
Les pratiques de substitution des médecins généralistes belges face aux politiques publiques

Caroline Jeanmart

Docteur en sociologie

Université catholique de Louvain

Institut de recherche santé et société (IRSS)

École de santé publique

Correspondance

caroline.jeanmart@uclouvain.be

École de santé publique

30.41, Clos Chapelle-aux-Champs

1200 Bruxelles (Belgique)

+32.(0)2.764.31.80

Résumé

À l'heure actuelle, en Belgique, les pouvoirs publics oscillent entre réponses répressives et sanitaires à l'usage de drogues, ces deux tendances évoluant parallèlement et dessinant un paysage complexe. La parution d'un arrêté royal réglementant la délivrance et la prescription des traitements de substitution (2004, revu en 2006) a eu un impact direct sur les pratiques de médecins généralistes, qu'ils acceptent ou non les suivis d'usagers de drogues. Alors que pendant plus de dix ans, les médecins ont pratiqué dans une relative tolérance de prescriptions, comment cette intrusion législative est-elle vécue dans une pratique médicale et quels en sont les effets pervers ?

À partir de récits de pratiques auprès de médecins généralistes, d'observations et d'analyses en groupe, cet article propose d'analyser l'impact de l'introduction d'une nouvelle législation sur les pratiques des médecins généralistes.

Les médecins qui refusaient les usagers de drogues voient en la parution de cette législation un risque supplémentaire et ne s'investissent pas. Ceux qui prenaient en charge un faible nombre de patients tentent de restreindre cette activité, voire de s'en dégager. Les médecins les plus investis dépassent le cadre légal et se voient menacés de poursuites s'ils ne s'ajustent pas. Cette nouvelle législation pose donc la question de la relève et de la spécialisation en médecine générale.

Mots-clés : médecins généralistes, traitements de substitution, Belgique, politiques publiques

Prescription of substitution treatments of Belgian GPs and public policies

Abstract

In Belgium, authorities alternate between repressive and sanitary measures to drug use. Those two tendencies coexist and form a complex landscape. The recent publication of a royal decree regulating the prescription of substitution treatments (2004, amended in 2006) had a direct impact on the practices of general practitioners (GP's), whether or not those accept the follow-up of drug users.

How do GP's experience this legal inference into medical practice, after more than ten years of practice within a relative prescription tolerance? What are the (unexpected) consequences?

Based on narratives of GP's, observations and group analyses, this paper proposes to examine the impact of the introduction of a new legislation on the practices of GP's.

Those GP's who used to refuse drug users see in the introduction of this new rule an additional risk, and decide further not to involve. Those who took a small number of drug users patients try to diminish or to stop this activity. Those most involved GP's overreach the legal framework and see themselves threatened of law suits if they don't adjust. This new legislation might have consequences for the access to GP care for drug users, and therefore rises questions around specialization in general practice.

Keywords: *general practitioners, substitution treatment, Belgium, public policies*

Las prácticas de sustitución de los médicos generalistas belgas ante las políticas públicas

Resumen

En Bélgica en la actualidad los poderes públicos oscilan entre respuestas represivas y sanitarias ante el consumo de drogas, dos tendencias que se desarrollan paralelamente y dibujan un paisaje complejo. La aparición de un reglamento real que rige la entrega y la prescripción de tratamientos de sustitución (2004, revisado en 2006) tuvo un impacto directo en las prácticas de los médicos generalistas, ya sea que estos acepten o no hacer el seguimiento de los consumidores de drogas. ¿De qué manera se experimenta esta intrusión legislativa en la práctica médica, en un contexto en el cual los médicos han ejercido en una relativa tolerancia de prescripciones, y cuáles son sus efectos perversos?

Basándose en relatos de la práctica de médicos generalistas, en observaciones y análisis de grupo, este artículo se propone analizar el impacto de la introducción de una nueva legislación en las prácticas de los médicos generalistas.

Los médicos que rechazaban a los consumidores de drogas ven en la aparición de esta legislación un riesgo suplementario, lo que confirma su rechazo a implicarse con estos clientes. Aquéllos que tomaban una pequeña cantidad de pacientes tratan de restringir esta actividad, o bien de liberarse de ella. Los médicos más implicados sobrepasan el marco legal y están amenazados de acciones judiciales si no se ajustan al mismo. Esta nueva legislación plantea entonces la cuestión del relevo y de la especialización en medicina general.

Palabras clave: *médicos generalistas, tratamientos de sustitución, Bélgica, políticas públicas*

Introduction

En l'espace de quelques décennies, le rapport de la médecine à l'usage de drogues a été le théâtre de changements significatifs. Depuis l'introduction de la réduction des risques, de nouveaux modèles de prise en charge de l'usager de drogues¹ se dessinent. Certaines évolutions sont en effet perceptibles dans la recherche d'alternatives thérapeutiques, la création de nouveaux dispositifs, la constitution de groupes de travail ou encore la mise en place de conférences de consensus.

Depuis les années 1980, de nombreux travaux ont été réalisés sur le traitement sanitaire de l'usage de drogues. Trois types d'approches se distinguent : les recherches centrées sur le traitement en tant que tel (comparaison entre produits, efficacité, évaluation, etc.), sur le patient en traitement, et sur le professionnel (médecin, pharmacien, psychiatre, etc.) et ses pratiques, s'intéressant notamment à la relation thérapeutique. Cette littérature s'est peu à peu densifiée au fil des années, avec un net développement à partir du milieu des années 1990. Cet intérêt croissant va de pair avec la diffusion des traitements de substitution. Les pouvoirs publics ont notamment été soucieux d'évaluer les dispositifs et de réfléchir à la mise en place de nouveaux programmes de santé. Cette attention reste majoritairement orientée vers les patients et les traitements, et très peu vers les professionnels en charge de ces dispositifs.

La littérature portant sur les praticiens semble pourtant abondante. Or, elle ne traite pas ou très rarement des pratiques professionnelles en tant que telles, mais bien souvent des patients ou de la relation avec ceux-ci. La question des médecins

¹ Le terme « usager » ou « usager de drogues » sera utilisé de manière indifférenciée dans cet article. Nous entendons par là toute personne consommant quelque produit illicite que ce soit (héroïne, cocaïne, cannabis, LSD,...) qu'elle en fasse un usage festif ou journalier, ou encore - pour reprendre la distinction des addictologues - un usage, un usage nocif ou qu'elle soit dépendante. Nous n'englobons donc pas sous ce terme les personnes consommant (exclusivement) de l'alcool ou du tabac.

spécialisés est parfois abordée, notamment à travers leur mise en réseau conformément aux recommandations politiques, mais le véritable trou noir se situe au niveau de l'analyse des professionnels de santé refusant ces patients. Le champ des addictions est alors abordé sous l'angle d'une spécialisation dans une pratique.

Alors que les recherches évoquées se sont clairement, au fil des années, orientées vers les traitements de substitution, elles abordent rarement le médecin généraliste qui est davantage appréhendé comme un « pourvoyeur » de données sur les patients et les pratiques (de consommation ou de soins) des usagers de drogues. La variabilité des pratiques professionnelles est ainsi peu étudiée. Or, lorsque l'on s'intéresse aux démarches entreprises par l'utilisateur de drogues, un professionnel semble majoritairement sollicité : le médecin généraliste (Jeanmart, 2005).

