux intervenants de nous expliquer les raisons pour lesquelles des patients ne désiraient pas rejoindre le projet, les arguments furent encore plus diversifiés. Comme pour les points précédents, il s'agissait autant de leur avis personnel que de l'avis rapporté de leurs patients.

Les motifs les plus fréquemment cités concernaient les contraintes du traitement par diacétylmorphine : le cadre rigoureux, le fait de devoir aller au centre plusieurs fois par jour, les horaires d'ouverture, la surveillance et le temps imparti pour prendre sa diacétylmorphine :

« Elles étaient pas forcément au courant. Et voilà, quand on précisait le cadre, souvent... Voilà... Un peu moins de motivation dans la suite... Le produit les intéresse mais pas le cadre... »

Les autres arguments principaux à l'encontre du projet étaient liés aux différentes démarches à effectuer pour pouvoir entrer dans l'étude. Certains patients évoquaient de façon récurrente cette difficulté : inscription dans un centre partenaire, historique de domiciliation à obtenir auprès des services administratifs de la ville, prise de rendez-vous avec un assistant social et entretien.

« Il y en a qui sont trop déstructurés, ne serait-ce que pour aller chercher un papier. Il y en a un que je suis ici, qui a déjà pris deux, trois fois rendez-vous pendant l'année d'inscription. A chaque fois, je lui ai refait le truc. Je lui ai donné le papier. Ça n'a pas fonctionné. Alors la troisième fois, j'ai appelé les éducateurs de rue pour qu'ils aillent avec lui. Il ne s'est pas pointé au rendez-vous. Parfois, c'est juste ce papier-là, c'est vraiment... impossible. »

Les raisons liées au fait qu'il s'agisse d'une étude et non pas d'un projet pérenne étaient aussi souvent citées. D'abord, le fait qu'il faille tirer au sort en effrayait plus d'un car l'idée même de choisir l'enveloppe 'méthadone' était d'emblée vécue comme un échec :

« Et puis l'idée d'une randomisation aussi les effraie. Il faut faire beaucoup de démarches pour, peut-être, que rien ne change. »

Ensuite, la durée du projet limitée à une année était aussi très rébarbative pour beaucoup de personnes qui anticipaient négativement leur sortie :

« Y'en a certains qui m'ont fait comme réflexion : 'Ben ça sert à quoi que j'aille consommer de la diacétylmorphine pendant un an ? Et puis, de toute façon, je me retrouve à la métha ou alors retourner à l'héro de rue ?' Donc c'est ça qu'ils voient : 'Moi, si c'est pour aller consommer un bon truc et puis devoir retourner à de la merde, ben, j'aime autant rester avec la merde et, au moins, je sais ce que j'ai !' »

Cette nouvelle offre de traitement fut pour certains des patients l'occasion de se repositionner personnellement par rapport à leur traitement méthadone. Ils ont ainsi parfois perçu l'intérêt quant au choix de persévérer dans leur traitement actuel :

« C'est vrai qu'il y en a quand même pas mal qui s'en sortent bien et qui se disent : 'Tout compte fait, oui, la métha, je reste accro mais je diminue petit à petit et... Finalement, ce n'est pas si mal.' »

« Ce que les gens vivaient comme un échec du traitement méthadone finalement leur avait quand même permis de mettre des choses en place et que... qu'il y avait quand même des choses positives. »

D'autres raisons contre l'entrée dans le projet furent aussi invoquées moins fréquemment comme l'interdiction de conduire un véhicule à moteur, la situation géographique du centre DAM (trop loin du lieu d'habitation ou à côté d'un commissariat ou encore dans le centre ville¹⁴), un sentiment de contradiction entre l'idée de recevoir de la diacétylmorphine et leur désir d'abstinence de l'héroïne de rue ou encore le refus de devenir un 'cobaye' pour une expérience. Trois patients ont même dit aux intervenants que, pour eux, la participation au projet TADAM aurait signifié une condamnation :

« La personne avait accepté et puis un moment donné, elle s'est retirée en disant : 'Finalement, ce type de programme pour moi, c'est un petit peu comme si, définitivement, je ne m'en sortirais jamais de mon problème de toxicomanie et comme si, ça entérinait...' Ce n'est pas le terme qu'elle a utilisé mais... 'Un peu comme si ça entérinait à tout jamais mon assuétude jusqu'à ma mort.' C'est ce qu'il a exprimé et voilà. »

➤ **Sur le déroulement des traitements pendant le projet**

– ***Sur le suivi psychosocial des patients inclus***

Lors de nos réunions, nous avons interrogé les intervenants quant au suivi psychosocial des patients qui avaient été inclus dans l'étude et ce, qu'ils soient dans le groupe méthadone ou le groupe DAM. Notre objectif était de savoir si ces patients retournaient dans leur centre partenaire après la randomisation et quelles étaient leurs demandes en matière de suivi. Nous avons vérifié avec les intervenants pour chaque patient la fréquence avec laquelle il revenait dans son centre partenaire. Sans surprise, les patients qui étaient déjà réguliers dans le centre concerné y retournaient plus facilement que ceux qui étaient (re)venus uniquement pour s'inscrire dans l'étude. Mais certains patients revenaient dans leur centre partenaire uniquement parce qu'ils se sentaient obligés par le personnel du centre DAM d'y retourner au moins une fois par mois pour un suivi psychosocial¹⁵ :

« Maintenant, les personnes qui viennent, c'est une fois par mois, plus par obligation, parce qu'on doit remplir ses papiers. C'est plus une contrainte qu'un

¹⁴ Pour certains patients, la situation du centre DAM au centre de Liège était un désavantage, car, en passant par le centre, ils craignaient de retrouver des personnes impliquées dans la consommation ou la vente de stupéfiants.

