

EVALUMET

Evaluation des Traitements de Substitution (Méthadone)
menés par les Médecins Généralistes en Communauté
Française de Belgique

DENIS Baudouin, VAN WOENSEL Gérald, LEJEUNE Daniel,
LAFONTAINE Jean-Baptiste (Médecins Généralistes)

ALTO – SSMG
Janvier 2001

avec le soutien de la Région Wallonne, de la Région Bruxelles-Capitale
et de la Communauté Française

INTRODUCTION

Depuis le début des années 90 les traitements de substitution (MMT, Methadone Maintenance Therapy) se sont largement répandus en Belgique francophone et la majorité des usagers de drogue (UD) sont actuellement suivis en ambulatoire par des médecins généralistes (MG) en pratique privée. Ces MG se sont structurés en 1993 par la création du Réseau ALTO, sous l'égide de la Société Scientifique de Médecine Générale. Bien que les MMT aient été officiellement avalisés en Belgique en 1994, date de la Conférence de Consensus sur la Méthadone, ils restent encore soumis à un climat souvent passionnel chez les praticiens, les intervenants psycho-sociaux, la population générale et les responsables politiques. L'absence d'évaluation de la pratique des MMT dans notre pays a ainsi donné libre cours à de nombreuses rumeurs ou opinions abruptes sur la qualité du travail effectué par les MG en la matière.

Il importait donc de réaliser un état des lieux de la pratique des MMT chez les MG, tant pour alimenter la formation des MG au sein des groupes ALTO de formation et d'intervision que pour préciser l'impact de ces pratiques en termes de Santé Publique.

PATIENTS, METHODES ET OBJECTIFS

L'étude est de type transversal et a été réalisée de septembre à décembre 1999 au sein du Réseau ALTO, dans les régions bruxelloise et wallonne du pays. Un questionnaire standardisé et anonyme a été adressé à 50 médecins choisis de façon aléatoire parmi les 517 MG répertoriés dans le réseau. Il leur était demandé de compléter ce questionnaire pour la totalité de leurs patients UD en cours de traitement, en face-à-face lors des consultations et sur base d'informations contenues dans le dossier médical des patients. 42 médecins ont participé à l'étude et ont inclus au total 559 patients. Parmi les 8 MG n'ayant pas participé, 1 a refusé et les 7 autres n'avaient pas de patient UD en traitement au moment de l'étude. Le questionnaire comportait des données rétrospectives (situation initiale des patients et modalités du début de leur traitement) et des données en temps réel (modalités du traitement en cours et état des patients au moment de l'étude).

- Les questions relatives aux modalités de traitement portaient sur les doses de méthadone utilisées, la fréquence du suivi des patients, l'abord multidisciplinaire (nombre et type d'autres intervenants) et le travail en réseau (concertation entre le MG et ces intervenants), le rythme de délivrance en pharmacie, la pratique des analyses d'urine, la déclaration des traitements à l'Ordre des Médecins ou à la Commission Médicale Provinciale, la prescription de psychotropes associés à la méthadone, le dépistage des maladies infectieuses (HIV, Hépatites virales B et C, Tuberculose) et l'intégration du traitement substitutif dans un suivi généraliste global (les indicateurs choisis à cet effet étaient le suivi pondéral, le suivi de l'état dentaire et le suivi des problèmes gynécologiques).
- Les questions relatives à la situation des patients portaient sur la consommation d'héroïne et d'autres drogues licites ou illicites, l'injection de drogue, la compliance au traitement, l'importance des troubles psychologiques et le degré d'insertion sociale (les indicateurs choisis pour ce dernier aspect étaient le type d'occupation et de ressources financières, le degré d'endettement et la survenue récente d'une incarcération). Chacun de ces items était scoré de 1 à 3, leur ensemble donnant un score global de stabilisation-réinsertion permettant de situer chaque patient sur une échelle de 1 à 20 au moment de l'étude.

Les objectifs de l'étude étaient les suivants :

1. Décrire les modalités pratiques des MMT par les MG, le profil des UD en traitement et leur niveau de stabilisation et de réinsertion sous traitement.

2. Mesurer l'efficacité des MMT sur l'injection de drogues et sur la consommation des différents produits.
3. Comparer les pratiques et les résultats obtenus en fonction
 - De la participation ou non des MG à des groupes de formation et d'intervision
 - De la pratique des MG en privé ou en centre spécialisé
 - Du nombre d'UD suivis de front par les MG (< 15 UD, 15-50 UD, > 50 UD)

La comparaison portant sur la participation aux formations et interventions a dû être abandonnée : le nombre de patients inclus par des MG n'ayant pas suivi de formation ou ne participant pas à des groupes d'intervision était trop faible que pour fournir des résultats interprétables.

La comparaison portant sur le nombre d'UD suivis de front a été limitée aux patients suivis en pratique privée : l'hypothèse d'un impact du volume de la « patientèle toxicomane » sur la pratique du MG nous paraissait moins plausible dans le cadre d'un part-time dans un centre spécialisé, où le nombre de patients suivis dépend essentiellement du nombre d'heures prestées.

Les données ont été encodées et traitées sur logiciel SPSS (version 10.0.5). Les tests statistiques de χ^2 , t de Student, Anova et r de Pearson ont été employés selon les cas, avec un seuil de signification (p bilatéral) fixé à .001 au vu des comparaisons multiples effectuées.

RESULTATS

1. Caractéristiques des 42 Médecins Généralistes

76 % sont des hommes, 24 % sont des femmes (répartition similaire à celle observée chez les MG francophones en général : 74 % - 26 %) ⁽¹⁾

Leur âge moyen est de 46 ± 7 ans (extrêmes : 30 à 61 ans) et est significativement plus élevé que celui du MG francophone moyen ⁽¹⁾ (43.5 ± 11 ans) ($t = 2.31, p = .02$).

La majorité d'entre eux (83 %) suivent leurs patients usagers de drogues exclusivement en pratique privée, une minorité (17 %) les suit en pratique privée et également en centre spécialisé (M.A.S.S. – Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire – ou structures analogues).

Ils sortent surtout de l'UCL (45 %), moins souvent de l'ULB (29 %) ou de l'ULg (24 %). 1 médecin sortait d'une université étrangère. Cette répartition ne diffère pas significativement de celle observée chez l'ensemble des MG francophones (UCL = 51 %, ULB = 22 %, ULg = 24 %, autres = 3 %) ⁽¹⁾

83 % d'entre eux travaillent en solo, 17 % travaillent en groupe.

76 % d'entre eux ont suivi une formation spécifique à l'accompagnement d'usagers de drogues et 69 % participent à des groupes d'intervision.

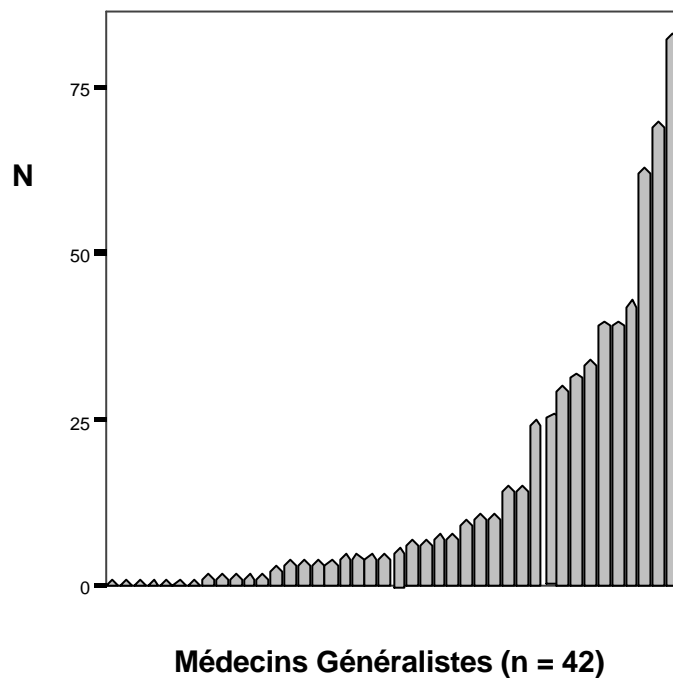
Leur répartition géographique n'a pas été analysée.

La file active d'usagers de drogues est en moyenne de 15 patients par médecin (extrêmes : 1 à 83 patients), mais avec une distribution asymétrique où la moyenne est fortement tributaire des quelques médecins suivant un très grand nombre de patients (Grphe I). Il est dès lors plus réaliste de se référer

à la médiane (percentile 50) qui est de 6 patients par médecin. 69 % des médecins suivent moins de 15 patients simultanément, 24 % en suivent entre 15 et 50, 7 % en suivent plus de 50.

Ce nombre d'usagers suivis simultanément ne varie pas significativement selon le sexe du médecin, son âge, son université d'origine, sa pratique en solo ou en groupe, son travail en privé ou en centre ni le fait qu'il ait ou non suivi une formation spécifique, mais bien selon qu'il participe ou non à un groupe d'intervision (21 patients versus 3 patients par médecin) ($t = 4.39, p < .001$).

Graphe I. Nombre d'UD suivis Simultanément



2. Caractéristiques des 559 Usagers de Drogues (Tableau 1)

79 % d'entre eux ($n = 443$) sont suivis en pratique privée, 21 % ($n = 116$) le sont en centre spécialisé.

Leur âge moyen au moment de l'étude (septembre 1999) est de 31.4 ± 6.4 ans (médiane = 31.1 ans) (extrêmes = 17 - 58 ans) (25 % < 27 ans, 25 % > 35 ans).

L'âge des patients au moment du début de leur traitement était en moyenne de 28.8 ± 6.2 ans (médiane = 28.5 ans) (extrêmes = 13 - 56 ans) (25 % < 24 ans, 25 % > 33 ans). 1 % d'entre eux ($n = 7$) avaient moins de 18 ans au début de leur traitement substitutif. A noter qu'il n'était pas précisé s'il s'agissait du 1^{er} traitement substitutif ou autre et que cet âge de 28.8 ans ne correspond donc pas nécessairement au début de la prise en charge de l'héroïnomanie.

Au moment de l'étude, la durée moyenne du traitement substitutif en cours était de 2.6 ± 1.8 ans (médiane = 2.2 ans) (extrêmes = 0.1- 13 ans) (25 % < 1 an, 25 % > 4 ans).

76 % d'entre eux sont des hommes et 24 % sont des femmes.

Au moment de leur prise en charge (MMT) par le MG, les patients consommaient de l'héroïne depuis 8.5 ± 5.3 ans en moyenne (médiane = 7.8 ans) (extrêmes = 0.1 - 29 ans) (25 % < 4 ans, 25 % > 13 ans). Soit un âge moyen de début de consommation de l'héroïne de 20.3 ± 4.8 ans (médiane = 19 ans) (extrêmes = 12 - 48 ans) (25 % < 17 ans, 25 % > 22 ans). 4 % des patients (n = 20) avaient un parcours de moins de 1 an d'héroïnomanie lors du début de MMT.