Les recherches sociologiques les plus récentes portant sur les pratiques des professionnels du soin à l'égard des usagers de drogues proposent une analyse du dispositif et du champ des addictions, s'intéressant notamment aux relations entre les différents acteurs en présence (Wojciechowski, 2005). Il s'agit, entre autres, d'étudier « l'espace professionnel créé par la mise en œuvre de la politique de réduction des risques à l'égard des usagers de drogues marginalisés » (Barré et Benec'h Le Roux, 2004). D'autres travaux se penchent sur la mise en place des réseaux de soins dans le champ des addictions et sur les partenariats établis entre les différents professionnels en présence (Feroni, 2004 ; Feroni, et coll., 2005). Les sociologues marquent ainsi un intérêt pour l'analyse de la mise en place et l'évaluation des outils de rationalisation établis par les politiques publiques. La question de la formation des médecins est parfois posée mais rarement étudiée en tant que telle.

Depuis quelques années, de nouvelles réglementations visent le médecin généraliste et sa pratique à l'égard des usagers

de drogues, de nouveaux traitements sont mis sur le marché, venant diversifier les alternatives thérapeutiques. Sa pratique est constamment cadrée et recadrée ; or, peu d'analyses sont produites dans ce contexte évolutif. Une question émerge : quels sont les impacts de ces évolutions sur la pratique de ces professionnels ? Comment sont-elles intégrées ? Le sont-elles, d'ailleurs ? Depuis les analyses de Duprez et Kokoreff (2000), de Coppel (2002) ou de Bergeron (1996, 1999), les politiques de réduction des risques sont un objet d'analyse moins prisé par les sociologues ; or, plusieurs indicateurs montrent que le champ évolue.

En Belgique, les pouvoirs publics se sont récemment prononcés sur la question avec une législation propre aux traitements pour les personnes dépendantes aux opiacés alors qu'une «tolérance» de prescription s'était installée depuis plus de dix ans.

Cet article propose d'analyser l'impact de l'introduction d'une nouvelle législation sur les pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues. Il propose notamment de montrer comment les politiques publiques peuvent limiter la marge de manœuvre de professionnels prônant une autonomie forte, soit les médecins généralistes.

Cet article et nos recherches² sont marqués par une double volonté : d'une part, décrire le système de contraintes dans lequel évolue le médecin généraliste et, d'autre part, ne pas le réduire exclusivement au statut d'« être réactif » à ces contraintes. Notre perspective est clairement orientée vers une analyse de l'articulation entre le microsociologique et le macrosociologique, dans le but de concilier deux niveaux d'analyse intrinsèquement liés : celui de l'acteur et celui des contraintes structurelles qui pèsent sur ses actions (Strauss, 1992).

² Nos recherches sur le sujet ont donné lieu à une thèse de doctorat en sociologie intitulée : *Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France)* (Jeanmart, 2007).

Nous tentons de démontrer que ces pratiques ne sont ni des réactions mécaniques à des réglementations ou des lois, ni des choix totalement libres du médecin, mais qu'elles intègrent indissociablement des facteurs contraignants (objectivants) et personnels (subjectivants). Elles sont analysées en termes de processus d'intégration ou de non-intégration des directives législatives et réglementaires, prenant la forme de négociations et d'arrangements.

Dans cet article, nous proposons de saisir comment les politiques publiques sont comprises par les médecins généralistes, comment ces derniers les interprètent et les intègrent (ou non) dans leurs pratiques. L'intérêt est de mettre l'accent sur la complexité des législations, leurs évolutions et les effets pervers qu'elles engendrent, mais aussi sur l'autonomie des acteurs par rapport à ces politiques publiques.

Notre article se centre sur la situation belge et s'intéresse plus spécifiquement au territoire frontalier franco-belge (la province du Hainaut). Nos analyses ne peuvent donc pas s'appliquer à l'ensemble du territoire national, mais sont le reflet de la situation particulière vécue en territoire frontalier. Cette option particulière est le fait de préoccupations de recherche centrées sur la frontière et les jeux d'acteurs situés à la charnière de deux mondes législatifs distincts.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur la dynamique d'émergence de la médicalisation de l'usage de drogues en Belgique. Celle-ci permettra de prendre la mesure des récents changements législatifs en cherchant à appréhender, dans un deuxième temps, comment ils se traduisent dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

Contexte : une médicalisation de l'usage de drogues ?

En Belgique, la première législation sur les stupéfiants est la loi du 24 février 1921³. Elle interdit à tout praticien de l'art de guérir de maintenir une dépendance existante⁴, elle est complétée par un arrêté royal⁵ qui énumère les substances visées. L'article 23 alinéa 1 précise que tout médecin, vétérinaire ou licencié en sciences dentaires ayant prescrit ou acquis des doses exagérées de stupéfiants devra pouvoir justifier de leur emploi devant le médecin délégué de la Commission médicale provinciale du ressort, assisté de l'Inspecteur des pharmacies (De Ruyver et coll., 1993).

D'une répression accrue aux premières prescriptions

À partir des années 1970, la plupart des pays européens légifèrent en la matière : la Belgique modifie la loi de 1921 le 9 juillet 1975⁶, poursuivant un double objectif : d'une part, définir plus finement les molécules visées (non seulement les substances narcotiques et soporifiques, mais aussi les substances psychotropes susceptibles de créer une dépendance); d'autre part, combattre le « problème drogue » de manière plus efficace. Cette loi interdit aux médecins de prescrire des médicaments

³ Loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.* 6 mars 1921.

⁴ L'article 3 alinéa 3 « réprime le fait de prescrire, d'administrer ou de délivrer des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes pouvant entretenir ou aggraver une dépendance, pourvu que ce fait ait été commis abusivement ».

⁵ Arrêté Royal du 30 décembre 1930 relatif au trafic des substances soporifiques et stupéfiantes, *M.B.* 10 janvier 1931.

⁶ Loi du 9 juillet 1975 modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.* 26 septembre 1975.

toxicomanogènes à leurs patients héroïnomanes (Reisinger, 1995). Toute infraction est sanctionnée par des peines d'emprisonnement, d'amende, d'interdiction temporaire ou définitive de pratiquer son art (De Ruyver et coll. 1993). À l'époque, le Code de déontologie médicale évoque très peu ces questions : « Sauf indication thérapeutique soigneusement établie, le médecin doit veiller à prévenir le développement de toute toxicomanie » (article 37). Toutefois, en réponse aux consommations croissantes et à la représentation répandue de la « drogue comme menace pour la société », « *the Belgian Medical Association will issue different advises on how to treat addicts from 1976 on. The original advice from 1976 is quite liberal and states that "in accordance with the principle of therapeutic freedom, the physician who undertakes to treat a drug addict is free to choose the type of treatment to be administered"* » (Tods, 2003). Ayant intégré cette idée de liberté thérapeutique, quelques médecins belges (principalement à Bruxelles) commencent à prescrire de la méthadone (disponible sous forme de Méphénon^{®7} et autorisée dans le traitement de la douleur) de manière expérimentale, aux marges de la loi (Pelc et coll., 2005).