¹⁵ Contrairement à l'avis de l'équipe de recherche, le personnel du centre DAM avait contraint les patients en traitement par diacétylmorphine de retourner dans leur centre partenaire au moins une fois par mois. L'équipe de recherche a précisé aux patients qui parlaient de cette obligation qu'aucune sanction ne pouvait être prise contre eux s'ils ne retournaient pas dans leur centre partenaire (voir le chapitre E. *Efficacité*).

passage volontaire de la personne. Et ça, ça gêne mon travail... parce que voilà, ça change le lien. Ça change quand même le rapport. »

Un intervenant nous a expliqué avoir travaillé pour créer du lien (même avec ces patients qui n'avaient pas de demande) essentiellement avec ceux qu'il estimait être en situation psychosociale précarisée. Il a même été jusqu'à essayer de répondre à des demandes du patient qui nous paraissaient étranges pour renforcer ce lien et ce, avec l'aide de l'éducateur de rue du centre DAM :

« Lui, sans l'équipe de Tadam, le lien ne se serait absolument pas fait. Il commence à se tisser mais c'est quelqu'un d'assez fuyant, assez limité et... Ou alors, il vient avec une demande totalement farfelue du genre : 'J'aimerais passer mon permis de conduire !' Alors que tu consommes... Fin, même si c'est de la diacétylmorphine : après, ça sera de la métha ou de l'héro, tu vas le mettre sur les routes... Donc c'est des projets assez farfelus. Et quand il a une idée en tête ! Oufiti ! Pour l'en changer ! Pour le remettre en question, c'est... C'est : 'Si tu ne fais pas ce que je te demande, tu ne sers à rien et je ne viendrai plus !' Donc à chaque fois, je l'ai fait, la demande pour son gestionnaire de biens, hein ! J'ai fait un devis pour une auto-école où il y aurait des cours théoriques, des cours pratiques et le permis. Tu vois ? Et donc je l'ai fait parce que je ne veux pas casser le lien quitte à passer pour une gourde auprès du gestionnaire de biens. »

Les intervenants nous ont beaucoup parlé du fait que, même si certains patients se sentaient obligés de venir, beaucoup ne se présentaient que s'ils avaient une vraie demande et utilisaient ainsi les ressources mises à leur disposition de façon ponctuelle :

« Pour les contacts psychosociaux, c'est par période. De toute façon, lui c'est quelqu'un qui fonctionne par la demande : s'il n'a aucune demande, ça ne sert à rien de parler avec lui. ».

« Elle n'est pas demandeuse actuellement mais elle a bien intégré... (Et c'est vraiment là-dessus qu'on a basé l'entretien de clôture qu'on a eu avec les gens du centre.) C'est que, voilà, si elle a besoin de quelque chose, elle peut revenir ici : elle a un dossier ouvert. Elle ne doit pas repasser par la liste d'attente. »

– **Sur les patients en traitement par diacétylmorphine**

Selon les intervenants, la durée du traitement limitée à un an suscitait de l'inquiétude chez les patients :

« La seule chose qui le tracasse très fort, c'est la suite : 'Qu'est-ce qu'on va devenir ? On nous donne un produit (le miracle, quoi). On se sent bien et puis, dans six mois, qu'est-ce que... ?' »

Un seul intervenant s'interrogeait à ce sujet en se disant que, par ailleurs, c'était peut-être la seule fois dans la vie du patient qu'on lui mettait un ultimatum par rapport à la durée de son traitement et se demandait si ça ne pouvait pas avoir un effet bénéfique sur la motivation :

« Et alors, une dernière chose, moi, je me demandais quand même si le fait que ça ait une durée limitée dans le temps (à savoir un an), si ce n'était pas quelque chose d'intéressant (même si je ne dis pas que ça ne doit durer que un an parce que, pour certains patients, c'est bien dommage...) Il y en a qui sont en méthadone depuis des années, des années et qui ne s'étaient fixés aucun objectif : c'est comme s'il n'y avait jamais eu aucun jalon pendant toute cette période-là qui s'étire à l'infini. Et là, ils ont une espèce de cadrage, comme ça. »

Lorsque nous avons demandé aux intervenants s'ils avaient perçu des changements chez leurs patients inclus, ils trouvaient que de façon générale, les patients du groupe DAM allaient souvent mieux et ce, que ce soit mentalement ou physiquement :

« Il y a eu apparemment une nette amélioration. Une prise de conscience de l'avantage d'une meilleure qualité de vie, d'un meilleur rythme de vie, se lever plus tôt etc. Il semblerait qu'il y ait des acquis qui soient restés. »

« Pour ceux qui sont sous DAM, je trouve qu'ils sont dans une bonne structuration, on voit qu'il y a une belle évolution. »

« Les gens chez TADAM, ils sont quand même plus réguliers au rendez-vous. Je trouve que globalement ils vont mieux parce qu'ils peuvent mettre de l'argent de côté. Enfin, de côté peut-être pas mais, en tous cas, ils peuvent le consacrer à autre chose que la came. Et, ça améliore leur qualité de vie. »

Toutefois, ils trouvaient que certains n'avaient pas du tout évolué socialement :

« Moi je dirais que, malheureusement, au niveau psychosocial, on a vu peu d'évolution. Il avait un projet (un discours de projet, je vais dire) mais il n'a pratiquement rien mis en place pendant toute l'année où il a été pris en charge. »

A quelques reprises, les intervenants des centres partenaires nous ont aussi parlé d'autres sujets comme les problèmes liés au temps imparti aux patients pour fumer leur diacétylmorphine :

