

## *ETUDE « EVALUMET » : EVALUATION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION (METHADONE) MENES PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE.*

B. DENIS, G. VAN WOENSEL, D. LEJEUNE, J-B. LAFONTAINE

### 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 (SSMG). 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 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. 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 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 pratique des MG en privé ou en centre spécialisé et en fonction du nombre d'UD suivis de front <sup>1</sup>.

La comparaison portant sur le nombre d'UD suivis de front a été limitée aux patients suivis en pratique privée (n = 443) : 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.

## RESULTATS

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

L'âge moyen des médecins qui prennent en charge des usagers de drogue apparaît un peu plus élevé (46 ans) que celui des MG francophones en général (43 ans) <sup>(1)</sup>. 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 est de ¾ d'hommes et ¼ de femmes, identique à celui des MG francophones en général <sup>(1)</sup>.

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 (extrêmes : 1-83). 69 % des médecins suivent moins de 15 patients simultanément, 24 % en suivent entre 15 et 50. Néanmoins, le phénomène des grosses patientèles de toxicomanes n'est pas négligeable : 7 % des médecins suivent plus de 50 patients.

Les ¾ des médecins ont suivi une formation spécifique et font partie d'un groupe d'intervention. Il est intéressant de constater que ceux qui ne fréquentent pas les groupes d'intervention 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 médecins traitants habituels de leurs patients UD que dans une minorité de cas (17 %). Ceci indique que nous sommes encore loin de l'objectif initial du projet

---

<sup>1</sup> Une partie des MG inclus dans l'étude suivaient des UD en pratique privée mais aussi en part-time dans des centres spécialisés.

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<sup>(2)</sup> : 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 vieillessement colle avec un constat de terrain dans les groupes d'intervision : les demandes de prise en charge de nouveaux héroïnomanes se font rares 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. 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.<sup>(3)</sup>
- 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.

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 %).

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 mais quand il le fait il a tendance à les appliquer en bloc. Il s'agit de l'analyse d'urines (31 %), de la concertation avec les autres intervenants gravitant déjà autour du patient (31 %), de la référence préalable à un

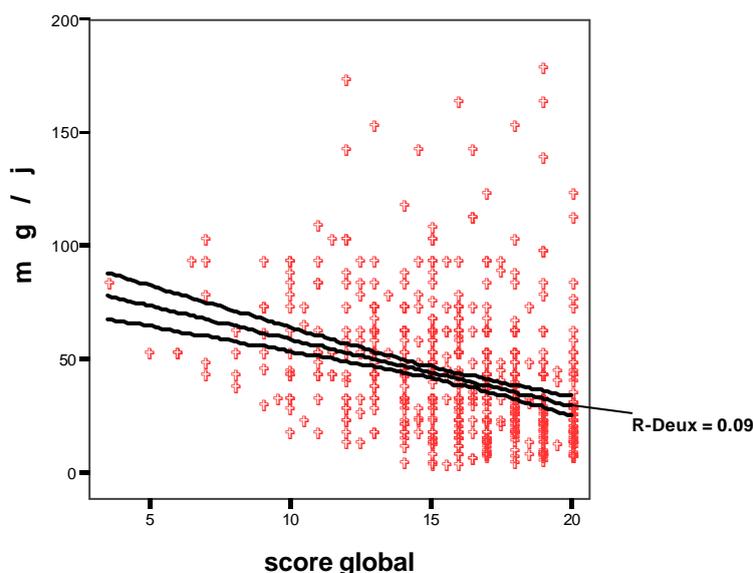
psychiatre (13 %) et de la mise en place d'un temps de réflexion et d'évaluation en différant la prescription de méthadone au delà du premier contact (22 %). Les médecins semblent donc se positionner ici au cas par cas, mais il est clair que, globalement, ils estiment le plus souvent pouvoir initier 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 (42 %) et de la déclaration du traitement à la Commission Médicale Provinciale ou à l'Ordre des Médecins (28 %). 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).