Premières prescriptions et controverses

Dès les années 1980, les initiatives se multiplient : prescriptions isolées de méthadone, bezitramide⁸, dextromoramide⁹ ou clonidine¹⁰ ; premiers essais de prescriptions de buprénorphine

⁷ Le Méphénon[®] en solution injectable et en comprimé est remboursable par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) depuis le 2 septembre 1980 comme spécialité originale.

⁸ Le bezitramide est un narcotique analgésique qui possède des propriétés semblables à celles de la morphine. Il est plus communément commercialisé sous le nom de Burgodin[®].

⁹ La dextromoramide est un stupéfiant analgésique morphinique, plus communément commercialisé sous le nom de Palfium[®].

¹⁰ La clonidine (Catapressan[®]), commercialisée en Belgique comme hypertenseur, était largement utilisée pour diminuer les phénomènes de sevrage aux opiacés.

(Temgésic^{®11}). Progressivement se formalisent des revendications émanant des marges de la médecine et des associations de soutien aux patients malades du sida notamment. La majorité des professionnels de santé reste néanmoins réticente à ces expérimentations. Les usagers désireux de se soigner s'orientent donc vers un petit noyau de médecins (généralistes ou psychiatres) peu qualifiés. Certains se voient prescrire des doses élevées de méthadone injectable et d'autres narcotiques. Le traitement est alors associé à des décès par overdose, entraînant des mesures répressives : arrestations et condamnations de médecins accusés d'entretien de toxicomanie¹².

¹¹ Sans être formellement interdite en Belgique, la prescription est mise en accusation sous des prétextes juridico-moraux et médicaux. À la fin de 1986, le Dr Reisinger a traité 200 patients, « avec un taux global de guérison, c'est-à-dire de sevrage, de 25 %, et le taux monte à 57 % lorsque les patients suivent régulièrement le traitement. Un résultat remarquable au regard des quelque 90 % de rechutes observées dans les cohortes américaines » (Coppel, 2002).

¹² Bien qu'une dizaine de médecins soient inquiétés par les instances judiciaires et ordinales, deux affaires vont principalement marquer l'histoire de la médicalisation de l'usage de drogues en Belgique au milieu des années 1980 : celles du Dr Baudour et celle du Dr Nystrom.

Différentes directives de l'Ordre des médecins «soulignent d'ailleurs que les médecins qui travaillent individuellement feraient mieux de s'abstenir de prescrire de la méthadone ou ajoutent même qu'une telle prescription serait interdite¹³» (De Ruyver et coll., 1993).

Ces différentes mesures ont abouti à la disparition presque complète du traitement à la méthadone entre 1983 et 1990, avec de profondes conséquences en termes de santé publique¹⁴. Une seule exception : le centre spécialisé Lama était autorisé à prescrire de la méthadone et de la buprénorphine à un groupe d'héroïnomanes sous surveillance médicale (Reisinger, 1996).

Une période de tolérance

En 1990, une circulaire du Conseil de l'Ordre des médecins du Brabant fait grand bruit (circulaire n° 2/1990) : elle stipule que «la prise en charge et le traitement de patients toxicomanes non sevrés peuvent être assurés par un médecin isolé quelle que soit sa qualification à la condition impérative que ce médecin s'abstienne de toute prescription de médicaments pouvant donner lieu à une assuétude (exemple : Méthadone, Temgesic, Rilatine, etc.). Le Conseil de l'Ordre sera seul juge des cas exceptionnels». En réaction, un groupe de médecins (Initiative Déontologique Médicale) introduit en 1990, au Conseil d'État, une demande d'annulation de directives freinant, selon eux, la prescription de méthadone et menaçant les prescripteurs (De Ruyver et coll., 1993). Leur argumentaire est basé sur la valeur

¹³ Voir e.a. les circulaires du 28 octobre 1992 et du 24 novembre 1992 de la Commission médicale provinciale de Liège; sans date de la Commission médicale provinciale d'Anvers; la lettre du 16 juillet 1992 de la Commission médicale provinciale du Limbourg à M. l'Inspecteur général du Service de la pratique médicale; la lettre du 30 juillet 1992 de la Commission médicale provinciale de Flandre Orientale à M. le Procureur général près de la Cour d'Appel de Gand.

¹⁴ À la suite des différentes directives, la consommation de méthadone est restée stationnaire jusqu'en 1990, aux environs de 5 kg/an.

juridique des avis et des directives de l'Ordre des médecins¹⁵. Se fondant sur le principe de liberté de choix des moyens thérapeutiques, le Conseil d'État les annule en 1993 dans deux arrêts consécutifs¹⁶.

Certains médecins n'ont toutefois pas attendu le dénouement de cette bataille juridique. Avec la propagation du sida, ils prescrivent (méthadone, benzodiazépines, etc.) et sont souvent découragés par les échecs de sevrages successifs. Petit à petit, la réduction des risques quitte la région bruxelloise et s'étend dans le pays. Des formations sont organisées avec le soutien des parquets, de l'Ordre des médecins et du ministère de la Santé et des Affaires sociales de la région francophone du pays. Naissent également des réseaux spécialisés, notamment Alto.

¹⁵ D'une part, « si ces normes empêchent le médecin de choisir en toute liberté le type de traitement qu'il juge adéquat, elles entrent en conflit direct avec les principes de la liberté thérapeutique. (...) D'autre part, les Conseils provinciaux de l'Ordre n'ont aucune compétence en matière d'établissement de normes. Enfin, s'il est vrai que le Conseil national de l'Ordre des médecins se doit quant à lui d'établir des normes, cette tâche se limite pourtant à l'élaboration du Code [de déontologie médicale] tel quel et ne peut s'étendre à l'expression d'avis, en vertu de l'article 15, §2, 2° de la Loi concernant l'Ordre des médecins » (De Ruyver et coll., 1993).

¹⁶ Le Conseil d'État a donc donné raison aux médecins considérant que « c'est au législateur et non à l'Ordre qu'il appartient d'édicter des règles générales et abstraites à caractère obligatoire. En donnant une allure réglementaire (...), le conseil excède sa compétence en ce qu'il peut donner à croire, tant aux praticiens qu'aux autorités de l'ordre judiciaire, que le modèle de comportement qu'il décrit s'impose sous peine de sanctions » (Conseil d'État, 5^e chambre des référés, 9 juin 1993, n°43.258).