41 % des usagers s'injectaient l'héroïne ou d'autres drogues au moment de leur prise en charge par le médecin généraliste, 59 % consommaient exclusivement en "fumette". Les patients injecteurs d'héroïne étaient significativement plus âgés (30.2 ans) que les non-injecteurs (27.9 ans) (t = 4.24, p < .001).

82 % des usagers d'héroïne étaient polytoxicomanes en début de traitement (consommation problématique d'au moins un autre produit que l'héroïne). Il s'agissait par ordre décroissant du cannabis (57 %), de la cocaïne (47 %), des benzodiazépines (41 %), de l'alcool (40 %), des amphétamines ou de l'ecstasy (17 %), des barbituriques (13 %) et du LSD (8 %).

Une minorité des patients inclus (17 %) ont été suivis pour leur traitement substitutif par un médecin généraliste qui était déjà leur médecin traitant auparavant.

Pour la majorité des patients inclus (92 %), le traitement substitutif a été initié par les généralistes ayant participé à l'étude : dans seulement 8 % des cas il s'agissait de la reprise d'un traitement déjà initié ailleurs (par un autre médecin généraliste ou dans un centre spécialisé).

Tableau 1. Caractéristiques Initiales des Patients

Caractéristiques	Total (n = 559)	Privé (443)	Centre (116)	P
Age moyen en début de traitement (ans)	28.8	28.5	29.9	n.s.
Durée moyenne de l'usage d'héroïne en début de traitement (ans)	8.5	8.4	9.0	n.s.
Age moyen au moment de l'étude (ans)	31.4	31.3	31.8	n.s.
Durée moyenne du traitement au moment de l'étude (ans)	2.6	2.8	1.9	< .001
% Sexe Masculin	76	75	80	n.s.
% Injecteurs en début de traitement	41	42	39	n.s.
% Polytoxicomanes au début du traitement	82	79	91	n.s.
% Usage de Cannabis	57	53	71	< .001
% Usage de Cocaïne	47	47	49	n.s.
% Usage d'Extasy	16	16	16	n.s.
% Usage de LSD	8	8	6	n.s.
% Usage d'Amphétamines	17	18	12	n.s.
% Usage d'Alcool	40	39	44	n.s.
% Usage de Benzodiazépines	41	40	45	n.s.
% Usage de Barbituriques	13	12	17	n.s.
% Patients de famille avant le traitement substitutif	17	18	11	n.s.
% Reprises de traitement substitutif déjà initié ailleurs	8	9	5	n.s.

2.1 Comparaison entre les patients suivis en pratique privée et en centre spécialisé (Tableau 1)

Pour l'ensemble de ces caractéristiques on n'observe pas de différences significatives, hormis une durée moyenne de traitement substitutif plus longue en pratique privée (2.8 ans) qu'en centre spécialisé (1.9 ans) ($t = 5.19$, $p < .001$) ainsi qu'un usage associé de cannabis plus fréquent en centre spécialisé (71 %) qu'en pratique privée (53 %) ($\div 2 = 12.65$, $p < .001$).

2.2 Comparaison entre les patients selon la taille de la file active du médecin qui les suit:

La seule différence constatée porte sur le fait que le MG était déjà le médecin traitant habituel du patient avant la prise en charge de sa toxicomanie : c'était le cas pour 41 % des UD suivis par des MG ayant un petit nombre d'UD en traitement (< 15), contre 7 % chez les MG suivant de 15 à 50 UD ($\div 2 = 50.68$, $p < .001$) et 9 % chez les MG suivant plus de 50 UD ($\div 2 = 37.1$, $p < .001$).

3. Modalités du début du traitement (Tableau 2)

L'analyse a été faite ici sur 515 des 559 patients, après exclusion des 44 patients pour lesquels les médecins généralistes participant à l'étude n'ont pas entamé eux-mêmes le traitement (reprises de traitement).

La start-dose de méthadone était en moyenne de 43.8 ± 22 mg/j (médiane = 35 mg) (extrêmes = 6 - 200 mg) (25 % < 30 mg, 25 % > 55 mg). 45 % des patients ont reçu une start-dose inférieure à 35 mg.

78 % des patients se sont vus prescrire de la méthadone dès la première consultation. L'avis préalable d'un neuropsychiatre a été demandé dans 13 % des cas, la recherche d'opiacés dans les urines en début de traitement a été effectuée dans 31 % des cas et une concertation entre le médecin généraliste et les intervenants psycho-sociaux concernés par le patient a eu lieu, en début de traitement, dans 31 % des cas.

Pour 73 % des patients, la méthadone a été délivrée quotidiennement en pharmacie en début de traitement. Auquel cas elle devait être consommée sur place dans 77 % des cas. A ce stade du traitement, elle était prescrite plus souvent en sirop (66 %) qu'en gélules (34 %). Les autres formes (pilules, gommes) n'étaient que très rarement utilisées (moins de 1 %). En cas de prescription sous forme de gélules, un excipient destiné à prévenir le détournement sous forme d'injection (carboxyméthylcellulose) n'était spécifié par le médecin que dans 42 % des cas.

L'initiation du traitement substitutif s'est accompagnée dans 42 % des cas d'un contrat écrit entre le patient et le médecin prescripteur, et a été déclarée dans 28 % des cas à la Commission Médicale Provinciale et/ou à l'Ordre des Médecins.

On observe une relation significative ($p < .001$) pour quatre de ces modalités entre elles : différer la prescription de méthadone au delà du premier contact, demander une analyse d'urines au départ, demander l'avis préalable d'un psychiatre et se concerter avec les intervenants psycho-sociaux du patient sont des pratiques qui vont le plus souvent de pair pour un même patient.

Tableau 2. Modalités du Début de Traitement				
	Total (515 *)	Privé (n = 405 *)	Centre (n = 110 *)	P
Start Dose moyenne de Méthadone (mg)	43.8	41.6	51.6	< .001
% Start Dose de Méthadone < 35 mg	45	51	23	< .001
% Prescription de méthadone plus tard que 1 ^{er} contact	22	28	1	< .001
% Délivrance quotidienne en pharmacie	73	82	40	< .001
% Consommation sur place (si délivrance quotidienne)	77	75	93	n.s.
% Toxicologie urinaire préalable	31	28	44	.001
% Référence préalable à un Psychiatre	13	13	12	n.s.
% Contact préalable avec référents Psycho-Sociaux	31	25	54	< .001
% Contrat écrit avec le patient	42	37	60	< .001
% Déclaration à L'Ordre des Médecins ou à la C.M.P.	28	27	33	n.s.
% Forme prescrite				
Sirop	66	73	38	
Gélules	34	26	62	< .001
Autre	1	1	-	

* Après exclusion des 44 patients dont le traitement avait déjà été initié ailleurs

3.1 Comparaison entre les patients suivis en pratique privée et en centre spécialisé (Tableau 2)

La plupart des modalités de début de traitement diffèrent significativement.

- La start-dose de méthadone est significativement moindre en pratique privée (42 mg en moyenne, avec 51 % des usagers recevant moins de 35 mg) qu'en centre spécialisé (52 mg en moyenne, avec 23 % des usagers recevant moins de 35 mg) ($t = 3.76, p < .001$)
- La délivrance quotidienne en pharmacie en début de traitement se fait plus systématiquement en pratique privée (82 %) qu'en centre spécialisé (40 %) ($\div 2 = 74.86, p < .001$)
- Il y a un intervalle entre le 1^{er} contact avec le patient et la prescription de méthadone dans 28 % des cas en pratique privée, alors que c'est exceptionnel (1 %) en centre spécialisé ($\div 2 = 37.12, p < .001$).
- Un temps préalable de concertation avec les intervenants psycho-sociaux est deux fois moins fréquent en pratique privée (25 %) qu'en centre spécialisé (54 %) ($\div 2 = 33.96, p < .001$)
- Un screening urinaire de drogues au départ est moins fréquemment pratiqué en pratique privée (28 %) que dans les centres (44 %) ($\div 2 = 10.32, p < .001$)
- L'officialisation du traitement par un contrat écrit avec le patient est moins fréquente en pratique privée (37 %) qu'en centre spécialisé (60 %) ($\div 2 = 19.16, p < .001$). On n'observe par contre aucune différence en ce qui concerne la déclaration du traitement aux autorités (OM ou CMP).
- Accessoirement, les médecins généralistes utilisent préférentiellement la forme sirop en pratique privée et la forme gélules en centre spécialisé pour initier les traitements.

3.2 Comparaison entre les patients selon la taille de la file active du médecin qui les suit (Tableau 3)

On constate une modification significative de certaines pratiques si on augmente le nombre de patients suivis de front.

- Différer la prescription de méthadone au-delà du 1^{er} contact se fait dans 52 % des cas si le médecin suit peu de patients usagers de drogues, et ne se fait plus que dans 14 % des cas s'il en suit beaucoup ($\div 2 = 43.6$, $p < .001$)
- Une recherche de drogues dans les urines au départ du traitement est réalisée dans 50 % des cas si le médecin suit peu de patients et n'est plus réalisée que dans 1 % des cas s'il en suit beaucoup ($\div 2 = 83.95$, $p < .001$)
- Une concertation préalable avec les intervenants psycho-sociaux du patient a lieu dans 54 % des cas si le médecin suit peu de patients et n'a plus lieu que dans 4 % des cas s'il en suit beaucoup ($\div 2 = 79.91$, $p < .001$)
- L'avis préalable d'un psychiatre est demandé dans 21 % des cas si le médecin suit peu de patients et n'est plus demandé que dans 2 % des cas s'il en suit beaucoup ($\div 2 = 24.01$, $p < .001$)

On ne constate pas de tendance significative pour les autres modalités de début de traitement (start dose de méthadone, contrat écrit avec le patient, déclaration du traitement à l'Ordre des Médecins et/ou à la Commission Médicale Provinciale, délivrance quotidienne en pharmacie).

Tableau 3. Différences de Modalités Initiales du Traitement en Fonction du Nombre d'UD Suivis Simultanément ⁽¹⁾			
	File Active d' U.D.		
	< 15 (n = 131)	15 – 50 (n = 142)	> 50 (n = 131)
% Dose Initiale de Méthadone < 35 mg	50	39	65
% Délivrance Quotidienne en début de traitement	82	90	72
% Prescription Méthadone Différée au delà du 1 ^{er} Contact	52	19 **	14 **
% Toxicologie Urinaire Préalable	50	32 *	1 **
% Avis Neuro-Psychiatrique Préalable	21	18	2 **
% Concertation Préalable avec Intervenants Psycho-Sociaux	54	17 **	4 **
% Contrat Ecrit avec le Patient	48	25 **	39
% Déclaration à la C.M.P. ou à l'O.M.	45	0 **	39

⁽¹⁾ Après exclusion des 44 patients dont le traitement avait déjà été initié ailleurs

* $p < .01$ ** $p < .001$ (référence : pourcentage observé pour la file active < 15 patients)

4. Modalités du traitement en cours au moment de l'étude (Tableau 4)

L'analyse a porté sur les 559 patients, sauf en ce qui concerne la dose d'entretien de méthadone et le nombre de modifications de dosages lors des trois derniers mois, données pour lesquelles nous avons

considéré uniquement les 290 patients en phase d'entretien (exclusion des 25 patients en phase d'induction et des 244 patients en phase de sevrage).