La dose d'entretien de méthadone est en moyenne de 56 mg dans l'étude (extrêmes 5-300), alors que la dose moyenne recommandée dans la littérature est de 60 à 80 mg.<sup>(4, 5, 6)</sup> 68 % des patients ont une dose inférieure à 60 mg. Seulement 5 % des patients ont une dose supérieure à 120 mg, seuil habituellement cité comme problématique en ambulatoire. Les doses maximales de méthadone prescrites aux patients sont en moyenne de 67 mg (extrêmes 6-350). 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) : plus ils sont stabilisés, moins la dose est élevée.

#### Dosage de la méthadone et Score de Stabilisation-Réinsertion des UD



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

Les patients sont suivis en consultation en moyenne tous les 15 jours, mais on constate quand même que 1/4 d'entre eux ne sont vus qu'une fois par mois ou plus rarement.

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 %).

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).

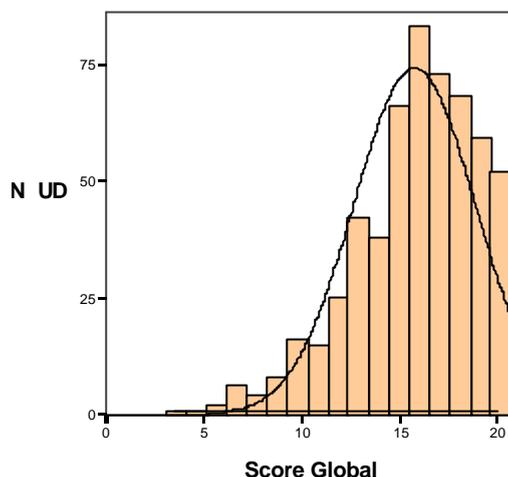
Une fois sur deux (47 % des cas), le MG accompagne seul son patient. A peu près la moitié (53 %) des usagers de drogue traités à la méthadone par les MG sont suivis également par au moins un autre intervenant médico-psycho-social. Il s'agit le plus souvent d'un assistant social (29 %), moins souvent 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 %). 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 3/4 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. Néanmoins, on verra plus loin qu'il existe à cet égard de nettes différences entre les patients suivis en pratique privée et en centre spécialisé.

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 % pour les examens gynécologiques de dépistage, 80 % pour la régularité du cycle menstruel et 81 % pour la proposition de contraception), 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 usagers de drogues 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 (1 %). 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). La benzodiazépine actuellement la plus utilisée est le bromazépam.

## 2. 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 (extrêmes : 3.5-20).



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 %). Pour tous les produits on constate de faibles taux d'induction de toxicomanie de relais. 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).

	Avant Traitement	Sous Traitement	Réduction Relative	Abstinence chez Consommateurs initiaux	Consommation chez Abstinents initiaux
Injection de Drogues	41 %	8 %	80 %	85 %	4 %
Usage Héroïne	100 %	37 %	63 %	63 %	-
Usage Cannabis	57 %	28 %	50 %	55 %	7 %
Usage Cocaïne	48 %	10 %	78 %	82 %	4 %
Usage Alcool	40 %	23 %	44 %	47 %	3 %
Usage Benzodiazépines	41 %	11 %	73 %	76 %	3 %
Usage Amphétamines	17 %	2 %	90 %	93 %	1 %
Usage Ecstasy	16 %	1 %	95 %	96 %	1 %

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 et le reste a des activités épisodiques et irrégulières (petits boulots, jobs d'intérim) ; la majorité (73 %) vivent des revenus de leur travail ou d'allocations de chômage, 28 % émargent au CPAS, à la Mutuelle ou au Fond des Handicapés et une minorité vivent des revenus de leurs parents ou de leur conjoint, d'activités illicites (deal, vol) ou de la prostitution ; 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 perturbés (49 %) (anxiété, immaturité) ou sévèrement perturbés (9 %) (syndromes dépressifs majeurs, traits psychotiques).