Il devient dès lors clair que la législation nécessite des modifications en vue d'excepter de la répression pénale les traitements de substitution et d'en introduire une définition légale. Durant plusieurs années, des propositions¹⁷, souvent critiquées, seront introduites. Bien qu'elles n'aboutissent pas, un consensus se dégage entre le monde politique et le corps médical¹⁸. Une conférence de consensus est organisée en 1994. Elle n'exclut aucun médecin, mais pose en principe que l'approche et le soutien psychosociaux constituent des facteurs essentiels de la prise en charge. À défaut de modification légale, elle permet d'apaiser les esprits, de sortir les traitements – et les médecins – de la clandestinité. Les parquets poursuivent donc moins les médecins... «à tel point que l'on peut se poser la question de la nécessité de modifier la loi de 1921» (Jacques et Figiel, 2006). Le Code de déontologie est lui aussi revu dans ce sens : ni un type de prestataire, ni un type d'institution n'a la prérogative d'initier ou d'encadrer ces traitements. C'est durant cette période de tolérance juridique que se développe la pratique de ces traitements à grande échelle.

¹⁷ Les sénateurs Lallemand et Erdman proposent de modifier l'article 3 en mentionnant explicitement « que ne peuvent être sanctionnés les traitements de substitution dispensés par un praticien de l'art de guérir ». Ils ajoutent un article 3 bis : « pour l'application de la présente loi, on entend par traitement de substitution, tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane, des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse visant, dans le cadre de la thérapie, à préserver sa santé et sa qualité de vie et poursuivant pour but ultime le sevrage du patient » (Proposition de la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, déposée par M. Lallemand, *Doc. Parl.*, Sénat, S.E. 1991-1992, n° 447/1).

¹⁸ Le consensus ne reconnaît que deux molécules (méthadone et buprénorphine). Durant les débats, différents spécialistes ont tenté d'y ajouter le bezitramide, mais la proposition fut rejetée en raison de l'insuffisante littérature scientifique sur la molécule. Après le consensus, le bezitramide fut de moins en moins prescrit et fut supprimé du marché (Totds, 2003).

Une reconnaissance légale tardive

En adoptant la Note politique relative à la problématique de la drogue¹⁹ (2001), le gouvernement fédéral reconnaît les effets positifs des traitements de substitution. Il décide donc de traduire les recommandations de la Conférence de Consensus (1994) et de son suivi (2000) en législation (Jacques et Figiel, 2006), décision qui sera précipitée par une série de sept décès liés à la méthadone en quelques mois à Tongres, commune flamande du ministre de l'Intérieur de l'époque. Ainsi, en août 2002²⁰ paraît une loi réglementant les pratiques des prescripteurs et délivreurs de traitements de substitution. Elle ne vise pas une dépénalisation totale des traitements puisque si les praticiens de l'art de guérir sont autorisés à les prescrire, c'est toujours moyennant certaines conditions. À défaut de les respecter, ils sont toujours susceptibles d'être poursuivis (article 3, §3, loi du 24 février 1921). Deux ans plus tard, les modalités des traitements sont définies²¹. La méthadone et la buprénorphine sont les deux traitements légalement reconnus. Tout médecin généraliste n'est plus autorisé à les prescrire. Les conditions sont les suivantes : (1) « soit être médecin spécialiste qui a été formé à la prise en charge de patients usagers de drogues et à l'instauration de traitements de substitution ou dispose d'une expertise en la matière ; (2) soit être médecin généraliste agréé qui a suivi une formation propre à la prise en charge de patients usagers de drogues et à l'instauration de traitement de substitution ou dispose d'une expertise en la matière » (art.2§1). « Tout médecin qui administre ces traitements doit apporter la preuve qu'il suit une formation continue, lit des articles, participe à

¹⁹ Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique des drogues, *Doc. Parl.*, Chambre des Représentants et Sénat, 2000-2001, DOC 50-1059/1 et 2-635/1.

²⁰ Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution du 22 août 2002, *M.B.*, 1^{er} octobre 2002, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

²¹ Arrêté royal réglementant les traitements de substitution du 19 mars 2004, *M.B.*, 30 avril 2004, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

des activités d'un centre d'accueil ou d'un réseau pour usagers de drogues» (art.13). Il doit également être enregistré auprès d'un centre d'accueil, d'un réseau pour usagers de drogues ou d'un centre spécialisé. «Cet enregistrement l'engage : (1) à prendre des usagers de drogues en charge de manière conforme aux recommandations scientifiques en vigueur ; (2) à veiller à leur accompagnement psychosocial ; (3) à consigner dans son dossier médical les caractéristiques, l'évolution et le suivi du patient, le traitement prescrit, son dosage et ses modalités d'administration» (art.13 §2). L'arrêté stipule que le nombre de patients pris en charge par un prescripteur ne peut pas dépasser 150 patients différents²² (art.11).

Les critiques ne tardent pas et portent sur l'enregistrement des médecins. Ceux-ci ne seraient pas prêts à s'inscrire dans cette logique : d'une part, sur le plan déontologique, ils ne souhaitent pas se porter garants des pratiques de médecins qu'ils ne connaissent peut-être pas ; d'autre part, ils ne seraient pas équipés. D'autres critiques portent sur le flou entourant la formation.

Ces réticences sont peu surprenantes : cadrer légalement des pratiques qui se développent depuis plusieurs années ne va pas de soi. Les réactions des praticiens à ce qu'ils peuvent considérer, dans une certaine mesure, comme une entrave à leur liberté thérapeutique font suite à une période de tolérance.

Bien qu'un cadre ait été posé après des années de discussions, les avancées restent timides : les traitements de substitution restent cantonnés dans un cadre dérogatoire au droit commun, dans le sens où ils constituent les seuls actes médicaux à être définis par une loi pénale. De même, la définition des traitements reste teintée de moralisme puisqu'ils doivent viser «à obtenir si possible, le sevrage du patient».

²² Sauf pour les professionnels exerçant dans les centres d'accueil pour usagers de drogues.

Controverses : suites... et fin ?

Un an et demi après sa parution, l'arrêté royal de 2004 a été l'objet de modifications²³ : les principales portent sur les conditions de participation et d'enregistrement du médecin à un réseau, de délivrance et d'administration du traitement, sur le nombre de patients suivis et sur les critères d'agrément des centres d'accueil et des réseaux de prise en charge pour usagers de drogues.

L'une des modifications tient compte des critiques émises par les médecins généralistes ne prenant en charge qu'un ou deux usagers de drogues. La nouvelle mouture établit une distinction entre le « médecin qui prescrit des traitements de substitution à plus de deux patients simultanément » et les autres. Ces derniers sont dans l'obligation de « prescrire les médicaments de substitution de manière conforme aux recommandations scientifiques en vigueur », de « veiller à l'accompagnement psychosocial du patient » et à tenir à jour le dossier médical. Contrairement aux premiers, ils ne sont pas soumis aux autres obligations (formation spécifique ou continue, lecture d'articles scientifiques, inscription dans un réseau, etc.). On peut tout de même se poser la question de la pertinence de cette distinction.

De même a été modifié le nombre de patients suivis par médecin. Alors qu'en 2004, ce nombre ne pouvait dépasser « 150 patients différents par année » ; en 2006, le médecin ne peut prendre en charge « plus de 120 patients simultanément ».

À peine parue, cette nouvelle mouture faisait déjà l'objet de critiques.