La dose maximale de méthadone prescrite aux patients a été en moyenne de 67.5 ± 33 mg/j (médiane = 60 mg) (extrêmes : 6 - 350 mg) (25 % < 48 mg, 25 % > 80 mg).

La dose de méthadone prescrite en phase d'entretien est en moyenne de 56.5 ± 33 mg/j (médiane = 50 mg) (extrêmes : 5 - 300 mg) (25 % < 35 mg, 25 % > 70 mg). 68 % des patients ont une dose d'entretien inférieure à 60 mg et 5 % des patients ont une dose d'entretien supérieure à 120 mg. Ce dosage d'entretien apparaît comme relativement stable pour l'ensemble des patients, le médecin ne l'ayant modifié qu'en moyenne 1.3 fois lors des trois derniers mois.

Les patients sont vus par le médecin généraliste pour $\frac{1}{4}$ d'entre eux tous les dix jours (ou plus souvent), pour $\frac{1}{4}$ tous les mois (ou plus rarement) et pour la moitié tous les dix à trente jours. La fréquence modale de contact se situe à 15 jours.

Passé le début du traitement, le médecin ne demande plus la délivrance quotidienne en pharmacie qu'une fois sur dix (11 %). En cas de délivrance quotidienne, la méthadone reste consommée sur place en officine dans la majorité des cas (83 %). La forme sirop ne représente plus qu'un tiers des traitements (35 %), la méthadone étant prescrite en gélules dans deux tiers des cas (65 %). En cas de prescription de gélules, un excipient non hydrosoluble n'est spécifié par le médecin que dans 36 % des cas.

La recherche de drogue(s) dans les urines reste aussi peu pratiquée en cours de traitement (31 % des patients) qu'à sa phase de début et concerne le plus souvent les mêmes patients. Quand elle est demandée, c'est dans la majorité des cas à l'initiative du médecin (70 % des cas), mais parfois aussi à la demande d'un tiers (17 %) ou du patient lui-même (13 %).

Tableau 4. Modalités du Traitement au moment de l'Etude				
	Total (559)	Privé (n = 443)	Centre (n = 116)	P
Dose d'entretien de méthadone * (mg)	56.5	56.2	57.4	n.s.
Dose maximale de méthadone (mg)	67.5	67.9	66.0	n.s.
Nombre modifications dosage (3 derniers mois) *	1.3	1.4	1.1	n.s.
% Dose actuelle de méthadone < 60 mg *	68	70	65	n.s.
% Dose actuelle de méthadone < 120 mg *	95	95	97	n.s.
% Délivrance quotidienne en pharmacie	11	11	10	n.s.
% Consommation sur place (si délivrance quotidienne)	83	82	91	n.s.
% Toxicologie urinaire endéans les 3 derniers mois	31	25	53	< .001
% Forme prescrite				
Sirop	35	38	23	
Gélules	65	62	77	n.s.
Autre				
% Fréquence des consultations				
≤ 10 jours	27	21	48	
15 jours	49	54	32	< .001
≥ 1 mois	24	25	20	

* A l'exclusion des patients en phase d'induction ou de sevrage

4.1. Comparaison entre les patients suivis en pratique privée et en centre spécialisé (Tableau 4)

Pour l'ensemble de ces modalités, on n'observe pas de différences significatives, hormis pour le rythme du suivi du patient (ils sont vus plus fréquemment en centre qu'en privé) et une fois encore pour le recours aux analyses d'urines (deux fois plus fréquent en centre qu'en privé).

4.2. Comparaison entre les patients selon la taille de la file active du médecin qui les suit (Tableau 5)

Ces pratiques évoluent toutes dans le même sens avec le nombre d'usagers de drogues suivis de front, sans qu'on puisse parler de tendance statistiquement significative dans tous les cas :

- La dose d'entretien de méthadone croît significativement avec le nombre de patients suivis : 84 % des patients reçoivent une dose inférieure à 60 mg si leur médecin suit peu de patients et cette proportion tombe à 68 % si leur médecin en suit beaucoup ($\div 2 = 10.16$, $p = .001$). On observe la même tendance en ce qui concerne la dose maximale de méthadone prescrite aux patients.
- La délivrance quotidienne en pharmacie décroît significativement avec le nombre de patients suivis : 20 % des patients si le médecin en suit peu, 2 % seulement des patients s'il en suit beaucoup ($\div 2 = 23.95$, $p < .001$).
- La pratique d'analyses d'urines en cours de traitement décroît significativement avec le nombre de patients suivis et passe de 35 % des cas si le médecin suit peu de patients à 16 % des cas s'il en suit beaucoup ($\div 2 = 12.49$, $p < .001$).
- La fréquence du suivi des patients décroît avec le nombre de patients suivis, mais de façon non significative.

	File Active d' U.D.		
	< 15 (n = 137)	15 – 50 (n = 171)	> 50 (n = 135)
% Dose Maximale de Méthadone < 120 mg	96	97	84 **
% Dose d'Entretien de Méthadone < 60 mg	84	76	68 **
% Délivrance Quotidienne	20	12	2 **
% Fréquence Consultations ≤ 10 j	35	9 **	23
% Toxicologie Urinaire	35	23	16 **

** $p < .001$ (référence : pourcentage observé pour la file active < 15 patients)

5. Suivi global « généraliste » des patients (Tableau 6)

- En ce qui concerne les maladies infectieuses pour lesquelles les usagers de drogues constituent des groupes à risque particulier, le dépistage est effectué par le MG dans la majorité des cas pour le HIV (sérologie pratiquée pour 74 % des patients) ainsi que les hépatites B et C (respectivement 72 % et 69 %), mais dans une minorité des cas pour la Tuberculose (15 %). Ces tests avaient été pratiqués récemment, dans l'année précédant l'étude, dans 50 % des cas. 90 % des tests ont été réalisés endéans les trois années précédant l'étude. Ces tests sont demandés plus fréquemment chez les patients injecteurs en début de traitement que chez les autres, sauf en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose. Ainsi, 80 % des patients injecteurs sont dépistés pour le HIV et le HBV, et 78 % pour le HCV. Par contre, ces tests sont un peu moins souvent pratiqués chez les patients qui s'injectent encore de l'héroïne au moment de l'étude que chez ceux qui ne le font pas, sans que cette différence soit statistiquement significative.
- Comme indicateurs du suivi de l'état général des usagers, nous avons retenu le suivi de leur poids et de leur état dentaire. Ces paramètres sont inclus dans le suivi de la majorité des patients, un peu moins souvent pour l'évolution pondérale (59 %) que pour l'état dentaire (70 %). On constate dans la majorité des cas un suivi par le MG des problèmes gynécologiques des patientes usagères de drogue : le médecin s'inquiète de la régularité de leur cycle menstruel dans 80 % des cas, il s'assure qu'un examen gynécologique de dépistage a été pratiqué (ou l'effectue lui-même) dans 63 % des cas et aborde la question de la contraception dans 81 % des cas.
- En ce qui concerne la co-morbidité psychiatrique, on constate que 32 % des patients se voient prescrire par le MG un ou plusieurs psychotropes associés à la méthadone. Il s'agit essentiellement de benzodiazépines (25 % des patients), plus rarement d'antidépresseurs ou de neuroleptiques (respectivement 13 % et 6 %) et exceptionnellement de barbituriques (1 % des patients). En cas de coprescription de psychotropes, la délivrance contrôlée en pharmacie est demandée par le médecin dans la majorité des cas pour les benzodiazépines (67 %) mais plus rarement pour les neuroleptiques (48 %) et les antidépresseurs (39 %). Les benzodiazépines prescrites sont essentiellement le bromazepam (40 %), le diazepam (16 %) et le flunitrazepam (14 %). Pour les antidépresseurs, il s'agit par ordre décroissant de la trazodone (Trazolan®), du citalopram (Cipramil®), de la fluoxétine (Prozac®) et de la sertraline (Serlain®). Les neuroleptiques le plus souvent prescrits sont le prothipendyl (Dominal®) et la levopromazine (Nozinan®).
- En ce qui concerne l'équilibre psychologique, les patients sont le plus souvent modérément perturbés (49 %) (anxiété, immaturité) ou ne le sont pas du tout (42 %). Une minorité d'entre eux (9 %) présente des troubles sévères (syndromes dépressifs majeurs, traits psychotiques). 11 % des patients sont en suivi chez un neuro-psychiatre.

On constate une relation significative entre la coprescription de psychotropes et le suivi par un psychiatre : la prescription de benzodiazépines passe de 23 % si le patient n'est pas suivi par un psychiatre à 39 % s'il l'est ($\div 2 = 6.88$, $p = .009$), celle d'antidépresseurs passant de 12 % à 25 % ($\div 2 = 8.39$, $p = .004$).

On constate une relation encore plus nette entre la coprescription de psychotropes et la présence de troubles psychiques : la prescription de benzodiazépines passe de 13 % en l'absence de troubles psychiques à 29 % en cas de troubles modérés et à 65 % en cas de troubles sévères ($\div 2 = 63.52$, $p < .001$) ; celles d'antidépresseurs passe de la même façon de 3 % à 16 % et à 45 % ($\div 2 = 64.78$, $p < .001$).

Tableau 6. Suivi Médical Général des Patients				
	Total (n = 559)	Privé (n = 443)	Centre (n = 116)	P
% Test de dépistage HIV	74	71	84	n.s.
% Test de dépistage HBV	72	69	83	n.s.
% Test de dépistage HCV	69	66	83	< .001
% Test de dépistage TBC	15	16	14	n.s.
% Suivi du poids du patient	59	64	42	< .001
% Suivi de l'état dentaire du patient	70	66	83	.001
% Suivi de la régularité du cycle menstruel	80	77	96	n.s.
% Examen gynécologique de dépistage	63	63	68	n.s.
% Proposition de contraception	81	80	86	n.s.
% Au moins 1 Psychotrope associé	32	32	32	n.s.
% Coprescription de Benzodiazépines	25	26	21	n.s.
% Coprescription de Antidépresseurs	13	13	15	n.s.
% Coprescription de Neuroleptiques	6	5	11	n.s.
% Coprescription de Barbituriques	1	1	1	n.s.
% Suivi par un Psychiatre	11	9	18	n.s.
% Troubles Psychiques				
Nuls	42	46	31	
Modérés	49	47	53	n.s.
Sévères	9	7	16	

5.1. Comparaison entre les patients suivis en pratique privée et en centre spécialisé (Tableau 6)

Pour l'ensemble de ces indicateurs, on ne constate pas de différences importantes. On relève néanmoins une pratique significativement plus fréquente du screening de l'hépatite C et de l'examen de la dentition en centre spécialisé (83 %) qu'en pratique privée (66 %), et inversement un suivi pondéral plus fréquent en pratique privée (63 %) qu'en centre spécialisé (42 %).