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.<sup>(7)</sup>

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

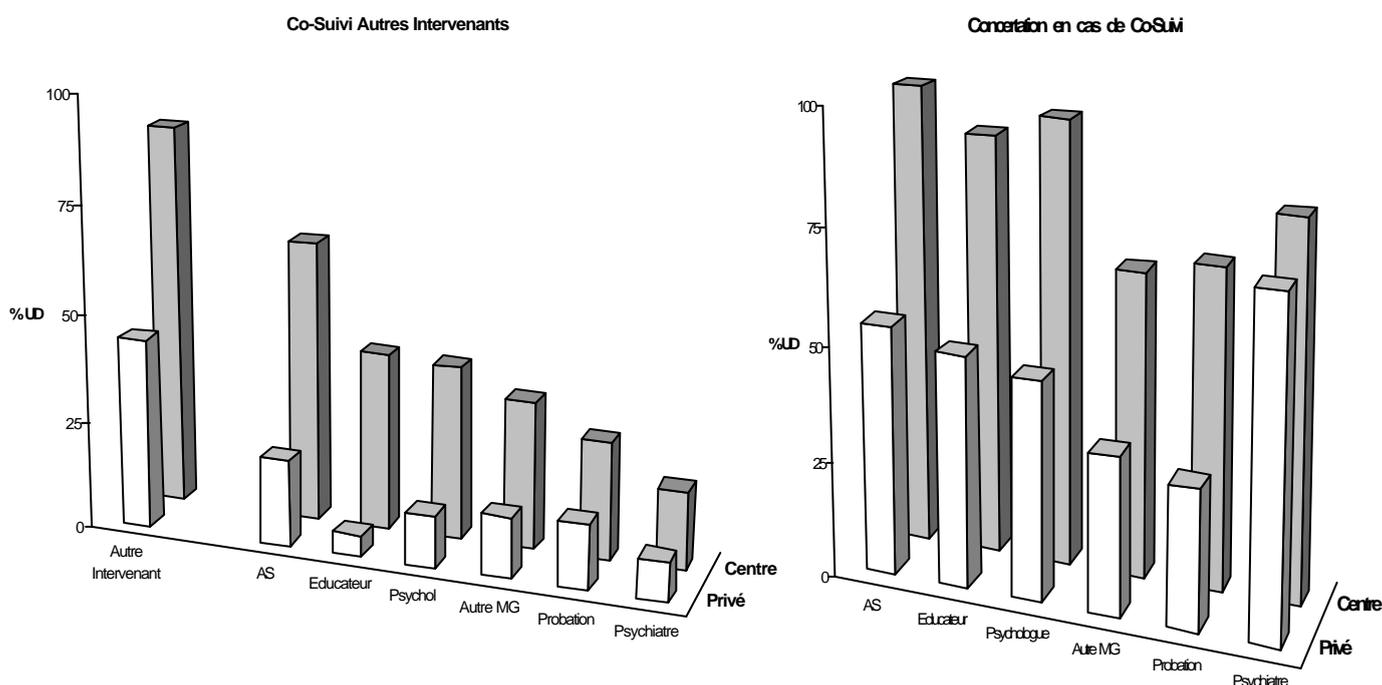
### 3. Comparaison des MMT en pratique privée et en centre spécialisé

Certaines recommandations sont mieux suivies en pratique privée : la dose de départ 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) et la prescription de méthadone différée au delà du premier contact (28 % des patients en pratique privée versus 1 % en centre spécialisé). En ce qui concerne ce dernier point, deux facteurs pourraient rendre compte de la forte différence constatée : 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 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 d'information et de réflexion.

D'autres recommandations sont mieux suivies en centre spécialisé :

- La prise en charge pluridisciplinaire du patient : 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 : 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 en ce qui concerne la déclaration du traitement à la Commission Médicale Provinciale ou à l'Ordre des Médecins.