« Elle, oui, ça l’angoisse quand même un peu d’avoir un produit qu’elle a cherché pendant des années et de ne pas avoir assez de temps pour le fumer, d’en laisser là, de ne pas pouvoir en profiter convenablement. Ça, c’est... Oui, elle m’a dit que ça l’angoissait quand même un peu. »

Les patients ont aussi expliqué devoir s’adapter à une nouvelle façon de fumer leur héroïne car la diacétylmorphine n’avait pas la même consistance que celle de la rue :

« Ils doivent apprivoiser la façon de fumer, apprendre une nouvelle façon parce que, effectivement, ça prend un peu plus de temps par rapport à l’héroïne qui est beaucoup plus fluide. C’est une difficulté, ça leur prend plus de temps et comme le temps est minuté... La principale difficulté qu’ils ont décrit jusqu’à présent, c’est celle-là. »

Les intervenants ont évoqué également les relations que leurs patients avaient avec l’équipe du centre DAM. Même si certains d’entre eux leur rapportaient parfois quelques difficultés vécues là-bas (la surveillance au niveau du temps imparti pour fumer leur diacétylmorphine, la surveillance quant au détournement de produit et les suspicions qui y étaient liées ou encore parfois le manque de cohérence au sein de l’équipe au niveau de l’application du R.O.I.), ils estimaient toutefois que, de façon générale, les relations entre l’équipe et les patients étaient positives :

« Les échos des patients, ils me semblent plutôt positifs donc... En tous cas, je pense que, globalement, ils apprécient d’aller là-bas. Ils sont critiques, des fois, pour des petites choses qui ne les arrangent pas. Et, souvent, ceux qui sont critiques, ce sont des gens qui sont naturellement critiques. »

– ***Sur la collaboration entre les intervenants et l’équipe soignante du centre DAM***

Nous avons demandé aux intervenants des centres partenaires leur avis sur les relations qu’ils entretenaient avec l’équipe soignante du centre TADAM concernant leurs patients. Au niveau de la communication avec l’équipe soignante, ils ont souvent évoqué leurs regrets quant au fait que l’information concernant les patients circulait essentiellement à sens unique à savoir des centres partenaires vers le centre TADAM :

« C’est vrai que, moi, ça m’a un peu agacé à partir du moment où on joue le jeu de la collaboration, on leur envoie des patients. Et puis alors, on se drape derrière le secret médical... Pff! Alors que ce sont les mêmes médecins qui travaillent ici et qui travaillent là-bas. »

Ils auraient souhaité davantage de transparence et un secret professionnel partagé, ce qui ne leur semblait pas le cas :

« Ils sont peut-être un peu trop à cheval sur le secret professionnel. Mais je ne sais pas si c'est parce que c'est un centre médical et qu'ils ne peuvent pas balancer d'infos... Mais ce n'est jamais [nom d'un intervenant du centre DAM] qui va me donner une information ! Elle va probablement dire au patient : 'Dis-le à ton assistante sociale !' »

« Je me souviens des réunions avec [nom d'un intervenant du centre DAM] et alors c'était : 'On ne peut pas le dire ! On ne peut pas le dire ! On ne peut pas le dire !' Et moi j'avais vraiment le sentiment qu'on était (en principe) dans un secret professionnel partagé mais que nous étions les seuls à partager l'information alors que TADAM ne voulait pas partager grand-chose... »

Certaines situations ont ainsi été sources de tensions. Par exemple, lors de l'exclusion d'un patient du centre DAM, les intervenants de terrain n'étaient pas tenus au courant de la raison pour laquelle leur patient était soudain *persona non grata* au sein de l'établissement :

« Ce qu'il faut dire, c'est que, pour être clair, ce qui a causé des frictions quand même, c'était les propos par rapport aux exclusions et aux raisons des exclusions. Donc, là, il y a eu un petit souci à ce niveau-là... »

Malgré cette défaillance notée au niveau de la communication, beaucoup de choses positives ont été rapportées. L'un des travailleurs sociaux a souligné sa bonne collaboration avec l'éducateur de rue du centre DAM. De façon générale, les intervenants ont notamment apprécié le fait que la Fondation privée TADAM organisait régulièrement des comités d'accompagnement au cours desquels ils obtenaient des réponses à certaines questions. Ils ont aussi aimé avoir des informations sur l'avancée de l'étude car la Fondation invitait parfois l'équipe de recherche à ces comités :

« C'est vrai que nous, on remplit des fiches, on reçoit les patients mais sans savoir vraiment ce que ça donne ou ce que ça rend (on va dire). Et, lors des comités d'accompagnement, même si on n'avait pas des chiffres qui pouvaient être publiés, on avait en tout cas des orientations, des tendances, qui faisaient qu'on voyait où ça en était plus concrètement, quoi. Ça, c'était positif aussi. »

Outre ces réunions d'informations, les réunions de triangulation¹⁶ ont également été appréciées. Elles permettaient un relais de l'information du centre DAM vers le centre partenaire par rapport au patient sortant du traitement diacétylmorphine et ce, en sa présence :

« Je trouvais qu'il y avait vraiment beaucoup de choses qui avaient été abordées et verbalisées pendant cet entretien-là, quoi... [...] Je trouvais que la triangulation avait été hyper intéressante. »

Enfin, de façon plus générale, les intervenants ont trouvé que les interactions entre leur centre et le centre DAM s'étaient bien passées :

« C'est ça qui est bien : c'est que ces contacts ne sont pas perdus et qu'il y a du travail en réseau. Et donc, c'est vraiment quelque chose qui a vraiment été intégré (je pense) dans ce projet. »