Au vu de ce contexte évolutif et de la récente législation, quel est l'impact de ces épisodes sur la pratique du médecin généraliste exerçant en cabinet privé ? Les acteurs politiques

²³ Arrêté royal du 6 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant les traitements de substitution, M.B. 21 novembre 2006.

tentent de recadrer les pratiques dans une optique de contrôle, alors que les professionnels de santé, forts de plusieurs années d'expérience, revendiquent un élargissement du cadre et son assouplissement. Ces contrôles ont un impact direct sur l'implication des praticiens à l'égard de cette problématique. Certains précurseurs tirent d'ailleurs la sonnette d'alarme annonçant une défection des nouveaux médecins ou des médecins moins impliqués dans ce type de soins. Cet angle d'approche nous permet d'interroger directement les effets pervers des politiques publiques sur les pratiques professionnelles.

Méthode

Un recueil de données qualitatives a été privilégié en vue d'analyser et de comprendre le point de vue des acteurs situés dans leur contexte. Notre échantillon est constitué de médecins libéraux exerçant exclusivement en cabinet privé. Ce choix a été orienté par une hypothèse : la construction des pratiques des médecins serait différente en fonction du cadre dans lequel ils exercent et des outils mis à leur disposition. Pour éviter les écueils d'autres recherches, ont été intégrés à la fois des professionnels confrontés à cette problématique et d'autres qui affichent un refus strict de ces patients. N'ayant pas eu la possibilité de constituer un échantillon représentatif de la population des médecins généralistes, nous avons opté pour un échantillon diversifié (en termes d'âge, de sexe, de lieu d'exercice et de contexte de travail).

Trois types de matériaux ont été récoltés: des entretiens en face à face, une analyse en groupe et des observations. En vue de comprendre la mise en place (ou non) par les médecins généralistes de pratiques spécifiques à l'égard des usagers de drogues, le recueil de données s'est « naturellement » orienté

vers des *récits de pratiques* avec 26 médecins du Hainaut belge²⁴ (Bertaux, 1976 ; Bertaux, 1997). Toutefois, se centrant sur les pratiques du médecin, ces récits ne permettaient pas de rendre compte des interactions entre praticiens, notamment entre médecins soutenant des positionnements différents à l'égard des soins aux usagers de drogues. Le dispositif de recherche a donc été élargi à une *analyse en groupe* (trois soirées ont été organisées avec 11 médecins généralistes français et belges) (Van Campenhoudt et coll., 2005). Nous avons également *observé et participé à différentes réunions de réseaux ou collectifs* centrés sur la thématique des drogues (plus de 40 heures). Ces observations nous ont permis de comprendre ce que venaient y chercher les participants, ce qui se jouait dans ces lieux, et quels étaient les acteurs dominants ces organisations et ces réflexions. Enfin, parallèlement à un *travail d'archives*, nous avons réalisé une *dizaine d'entretiens de contextualisation* avec différents acteurs concernés par la problématique et gravitant autour du médecin (instances médicales, déontologiques et judiciaires belges) en vue de comprendre leur place et leur implication dans le dispositif, leur fonction ainsi que leurs pratiques à l'égard des usagers de drogues (... et des médecins généralistes).

Notre guide d'entretien s'est construit autour des thématiques suivantes : la conception de la médecine générale, l'ensemble de la patientèle, les patients usagers de drogues, la pratique avec ceux-ci, les partenariats et relais, les représentations des drogues, le rapport personnel à l'usage de drogues, le rapport aux instances de contrôle, aux réglementations et à la législation, le rapport à la problématique transfrontalière.

Pour analyser le matériau récolté, il a semblé nécessaire de choisir une méthode qui en préservait au maximum la substance

²⁴ Cet article reprend les résultats d'une thèse de doctorat en sociologie menée à plus grande échelle (Jeanmart, 2007). Elle incluait un échantillon belge et français. Notre article étant centré sur les pratiques belges, nous nous baserons sur un échantillon restreint.

tout comme la logique de recueil d'informations, c'est-à-dire une méthode d'analyse intégrant une dimension microsociologique et une dimension davantage macrosociologique. Si cette méthode, en tant que produit composite, porte notre marque personnelle, elle emprunte néanmoins à beaucoup d'autres auteurs et s'inspire largement de nombreux modèles analytiques proposés dans la littérature. On y trouvera, en autres, des concepts issus de la sociologie interactionniste, et notamment de Hughes (1996) et Strauss (1992). Mais nous nous sommes également largement inspirés des écrits de Grémy et Le Mohan sur la construction des typologies en sciences sociales (1977), mais aussi de Schnapper (1999) et la démarche idéal-typique. L'ouvrage de Poupart et coll. (1997) consacré à la recherche qualitative nous a également constamment servi de référence (en particulier les articles de Poupart sur les entretiens qualitatifs et de Laperrière (1997) sur les critères de scientificité des méthodes qualitatives), de même que le livre de Demazière et Dubar (1997) sur l'analyse d'entretiens biographiques (cela même si la méthode d'analyse adoptée s'éloigne en partie de celle qu'ils proposent).

Résultats

L'ensemble des médecins généralistes rencontrés ne présente pas de pratiques homogènes à l'égard des usagers de drogues. Une typologie des pratiques a été réalisée à partir de quatre concepts : définition de l'identité professionnelle du médecin, catégorisation des patients, conception de la relation thérapeutique et de l'autonomie clinique (Jeanmart, 2007). Trois types de pratiques se distinguent : les médecins qui refusent les suivis, ceux qui acceptent en imposant un « cadre strict » et les partisans de la négociation avec le patient. Nous présentons brièvement ces types de pratiques pour ensuite nous centrer sur l'impact de la nouvelle législation en matière de traitement de substitution sur celles-ci.

« Non » : Le refus des suivis

Ces médecins refusent les suivis réguliers. Ils s'accordent sur le fait que cette activité n'entre pas dans leurs attributions. Pour certains, des centres de soins spécialisés ont été créés à l'intention de ces patients, il leur est donc dévolu de les prendre en charge. D'autres refusent de « *mélanger les genres* » et ne souhaitent pas que leur « *patientèle habituelle* » soit confrontée à ce « *genre de patients* ». Leurs critères de sélection sont clairs : « *Pas de toxicomane* », « *pas de drogué* », « *je ne prescris pas de traitement de substitution* ». Différents arguments sous-tendent ce positionnement : (1) En l'absence de confiance en l'usager de drogues, une relation patient-médecin ne peut pas s'établir. (2) Ils pointent l'incertitude de l'utilisation du traitement et la possibilité de participer à une économie souterraine et (3) la possibilité « *d'avoir des ennuis* » avec l'Ordre des médecins ou la justice. (4) Ils ne croient pas en la « *rédemption* » de l'usager de drogues. Leur objectif premier étant de « *guérir* » les patients, ils ne voient pas l'intérêt de s'investir dans un accompagnement voué à l'échec et réputé comme chronophage : « *C'est quand même un des trucs les plus décevants, je crois. On guérit plus de cancers que de dépendances* » (MG, 45 ans). (5) Par leur refus, ils souhaitent également protéger leur famille qui vit sous le même toit ou se protéger en raison de la situation isolée du cabinet médical. (6) Ajoutons l'argument de l'incertitude de la rémunération.