5.2. Comparaison entre les patients selon la taille de la file active du médecin qui les suit

Aucune différence significative n'est constatée.

6. Abord Multidisciplinaire et Travail en Réseau (Tableau 7)

A peu près la moitié (53 %) des usagers de drogue traités à la méthadone par les MG sont suivis également par au moins un autre intervenant médico-psycho-social. Il s'agit le plus souvent d'un assistant social (29 %), moins souvent d'un psychologue, d'un assistant de probation ou d'un autre médecin généraliste (18 %), et encore moins souvent d'un éducateur de rue ou d'un neuropsychiatre (respectivement 12 et 11 %).

En cas de suivi par un autre intervenant, le médecin prescripteur de méthadone est en contact et en concertation avec lui dans la majorité des cas (70 à 79 %) s'il s'agit d'un psychiatre, psychologue, assistant social ou éducateur, et dans une minorité de cas (42 à 46 %) s'il s'agit d'un assistant de probation ou du médecin traitant du patient.

Quant aux échanges réguliers entre le médecin qui prescrit la méthadone et le pharmacien qui la délivre, ils existent dans la moitié des cas (48 %). On peut néanmoins s'interroger sur la fiabilité de ce résultat au vu du taux important de réponses manquantes à cette question.

Tableau 7. Abord Multidisciplinaire et Travail en Réseau				
	Total (n = 559)	Privé (n = 443)	Centre (n = 116)	p
% Au moins 1 Autre Intervenant	53	44	89	< .001
% Suivi par un Psychiatre	11	9	18	n.s.
% Suivi par un Psychologue	18	12	40	< .001
% Suivi par un Assistant Social	29	20	65	< .001
% Suivi par un Educateur	12	5	41	< .001
% Suivi par un Assistant de Probation	18	15	27	n.s.
% Suivi par un autre Médecin Généraliste	18	14	34	< .001
% Concertation avec le Psychiatre (si suivi)	75	72	81	n.s.
% Concertation avec le Psychologue (id)	70	47	96	< .001
% Concertation avec l'Assistant Social (id)	76	54	100	< .001
% Concertation avec l'Educateur (id)	79	50	91	< .001
% Concertation avec l'Assistant de Probation (id)	42	30	69	< .001
% Concertation avec le Médecin Généraliste (id)	46	34	66	.001
% Echanges réguliers avec le Pharmacien *	48	41	76	< .001

* 24 % de données manquantes

6.1. Comparaison entre les patients suivis en pratique privée et en centre spécialisé (Tableau 7)

On constate ici des différences très importantes. Elles vont dans un sens convergent et sont pour la plupart statistiquement significatives :

En pratique privée, le patient est deux fois moins souvent suivi par un autre intervenant qu'en centre spécialisé (44 % versus 89 %) ($\chi^2 = 74.41$, $p < .001$) et on retrouve cette différence pour chaque type d'intervenants pris séparément. Elle est maximale pour les éducateurs de rue qui sont les intervenants les plus fréquents après les assistants sociaux en cas de suivi en centre spécialisé (41 %), et sont les intervenants les plus rares (5 %) en pratique privée. Que ce soit en privé ou en centre, l'assistant social reste l'autre intervenant le plus fréquemment rencontré.

Quand il y a suivi par un autre intervenant, on constate de la même façon une concertation nettement plus fréquente avec lui en centre spécialisé qu'en pratique privée, sauf en ce qui concerne le neuropsychiatre. Il en va de même pour les échanges avec le pharmacien.

6.2. Comparaison entre les patients selon la taille de la file active du médecin qui les suit (Tableau 8)

On constate que la proportion de patients suivis par un autre intervenant diminue si le nombre de patients suivis de front par le médecin généraliste augmente (à l'exception du suivi par un assistant de probation), mais cette tendance n'est statistiquement pas significative.

En ce qui concerne le travail en réseau et de concertation entre le médecin prescripteur de méthadone et les autres intervenants, deux tendances différentes se dégagent :

- Si l'autre intervenant est lui aussi un médecin (neuropsychiatre ou médecin traitant), le nombre de patients suivis de front ne modifie pas de façon significative cette concertation
- Si l'autre intervenant est non médical (psychologue, assistant social, pharmacien, éducateur ou assistant de probation), la proportion de patients pour lesquels il y a concertation entre le médecin prescripteur et cet intervenant diminue de façon importante et le plus souvent statistiquement significative avec l'augmentation du nombre de patients suivis de front.

Tableau 8. Différences de Travail en Réseau en Fonction du Nombre d'UD Suivis Simultanément			
	File Active d' U.D.		
	≤ 15 (n = 137)	15 – 49 (n = 171)	≥ 50 (n = 135)
% Au moins 1 Autre Intervenant	48	45	38
% Suivi aussi par Psychiatre	13	8	6
% Suivi aussi par Psychologue	17	9	9
% Suivi aussi par Assistant Social	27	16	17
% Suivi aussi par Educateur	4	8	4
% Suivi aussi par Assistant Probation	9	13	24 *
% Suivi aussi par autre MG	10	26	2 *
% Contact avec Psychiatre (si suivi)	73	69	75
% Contact avec Psychologue (si suivi)	70	50	0 **
% Contact avec Assistant Social (si suivi)	74	63	17 **
% Contact avec Educateur (si suivi)	80	46	40
% Contact avec Assistant Probation (si suivi)	60	45	9 *
% Contact avec autre MG (si suivi)	15	38	67
% Echanges réguliers avec Pharmacien	63	43 *	21 **

* p < .01 ** p < .001 (référence : pourcentage observé pour la file active < 15 patients)

7. *Stabilisation et Réinsertion des Patients* (Tableau 9)

La grosse majorité des patients (75 %) sont jugés réguliers en consultation et n'ont pas interrompu leur traitement lors des 6 derniers mois. Une minorité d'entre eux sont franchement irréguliers dans leur suivi (5%) ou ont interrompu à plusieurs reprises leur traitement lors des 6 derniers mois (8%).

En ce qui concerne l'équilibre psychologique, les patients sont le plus souvent modérément perturbés (49 %) (anxiété, immaturité) ou ne le sont pas du tout (42 %). Une minorité d'entre eux (9 %) présente des troubles sévères (syndromes dépressifs majeurs, traits psychotiques).

Sur le plan de la réinsertion sociale :

- 47 % des patients ont une activité temps-plein (emploi, formation ou études), 23 % ont des activités épisodiques et irrégulières (petits boulots, jobs d'intérim) et 34 % sont totalement inoccupés¹.
- 73 % des patients vivent de leur salaire (déclaré ou non) ou d'allocations de chômage, 28 % émargent au CPAS, à la Mutuelle ou au Fond des Handicapés, 13 % vivent des revenus de leurs parents ou de leur conjoint et 4 % seulement vivent de la vente de drogue, du vol ou de la prostitution².
- 56 % des patients ne sont pas endettés, 32 % ont un endettement inférieur à 100.000 BEF, 12 % ont un endettement supérieur à 100.000 BEF.
- 92 % des patients n'ont pas été incarcérés lors des 6 derniers mois.

Sur le plan de la consommation de produits :

- 63 % des patients disent ne plus consommer du tout d'héroïne. Pour les 37 % présentant une consommation résiduelle, il s'agit le plus souvent de consommation occasionnelle (34 %) que quotidienne (3 %).
- 8 % des patients inclus s'injectent de l'héroïne sous traitement. Si on ne considère que les patients consommant encore de l'héroïne, 30 % d'entre eux le font en injection. Ce résultat doit être pris avec circonspection, au vu du taux élevé de données manquantes.
- 47 % des patients présentent encore une dépendance autre que celle à l'héroïne. Il s'agit le plus souvent du cannabis (28 %), de l'alcool (23 %), des benzodiazépines (11 %) ou de la cocaïne (10 %).

Si l'on globalise l'ensemble de ces indicateurs sur une échelle de stabilisation-réinsertion allant de 0 à 20, on constate un score moyen de 15.8 ± 3.1 pour les patients au moment de l'étude (extrêmes : 3.5 – 20) (25 % < 14, 25 % > 18) (Graphe II).

¹ Plusieurs réponses étant possibles, le total dépasse 100 %.

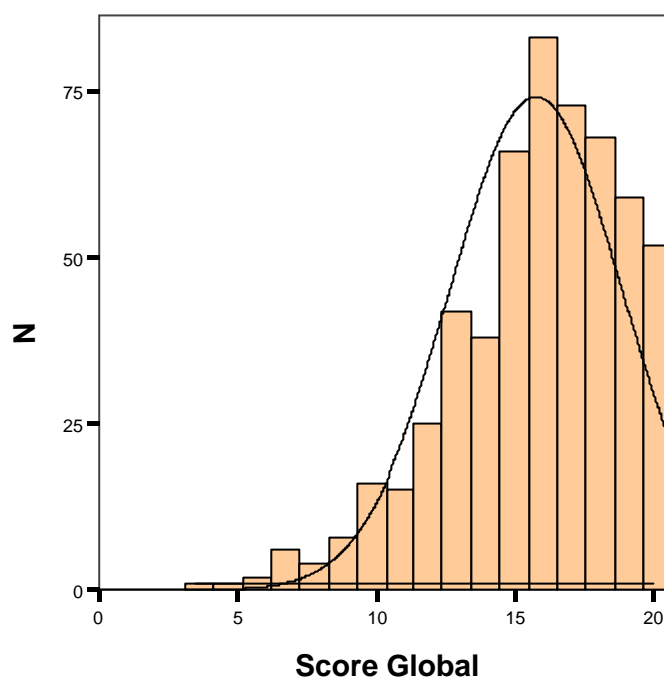
² idem

Tableau 9. Stabilisation et Réinsertion des Patients					
Indicateurs		Total (n = 559)	Privé (n = 443)	Centre (n = 116)	p
% Régularité en consultation	Bonne	75	75	74	n.s.
	Moyenne	20	20	19	
	Mauvaise	5	5	7	
% Interruptions de traitement lors des 6 derniers mois	0 x	75	78	65	n.s.
	1 x	17	16	20	
	> 1 x	8	6	15	
% Troubles Psychiques	Nuls	42	46	31	n.s.
	Modérés	49	47	53	
	Sévères	9	7	16	
% Endettement	Nul	56	63	30	< .001
	< 100.000	32	27	51	
	> 100.000	12	10	19	
% Activité *	Travail / Formation / Etudes	47	50	38	n.s.
	Petits boulots	23	23	26	n.s.
	Oisiveté	34	32	42	n.s.
% Ressources *	Travail / Chômage	73	75	66	n.s.
	Parents / Conjoint	13	13	10	n.s.
	Cpas / Mutuelle / Handicapé	28	26	34	n.s.
	Deal / Vol / Prostitution	4	3	8	n.s.
% Emprisonnement lors des 6 derniers mois		8	6	14	n.s.
% Consommation résiduelle d'Héroïne		37	34	48	n.s.
% Injection d'Héroïne **		8	7	16	.001
% Au moins 1 Autre Toxicomanie le dernier mois		47	40	70	< .001
% Cannabis		28	22	50	< .001
% Cocaine		10	8	18	.001
% Extasy		1	1	0	n.s.
% Amphétamines		2	2	2	n.s.
% LSD		1	0	1	n.s.
% Alcool		23	20	34	.001
% Benzodiazépines		11	9	20	.001
% Barbituriques		2	1	4	n.s.
Score Global Moyen (sur 20)		15.8	16.2	14.1	< .001