– **Sur les patients en traitement par méthadone**

Le tirage au sort a été souvent pénible pour les patients qui ont vécu cela comme une épreuve difficile et ils en ont beaucoup parlé aux intervenants, surtout quand ils se trouvaient dans le groupe contrôle :

« Et le fait que cette recherche ait été aussi, pour les patients, quand même assez pénible, pour ceux qui sont tombés dans le groupe méthadone. Pour certains, ça a quand même été très, très dur. Pour ceux qui se sont réellement investis dans le projet, en tout cas... »

Deux intervenants (de centres différents) avaient l'impression qu'il y avait moins de changement chez les patients du groupe contrôle que chez ceux du groupe expérimental :

« J'ai deux patients qui ont été dans la branche méthadone et là, je n'ai pas vu beaucoup de changement. »

« Par rapport à la méthadone, j'ai pas l'impression qu'il y ait quelque chose de spectaculaire comme le gars qui, en six mois de traitement, à su mettre la totalité de côté pour faire ses dents, quoi. »

¹⁶ Les réunions de triangulation étaient organisées à l'initiative du centre DAM pour chaque patient qui allait terminer son année de traitement. Elles rassemblaient les référents du patient dans le centre DAM, son assistant social (et/ou psychologue) du centre partenaire et le patient lui-même. Leur objectif principal était la préparation de la fin du traitement par diacétylmorphine et le passage éventuel à un autre traitement de substitution.

Toutefois, deux autres intervenants trouvaient que des patients du groupe méthadone allaient bien, voire mieux :

« Sinon, ils ne vont pas mal ceux qui sont en métha... Il y en a un qui a fait une formation pendant une bonne partie de l'année. Ils ne vont pas plus mal qu'avant, en tous cas. Ils vont plutôt mieux. »

L'un deux posait l'hypothèse que cela était peut-être dû à l'intérêt dont ils avaient bénéficié durant l'étude :

« C'est moins significatif [que ceux du groupe DAM] mais je pense que le fait de passer obligatoirement plus souvent ou le fait de répondre à des questionnaires, etc. Il n'y a rien à faire, j'imagine (et ça c'est un avis personnel) qu'ils se sentent encadrés pour le coup. Pas cadrés mais encadrés, donc soutenus, donc accompagnés, quoi. Il y a juste une centration sur eux. »

Par rapport au traitement méthadone en général, les intervenants ont évoqué l'intérêt que certains patients avaient perçu à persévérer dans ce traitement :

« Quand ils se rendent compte des réalités, de la contrainte du programme et que, par ailleurs, pendant toutes leurs années de méthadone, ils ont mis d'autres choses en place, qu'ils ont créé des liens sociaux, ils ont des occupations etc. »

➤ **Sur la suite à apporter au projet**

Lorsque l'équipe de recherche a demandé aux centres partenaires leur avis quant à la pérennisation du projet TADAM, un seul n'a pas voulu se positionner car aucun de ses patients n'avait été inclus, mais il ne voyait pas d'objection à la poursuite de l'expérience. Tous les autres étaient favorables et y voyaient une nouvelle offre de soins intéressante et positive pour leurs patients.

Lorsque nous leur avons demandé s'ils trouvaient intéressant que le centre DAM dispose de personnel capable d'assurer le suivi psychosocial comme dans un centre partenaire, la majorité des intervenants trouvaient cette perspective judicieuse, voire même indispensable, afin d'encadrer au mieux chaque patient. Il leur semblait important que cette équipe soit composée à l'image de leurs propres équipes avec des postes d'assistant social, de psychologue, de médecin, d'éducateur et, pourquoi pas, de kinésithérapeute, de dentiste ou de criminologue. La recherche de logement, la remise en ordre administrative, le suivi psychologique, les problèmes familiaux (notamment ceux liés à la parentalité) ou encore la recherche d'un centre de cure étaient considérés comme des domaines fondamentaux qu'un centre devait pouvoir aborder avec la patientèle. Ils ont insisté sur toute l'importance de cette prise en charge qui, selon eux, devait former un tout avec le traitement par diacétylmorphine.

Cinq intervenants étaient d’avis que l’idéal pour le patient en traitement par diacétylmorphine serait qu’il puisse choisir d’avoir son suivi à l’intérieur du centre DAM ou bien dans un centre partenaire. Même si le fait de choisir son suivi dans un centre indépendant du centre DAM était envisagé comme requérant davantage d’énergie et de discipline de la part du patient, cette opportunité était aussi considérée comme une solution pour ne pas encourager l’assujettissement à une structure, auprès d’un public qui avait déjà une disposition à la dépendance.

Les intervenants ont en tout cas beaucoup insisté sur l’importance de développer davantage les collaborations et le travail en réseau : une meilleure communication, plus de transparence et un secret professionnel partagé furent unanimement sollicités.