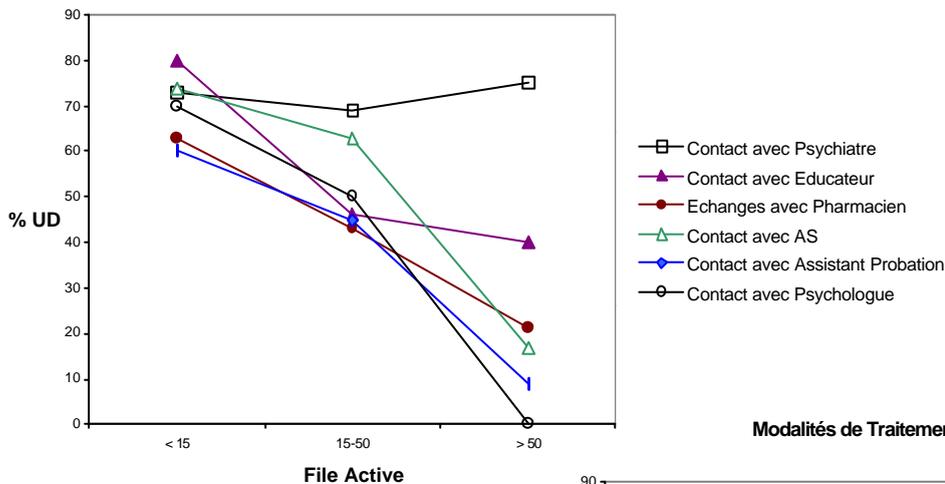
#### 4. Comparaison des MMT en fonction de la taille de la patientèle d'UD des MG

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. Les différences sont particulièrement marquées en ce qui concerne la capacité de travail en réseau pluridisciplinaire. On constate à cet égard deux tendances différentes :

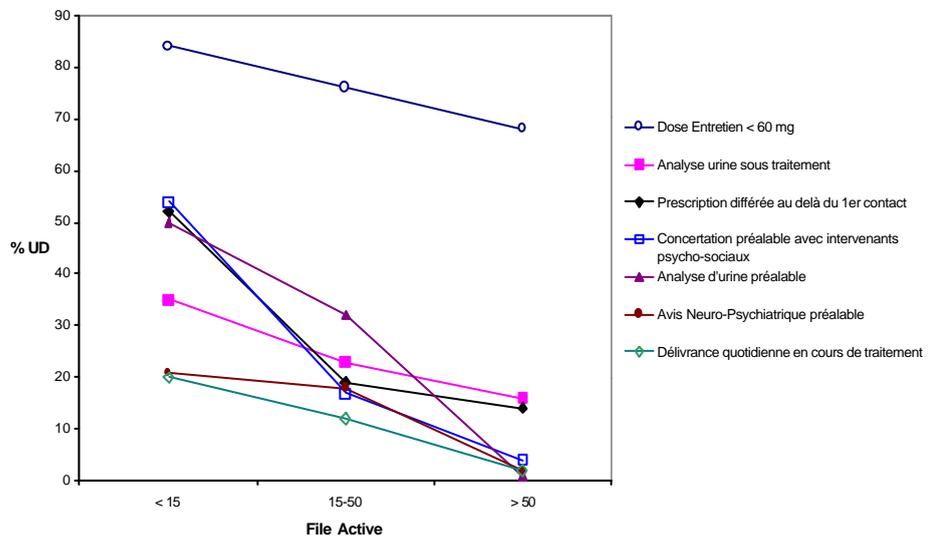
- Si l'autre intervenant est lui aussi un médecin (neuropsychiatre ou médecin traitant), le nombre de patients suivis de front ne modifie pas de façon significative cette concertation
- Si l'autre intervenant est non médical (psychologue, assistant social, pharmacien, éducateur ou assistant de probation),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

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.

Travail en Réseau et Nombre d'UD suivis de front



Modalités de Traitement et Nombre d'UD suivis de Front



## 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.

## 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.<sup>(8)</sup>
- 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.<sup>(9)</sup>
- 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 un 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 1996 du Département de Socio-Economie de la Santé (SESA, Pr D.DELIEGE), 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 Traitements 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.