* Plusieurs réponses possibles

** 34 % de données manquantes

Graphe II. Stabilisation et Réinsertion sous Traitement

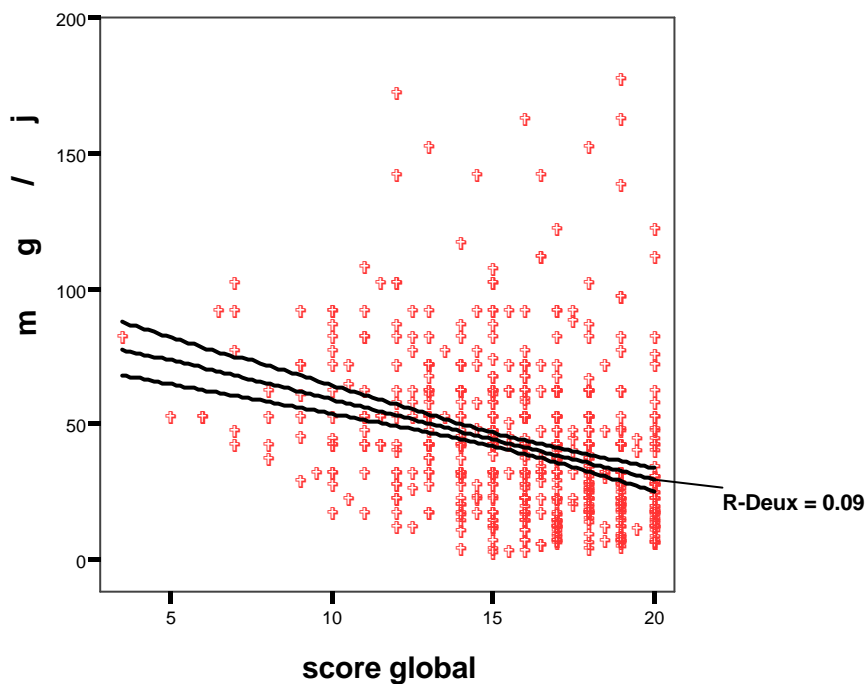


On observe une relation significative entre la durée du traitement et le degré de stabilisation-réinsertion (score global), mais il est frappant de constater que ce score est déjà très favorable (15 / 20) pour les patients en traitement depuis moins de 6 mois. Ceci suggère que l'amélioration se passerait surtout en tout début de traitement et que le gain ultérieur serait moindre (Tableau 10).

Tableau 10. Stabilisation – Réinsertion des Patients et Durée du Traitement					
Indicateur	Durée du traitement				p
	< 6 mois	6 à 12 mois	1 à 2 ans	> 2 ans	
Score global	15.0	15.4	15.4	16.2	.001
% Injection	19	11	9	5	.001
% Usage héroïne	46	44	38	32	< .01
% Usage cocaïne	15	14	11	8	< .01
% Travail (activité)	29	33	35	42	< .01
% Oisiveté	44	38	38	30	< .01
% Travail (ressource)	33	42	50	57	< .001

On constate une relation significative entre la dose de méthadone prescrite et le score global des patients ($r = - 0.30, p < .001$) : plus ils sont stabilisés et réinsérés, moins la dose est élevée (Graphe III).

Graphe III. Dosage de la méthadone et Score de Stabilisation-Réinsertion des UD.



Test de corrélation $R = - 0.30 (p < .001)$

7.1. Comparaison entre les patients suivis en pratique privée en centre spécialisé (Tableau 9)

Pris individuellement, tous les indicateurs affichent une situation moins favorable chez les patients suivis en centre spécialisé, mais la différence n'atteint le seuil de signification statistique que pour l'endettement, la polytoxicomanie et l'injection d'héroïne. D'un point de vue global, on constate un score moyen de stabilisation-réinsertion significativement plus faible pour les patients suivis en centre (14.1) que pour ceux suivis en pratique privée (16.2) ($t = 5.91, p < .001$).

7.2. Comparaison entre les patients selon la taille de la file active du médecin qui les suit

On ne constate pas de différences entre les patients de médecins petite (< 15), moyenne (15-50) ou grosse (>50) patientèle d'usagers de drogues, si ce n'est pour :

- la consommation quotidienne d'héroïne : 1 % (< 15), 1 % (15-50) et 8 % (> 50) des patients ($\div 2 = 13.36$, $p = .001$). Néanmoins, la consommation résiduelle d'héroïne reste nulle dans la majorité des cas, quelle que soit la taille de la patientèle d'usagers du médecin.
- l'injection d'héroïne : 3 % (< 15), 4 % (15-50) et 13 % (> 50) des patients ($p = .001$).

8. Indicateurs d'efficacité des traitements substitutifs (Tableau 10)

On se limite ici aux indicateurs mesurés pour chaque patient à l'entrée en traitement et en cours de traitement, au moment de l'étude.

Tableau 10. Efficacité des Traitements Substitutifs menés par les MG							
	Avant Traitement		Sous Traitement		Réduction Relative	Abstinence chez Usagers initiaux	Usage chez Abstinents initiaux
Injection de Drogues	41 %	(228 / 556)	8 %	(41 / 488)	80 %	85 %	4 %
Usage Héroïne	100 %	(559 / 559)	37 %	(204 / 557)	63 %	63 %	-
Usage Cannabis	57 %	(298 / 526)	28 %	(152 / 539)	50 %	55 %	7 %
Usage Cocaïne	48 %	(257 / 541)	10 %	(55 / 537)	78 %	82 %	4 %
Usage Alcool	40 %	(212 / 526)	23 %	(121 / 536)	44 %	47 %	3 %
Usage Benzodiazépines	41 %	(221 / 537)	11 %	(61 / 541)	73 %	76 %	3 %
Usage Amphétamines	17 %	(88 / 529)	2 %	(9 / 533)	90 %	93 %	1 %
Usage Ecstasy	16 %	(82 / 512)	1 %	(4 / 535)	95 %	96 %	1 %

On observe une relation significative ($p < .001$) entre l'arrêt de l'héroïne et celui du cannabis, de la cocaïne et des benzodiazépines, mais pas entre l'arrêt de l'héroïne et celui de l'alcool.

LIMITES DE L'ETUDE

L'étude donne une image de la pratique des MG du réseau ALTO-SSMG et ses résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des MG francophones s'occupant d'usagers de drogues : nombre d'entre eux fonctionnent isolément, sans référence au réseau et ont peut-être une pratique fort différente.

Le design transversal de l'étude implique un biais de sélection : seuls les patients en traitement au moment de l'étude sont inclus, et les patients ayant terminé leur traitement ou l'ayant abandonné sont exclus. Les résultats trouvés pour l'efficacité des traitements en sont donc vraisemblablement

surestimés. L'étude est par ailleurs inapte à fournir d'autres données intéressantes comme le taux de rétention en traitement et la durée moyenne des traitements.

A part les données techniques relatives aux traitements, les résultats obtenus sont déclaratifs et dépendent donc de l'opinion subjective du médecin sur son patient et de la fiabilité des réponses de celui-ci. De plus certaines données ont été recueillies de façon rétrospective et dépendent donc en plus de la mémoire du médecin et de la rigueur de la tenue de son dossier. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence, particulièrement en ce qui concerne des données sensibles comme la consommation résiduelle d'héroïne et des autres produits.

DISCUSSION

1. Etat des lieux de la pratique des MMT menés par les MG

L'âge moyen des médecins qui prennent en charge des usagers de drogue apparaît relativement élevé (46 ans). On peut invoquer plusieurs explications : 1/ les médecins généralistes préfèrent peut-être avoir acquis une certaine maturité et expérience avant d'aborder cette problématique, 2/ ils sont peut-être davantage motivés en début de carrière par le thérapeutique immédiat (*cure*) que par l'accompagnement à long terme (*care*), 3/ les jeunes diplômés restent encore actuellement mal formés en la matière, avec un désintérêt et des a priori négatifs sur cette problématique.

Le sex ratio des médecins se superpose étrangement à celui des usagers ($\frac{3}{4}$ d'hommes et $\frac{1}{4}$ de femmes) mais le parallélisme s'arrête là : le sex ratio des usagers suivis est identique chez les médecins des deux sexes.

On constate chez les médecins s'occupant d'usagers de drogues une sur-représentation des pratiques de groupe (17 %) par rapport à ce qu'on observe dans la population générale des médecins généralistes (moins de 5 %). Cela suggérerait que les médecins travaillant en Maisons Médicales ou autres formes d'association s'investissent plus facilement dans cette problématique que leurs confrères travaillant en solo.

Le nombre d'usagers suivis de front par les médecins est en moyenne rassurant : la médiane est de 6 patients par médecin et 70 % des médecins suivent moins de 15 patients simultanément. Néanmoins, le phénomène des grosses patientèles de toxicomanes n'est pas négligeable : 7 % des médecins suivent plus de 50 patients.

Les $\frac{3}{4}$ des médecins ont suivi une formation spécifique et font partie d'un groupe d'interview. Il est intéressant de constater que ceux qui ne fréquentent pas les groupes d'interview sont surtout des médecins ayant peu de patients usagers (en moyenne 3) : cet outil représente vraisemblablement un investissement disproportionné dans leur cas et des formules plus adaptées devraient pouvoir leur être proposées.

Les médecins généralistes ont initié eux-mêmes le traitement dans la quasi totalité des cas (92 %). La situation en Belgique francophone se situe donc aux antipodes du modèle préconisé dans d'autres pays, où les médecins de ville fonctionnent en relais de centres spécialisés, pour des patients déjà stabilisés.

Les médecins inclus dans l'étude n'étaient médecin traitant habituel de leurs patients que dans une minorité de cas (17 %). Ceci indique que nous sommes encore loin de l'objectif initial du projet ALTO, où la toxicomanie était censée devenir un problème de santé parmi les autres et pris en charge par tout généraliste dans sa propre patientèle. Nous restons dans un système où une minorité de généralistes restent identifiés comme « médecins prescripteurs » par les services d'aide et par leurs confrères qui continuent à se décharger sur eux de ces patients. On note pourtant une tendance favorable : chez les MG ayant un petit nombre d'UD en traitement (< 15), qui constituent la majorité des MG du réseau ALTO, on voit que 41 % des UD les avaient déjà comme médecin traitant avant leur prise en charge pour leur toxicomanie.