Lorsque nous leur avons demandé s’ils trouvaient que le suivi psychosocial devait être obligatoire pour les patients, quatre intervenants venant de centres différents (sur tous les intervenants inclus dans notre analyse) étaient pour l’imposition de ce suivi et ce, tout en sachant par expérience que cette obligation aurait été de toute façon très relative. Un médecin nous a dit être pour l’obligation car « *Le patient doit se rendre compte que le médecin n’est pas qu’un distributeur de produits* ». Dans deux centres, les équipes étaient unanimement contre l’obligation car, selon eux, « *Cela entraverait l’émergence d’une demande authentique* ». Un intervenant n’arrivait pas à se positionner :

« C’est vrai qu’au début de la méthadone, les gens étaient obligés de venir. Puis après, ils n’ont plus été obligés. Et par rapport à l’échec (entre guillemets) des traitements méthadone par rapport à certaines personnes, est-ce que ce n’est pas parce qu’ils manquaient d’un suivi ? 'Fin, je ne sais pas, on n’aura jamais la réponse mais... Est-ce qu’il faut imposer des choses aux gens ? »

Enfin, si la perpétuation du centre DAM était souhaitée par tous, aucun intervenant ne considérait le traitement par diacétylmorphine comme la solution à toutes les difficultés vécues par les personnes toxicodépendantes. Quatre travailleurs sociaux ont notamment évoqué les problèmes de polytoxcomanie qu’ils estimaient comme de plus en plus fréquents chez leur patientèle :

« Et puis, on a évolué mais on a trouvé que ça [le centre DAM] venait quand même tard... à cause de ces problèmes de polytoxicomanie qui ont l’air plus importants maintenant qu’il y a quinze ou vingt ans. »

« C’est aussi une des raisons pour laquelle des patients n’y sont pas allés, c’est parce que ce n’est pas l’héroïne leur problème principal : il y a l’alcool, la coke... C’est la polytoxicomanie. Donc l’héro seule ne résout pas grand chose. »

Aussi, dans une conception idéale de l'offre de soins en assuétudes, six intervenants estimaient que ce nouveau traitement devait être complété par une salle de consommation.

« Je pense qu'il y a vraiment tout un travail de fond à faire pour les dépendances, que ce soit à l'héroïne, la cocaïne ou d'autres addictions. Pour moi, il faut vraiment élargir l'offre de soin parce que chaque patient a une histoire particulière. Et, à certains moments de leur vie, ils vont avoir besoin d'une certaine structure et puis passer à une autre. Je pense par exemple à une salle d'injection qui pourrait vraiment répondre à certains besoins. Pour notre population qui est vraiment à très bas seuil, qui n'est pas encore dans l'état d'esprit de pouvoir se prendre en charge au niveau de la consommation... Si on pouvait réduire les risques par rapport à la consommation, ce serait vraiment très, très chouette. »

3.3. Résultat de l'évaluation réalisée par la Fondation TADAM

Après avoir analysé le contenu de nos interviews avec les intervenants, nous décrivons ci-dessous l'évaluation de la collaboration entre le centre DAM et les centres partenaires sur base de l'enquête réalisée par la Fondation privée TADAM. Cette enquête était intitulée « *Formulaire d'appréciation de la collaboration entre les centres partenaires TADAM et l'expérience pilote liégeoise TADAM* ». Elle portait sur 5 points répartis comme suit : A. Communication ; B. Comité d'accompagnement partenaire ; C. Collaboration pour le suivi des patients ; D. Remboursements ; E. Autres. Chacun de ces points était lui-même subdivisé en sous-questions. Les réponses à donner étaient soit des cases à cocher de type oui/non ou très bien/bien/satisfaisant/réservé, soit des commentaires libres à formuler.

Le Tableau 4 reprend les réponses données par chaque centre à chacune des questions. Les commentaires sont analysés à la suite du tableau. Etant donné l'anonymat des formulaires, les centres sont répertoriés par la lettre C suivi d'un chiffre de 1 à 6. De façon générale, les 6 centres ayant répondu à l'enquête ont été satisfaits de leur collaboration avec le centre DAM. Le centre C04 a répondu à peu de questions car aucun patient de ce centre n'avait été inclus dans l'étude.

Tableau 4 : Résultats de l'enquête réalisée par la Fondation privée TADAM auprès des centres partenaires.

	<i>C01</i>	<i>C02</i>	<i>C03</i>	<i>C04</i>	<i>C05</i>	<i>C06</i>
A. Communication						
1. Comment qualifiez-vous les contacts entre votre centre et le centre TADAM ?	Bien	Très bien	Bien	-	Très bien	Très bien
2. Comment qualifiez-vous les informations et les modes de transmission entre votre centre et TADAM ?	Bien	Très bien	Bien	-	Très bien	Très bien
3. En cas de questions ou de demandes d'informations, savez-vous à qui vous adresser ?	Oui	Oui	Oui	-	Oui	Oui
4. Le secret professionnel partagé est-il adapté au suivi des patients ?	Oui	Sans objet	Non	-	-	Oui
B. Comité d'accompagnement partenaire						
1. Etes-vous avertis à temps des comités d'accompagnement ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
2. Avez-vous reçu les PV des comités ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
3. Les sujets abordés vous semblent-ils adaptés ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
4. La périodicité des comités est-elle adaptée ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
5. De manière générale, comment qualifiez-vous les comités ?	Bien	Très bien	Satisfaisant	Très bien	Bien	Bien
C. Collaboration pour le suivi des patients						
1. Les informations sociales et médicales vous permettent-elles un accompagnement optimal ?	Oui	Sans objet	Oui	-	-	Oui
2. Que pensez-vous des triangulations ?	Satisfaisant	Très bien	Très bien	-	-	Satisfaisant

D. Remboursements						
1. Trouvez-vous adéquate la vérification du montant forfaitaire à vous accorder en fonction de l'envoi des fiches de suivi par votre centre ?	Oui	Sans objet	Oui	-	Oui	Oui
2. Trouvez-vous le montant forfaitaire adapté à votre terrain ?	Sans avis	Sans objet	Oui	-	Oui	Oui
E. Autres						
1. Estimez-vous que le centre TADAM s'est inscrit dans le paysage sanitaire liégeois ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
2. Si TADAM venait à perdurer, resteriez-vous partenaire ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
3. Avez-vous remarqué une hausse ou une baisse de votre patientèle depuis l'ouverture du centre DAM ?	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
4. Les informations concernant le fonctionnement du centre DAM ont-elles été accessibles ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Concernant les commentaires spontanés, pour le point 'A. Communication', C01 et C03 ont évoqué leur questionnement quant au partage d'informations : ils se demandaient en effet quel type d'information partager entre le centre DAM et leur centre. C03 proposait que le secret soit partagé mais que les informations faisant l'objet d'un partage éventuel le soient avec l'accord du patient. Dans le but d'optimiser la communication entre le centre DAM et les partenaires, C05 proposait qu'il y ait des tables rondes en présence du patient lorsque cela était nécessaire.