Ces médecins souhaitent conserver un certain contrôle de la situation vis-à-vis d'individus « *pressés* », « *demandeurs* », « *manipulateurs* », conserver la maîtrise des échanges et s'affranchir de réglementations liées à la prescription de stupéfiants ou assimilés.

Leur représentation de l'usager est principalement basée sur quelques contacts lors de gardes ou sur les dires de confrères. Ils méconnaissent bien souvent la problématique des drogues et

le cadre légal. Ils ont entendu parler de formations spécialisées et se retranchent d'ailleurs derrière cet argument : « *Je ne suis pas formé. Je ne peux pas les prendre en charge* » (MG, 56 ans).

La pratique avec les usagers de drogues est ainsi interprétée comme une « *pratique risquée* ». De même, la question de la « mauvaise » réputation est directement liée à une vague d'inculpation de médecins hennuyers faisant suite à la parution de cette législation. Un des effets pervers de cette nouvelle législation tient justement en son caractère dissuasif à l'égard des médecins ne souhaitant pas s'investir dans la pratique. Elle semble avoir attiré l'attention sur des risques intrinsèques et propres à cette pratique. Le médecin non impliqué n'y voit pas de balises pour le protéger, mais plutôt un outil pour le punir et le sanctionner. Sur le terrain, on constate d'ailleurs une raréfaction des médecins investis, notamment les jeunes médecins nouvellement installés. Toutefois, ils sont plus enclins à prendre en charge les usages non stipulés dans la loi sur les traitements de substitution (cannabis, ecstasy notamment), mettant en œuvre les « *outils thérapeutiques classiques* ».

« Oui, mais... » : le cadre strict

Ces médecins acceptent de prescrire des traitements de substitution en imposant des conditions strictes. Proches du modèle paternaliste (Emanuel et Emanuel, 1992), ils prônent un modèle médical de la normalité, profondément élitiste.

Différents arguments justifient leur positionnement. (1) « *Un médecin généraliste, ça fait de tout* ». (2) Les usagers de drogues sont des « *personnes en souffrance* ». (3) « *Cette activité me permet de sortir de la routine* ». (4) D'autres revendiquent un véritable « *intérêt pour la problématique* ». (5) Enfin, les quartiers dans lesquels quelques-uns exercent sont particulièrement touchés par les consommations de drogues : accepter d'accompagner ces patients est alors pour eux une nécessité, voire une « *contrainte* ».

Le médecin généraliste serait le mieux placé pour traiter ses propres patients usagers de drogues en raison de l'histoire qui les lie. Ses arguments en faveur de la non-spécialisation sont liés à la possible «*mauvaise réputation*» vis-à-vis des patients et des confrères, à l'importance de garder une «*pratique normale de généraliste*» et aux risques associés (overdose, trafic, surcharge de travail).

Ils n'acceptent pas tout usager de drogues qui se présente au cabinet. Ils définissent des critères de sélection : (1) la proximité géographique ou relationnelle avec le patient ; (2) la compliance et le suivi strict des exigences posées par le médecin ; (3) le nombre de patients déjà suivis pour cette problématique (une dizaine maximum) ; (4) la réputation du patient ou celle du médecin qui le relaie. Quelques médecins cumulent ces critères, d'autres s'attachent à l'un ou l'autre.

À leur manière, ces médecins recherchent une certaine autonomie vis-à-vis des patients en voulant rester «*maître du jeu*». Les critères de sélection sont directement en lien avec la question de l'incertitude. Ces médecins font preuve d'une forte volonté d'«*éduquer*» le patient et de le «*responsabiliser*», celle-ci allant de pair avec une sortie de la toxicomanie. L'attitude des médecins face à des patients qui «*ne jouent pas le jeu*» peut conduire à des pratiques qui relèvent clairement de la «*sanction*».

La plupart de ces médecins préfèrent travailler seuls : «*J'ai une dizaine de patients. Ce n'est quand même pas énorme pour avoir des recyclages. Prescrire de la méthadone, ce n'est pas si compliqué*» (MG, 46 ans). Ces revendications sont en lien avec la nouvelle législation : ils veulent résister à cette intrusion du judiciaire dans le domaine médical. Ils semblent toutefois méconnaître le cadre légal : «*Je n'ai pas le temps de lire les lois... Je n'ai pas envie. Ce n'est pas mon domaine, la loi*»

(MG, 42 ans). Cette méconnaissance tient au fait qu'ils sont convaincus que leurs pratiques ne relèvent pas du judiciaire.

Au regard de la nouvelle législation, ces médecins ont tendance soit à «resserrer la vis», soit à vouloir abandonner la pratique avec les usagers de drogues. Au regard du nombre de patients suivis (une dizaine bien souvent), ils considèrent l'investissement demandé comme démesuré. De plus, l'adoption d'une nouvelle législation contraignant les médecins fait peser sur eux de nouvelles craintes.

« Oui, bien sûr » : l'acceptation souple

Ces médecins acceptent les suivis en prônant la souplesse. Proches du modèle délibératif (Emanuel et Emanuel, 1992), ils revendiquent un certain pragmatisme, flirtant parfois avec la légalité, permettant à certains usagers d'accéder aux soins alors qu'ils en seraient exclus de par leur non-conformité aux cadres établis. Ce dernier type de pratiques est souvent perçu comme «déviant», intégrant la subjectivité de l'usager, le rejet de l'abstinence ainsi que l'aide à la gestion des consommations et des risques associés. L'ensemble de ces médecins a une «*carrière longue et importante*» dans la problématique. On retrouve ceux qui ont été inquiétés par la justice ou les instances ordinaires, certains ayant été acquittés, d'autres condamnés, voire incarcérés.

Les médecins généralistes [MG] seraient «armés» pour ces problématiques. Ils revendiquent une expérience en la matière. Ils ne se fixent pas de critère de sélection en tant que tel : pas de nombre maximum de patients usagers de drogues à suivre, importance relative aux dosages comparativement aux confrères des autres profils («*pas de dose maximale à prescrire, tout dépend du patient*»). Ils considèrent l'usage de drogues comme une «*maladie chronique*» plaçant au cœur de leur pratique l'expérience subjective du patient. Pour eux, la négociation

s'impose et s'oppose donc à l'imposition, à la reddition ou encore à la persuasion : « *On est très vite rentré dans cette médecine de dialogue et d'objectif à proposer au patient et tâtonner avec lui, chercher les solutions qu'il peut mettre en place, et non pas celles que moi je voudrais qu'il mette en place* » (MG, 55 ans).

Des négociations autour des prescriptions sont courantes. Ce cadre allégé peut s'apparenter à une volonté de fidéliser le patient ou de renforcer la crédibilité professionnelle. À plusieurs reprises, ces médecins évoquent des pratiques à la limite de la légalité : « *respecter les lois à 100 %, ce n'est peut-être pas si bon que ça. (...) Un cadre trop rigide, ce n'est peut-être pas si bon que ça... la vie, ce n'est pas des cadres rigides...* » (MG, 60 ans).