Le profil des usagers de drogues inclus fait apparaître deux grands changements par rapport à l'étude réalisée en 1994 dans le même réseau ALTO ⁽²⁾ : les patients ont considérablement vieilli (leur âge moyen est de 31 ans alors qu'il était de 26 ans en 1994) et les injecteurs d'héroïne en début de traitement sont devenus minoritaires (41 %).

Ce vieillissement colle avec un constat de terrain dans les groupes d'intervision : les demandes de prise en charge de nouveaux héroïnomanes se font rares chez les MG et les listes d'attente pour les traitements méthadone ont disparu. Il est délicat à interpréter :

- L'explication la plus probable est que nous serions arrivés à un « *steady-state* » de la population sous méthadone du fait que l'usage d'héroïne aurait quitté sa phase épidémique. Le marché aurait fait le plein des clients potentiels. L'héroïne ne ferait plus un tabac chez les jeunes qui se tournent dorénavant plutôt vers d'autres produits et serait donc en passe de devenir « une drogue de vieux ».
- Une autre explication est possible : il y aurait toujours autant de nouveaux héroïnomanes mais ils se détourneraient des traitements en général et de la substitution en particulier, après la période d'engouement du début des années 90. Ils tarderaient ainsi à « entrer en méthadone ». Cette explication collerait bien avec l'âge avancé (près de 29 ans en moyenne) où les patients inclus dans l'étude ont entamé leur traitement, quoiqu'une imprécision entache cette donnée : nous n'avons pas demandé dans le questionnaire de préciser s'il s'agissait de la première prise en charge des patients et peut-être avaient ils déjà à l'entrée un certain parcours en substitution. A l'inverse, cette explication est rendue peu plausible par le même vieillissement des usagers d'héroïne constaté dans d'autres études qui ont recruté beaucoup plus largement dans l'ensemble des services d'aide et de soins ⁽³⁾.
- Une dernière hypothèse n'est pas à écarter : les nouvelles demandes de soins seraient orientées davantage vers les centres ambulatoires spécialisés (M.A.S.S.) que vers le réseau des MG travaillant en privé. Des données fragmentaires semblent indiquer que dans ces centres on ne constate pas le même vieillissement de la population des UD suivis.

Il est rassurant de constater que les traitements substitutifs ne concernent que rarement des mineurs d'âge (1 %) et des usagers ayant moins d'un an de parcours dans l'héroïne (4 %). Les patients substitués sont plutôt des "vieux routiers" avec une moyenne de 8.5 ans de parcours dans l'héroïne.

On constate un écart important entre la pratique des MG et les recommandations habituelles relatives à l'initiation du traitement. Une seule recommandation rencontre manifestement l'adhésion des généralistes : la délivrance quotidienne en pharmacie, pratiquée dans 78 % des cas et le plus souvent assortie de la consommation sur place. Les autres recommandations ne sont suivies que dans une minorité de cas mais on discerne parmi elles deux groupes fort différents :

- Un premier groupe de recommandations où le choix du médecin semble plutôt dépendre de la situation du patient : chaque médecin les applique pour une minorité de ses patients (13 à 31 % selon les items) mais quand il le fait il a tendance à les appliquer en bloc. Il s'agit de l'analyse

d'urines, de la concertation avec les autres intervenants gravitant déjà autour du patient, de la référence préalable à un psychiatre et de la mise en place d'un temps de réflexion et d'évaluation (prescription de méthadone différée au delà du premier contact). Les médecins semblent donc se positionner ici au cas par cas, mais il est clair que, globalement, ils estiment le plus souvent pouvoir initier le traitement immédiatement et sans références externes.

- Un second groupe de recommandations où l'attitude du médecin est stéréotypée et semble plutôt liée à sa propre personnalité : une minorité de médecins les appliquent presque toujours, une majorité ne les applique quasiment jamais. Il s'agit du respect de la start-dose de méthadone < 35 mg (45 %), du contrat écrit avec le patient (40 %) et de la déclaration du traitement à la Commission Médicale Provinciale ou à l'Ordre des Médecins (27 %). On assiste donc ici à des positions de principe et probablement à un manque d'information en ce qui concerne la dose de départ.

En ce qui concerne la forme prescrite, les MG utilisent préférentiellement la forme sirop pour initier les traitements - sans doute pour des raisons de facilité de titration - et passent ensuite le plus souvent aux gélules pour la suite du traitement. S'ils prescrivent des gélules, ils ne prennent qu'une fois sur trois la précaution de spécifier l'emploi d'un excipient non hydrosoluble (carboxyméthylcellulose).

On est frappé par le fait qu'il y a presque autant de patients en phase de sevrage (244) qu'en phase d'entretien (290). Des contacts ultérieurs avec certains médecins ayant participé à l'étude ont révélé une certaine confusion à ce sujet : certains laissent leurs patients à dose plus ou moins constante durant toute la phase de stabilisation et entendent par "sevrage" la fin du traitement où ils pratiquent une rapide dégression des doses (c'est sur base de ce schéma classique que nous avons formulé le questionnaire) mais d'autres diminuent très lentement et continuellement les doses après une très courte phase d'entretien et considèrent leurs patients en "sevrage" quasiment dès le début. On retrouve d'ailleurs en « phase de sevrage » 23 % de patients consommant encore de l'héroïne, parmi lesquels 12 % d'injecteurs. Cette ambiguïté entache l'interprétation des résultats, puisque nous avons calculé la dose moyenne d'entretien de méthadone en ne retenant que les patients déclarés en phase d'entretien.

La dose d'entretien de méthadone est en moyenne de 56 mg dans l'étude, alors que la dose moyenne recommandée dans la littérature est de 60 à 80 mg ^(4, 5, 6). 60 % des patients ont une dose inférieure à 60 mg. Seulement 4 % des patients ont une dose supérieure à 120 mg, seuil habituellement cité comme problématique en ambulatoire. Le plus haut dosage d'entretien observé est de 300 mg (1patient). A cet égard donc la pratique des MG semble globalement être très raisonnable et prudente et si l'on a des craintes à avoir, ce serait plutôt du côté d'un sous-dosage que d'un surdosage des patients. Fait important à souligner, les doses de méthadone utilisées apparaissent cohérentes avec l'état clinique du patient : l'étude met en évidence une relation inverse significative entre la dose quotidienne et le degré de stabilisation et de réinsertion (score global).

Les patients sont suivis en consultation en moyenne tous les 15 jours, mais on constate quand même que ¼ d'entre eux ne sont vus qu'une fois par mois ou plus rarement.

Passé le début du traitement, la délivrance quotidienne en pharmacie devient plutôt rare (11 %) mais reste assortie le plus souvent de la consommation en officine. Le principe étant d'autonomiser le patient dès qu'il apparaît suffisamment stabilisé pour gérer sa méthadone à la maison, ces chiffres laissent suspecter un certain laxisme et une certaine imprudence chez les médecins prescripteurs : il semble peu réaliste de penser que les 90 % de leurs usagers aient atteint ce niveau de stabilisation. Les résultats de l'étude montrent que le passage à la délivrance non quotidienne survient très tôt dans le décours du traitement: la délivrance quotidienne, qui concernait 78 % des UD au tout début du traitement, n'est déjà plus que de 29 % chez les UD en traitement depuis moins de 6 mois, puis passe à 17 % (6-12 mois), 13 % (1-2 ans) et 4 % (> 2ans).

Une fois sur deux, le MG accompagne seul son patient. Il y a un ou plusieurs autre(s) intervenant(s) dans l'autre moitié des cas et il s'agit alors le plus souvent d'un assistant social et le moins souvent d'un psychiatre. Quand on sait que tous les patients ne nécessitent pas un abord multidisciplinaire et les difficultés qu'on a souvent à les référer quand c'est indiqué, ce résultat ne paraît pas si médiocre. De plus, lorsqu'il y a un autre intervenant, il y a concertation entre le MG et lui dans les ¾ des cas s'il s'agit d'un assistant social, éducateur, psychologue ou psychiatre et dans près de la moitié des cas s'il s'agit du pharmacien, du médecin traitant ou de l'assistant de probation.

Dans l'ensemble on constate que le suivi des usagers de drogues par les MG ne se résume pas à la prescription de méthadone mais intègre une prise en charge globale, proprement généraliste, de leurs problèmes de santé. Le suivi du poids (59 %), de la dentition (70 %), des problèmes gynécologiques (63 à 81 %), le dépistage du HIV (74 %), de l'hépatite B (72 %) et de l'hépatite C (69 %) sont assurés dans la majorité des cas. La tuberculose par contre n'est que rarement dépistée (15 %), mais cela peut s'expliquer par la très faible prévalence du HIV chez les UD de notre pays.

Contrairement à une idée fort répandue, les MG ne semblent pas inonder leurs patients de psychotropes associés à la méthadone : les benzodiazépines sont prescrites dans 25 % des cas, les antidépresseurs dans 13 %, les neuroleptiques dans 6 % et les barbituriques ont quasiment disparu. De plus la prudence est manifeste puisque les benzodiazépines prescrites sont en délivrance contrôlée en pharmacie dans près de 70 % des cas. Par ailleurs la prescription de psychotropes chez les usagers de drogues apparaît clairement liée à l'intensité de leurs troubles psychiques et au fait qu'ils sont suivis par un psychiatre. Elle ne semble donc pas répondre uniquement à une demande pressante des patients. On est néanmoins interpellé par la proportion non négligeable (13 %) de patients sans troubles psychologiques qui se voient prescrire des benzodiazépines et par la place encore réservée au flunitrazépam (14 % des prescriptions de benzodiazépines).

2. Mesure de l'efficacité des MMT menés par les MG

Les patients apparaissent dans l'ensemble bien stabilisés et réinsérés sous traitement, puisqu'ils affichent un score global moyen de 15.8 sur 20.

- Si on se limite aux quelques indicateurs permettant une comparaison avant et sous traitement, on constate une réduction relative très importante pour l'injection d'héroïne (80 %), la consommation de cocaïne (79 %), d'amphétamines ou d'ecstasy (plus de 90 %) et de benzodiazépines (73 %). L'efficacité est moins spectaculaire pour la consommation d'héroïne (réduction relative de 63 %), de cannabis (50 %) et d'alcool (44 %). L'arrêt de la consommation d'héroïne apparaît lié à celui de tous les autres produits sauf l'alcool. Pour tous les produits autres que l'héroïne on constate de faibles taux d'induction de toxicomanie de relais : les taux de patients devenus dépendants sous traitement sont de 1 % pour les amphétamines et l'ecstasy, 3 % pour l'alcool et les benzodiazépines, 4 % pour la cocaïne et 7 % pour le cannabis. Il faut néanmoins constater que 37 % des patients continuent à consommer de l'héroïne sous traitement, même s'ils le font plus souvent de façon occasionnelle (34 %) que quotidienne (3%). Il faut reconnaître également que, parmi les UD ayant une consommation résiduelle d'héroïne, 30 % le font encore par injection : la proportion était de 41 % avant traitement et les MMT n'ont donc pas spectaculairement changé le mode de consommation chez les UD qui consomment encore de l'héroïne.