Pour le point 'B. Comité d'accompagnement partenaire', seuls les centres C02 et C03 ont laissé un commentaire. C02 a dit avoir apprécié l'ouverture et la disponibilité des participants tandis que C03 aurait aimé que ces comités soient plus brefs mais qu'il y ait davantage de données statistiques.

Le point 'C. Collaboration pour le suivi des patients' suscita le plus de commentaires de la part des intervenants. C01 trouvait que le fait que des médecins aient travaillé aussi bien dans leur centre que dans le centre DAM avait été intéressant et facilitateur au niveau de la communication. Les intervenants ont trouvé que les réunions de triangulation répondaient

bien aux besoins de chacun mais qu'il faudrait mieux définir préalablement le type d'information à partager. C03 aurait voulu que les contacts avec le centre DAM soient plus soutenus quand cela s'avérait nécessaire et cela, au cas par cas. Quant aux travailleurs de C06, ils ont beaucoup insisté sur le besoin qu'ils avaient d'avoir davantage de contacts et de suivi à la fin du traitement des patients : ils déploraient une « *collaboration trop mince* » à ce moment.

Pour le point 'D. Remboursements', peu de commentaires furent notés. Seul C01 a trouvé que le fonctionnement de cette procédure était un peu complexe au début du projet.

Enfin, au point 'E. Autres', C01 a identifié ce qu'il a qualifié comme étant des obstacles au projet TADAM : « *1. Lourdeur liée à l'expérience scientifique ; 2. Conditions d'accès trop contraignantes pour les plus marginalisés.* » C02, même s'il n'eut aucun patient inclus dans l'étude, a affirmé que le sérieux du centre DAM avait été démontré et a remercié la Fondation pour les temps de réunion et d'évaluation. C03 a lui, tenu à préciser qu'ils avaient observé une hausse de patientèle suite au projet TADAM.

Les intervenants de C04 n'ayant eu aucun de leurs patients inclus ont préféré ne pas formuler de commentaire quant au projet, estimant que les questions de l'enquête étaient souvent hors-sujet pour eux.

4. Discussion

La plupart des intervenants des centres partenaires ont manifesté dès le départ une attitude positive vis-à-vis du projet TADAM. Le coordinateur de l'un d'eux (qui, contrairement aux autres, n'avait pas de liste d'attente) craignait cependant un engouement massif par rapport au nouveau traitement par diacétylmorphine, car la perte de patients qui s'ensuivrait pourrait entraîner une diminution des subsides alloués à son centre. Pourtant, malgré cette crainte et le fait que de nombreuses structures liégeoises avaient une liste d'attente et donc peu de places (et de temps) pour de nouveaux patients, les trois centres partenaire les plus importants (en nombre de patients appartenant du groupe cible) se sont impliqués en fonction de leurs possibilités. Malgré sa liste d'attente, un centre a ainsi mis en place des permanences, expressément pour accueillir les nouveaux patients désireux de s'inscrire. Un autre a organisé des entretiens spécifiques avec toute personne intéressée par le projet. Enfin, dans certains centres, lorsque des patients déjà en traitement chez eux étaient intéressés par le projet TADAM, chaque cas était abordé et discuté en réunion d'équipe afin qu'il y ait une réelle concertation autour du patient. Lorsque les travailleurs manquaient de temps, ils n'hésitaient pas à conseiller aux personnes de passer par un autre centre pour l'inclusion.

Alors que la plupart des intervenants ont voulu rester le plus neutres possible face aux demandes des patients par rapport au projet TADAM, en se contentant de les informer, d'autres (surtout des médecins) ont parfois encouragé ou, au contraire, essayé de dissuader leurs patients de rentrer dans le projet. Cependant, d'après les intervenants interrogés individuellement, les patients concernés n'ont pas tenu compte de leur avis et soit sont rentrés dans le projet qui leur était déconseillé, soit n'y sont pas allés alors qu'il le leur était conseillé.

Durant l'année d'inclusion dans l'étude (de janvier 2011 à janvier 2012), l'attitude globalement positive vis-à-vis du projet n'empêcha pas des intervenants de critiquer les contraintes liées au traitement, inadaptées selon eux à certains de leurs patients, ainsi que les critères d'inclusion jugés trop sévères. Malgré ces réserves, l'enthousiasme mitigé de leur public créa la surprise : les patients, au lieu de se précipiter vers cette nouvelle offre de traitement, faisaient preuve de réserve et réfléchissaient parfois longuement quant aux conséquences de leur inscription. Beaucoup d'entre eux se projetaient dans l'avenir et appréhendaient la fin de l'étude et la privation de la diacétylmorphine après une année de prise en charge. Le seul centre qui craignait de voir sa patientèle diminuer fut d'ailleurs rassuré de constater que ce ne fut pas le cas.

D'après les intervenants, les réflexions sur ce nouveau traitement furent aussi pour certains patients l'occasion de repenser leur traitement méthadone et de faire le point. Plusieurs ont préféré poursuivre leur traitement actuel plutôt que d'intégrer l'étude. Une personne débuta

même un nouveau traitement par méthadone dans un centre partenaire grâce à son intérêt premier pour le projet alors qu’au départ, un traitement par méthadone ne l’intéressait pas.