Ces médecins approchent ou dépassent le nombre légal de patients : « *Ça me fait mal quand je dois leur dire non. (...) On dépasse les normes. (...) Bien souvent, s'ils [les patients] peuvent, je leur dis : "Allez dans un centre [spécialisé]"*. Je les stimule mais il y en a toujours l'un ou l'autre qui revient parce qu'il n'a pas d'autre moyen » (MG, 37 ans).

Ils s'opposent aux « *bonnes pratiques* » et à une imposition de normes de prescription. Ils contestent le contrôle et l'évaluation de l'activité médicale par des non-médecins : « *C'est plutôt les patients qu'il faut aider et pas le ministère...* » (MG, 46 ans). Ils se disent opposés à la nouvelle législation : « *Pour moi, c'est nul [l'arrêté royal]. Obliger les gens à aller tous les jours à la pharmacie, des trucs comme ça, ce n'est pas possible aussi bien pour l'usager que pour le pharmacien. On ne tient pas compte s'il [l'usager] travaille ou s'il ne travaille pas. Pour nous, c'est individuel. Faire un règlement général, ça n'a pas de sens. Qu'on préconise, qu'on donne des pistes, mais imposer... non!* » (MG, 60 ans).

Toutefois, depuis la parution de cette nouvelle législation, la plupart de ces médecins ont fait évoluer leurs pratiques pour se couvrir « *en cas de plaisanterie* » : « *je continue toujours à voir ce qui peut m'assurer une sécurité point de vue justice* » (MG, 43 ans). Quatre types de stratégies de « *réduction des risques* » sont mises en place par ces médecins :

- (1) Certains tentent de se conformer au nombre légal : « *Comme j'ai deux ou trois démêlés avec la Justice, certains magistrats m'ont fait remarquer qu'il existait des quotas. Si jamais j'ai encore une fois des emmerdes, je ne tiens pas à ce qu'ils puissent me foutre dedans rien que pour un bête chiffre. Ce n'est pas important en soi mais c'est important lorsqu'un magistrat voudra mettre son nez dans certains trucs* » (MG, 46 ans). Toutefois, ils éprouvent des difficultés à refuser des patients : « *Un patient, s'il est dans mon secteur de travail, je me sens moralement obligé [de le prendre en charge] comme il n'y a que moi qui ai une formation pour le traitement à l'héroïne...* » (MG, 53 ans).
- (2) D'autres signalent les nouveaux patients à la Commission médicale provinciale : « *Quand j'ai quelqu'un de nouveau qui arrive, quand je prescrais à la place d'un médecin qui est en vacances, j'essaie d'envoyer un courrier à la Commission médicale provinciale. Même s'ils disent qu'ils sont là pour qu'on n'ait pas d'ennuis, mais qu'ils sont un peu aussi...* » (MG, 58 ans).

- (3) D'autres encore établissent un contrat de suivi en intégrant les divers articles de l'arrêté royal : «*Dans la pratique, je ne voyais pas à quoi ça servait [un contrat]. (...) Un confrère qui a dû passer plusieurs fois au tribunal et il a toujours été acquitté jusqu'ici... comme quoi, on est vite au tribunal... au moindre truc, on est poursuivi... il m'a dit : "Crois-moi, un contrat de traitement bien fait est un des éléments à ma décharge". Alors, j'ai conçu un contrat de traitement que maintenant, je fais signer à tout le monde*» (MG, 36 ans).
- (4) D'autres enfin se conforment à l'obligation de participer aux réseaux : «*C'est parce qu'on est un peu imposé par le gouvernement... On doit faire partie d'un réseau, etc. donc c'est un peu en fonction de ça que je participe*» (MG, 40 ans).

Certains médecins instrumentalisent également la nouvelle législation pour réguler leurs pratiques : «*Ça m'arrange parfois pour certains [patients] de leur dire : "On n'a plus droit qu'à 150 patients. Si tu fais l'imbécile, je ne pourrai pas continuer avec toi parce que tu privés quelqu'un d'autre de soins". Certains, je les ai mis au pied du mur*» (MG, 45 ans).

Pour éviter d'être «*submergé*», un autre médecin se sert de l'expérience de confrères incarcérés ou inculpés pour rappeler ses patients à l'ordre : «*Il y a toujours des gens qui veulent ceci, demandent plus, demandent pourquoi et je leur montre l'article [article de presse relatant l'incarcération d'un médecin prescrivant de la méthadone] et leur dit : "Écoutez, je ne veux pas aller en prison non plus"*» (MG, 56 ans).

D'autres médecins résistent et refusent de se conformer bien qu'ils craignent que cette épée de Damoclès leur tombe dessus un jour ou l'autre.

En Belgique, le développement des pratiques de substitution a précédé la législation. Les médecins de ce profil, précurseurs, ont construit leurs pratiques dans un flou réglementaire, ont «bricolé» et se sont «formés sur le tas». Le sentiment d'un risque pour l'autonomie professionnelle est donc d'autant plus fort pour eux qui ont connu des «réussites» avec certains patients.

Le tableau esquissé dans ces pages est assez peu optimiste. De manière schématique, nous pouvons dire que les médecins qui étaient peu, voire pas intéressés, par la problématique ne le sont pas davantage depuis la parution de la nouvelle législation. Les médecins du deuxième profil s'orientent soit vers un arrêt de cette activité ou la cadrent davantage. Et enfin, les plus investis recadrent également leurs pratiques ou tentent de le faire.

Soulignons que certains de ces médecins suivent les usagers par défaut. L'absence de relève et d'alternatives les conduit ou les contraint à accepter de plus en plus de patients. Or, ils sont demandeurs d'un allègement de leur charge de travail. De plus, ils sont les plus âgés de l'échantillon et leur futur arrêt d'activité (lié à la retraite notamment) inquiète. Qu'en est-il de la relève? Ainsi, se pose la question de la spécialisation en médecine générale, cette activité doit-elle en faire l'objet permettant d'éviter une désertion du champ?

Conclusion

La Belgique a oscillé, au fil des années, entre laisser une large liberté thérapeutique aux médecins et opter pour une logique plus sécuritaire avec un contrôle accru des prescriptions de traitements de substitution ou l'interdiction de celles-ci. Les réponses ont varié, proposant à l'heure actuelle un champ tiraillé entre un contrôle plus important des prescripteurs et un assouplissement des conditions d'accès aux traitements.

Les pratiques des médecins généralistes ne peuvent pas être comprises comme une réaction mécanique aux cadres réglementaires, ni comme des choix totalement libres. Elles sont la résultante d'une combinaison entre facteurs structurels et individuels, intégrant indissociablement facteurs contraignants et personnels. Les politiques publiques semblent au cœur des logiques d'action de deux profils, le segment spécialisé et le segment refusant ces patients. Le tri opéré par les médecins est d'ailleurs révélateur de cette influence structurelle, nous en avons souligné les effets pervers. Les ambiguïtés des politiques publiques à l'égard des usagers de drogues se traduisent d'ailleurs dans la variabilité des pratiques : l'usager de drogues comme délinquant, l'usager de drogues comme malade, l'usager de drogues comme acteur/citoyen.