Il est intéressant de constater que sous traitement substitutif les patients héroïnomanes abandonnent plus facilement l'usage de drogues psychostimulantes (cocaïne, ecstasy, amphétamines) et quittent moins facilement l'usage de drogues sédatives (cannabis, alcool).

- Pour les autres indicateurs, on ne dispose que d'un aperçu sous traitement sans comparaison possible avec la situation initiale. La situation est très favorable en ce qui concerne la compliance au traitement, jugée bonne dans 75 % des cas, et la réinsertion sociale : la moitié des patients ont une activité temps-plein, 34 % sont oisifs ; la majorité (71 %) vivent des revenus de leur travail ou d'allocations de chômage ; la moitié ne sont pas endettés et 12 % seulement ont un endettement sévère (>100.000 BEF) ; plus de 90 % des patients n'ont pas été incarcérés lors de 6 derniers mois. La situation apparaît moins favorable du côté de l'équilibre intra-psychique : la majorité des patients restent modérément (49 %) ou sévèrement (9 %) perturbés.

Pour le niveau global de stabilisation et de réinsertion (score global) on constate un progrès significatif en fonction de la durée du traitement, mais cette relation globale est imputable à un petit groupe d'indicateurs (injection de drogues, usage d'héroïne et de cocaïne, degré d'activité et d'autonomie financière), tous les autres indicateurs n'affichant aucune progression avec la durée du traitement. On remarque surtout que ce niveau global est déjà fort élevé à 6 mois de traitement et que le gain ultérieur est relativement faible, le gros de l'amélioration semblant donc se jouer en tout début de traitement. Ce constat apparaissait déjà dans une étude réalisée en 1995 par des MG chez des UD de l'agglomération bruxelloise ⁽⁷⁾.

3. Comparaison des MMT en pratique privée et en centre spécialisé

Certaines recommandations sont mieux suivies en pratique privée :

- La start-dose de méthadone < 35 mg : 51 % des patients en pratique privées, versus 23 % en centre spécialisé.
- La délivrance quotidienne en pharmacie en début de traitement : 82 % des patients en pratique privée versus 40 % en centre spécialisé.
- La prescription différée de méthadone au delà du premier contact : 28 % des patients en pratique privée versus 1 % en centre spécialisé. Deux facteurs pourraient rendre compte de cette forte différence : 1/ dans les centres spécialisés, l'étape préalable à l'initiation du traitement (débrouillage du parcours du patient, évaluation de la gravité de sa toxicomanie, information sur le déroulement d'un traitement méthadone) est souvent réalisée par les accueillants et les autres intervenants, en amont du premier contact du patient avec le MG; 2/ il est possible que certains centres spécialisés soient identifiés par les UD comme des "centres méthadone", alors que ce serait moins souvent le cas en pratique privée, où les MG reçoivent aussi des UD demandeurs d'une prise en charge de leur toxicomanie sans préjuger de la méthode, ce qui nécessite un temps de discussion et de réflexion.

D'autres recommandations sont mieux suivies en centre spécialisé :

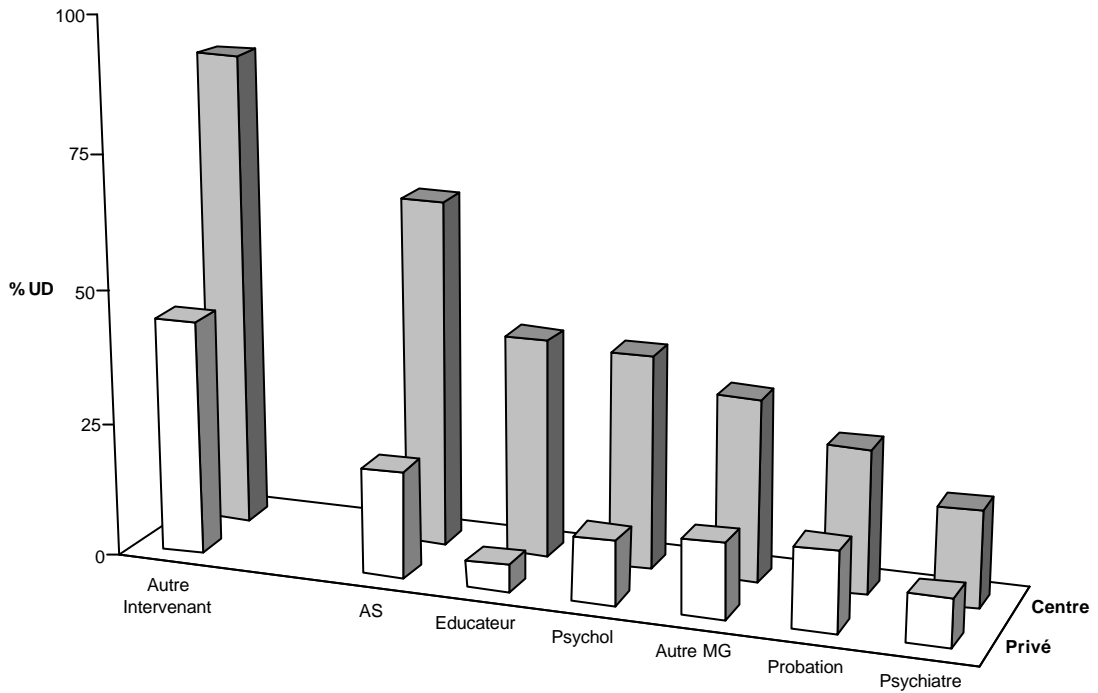
- La prise en charge pluridisciplinaire du patient (Graphe IV): elle est deux fois plus fréquente en centre spécialisé (89 % des patients) qu'en pratique privée (44 %). Cette différence se retrouve pour chaque type d'intervenant mais est particulièrement marquée en ce qui concerne le co-suivi par les éducateurs de rue (45 % des patients en centre spécialisé versus 5 % en pratique privée). Cette différence est évidemment due en grande partie à la structure pluridisciplinaire des centres spécialisés et à la conception différente de travail qui en découle.
- Le travail en réseau avec les autres intervenants (Graphe V): la concertation a lieu pour la majorité des patients concernés si le MG travaille en centre spécialisé, alors qu'elle n'a lieu que pour une

minorité d'entre eux si le MG travaille en privé (sauf si l'autre intervenant est Psychiatre). On retrouve également cette différence pour la concertation préalable à l'initiation du traitement (54 % des patients en centre spécialisé versus 25 % en pratique privée). Outre la différence structurelle mentionnée plus haut, une différence de mode de rémunération du MG intervient sans doute également ici : dans les centres, le MG est le plus souvent salarié et donc rémunéré aussi pour le temps passé en concertation, alors qu'en pratique privée le MG travaille le plus souvent à l'acte et n'est donc pas payé pour son temps de travail hors consultation.

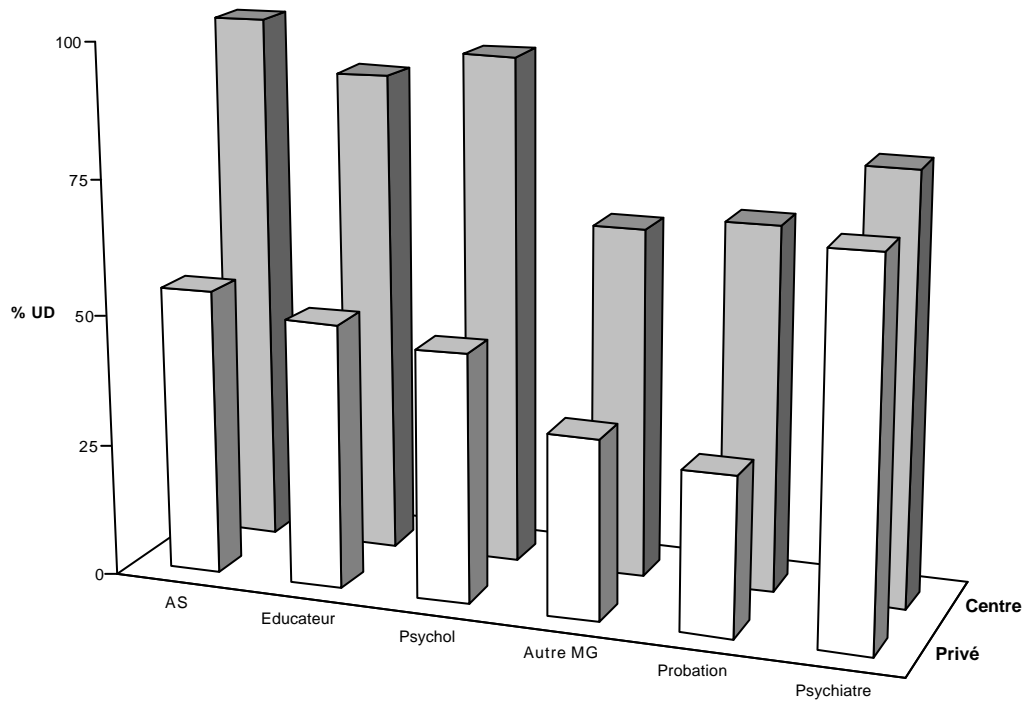
- La pratique d'analyses d'urines : elle est réalisée au départ pour 44 % des patients en centre spécialisé, versus 28 % en pratique privée. La différence persiste en cours de traitement (53 % des patients suivis en centre spécialisé versus 25 % des patients suivis en pratique privée). Il est probable que cette différence s'explique partiellement par un souci d'évaluation et de recueil de données épidémiologiques plus spécifiquement rencontré dans les centres spécialisés.
- Le contrat écrit avec le patient : 60 % des cas en centre spécialisé, versus 37 % des cas en pratique privée. Il est probable que la valeur pédagogique de cet outil soit davantage soulignée et reconnue dans les centres spécialisés. Il est peu probable que cette différence soit imputable à une pratique plus « réglementaire » en centre spécialisé, puisqu'on ne constate aucune différence avec les MG travaillant en privé en ce qui concerne la déclaration du traitement à la Commission Médicale Provinciale ou à l'Ordre des Médecins.

Le niveau de stabilisation-réinsertion des patients est sensiblement meilleur en pratique privée qu'en centre spécialisé, mais on ne peut certainement pas en conclure une différence d'efficacité : le niveau initial de dégradation psycho-sociale des patients peut être plus lourd en centre qu'en privé (l'étude n'a rien évalué à cet égard en début de traitement) ou la différence peut être imputable à une durée de traitement au moment de l'étude en moyenne plus longue en pratique privée (2.8 ans) qu'en centre spécialisé (1.9 ans).