Des travailleurs sociaux mirent beaucoup d’énergie à faire une analyse des demandes et à mettre en place des projets intéressants autour des patients pendant leur année de participation au projet. Certains intervenants réussirent à établir un lien même avec des patients qui venaient en suivi psychosocial par obligation. La volonté de créer un lien était parfois si forte que l’un d’eux n’a pas hésité à accéder à une demande qui pouvait être considérée comme farfelue par son équipe mais qu’il justifiait par l’importance de renforcer la relation thérapeutique.

Des intervenants ont regretté que l’équipe du centre DAM soit presque exclusivement médicale, ce qui limitait la place du travail social. Un intervenant a pourtant insisté sur les aspects positifs de sa collaboration avec l’éducateur de rue du centre DAM, qui connaissaient bien les patients du projet.

Certains intervenants sociaux pensaient que, s’il y avait eu davantage d’éducateurs ou d’assistants sociaux au centre DAM, il y aurait eu une meilleure compréhension de leur demande d’information et que plus de liens auraient été créés entre les structures. Pour les intervenants, l’équipe presque exclusivement médicale expliquait la rareté des informations qui leur étaient transmises, car toute information sur les patients était considérée au centre DAM comme soumise au secret médical. Même si les intervenants acceptaient l’idée du secret médical, ils regrettaient le manque d’échange d’information au niveau psychosocial. Quelques travailleurs très impliqués éprouvaient un sentiment d’injustice en regard de l’énergie dépensée et du temps dégagé pour le projet TADAM.

Une autre hypothèse expliquant le manque d’échange d’information de la part du centre DAM est que sa structure rigoureuse, conséquence des consignes de sécurité qui y étaient d’application, n’était pas étrangère à cette carence, comme si cette rigidité formelle avait déteint sur le type de communication et les propos qui étaient autorisés ou non à franchir ses murs.

5. Conclusion

D'après nos échanges avec eux, les intervenants des centres partenaires se sont impliqués dans le projet TADAM et ont vu dans le traitement assisté par diacétylmorphine une opportunité différente de prise en charge pour leurs patients, souvent vieillissants, en échec avec les traitements par méthadone. La pérennisation du projet fut d'ailleurs souhaitée par tous les intervenants.


Le centre DAM semble avoir rapidement trouvé sa place dans le réseau liégeois de soins en assuétudes. La plupart des intervenants ont même souhaité que le centre DAM ait sa propre équipe pluridisciplinaire pour renforcer l'efficacité de cette nouvelle offre de soins et pour faciliter la concertation au niveau psychosocial. En effet, si la collaboration entre les centres partenaires et le centre DAM fut, au final, évaluée positivement, la communication du centre DAM vers les centres partenaires leur a cependant semblé lacunaire.

En plus de la collaboration active des intervenants tant avec le centre DAM qu'avec l'équipe de recherche, une indication de l'intégration rapide du centre DAM dans le réseau d'aide et de soins était l'absence complète de remise en question de son existence, dès son ouverture.


6. Remerciements

Nous finirons en remerciant les intervenants qui se sont toujours montrés intéressés et disponibles pour collaborer avec notre équipe de recherche : pour l'inclusion des patients dans l'étude contrôlée randomisée (alors que celle-ci requiert du temps et d'énergie pour ces travailleurs) mais aussi pour nous aider à retrouver des patients pour les évaluations, pour répondre à nos questions ou encore pour venir aux réunions que nous organisons.

Annexe : Méthode d'interview des centres partenaires



Université
de Liège



TADAM
la recherche

**Entrevues avec chaque centre partenaire au cours du projet
(pendant l'inclusion)**

- 1. Objectifs**
 - Avant le 16/01/2012 :
 - relancer les centres et rappeler la date de fin d'inclusion (dernière randomisation).
 - avoir une information sur les patients inscrits-non-vus
 - donner aux centres partenaires la liste de leurs patients inscrits
 - Avoir une information sur les patients inclus : reviennent-ils dans leur centre partenaire ?

- 2. Méthode**
 - Avoir la liste des patients inscrits venant de ce centre partenaire
 - Questions ci-dessous en suivant la liste des patients inscrits :

- 3. Informations à donner**
 - **Fin de l'inclusion** : la période d'inclusion se termine le 16/01/2012 (date de la dernière randomisation). Les derniers patients seront également traités 12 mois.
 - **Rendez-vous** : Même s'ils ont déjà raté un ou plusieurs rendez-vous ou s'ils ont eux-mêmes refusé de rentrer dans le projet, les patients peuvent revenir.
 - **Aide aux patients pour le certificat de résidence avec historique** : Nous pouvons aller à la commune avec les patients qui le souhaitent. Pour que le certificat soit gratuit, il vaut mieux donner un document du centre disant que c'est pour des raisons sociales.

- 4. Questions sur les patients**
 - **POUR TOUS LES PATIENTS**
 - Vérifier ou remplir la colonne "**Lien avec C.P.**" (*il s'agit du lien que le patient avait avec le centre au moment de l'inscription*) avec
 - "Suivi" (venait ± régulièrement avant l'inscription TADAM),
 - "Re-nouveau" (ré-ouverture de dossier pour TADAM)
 - "Nouveau" (ouverture de dossier pour TADAM)
 - **INSCRITS NON VUS** :
 - Pourquoi certains patients ne viennent-ils pas voir l'équipe de recherche alors qu'ils sont inscrits ?
 - Mettre dans "**Désir de participer à TADAM**" :
 - "Oui (va venir)"
 - "Hésitant" (avec le motif)
 - "Refus" (avec le motif, si la personne ne souhaite plus participer à TADAM)
 - "Disparu" (si le centre n'a plus de contact avec cette personne)

Imprimé le 08/08/12

1/2

- **INCLUS**

- Après leur inclusion dans le projet TADAM, les patients inclus (re)viennent-ils dans leur centre partenaire ?