Le contexte législatif et les nouvelles réglementations sont davantage appréhendés comme un frein aux pratiques plutôt que comme un élément de protection pour le médecin. Ils sont vus comme des risques de sanctions possibles par la majorité des médecins, seuls quelques-uns y voient une imposition nécessaire liée à une pratique «*particulière*».

Au regard de nos résultats, les instances de contrôle semblent jouer un rôle important dans ces définitions de pratiques. Les contrôles éventuels des commissions médicales provinciales en Belgique configurent pour une bonne part les pratiques des médecins généralistes. La perception des risques de contrôles ou de sanctions conduit les médecins à s'orienter vers telles ou telles patientèles, vers telles ou telles pratiques, vers tel ou tel cadre. Au moment de l'enquête de terrain, les contrôles des commissions médicales de même que la parution de l'arrêté royal et de sa nouvelle mouture rendaient les médecins méfiants.

La question de la formation des médecins généralistes à ces problématiques doit être reposée. Celle-ci reste restreinte dans l'ensemble du cursus du futur médecin, ne permettant pas ou

peu de le sensibiliser à la question. La faiblesse des formations conduit notamment à un refus de soins. Ce résultat souligne la responsabilité des autorités académiques et des réseaux de formation qui semblent peu remplir (faute de moyens notamment) leur rôle d'encouragement à la prise en charge raisonnée de ces patients.

Au terme de cet article, il semble que les législations actuelles ne sachent pas quelle voie prendre : à la fois, elles prônent un élargissement des prescriptions, mais également un plus grand contrôle donnant lieu à un univers de pratiques complexe, mouvant et indécis. Ainsi, un des résultats forts est que la diffusion des traitements de substitution est loin de se traduire par l'émergence d'une médecine générale des addictions. Cette prescription est loin de représenter un acte banal pour une majorité de médecins généralistes.

Sans vouloir présager du futur, le renforcement des contrôles et des conditions risque de figer, en tout cas pour un temps, le tableau esquissé dans cet article. Les perspectives qui se dessinent semblent davantage s'inscrire dans une logique sécuritaire. Les pratiques ne risquent-elles pas de souffrir de cette tendance et de trouver une place par défaut entre un contrôle des usagers et un contrôle des praticiens? (Feroni, 2004).

Bibliographie

- Barré, Marie-Danièle et Benec'h Le Roux, Patricia. (2004). *Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. Étude d'un espace professionnel déviant*. Rapport final, Paris : MIRE, 277 p.
- Bergeron, Henri. (1996). *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins : entre idéologie et actions*. Paris : L'Harmattan, 256 p.

- Bergeron, Henri. (1999). *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris : PUF, 370 p.
- Bertaux, Daniel. (1976). *Histoires de vies ou récits de pratiques ? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*. Rapport CORDES. Paris, 235 p.
- Bertaux, Daniel. (1997). *Les récits de vie. Perspectives ethnosociologiques*. Paris : Nathan Université, 128 p.
- Coppel, Anne. (2002). *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris : La Découverte, 380 p.
- De Ruyver, Brice et coll. (1993). *Les traitements de substitution à la drogue: état de la question, encadrement psycho-médico-social, pistes de réflexion, mise en garde*. Ministère de la Santé publique, de l'Environnement et de l'Intégration sociale. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 142 p.
- Duprez, Dominique et Kokoreff, Michel. (2000). *Les mondes de la drogue*. Paris : Odile Jacob, 393 p.
- Demazière, Didier et Dubar, Claude. (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*. Paris : Nathan, 350 p.
- Emanuel, Ezekiel J. et Emanuel, Linda L. (1992). «Four Models of the Physician-Patient Relationship». *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*. 267 (16), p. 2221-2226.
- Feroni, Isabelle. (2004). «La substitution au Subutex® en médecine de ville : tension des normes et hétérogénéité des pratiques médicales». [In F.-X.. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson, F. Bouchayer : *Normes et valeurs dans le champ de la santé*] Rennes : Éditions ENSP, p.197-208.
- Feroni, Isabelle et coll. (2005). «Collaboration entre médecins et pharmaciens pour le suivi des patients sous buprénorphine haut dosage : Pratiques des médecins prescripteurs». *La presse médicale*. 34 (17), p.1213-1219.

- Freidson, Eliot. (1970). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago : University of Chicago Press, 440 p.
- Grémy, Jean-Paul et Le Moan, Marie-Joëlle. (1977). «Analyse de la démarche de construction de typologies dans les sciences sociales». *Informatique et sciences humaines*. 35.
- Hughes, Everett C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : EHESS, 344 p.
- Jacques, Jean-Pierre et Figiel, Christian. (2006). *Drogues et substitution. Traitements et prise en charge du sujet*. Bruxelles : De Boeck, 432 p.
- Jeanmart, Caroline. (2004). *L'usage de produits psychotropes. L'offre d'accompagnement en territoire transfrontalier franco-belge*. Rapport de recherche intermédiaire. Interreg III. Clersé : Université de Lille 1, 181 p.
- Jeanmart, Caroline. (2005). *La recherche d'aide face aux consommations de produits psychotropes. Analyse de trajectoires de recours d'usagers de drogues et de familles en territoire transfrontalier franco-belge*. Rapport de recherche final, Interreg III. Clersé : Université de Lille 1, 201 p.
- Jeanmart, Caroline. (2007). *Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France)*. Thèse de doctorat en sociologie. Université de Lille 1, 648 p.
- Laperrière, Anne. (1997). «Les critères de scientificité des méthodes qualitatives». [In J. Poupart et coll. : *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*] Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin, p. 365-389.
- Pelc, Isidore et coll. (2005). *Les traitements de substitution en Belgique. Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et de patients*. Gent : Academia Press, 189 p.

- Poupart, Jean. (1997). «L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques», [In J. Poupart et coll. : *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*] Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin, p. 173-209.
- Poupart, Jean et coll. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin, 405 p.
- Reisinger, Marc. (1995). *Methadone as normal medicine*. Forum Européen de l'Association pour la méthadone, AMTA Methadone Conference, Phoenix (31 octobre 1995).
- Reisinger, Marc. (1996). «Methadone in Belgium: Physicians regaining therapeutic freedom». *Addiction Research*. 3 (4), p. 369-374.
- Schnapper, Dominique. (1999). *La compréhension sociologique. Démarche de l'analyse typologique*. Paris : PUF, 125 p.
- Strauss, Anselm. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan, 311 p.
- Todts, Sven. (2003). «Country reports : Belgium». [In K. Meuwissen et coll. : *Legal aspects of substitution treatment. An insight into nine EU countries*]. Lissabon : EMCDDA, p. 28-46.
- Van Campenhoudt, Luc et coll. (2005). *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*. Paris : Dunod, 215 p.
- Wojciechowski, Jean-Bernard. (2005). «Les conduites de consommation à l'adolescence. Pratiques médicales et usages de drogues : linéaments de la construction d'un champ». *Psychotropes*. 11 (3-4), p. 179-207.