Graphe IV. Co-Suivi Autres Intervenants



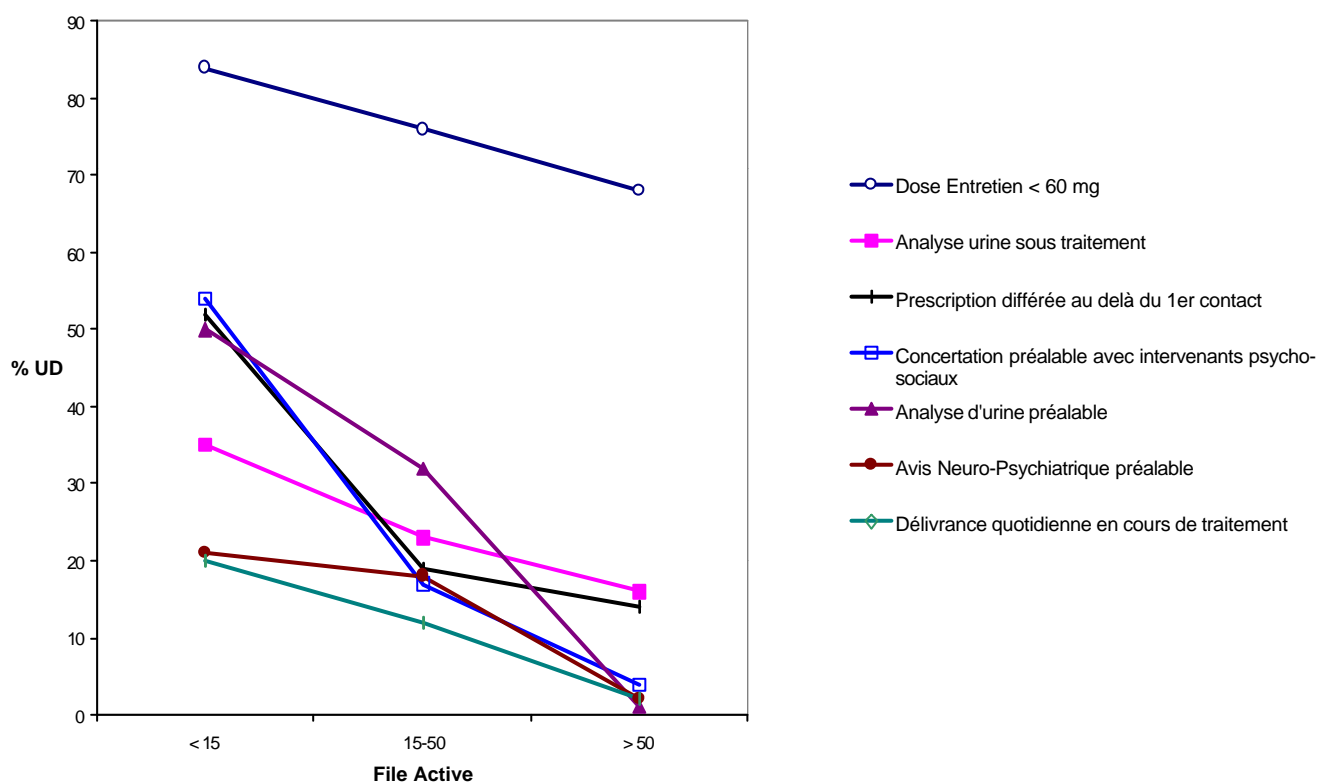
Graphe V. Concertation en cas de Co-Suivi



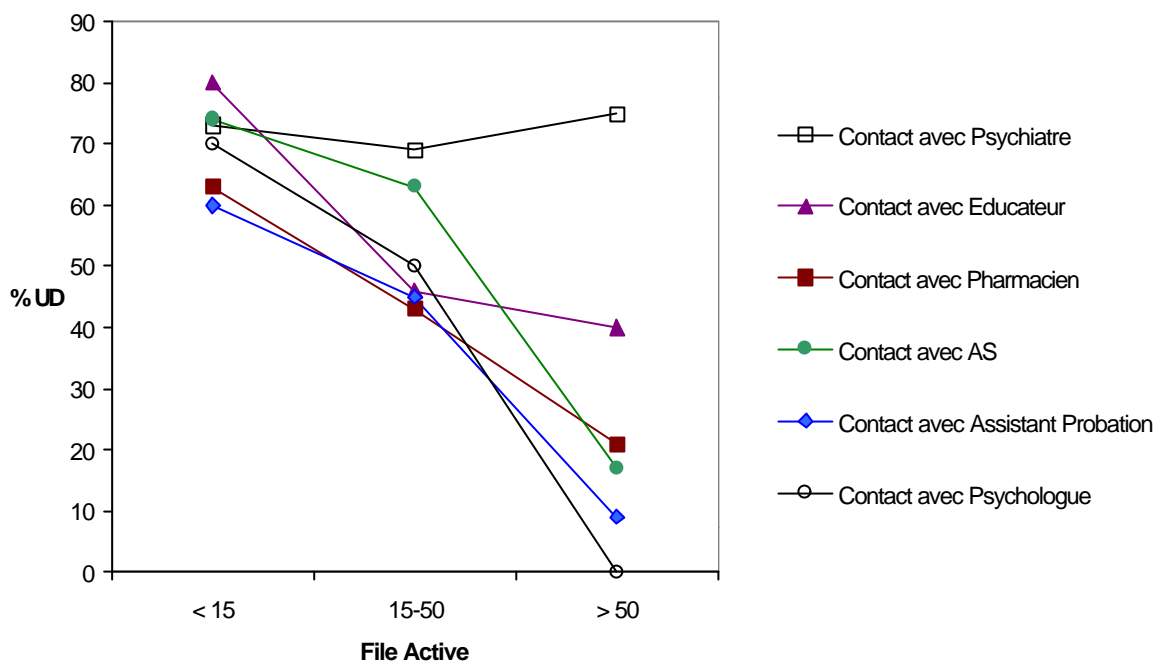
4. Comparaison des MMT en fonction de la taille de la patientèle d'UD des MG

La dose d'entretien de méthadone croît avec la taille de la file active du MG et un grand nombre de recommandations et de critères de qualité de traitement sont d'autant moins bien suivis que le MG suit un plus grand nombre de patients (Graphes VI et VII). Les différences sont particulièrement marquées en ce qui concerne la capacité de travail en réseau pluridisciplinaire. Néanmoins on ne constate aucun impact négatif de la taille de cette file active sur la qualité du suivi des problèmes de santé associés à la toxicomanie ni surtout sur les résultats obtenus en termes de stabilisation-réinsertion (si ce n'est pour le nombre de consommateurs quotidiens d'héroïne sous traitement et le nombre de patients continuant à s'injecter l'héroïne). L'étude n'apporte donc pas d'éléments probants à l'appui d'un quelconque « quota » d'UD qu'on recommanderait aux MG de ne pas dépasser.

Graphes VI. Modalités de Traitement et Nombre d'UD suivis de Front



Graphe VII. Travail en Réseau et Nombre d'UD suivis de front



CONCLUSIONS

Le profil des UD en traitement chez les MG s'est modifié les cinq dernières années. Ils sont devenus plus souvent fumeurs qu'injecteurs d'héroïne. Ils sont aussi en moyenne nettement plus âgés, soit parce que les nouvelles demandes de traitement se seraient raréfiées, soit parce que les UD entreraient plus tardivement en traitement substitutif.

La pratique des MMT par les MG francophones en Belgique paraît globalement être de qualité et semble effectivement apporter chez les UD les résultats que l'on peut généralement attendre de ce type de traitement. L'étude met néanmoins en évidence certaines lacunes :

- Les doses de départ utilisées sont en général trop élevées. Cela constitue une pratique à risque en ce qui concerne les décès liés à la méthadone, dont on sait que la majorité surviennent classiquement en début de traitement ⁽⁸⁾.
- L'arrêt de la délivrance contrôlée en pharmacie et le passage à la méthadone à emporter surviennent en général trop tôt dans le décours du traitement. Cela constitue probablement aussi une pratique à risque, une étude réalisée récemment chez des MG écossais ayant mis en évidence une surmortalité importante chez les UD en délivrance non contrôlée durant la première année de traitement ⁽⁹⁾.

- L'abord pluridisciplinaire des UD et le travail en réseau avec les intervenants psycho-sociaux peuvent poser problème aux MG en pratique privée. Un accent particulier devrait être mis sur ce point dans les groupes de formation et d'intervision, mais une solution structurelle à l'absence actuelle de rémunération de cette approche devrait également être trouvée.

Certaines recommandations habituelles ne rencontrent manifestement pas l'adhésion de la majorité des MG prenant en charge des UD et devraient dès lors faire l'objet d'un débat sur la pertinence de leur maintien. Il s'agit du recours systématique aux analyses d'urine, du contrat écrit avec le patient, de l'enregistrement nominal des traitements substitutifs auprès de la Commission Médicale Provinciale et de l'Ordre des Médecins et du respect d'un temps d'évaluation avant la prescription de méthadone (analyse d'urine préalable, avis neuro-psychiatrique et concertation avec les intervenants psycho-sociaux).

La majorité des MG ont un petit nombre d'UD en traitement. Chez ceux suivant un plus grand nombre de patients, on assiste à l'effritement d'un certain nombre de critères de qualité du traitement, à une augmentation des doses prescrites et à un moindre respect des recommandations habituelles, mais sans qu'on ne puisse pour autant mettre en évidence un impact négatif sur les résultats obtenus, du moins en termes de réduction de consommation de drogues. Les résultats de l'étude ne plaident donc pas pour la recommandation d'un quelconque nombre maximal de patients à ne pas dépasser.

REFERENCES

1. Données de 1996 du Département de Socio-Economie de la Santé (SESA, Pr. D.DELIEGE) de l'Ecole de Santé Publique, UCL
2. *Evaluation de la Prévention du Sida parmi la population toxicomane : enquête auprès des clients d'un réseau de médecins généralistes (Communauté Française de Belgique, 1994)*. RENARD F, TAFFOREAU J et al. Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, janvier 1995.
3. *Enquête Sentinelles : Analyse descriptive de l'évolution des données de 1995 à 1999*. Ville de Charleroi, octobre 2000.
4. *Traitement à la Méthadone, Manuel Américain*. Editions Médecine et Hygiène, Genève, 1994.
5. *Pratique des Traitement à la Méthadone*. BERTSCHY G. Editions Masson, Paris, 1995.
6. *La Méthadone*. GEISMAR-WIEVIORKA S. Presses Universitaires de France, Vendôme, 1997.
7. *Evaluation d'un traitement de substitution. Le cas du Réseau d'Aide aux Toxicomanes (R.A.T.) à Bruxelles de 1989 à 1995*. LEDOUX Y. ULB 1997.
8. CAPLEHORN JR, DRUMMER OH. Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994 : lives lost and saved. *Med J Aust* 1999; 170: 104-9.
9. WEINRICH M, STUART M. Provision of methadone treatment in primary care medical practices : review of the Scottish experience and implications for US policy. *JAMA* 2000 ; 283 : 1343-8.