Colonne "Suivi psychosocial pendant TADAM"

"Régulier" (si le patient revient ± régulièrement) ;

"Irrégulier" (moins d'une fois par mois)

"Disparu" (si ne vient pas ou plus depuis plusieurs mois)

- Si les patients reviennent (régulièrement ou non), est-ce par obligation ?

Colonne "Suivi psychosocial obligatoire"

"Non"

"Probation"

"TADAM"

- Colonne "Prescription méthadone pendant TADAM"

"Régulier" (si le patient revient ± régulièrement) ;

"Irrégulier" (moins d'une fois par mois)

"Disparu" (si ne vient pas ou plus depuis plusieurs mois)

- **Autres questions pour les personnes incluses**

- Voyez-vous encore ces patients ? Si oui, pourquoi ? Votre suivi a-t-il changé ?
- Ces patients voient-ils encore un médecin dans le centre ?
- Y a-t-il des questions à propos des fiches de suivi psychosocial et de méthadone ?
- Remarque sur le suivi par le centre DAM et l'échange information ? Est-ce OK ? Souhaitez-vous plus ?

5. Informations supplémentaires

5.1. Résultats des analyses de sang et d'urine

Si un patient le souhaite, nous pouvons envoyer les résultats des analyses à son médecin. Normalement, c'est déjà fait. Nous devons avoir l'accord explicite du patient pour le faire.

5.2. Evaluation de patients dans critères inclusion mais pas intéressés ou hésitants

Combien à votre avis y a-t-il de patients dans nos critères d'inclusion qui ne viennent pas à l'étude ? Pourquoi ?

Notre critère principal : consommation d'héroïne plusieurs fois par semaine alors que traitement par méthadone, c'est-à-dire où il y a un échec du traitement par méthadone.

Entrevues avec chaque centre partenaire au cours du projet (après l'inclusion)

1. Objectifs

Après le 16/01/2012, l'objectif premier est d'obtenir une information sur la relation entre le centre partenaire et le centre TADAM, sur le suivi par le centre partenaire des patients inclus dans le projet (groupe DAM & contrôle). Un deuxième objectif est d'avoir l'opinion du centre partenaire sur le lien qui devrait exister entre un nouveau centre DAM et le centre partenaire en ce qui concerne leurs patients qui seraient en traitement.

2. Méthode

- Suivre la liste des patients inclus venant de ce centre partenaire
- Suivre ce document :

3. Questions sur les patients

- **INCLUS (même après leur sortie du projet)**
 - Après leur inclusion dans le projet TADAM, les patients inclus (re)viennent-ils dans leur centre partenaire ?
Colonne "Suivi psychosocial pendant TADAM"
"Régulier" (si le patient revient ± régulièrement) ;
"Irrégulier" (moins d'une fois par mois)
"Disparu" (si ne vient pas ou plus depuis plusieurs mois)
 - Si les patients reviennent (régulièrement ou non), est-ce par obligation ?
Colonne "Suivi psychosocial obligatoire"
"Non"
"Probation"
"TADAM"
 - Colonne "Prescription méthadone pendant TADAM"
"Régulier" (si le patient revient ± régulièrement) ;
"Irrégulier" (moins d'une fois par mois)
"Disparu" (si ne vient pas ou plus depuis plusieurs mois)
- **Autres questions pour les personnes incluses**
 - Voyez-vous encore ces patients ? Si oui, pourquoi ? Votre suivi a-t-il changé ?
 - Ces patients voient-ils encore un médecin dans le centre ?
 - Avez-vous des remarques sur le suivi par le centre DAM et l'échange information ? Est-ce OK ? Souhaitez-vous plus ou moins ?

Entrevues avec chaque centre partenaire au cours du projet (après l'inclusion)

TADAM
la recherche

Université
de Liège

- **Résultats des analyses de sang et d'urine** : reçoivent-ils bien les résultats envoyés par l'équipe de recherche ?
- **Satisfaction des patients du centre DAM** : Les patients du centre DAM se montrent-ils satisfaits de leur suivi (médical et psychosocial) ?

4. **Recommandations pour un nouveau centre :**

Si l'on devait continuer le centre DAM, quelles seraient vos recommandations ?

- **au niveau du suivi psychosocial**, quel serait les éventuelles tâches du centre partenaire ? quel suivi pour les patients du centre DAM ? (obligatoire, facultatif ?)
- **devrait-il y avoir une équipe psychosociale dans le centre DAM ? Avec quel personnel ? Pour quelles tâches ?**

Personnel

- Psychiatre
- Psychologue
- Assistant social
- Educateur
- Kinésithérapeute
- Autre (à préciser)

Thèmes :

- Remise en ordre au niveau administratif (documents d'identité, mutuelle, etc.),
- Recherche d'une allocation sociale (tout revenu autre que professionnel),
- Recherche d'un logement ou autre problème lié au logement,
- Gestion des dettes ou autre problème financier,
- Recherche d'une formation professionnelle,
- Recherche d'un emploi ou autre problème lié à l'emploi,
- Aide au niveau familial,
- Aide au niveau psychologique (psychothérapie par exemple),
- Aide en cas de problème avec la justice
- Si autre, précisez brièvement :